Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano

Trabajo de Graduación

SITUACIÓN DE VIH Y SIDA EN FUNCIÓN DE LAS DIMENSIONES BIOLÓGICA, ATENCIÓN EN SALUD, ESTILOS DE VIDA Y SOCIOECÓNOMICA EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

María de los Ángeles Aguilar Fratti	Marlon Javier de Mata Ovando	Mynor Roberto Pacheco Girón
Elsa Eunice Betancourt Morales	Evelin Carolina Foncea Aguilar	Marisabel Pérez Gramajo
Claudia Regina Calderón Blanco	Liliana Fuentes Quevedo	Jorge Vinicio Raymundo Agustín
María Alejandra Castillo Zamora	Amanda Elena Kestler Gramajo	Carlos Danilo Salazar Martínez
Maya Jazmín Nastia Nicté Chacón Pérez	Jaquelyne Elizabeth López Flores	Gabriela Sazo Avendaño
Marilyn Guissela Chamo Méndez	Amelia Eloina del Rosario López Pérez	María Eugenia Serrano Ruíz
Susana María Cofiño Rodríguez	Silvia Alejandra Miranda Velásquez	Rony Gerardo Soto Mazariegos

Guatemala, junio 2007

CONTENIDOS

	Página
RESUMEN	1
1. BASE CONCEPTUAL	3
1.1. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	11
2.1. MAGNITIUD	11
2.2. TRASCENDENCIA	11
2.3. VULNERABILIDAD	12
3. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA	13
3.1. SITUACIÓN DE VIH Y SIDA A NIVEL MUNDIAL	13
3.3. SITUACIÓN DE VIH Y SIDA EN CENTROAMÉRICA	91
3.4. SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA EN GUATEMALA	131
4. OBJETIVOS	243
5. DISEÑO DEL ESTUDIO	245
5.1. TIPO DE ESTUDIO	245
5.2. UNIDAD DE ANÁLISIS	245

5.3. POBLACIÓN DE MUESTRA 246

5.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 246

5.5. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO 246

6. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 253

6.1. REPÚBLICA DE GUATEMALA 255

6.2. DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ 289

6.3. DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ 319

6.4. DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO 345

6.5. DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA 371

6.6. DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO 401

6.7. DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA 429

6.8. DEPARTAMENTO DE GUATEMALA 457

6.9. DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO 489

6.10. DEPARTAMENTO DE IZABAL 517

6.11. DEPARTAMENTO DE JALAPA 547

6.12. DEPARTAMENTO DE JUTIAPA 567

6.13. DEPARTAMENTO DE PETÉN 593

6.14. DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO 621

6.15. DEPARTAMENTO DE QUICHÉ 651

6.16. DEPARTAMENTO DE RETALHULEU 681

6.17. DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ 711

6.18. DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS 735

6.19. DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA 763

6.20. DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ 789

6.21. DEPARTAMENTO DE SUCHITEPÉQUEZ 819

6.22. DEPARTAMENTO DE TOTONICAPÁN 847

6.23. DEPARTAMENTO DE ZACAPA 873

7. CONCLUSIONES 901

8. RECOMENDACIONES 907

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 909

10. ANEXOS 927

ANEXO 1. Tablas y gráficas de la referencia teórica, presentadas en orden de aparición 927

ANEXO 2. Consolidado de presentación de resultados 967

ANEXO 3. Operacionalización de las variables 979

ANEXO 4. Instrumento para la recolección de datos 983

ANEXO 5. Fuentes de información la para recolección de datos 999

ANEXO 6. Glosario de indicadores 1009

RESUMEN

El presente estudio se realizó a nivel nacional, durante el período de febrero a junio del 2007, siendo de tipo observacional descriptivo, siendo el objetivo del mismo caracterizar la situación de VIH y SIDA en función de las dimensiones: Biológica, Atención en Salud, Estilos de Vida y Socioeconómica, con base a información institucional en la República de Guatemala. Se recolectaron datos de fuentes secundarias correspondientes al año 2006 de los 22 departamentos del país.

El estudio permitió determinar que: 1) Existe predominio del VIH y SIDA en personas del sexo femenino (52.14%) y menores de 39 años (76.7%), siendo los departamentos más afectados los correspondientes a la ruta del SIDA y departamentos fronterizos, 2) El programa de profilaxis sexual no funciona en algunos departamentos a pesar de tener un alto número de casos de VIH y SIDA, 3) La mayoría de recursos humanos que prestan los servicios de atención a la salud en todos los departamentos y en el país son insuficientes en cantidad y no cumplen con los estándares recomendados internacionales, 4) La mayoría de la población guatemalteca se encuentra en situación de pobreza, siendo el grupo más afectado por la epidemia del VIH y SIDA la población económicamente activa, 5) Existen inequidades en la asignación del presupuesto para el VIH y SIDA en el país, caracterizándose por una tendencia a la centralización del mismo y a la ausencia de asignación de este en algunas Áreas de Salud.

El aporte de esta investigación es que el país cuente con una línea basal de información para la realización de otros estudios y para el desarrollo de estrategias por parte de las autoridades de gobierno y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para enfrentar integralmente y mejorar situación de la epidemia VIH y SIDA y con ello poder contribuir para que el país pueda cumplir con los compromisos adquiridos para alcanzar los Objetivos del Milenio.

1. BASE CONCEPTUAL

1.1. ANALISIS DEL PROBLEMA

A. ORIGEN Y SITUACIÓN DEL PROBLEMA

En los años de 1980 se describen los primeros casos de SIDA a nivel mundial, en Guatemala el primer caso de SIDA, es reportado en el año 1984, durante los primeros años los casos correspondían a varones homosexuales y personas que recibían transfusiones sanguíneas (155).

Desde entonces se ha presentado un incremento del número de casos reportados por VIH y SIDA, tanto a nivel mundial como nacional, siendo actualmente una enfermedad que afecta ambos géneros, con una prevalencia mundial de 39.5 millones de casos y un total acumulado a nivel nacional de 9,743 casos desde 1984 hasta mediados del 2006, de los cuales 82.3% corresponden a la población económicamente activa (PEA) (56, 101).

B. CÓMO SE HA ENFRENTADO EL PROBLEMA

Desde el inicio de la enfermedad en Guatemala, el Gobierno y otras entidades han aunado esfuerzos para prevenir y combatir el VIH y SIDA.

En 1995 se declara el VIH y SIDA como un problema social de urgencia nacional. Esto es reafirmado por la Ley de VIH y SIDA, esta ley da origen al Programa Nacional

de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PNS) mediante el cual se implementa mecanismos para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS/VIH/SIDA garantizando el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. En 1999 se desarrolla El Plan Estratégico Nacional sobre ITS/VIH/SIDA (PEN) dirigido por el MSPAS a través del PNS. Con la Ley del VIH y SIDA se inicia la fase del fortalecimiento del PNS como una figura legal, en la cual se establece como un programa prioritario. El PNS empezó a ejecutar el programa a partir del año 2002 (113).

Desde la creación de la Ley del VIH y SIDA, se incluye un presupuesto anual para el funcionamiento del PNS, el cual inicialmente era de 5 millones de quetzales. Dicho presupuesto se aumentó a 7 millones para el 2003/2004 y a 10 millones para el 2005. En el 2006, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aportó 8.4 millones de dólares. Los fondos están asignados en su mayoría para el suministro de medicamentos a las personas guatemaltecas viviendo con SIDA (13).

La Constitución de la República de Guatemala establece que los tratados y convenios internacionales de derechos humanos tienen fuerza constitucional. Desde 1986 hasta la fecha se han formulado una serie de instrumentos legales de carácter nacional que contienen normas, reglas y directrices sobre el manejo del VIH y SIDA como epidemia y sobre la prevención y tratamiento de las personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS). Estos instrumentos incluyen el Código de Trabajo, el Código Penal y el Código de Salud, los Reglamentos para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, la Ley General del VIH y SIDA y su Reglamento, la Ley de Desarrollo Social, la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Reglamento General

sobre Higiene y Seguridad en el trabajo, la Ley sobre Bancos de Sangres y Servicios de Medicina Transfusional, y la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (13).

Dentro de los compromisos internacionales que se han asumido para combatir el VIH y SIDA se encuentra el adquirido en la Asamblea General de las Naciones Unidas (compromiso de UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION ON HIV/AIDS –UNGRASS-) desde junio de 2001, cuyo propósito es establecer y dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la respuesta al VIH y SIDA a nivel mundial (153).

Otro compromiso es el adquirido en la Cumbre del Milenio, en el cual se fijaron diecisiete metas de las cuales la número siete trata de detener y disminuir el VIH/SIDA para el 2015, esta meta junto con otras constituyen los objetivos del milenio de las Naciones Unidas (81).

C. LIMITACIONES O RETOS PARA CONTROLAR EL PROBLEMA

Según el estudio realizado por la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en el año 2004, a pesar de los esfuerzos realizados para combatir el VIH y SIDA, aun existen problemas a nivel de áreas de salud en el sistema de información y en el manejo, análisis y difusión de los datos. Existen dificultades en la captura de la información y la limpieza de las bases de datos, tanto a nivel nacional como regional; observándose un subregistro del 60 al 80%. También se carece de estandarización en el llenado de los formularios del Sistemas de Información Gerencial de Salud (SIGSA); no existe un plan de revisión de información antes de ser enviada a

los niveles regionales y centrales, además la asistencia técnica en el uso del software y el hardware es deficiente (81).

Para controlar el problema que representa el VIH y SIDA es necesario identificar los factores asociados a la propagación de la enfermedad y tener una perspectiva verdadera sobre magnitud del VIH y SIDA a nivel de toda la República de Guatemala, ya que con dicha información se podrán realizar acciones a nivel local y regional para cumplir con los objetivos del milenio (81).

Los principales desafíos son: desestigmatizar a los grupos en riesgo de VIH y SIDA, integrar a los diferentes actores sociales a todas las acciones para prevenir el VIH y SIDA iniciando en las localidades de alto riesgo, institucionalizar la coordinación intersectorial, mejorar la capacidad de vigilancia y control, mejorar la focalización en poblaciones más vulnerables, realizar la caracterización epidemiológica, fortalecer las áreas de salud y promover la descentralización (81).

Entre las acciones realizadas para enfrentar la problemática, el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA y la Comisión Multisectorial conformada por organizaciones que velan y trabajan por la prevención de ETS/VIH/SIDA han declarado la infección por el VIH y SIDA como un problema de urgencia nacional. En agosto del 2002 el Presidente asumió públicamente el compromiso de asegurar acceso universal a los tratamientos antirretrovirales, según los protocolos nacionales establecidos por consenso. El Plan Estratégico Nacional 2000-2004 que contiene los objetivos de trabajo del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y las estrategias a seguir en los próximos años (13).

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La situación del VIH y SIDA constituye un importante problema de salud pública, el número de personas que viven con esta infección alrededor del mundo sigue aumentando, de 35 millones en el 2001 a 39.5 millones en el 2006, un incremento de 4 millones durante estos cinco años. 90% de todas las infecciones se encuentra en los países en desarrollo. En la actualidad, se estima que diariamente se producen 16,000 nuevas infecciones (54, 58).

La prevalencia de infección en Latinoamérica ocupa en cuarto puesto a nivel mundial. A finales del 2006 se estimaba que había 1.7 millones de personas viviendo con VIH y hubo 65,000 muertes por SIDA (64, 76, 116).

Centroamérica es, después del Caribe, la subregión más afectada por la epidemia de VIH y SIDA en Latinoamérica. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica (10).

En Guatemala durante el año 2003 según datos de ONUSIDA 130,000 personas viven con VIH y SIDA. En su reporte anual del 2006 indica que la prevalencia es mayor en las sexoservidoras y homosexuales. Se estima que el porcentaje acumulado de niños con VIH y SIDA es 4%. 70% de los casos ocurren en la zona metropolitana y costa sureste. El género masculino fue en 1998 el más afectado, con una razón de masculinidad de 8:1, en el 2005 esta razón cambió inclinándose al género femenino siendo esta 1:2. Dicho dato revela que la epidemia a sufrido una feminización poniendo en riesgo a la población general, pues al aumentar el número de mujeres que viven con VIH,

aumenta la probabilidad de transmisión tanto en las poblaciones heterosexuales, como de hombres que tienen relaciones sexuales con parejas, tanto féminas como con hombres, también aumenta el número de infecciones a infantes por transmisión vertical (25, 115).

En septiembre del año 2000, 189 países incluyendo Guatemala, se reunieron para la declaración del milenio de las Naciones Unidas, formulando los objetivos del desarrollo del milenio de los cuales 8 de estos se relacionan con salud, el sexto objetivo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es detener y comenzar a reducir la propagación del VIH y SIDA para el año 2015 (3).

En vista de la creciente magnitud alcanzada por la pandemia de VIH y SIDA a nivel mundial se hace necesario establecer la situación de la misma en la República de Guatemala en función de las dimensiones Biológica, Atención en Salud, Estilos de Vida y Socioeconómica.

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación se realizó en los 22 departamentos de la Republica de Guatemala, la recolección de la información se llevó a cabo en el periodo de febrero a junio del 2007, con datos correspondientes al año 2006, con ayuda de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de VIH y SIDA en función de las dimensiones Biológica, Atención en Salud, Estilos de Vida y Socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones, conforme a la información institucional en las áreas de salud de los 22 departamentos del país, durante los meses de febrero a junio de 2007?

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. MAGNITIUD

El Programa Nacional de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA) en su informe anual del 2006 reporta que existen cerca de 39,5 millones de personas que viven con VIH y SIDA, con aproximadamente 4,3 millones de personas que adquirieron la infección y otros 2,9 millones de personas murieron a causa de ella, durante dicho año (155).

En Guatemala desde 1984 para el año 2006, la epidemia de VIH y SIDA ha ido en aumento tomando la vida de muchos guatemaltecos, así como, disminuyendo su calidad de vida, representando un gran costo socioeconómico para el país y sus pobladores. Según el Centro Nacional Epidemiológico la tasa de notificación de casos es de 91.7 por cada 100,000 habitantes colocando a Guatemala dentro de los países con alta prevalencia. Dada la magnitud mundial del problema, y frente a cifras que demuestran la creciente expansión de la enfermedad, consideramos que la prevalencia e incidencia real de la misma podría diferir con los datos registrados hasta el momento en nuestro país (56, 62).

2.2. TRASCENDENCIA

Actualmente, se sabe poco de la epidemia de VIH y SIDA fuera de la capital de Guatemala, debido a la falta de sistematización al momento de registrar los casos

positivos, al retraso del flujo de información desde el nivel local al nivel central y a las limitaciones para la realización de diagnósticos.

2.3. VULNERABILIDAD

Guatemala es terreno fértil para el desarrollo de VIH y SIDA, puesto que su población multicultural y en su mayoría joven, se caracteriza por presentar índices elevados de pobreza, extrema pobreza y analfabetismo. Además de estar inmersa en un contexto en el cual persiste la discriminación por género y etnia, así como todo tipo de violencia y la falta de respeto por las diferencias individuales.

Los programas de salud de Guatemala no toman en cuenta la diversidad cultural del país y se encaminan al aspecto curativo sin promover campañas de prevención que logren sus objetivos y reduzcan la transmisión de esta enfermedad, condicionando aún más la vulnerabilidad de los guatemaltecos.

Lo anterior plantea la necesidad de estudiar la situación actual de VIH y SIDA en la población guatemalteca considerando las dimensiones: biológica, estilos de vida, socioeconómica y servicios de salud, con el propósito de determinar si estas variables pueden explicar el atraso en el control de la epidemia y la persistencia de los daños a la salud en la población afectada; y Asimismo nos permitan exponer los resultados del estudio a las instituciones que velan por salud, de manera que estas puedan tomar decisiones que modifiquen el presente escenario por uno mejor.

3. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

3.1. SITUACIÓN DE VIH Y SIDA A NIVEL MUNDIAL

A. HISTORIA

En las décadas de 1950 y 1960 en zonas rurales de África Central empezaron a producirse muertes por causa desconocida. Los pacientes presentaban compromiso del sistema inmunológico, dejándolos indefensos antes las infecciones y causando gran mortalidad. A finales de la década 1970 surgen casos similares en los países occidentales. No se conocía la causa etiológica ni las formas de transmisión; esta situación se tradujo en pánico mundial (155).

La epidemia probablemente comenzó en el África, con la transmisión de varios virus de primates hacia los humanos que se alimentaban de éstos, muchos de esos virus infectando células humanas. Los cambios sociales de la inmigración de la población rural a las ciudades en África, el aumento de los viajes intercontinentales, la adicción a las drogas, la promiscuidad sexual y el uso de derivados de la sangre para aplicaciones médicas de un país a otro, que se acentuaron durante los años de 1950 a 1970, crearon las condiciones idóneas para que el VIH se extendiera con rapidez por todo el planeta (155).

En 1980 Robert Gallo y sus colaboradores descubrieron el primer retrovirus humano linfotrópico/leucémico de células T tipo I (HTLV-I), causante de la leucemia de

células T del adulto, y del HTVL-II en 1982. Pronto se descubriría el tercer retrovirus humano causante de la nueva epidemia que azotaría a la humanidad y mataría a 40 millones de personas en los 20 años siguientes, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 y posteriormente el tipo 2, ambos causantes del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (60, 155).

En el año 1981, el Centro de Enfermedades Infecciosas de Atlanta, organismo que recoge todos los datos epidemiológicos de los Estados Unidos, emitía un comunicado describiendo cinco casos de personas afectadas por enfermedades poco frecuentes. Se trataba de cinco jóvenes hombres homosexuales de tres hospitales de Los Ángeles, California, a quienes se les hizo el diagnóstico de neumonía por Pneumocystis carinii y Sarcoma de Kaposi. Los cinco pacientes tenían infecciones previas por Citomegalovirus (CMV) y candidiasis en mucosas. Fue así como aparece la primera documentación científica que describe la enfermedad en diciembre de 1981 en el New England Journal of Medicine (60, 155).

Nace el primer nombre mal dado a la enfermedad: GRID (Inmunodeficiencia relaciona con los Gays). Se identificaron cuatro grupos de riesgo, asignándoseles la letra “H”. La primera fue dada al grupo de homosexuales. Después vino la segunda “H”: heroinómanos. La tercera “H”, fue los enfermos haitianos que se detectaron en Nueva York y nacidos en Haití. La cuarta y última “H”, de hemofílicos, esto supone una evidencia de la forma de transmisión de la enfermedad. Los Centers for Disease Control (CDC), después de sus investigaciones, llegaron a la conclusión que era una enfermedad de transmisión sexual (155).

En 1982 las autoridades sanitarias de EE.UU. comienzan a utilizar el término AIDS, siglas en inglés de "Acquired Immuno-Deficiency Syndrome"; SIDA en castellano, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En Diciembre la primera infección de SIDA por una transfusión sanguínea lleva al gobierno de EE.UU. a advertir que los suministros de sangre podrían estar contaminados (155).

En Francia, en 1983, el virus del SIDA fue descrito como LAV (virus asociado a linfadenopatía). Ese mismo año, la Secretaría de Salud de Estados Unidos anunció el descubrimiento del HTLV-3 por parte del equipo de científicos del profesor Robert Gallo. Una polémica se desata entre Francia y Estados Unidos a raíz de la "paternidad" del descubrimiento. Meses después, el inglés Robin Weiss demuestra que el HTLV 3 y el LAV son el mismo virus (90, 155).

En los años 1983 y 1984, los equipos de Luc Montagnier y Robert Gallo, respectivamente, comenzaron a aislar muestras de un retrovirus. Hubo una lucha entre ambos equipos por presentar primero las muestras y relacionarlas con la nueva enfermedad. Se demostró que el virus infectaba las células T CD4+ y macrógrafos, se definieron los genes, se revelaron los sistemas de transmisión, se comprendieron los aspectos generales de su ciclo replicativo, se descubrieron sus receptores celulares, se desarrolló la prueba serológica (detención de anticuerpos del VIH o prueba ELISA) y se reconoció el modelo animal de monos infectados por el virus de la inmunodeficiencia del simio (VIS) (90, 178).

En marzo de 1985 se empieza a utilizar la prueba de anticuerpos del VIH en EE.UU. y ésta se utiliza para examinar el suministro de sangre de la nación. Además de

la búsqueda de anticuerpos circulantes anti-VIH en las personas, se abre un nuevo campo para la prevención, los estudios epidemiológicos y clínicos. Había 22,996 casos de SIDA en EE.UU. y 12,592 muertes (155).

En esa época comenzaron en los Estados Unidos, Reino Unido y Australia campañas publicitarias por medios de comunicación masiva, alarmando a la población con el poco conocimiento que se tenía hasta entonces de la enfermedad. La palabra SIDA se convierte en sinónimo de muerte (155).

En 1986, los ensayos con Zidovudina dieron las primeras evidencias acerca de la posibilidad de obtener un tratamiento para esta patología, el que si bien insuficiente para curar, resultaba apto para mejorar la calidad de vida y probablemente para prolongar la supervivencia de las personas afectadas. Se comienza aplicar en monoterapia zidovudina (AZT o ZDV), nombre comercial Retrovir® (155).

Se identifica en París, en 1986, una variante del virus del SIDA en un paciente originario de Cabo Verde, la variedad es denominada VIH-2. Mientras tanto ese mismo virus (VIH 2) es descrito en un grupo de trabajadoras del sexo asintomáticas de Senegal. En este año el mundo médico y las autoridades piensan que la epidemia se limita al África occidental. También en 1986 se publicó el primer informe de SIDA, que resaltaba la importancia de otorgar información sobre el comportamiento sexual para prevenir el contagio. La II Conferencia Internacional de SIDA se realizó en París y se presentaron las primeras cifras estimativas del África. La OMS (Organización Mundial de Salud) calculó que había entre 5 y 10 millones de personas infectadas con VIH en todo el mundo (155).

Los científicos Gallo y Montagnier son descritos como los "co-descubridores" del VIH en 1987, año en que llevó a cabo la III Conferencia Internacional de SIDA en Washington, con más de 12,000 delegados de 110 países. La conferencia destacó la importancia del uso de preservativos y el riesgo elevado de contagio por uso de drogas intravenosas. Estados Unidos estableció reglas que no permitían el ingreso de personas infectadas con VIH al país, a pesar de la existencia de varias denuncias por discriminación realizadas por infectados con VIH. La OMS puso en marcha su Programa Global sobre SIDA, y la Asamblea de Salud Mundial aprobó una estrategia global para la lucha contra la epidemia. La FDA, luego de la presión de los activistas, redujo el tiempo de aprobación de las drogas contra el SIDA (60, 155).

Una sesión especial de la Asamblea General de la ONU se reunió en 1988, declarando por unanimidad el interés universal en la lucha coordinada contra la enfermedad. Se llevó a cabo la IV Conferencia Internacional de SIDA en Estocolmo. Por primera vez hubo un importante número de delegados de países en vías de desarrollo. Se informó de la existencia de 96,443 casos de SIDA en todo el mundo. Los casos de SIDA se elevaron a 160,000 a nivel mundial en 1989 (155).

A comienzos de los años 90, la epidemia en Brasil y el Sur de África estaba en un estadio similar, con la prevalencia de VIH en 1.5% dentro de los adultos en edad reproductiva. Durante la VI Conferencia Internacional de SIDA en San Francisco, en 1990, protestaron en contra de las discriminatorias normas presentadas por el gobierno de George Bush. Se informó de la existencia de 254,000 casos de SIDA en todo el mundo, de los cuales más de 12,000 eran de Uganda (96, 155).

En 1991, la OMS estima que en el mundo hay cerca de 10 millones de infectados. A partir de ese año la zidovudina se vio acompañada por otras drogas contra el VIH, la didanosina (ddI), zalcitabina (ddC), lamivudina (3TC), estavudina (d4T). Esto abrió el camino a tratamientos combinados, es decir, tratamientos basados en el uso de dos o más drogas para aprovechar sus efectos terapéuticos y aminorar sus efectos tóxicos. Se llevó a cabo la VII Conferencia Internacional de SIDA en Florencia: Se informa de la existencia de 9,053 casos de SIDA en Italia, 47,594 en Europa y 380,000 en todo el mundo. Para entonces vivían alrededor de 10 millones de personas con VIH en todo el mundo (155).

Se publican los resultados del primer tratamiento de fármacos combinados en 1992. La FDA puso en marcha un proceso específico acelerado de aprobación de drogas antirretrovirales con el objetivo de agilizar la disponibilidad de nuevas moléculas para la lucha contra el SIDA. Se aprueba la zalcitabina (ddC), otro inhibidor de la transcriptasa inversa. El primer ensayo clínico de terapias combinadas comenzó a reunir pacientes. Debido a las normas restrictivas en lo concerniente a personas infectadas con VIH y SIDA en Estados Unidos, la VIII Conferencia Internacional de SIDA se pasó de Boston a Ámsterdam. En ese año había más de 213,000 casos de SIDA en Estados Unidos, 71,568 en Europa y más de 30,000 en Uganda (138, 155).

En 1993, la PCR (reacción en cadena de polimerasa, por sus siglas en inglés) y las técnicas de hibridación *in situ* reconocen la degeneración de la arquitectura linfoide. Se introducen nuevas técnicas más sensibles de PCR para medir el ARN (ácido ribonucleico) viral. Los CDC incorporaron una nueva clasificación de los casos de VIH que incluía las infecciones oportunistas adicionales. La nueva clasificación destacaba la

importancia del recuento de células CD4+ en la definición del SIDA. La IX Conferencia Internacional de SIDA se llevó a cabo en Berlín en una atmósfera de tristeza. Se contabilizan 600,000 casos a nivel mundial y se informa por primera vez del veloz contagio de la epidemia en el sudeste de Asia (138, 155).

El informe de la evaluación prolongada de ACTG 019 (monoterapia de AZT) y la primera publicación sobre el estudio Concorde (monoterapia de AZT vs. ddI vs. AZT/ddI en alargar la fase asintomática) se publicaron en 1994, así como el informe de ACTG 076 (monoterapia de AZT para la prevención de la transmisión madre/hijo). La FDA aprobó otro inhibidor de la transcriptasa inversa, estavudina (d4T). La X Conferencia Internacional de SIDA se llevó a cabo en Yokohama: fue la última conferencia anual. El número global de casos de SIDA era 985,119, un 37% más que el año anterior. Sin embargo, la OMS calculó un número mucho mayor: alrededor de 4 millones. Había alrededor de 16 millones de adultos infectados con VIH en todo el mundo y 1 millón de niños (la mayoría africanos). Dos estudios demostraron que el AZT permitía disminuir la transmisión del VIH de madre a hijo. Las autoridades sanitarias reconocieron que la adopción de medidas preventivas adecuadas podría reducir significativamente los nuevos casos de contagio, en particular en los países en vía de desarrollo (155).

El 1 de diciembre de 1994, día mundial de la lucha contra el SIDA, los Jefes de Estado o representantes de 42 países reunidos en Francia, firmaron la Declaración de la Cumbre sobre SIDA en París que declara a la humanidad amenazada por la pandemia del SIDA, y compromete a los países firmantes a implementar estrategias adecuadas para enfrentar la emergencia sanitaria. Durante ese año nace la campaña de concienciación para hacerse la prueba de anticuerpos al VIH por la iniciativa de la

Asociación Nacional de Personas con SIDA de Estados Unidos en conjunto con la Alianza Nacional de SIDA de Estados y Territorios (NASTAD) (117, 138, 155).

En el año 1995, por primera vez en diez años, no se llevó a cabo una Conferencia Internacional de SIDA. En junio de ese año, la OMS calculó que había 15 millones de personas con VIH en todo el mundo y que pondrían ascender a 30 millones para el año 2000. También calculó que hacia el año 2000 habría 10 millones de muertes a causa del SIDA, con 5 millones de niños infectados y 10 millones de huérfanos menores de 10 años por la misma causa. Los ensayos Delta y ACTG 175 demostraron que la terapia combinada era la forma de controlar el VIH. El primer inhibidor de la proteasa, el saquinavir, fue registrado junto con lamivudina (3TC), otro inhibidor de la transcriptasa inversa (117, 138, 155).

El Programa Global en SIDA no fue capaz por sí mismo de cubrir las necesidades de los países afectados, su efectividad estaba siendo comprometida por las rivalidades con las organizaciones de las Naciones Unidas, además hubo un incremento del interés por parte de los gobiernos poderosos por los programas bilaterales de ayuda. Lo que condujo a que, en 1996, el programa fuese remplazado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y SIDA (ONUSIDA). Se dejó de utilizar la monoterapia y la terapia dual. Debido a que los resultados de los ensayos clínicos demostraron la eficacia de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART, por sus siglas en inglés), la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa y un inhibidor de la proteasa se convirtió en la terapia estándar para el VIH. Simultáneamente, se desarrolló un equipo para monitorizar la carga viral. Los ensayos clínicos, presentados en la Conferencia Internacional llevada a cabo en Vancouver, demostraron que el conocer la

carga viral permitía no solamente predecir la progresión de la enfermedad, sino también monitorizar la terapia. En diciembre de ese año, según el programa de la Naciones Unidas, las muertes han llegado a los 6.4 millones, y hay 22.6 millones de personas que viven con el virus (134, 155).

Se aprueban dos inhibidores de proteasa nuevos, ritonavir e indinavir, en 1997. La era de la terapia triple empieza. En ese punto están disponibles 11 agentes antirretrovirales y algunos más están en desarrollo. Los resultados sobre regímenes de triple combinación demuestran una reducción de la carga viral por debajo de los límites de detección durante prolongados períodos de tiempo. En 1997 se instaura el Día Mundial de la Vacuna contra el SIDA. Los beneficios de las nuevas terapias pronto se hicieron evidentes: hubo una rápida y firme disminución de la mortalidad y de hospitalizaciones por SIDA. Los médicos y los enfermos de VIH se encontraban entusiasmados. Había más de 22 millones de personas viviendo con VIH y SIDA en todo el mundo (56, 117, 155).

Las combinaciones llegan ser más complicadas y más difíciles, pero se muestra a lo largo del año de 1998 que la mortalidad y morbilidad bajan, básicamente a causa de un tratamiento antirretroviral precoz, fuerte y continuado. En la XII Conferencia Internacional de SIDA en Ginebra se expusieron diversos ensayos clínicos sobre terapias combinadas. Sin embargo, los investigadores comenzaron a descubrir las primeras fallas en pacientes que recibían HAART. Dos temas que se convirtieron en desafíos a resolver durante la Conferencia fueron: si la terapia no bloquea la replicación viral el VIH puede desarrollar resistencia a las drogas y, si existen más células

disponibles, debido a la resistencia cruzada dentro de las diferentes clases de antirretrovirales, la posibilidad de que la terapia fracase es elevada (138, 155).

En 1999 se comprobó que los efectos secundarios resultan ser muy peligrosos, la pancreatitis, la neuropatía periférica y la lipodistrofia causan terribles enfermedades y alteraciones orgánicas. Se agregan nuevos antirretrovirales: abacavir (un inhibidor de la trasncriptasa inversa), nelfinavir (inhibidor de la proteasa) y dos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa: delevirdina y efavirenz. Se estimaba que había 10 nuevos contagios de VIH por minuto en todo el mundo. El ensayo VIHNET 012 demostró la eficacia de la nevirapina en la prevención del contagio de madre a hijo: los índices de contagio se redujeron a la mitad a pesar de que todas las pacientes que participaban del ensayo amamantaron a sus hijos: el costo de dicho tratamiento es sólo de cuatro dólares. Por primera vez, se desarrolla una terapia accesible que puede utilizarse en los países más afectados. A fines de diciembre, ONUSIDA publica sus últimas cifras sobre la epidemia: 5.6 millones de nuevos contagios en 1999, con 33.6 millones de personas que viven con VIH y SIDA en todo el mundo. Desde el inicio de la epidemia hubo 16,3 millones de muertos (56, 96, 155).

La Conferencia Mundial del SIDA se celebra en Sudáfrica y, por primera vez, los problemas de los países en desarrollo centraron la atención de todo el mundo. Se concientizó sobre la mortalidad por SIDA en África y la necesidad de hacer más accesibles las drogas antirretrovirales. La diseminación del VIH en Rusia, China e India preocuparon en cuanto a que el SIDA podría desestabilizar la política mundial y los sistemas económicos más allá de África Subsahariana, comprometiendo la seguridad de manera global (60, 155).

Europa Oriental fue una de las zonas más afectadas por la transmisión del VIH en todo el mundo. Algunos miembros del Ministerio de Salud ruso, en marzo de 2001, llamaron la atención sobre el alarmante aumento en la transmisión de la enfermedad y pronosticaron una crisis sanitaria que afectaría a toda Rusia. En sus declaraciones del día mundial del SIDA, la ONU arrojó una cifra oficial cercana a los 150,000 contagios y una cifra real estimada en 1, 000,000. Aunque en Ucrania las cifras eran menores, el índice de transmisión en la población total se encontraba en 1%, que es inferior al de muchas naciones africanas (donde ronda 10%), pero en todo caso un verdadero desastre para un sistema de atención sanitaria que ya está sobrecargado. En la Federación de Estados Independientes (FEI, es decir, la ex Unión Soviética), los tratamientos, a efectos prácticos, no existen. En Rusia, que cuenta con 150,000 nuevos afectados por el VIH, sólo 500 personas reciben un tratamiento combinado. Más cerca de Europa Occidental, países como Polonia y Hungría registran una tendencia más estable tanto en la transmisión como en el acceso a los tratamientos, aunque debido a la falta de grupos de apoyo a la población afectada por el VIH, es posible que también en estos países exista una epidemia encubierta (21, 60, 155).

En el 2001, después de que la Organización de Unidad Africana declarará la situación del SIDA en África como un estado de emergencia, el secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, convocó a una sesión al respecto en junio de ese mismo año. En dicha reunión, líderes políticos de 180 gobiernos asumieron el compromiso de generar programas y fondos destinados a los países afectados (137, 155).

En enero del 2003, el gobierno de Estados Unidos anunció el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA, mediante el cual 15 billones de dólares serían

otorgados dentro de un período de cinco años para prevención, tratamiento y cuidado, enfocándose en los 15 países que representan el hogar de 80% de las personas que requieren tratamiento. Ese mismo año, la OMS anunció su intención de extender el tratamiento del SIDA a 3 millones de personas de los países en desarrollo para el 2005, la iniciativa “3 x 5” (155, 162).

La Unión Europea (UE) prevé asignar 1,000 millones al fondo contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis a partir de 2004. ONUSIDA ve poco probable la existencia de una vacuna eficaz en diez años. Los virólogos prevén que ninguna de las 30 vacunas que se ensayan contra el SIDA funcionará (21, 155).

En enero del 2005, un equipo dirigido por Roger J. Pomerantz, de la Universidad Thomas Jefferson de Filadelfia, descubrió una proteína (la interleucina-7 [IL-7]), que permitiría hacer detectables, y gracias a ello eliminar, las formas indetectables de VIH en los pacientes infectados. En ese año las Naciones Unidas recuerda que más de 8,000 personas mueran cada día por causas relacionadas con la enfermedad. 25% de los 150,000 contagiados por VIH en España ignora que esta infectado. Ese año se infectaron casi 5 millones de personas, la suma más alta desde 1981, cuando se detectó el primer caso. La iniciativa “3 x 5” se quedó corta de su meta, pero resultó en tratamiento antirretroviral para 1.3 millones de pacientes, la prevención de 250,000 a 350,000 muertes. Solo en ese año 8.3 billones de dólares fueron gastados en SIDA. 40% de los diagnósticos de SIDA son tardíos. Los expertos reclaman mejoras en la prevención para reducir la expansión de la infección. El VIH y SIDA es responsable ya de 14% por ciento de las muertes por enfermedad en el mundo, frente a 2% de hace 10 años (21, 117, 155).

B. SITUACIÓN ACTUAL

La pandemia presenta, desde sus inicios, patrones epidemiológicos bien diferenciados, condicionados por el momento de su aparición en cada área geográfica, de las vías de transmisión implicadas y de la capacidad de respuesta de cada país. Ello se traduce en una gran variabilidad de la prevalencia de infección por el VIH en la población general adulta, que oscila entre 8.8% del África Subsahariana, 2.4% del Caribe y menos de 1% en los países desarrollados (117, 162, 167).

Globalmente, la infección por el VIH y SIDA constituye en la actualidad una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA) estima que, desde el inicio de la pandemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, de las cuales un tercio han fallecido (117, 150).

Sólo durante el año 2002 se calcula que ocurrieron en el mundo 5 millones de nuevas infecciones y más de 3 millones de fallecimientos. De los 42 millones de personas vivas infectadas estimadas a finales del año 2002, 95% residen en países en desarrollo, y 70% (29.4 millones) en África Subsahariana, de los cuales 10 millones son jóvenes de 15-24 años y casi 3 millones de niños menores de 5 años (142, 150).

Aunque la incidencia anual de nuevas infecciones ha permanecido absorbida en el África Subsahariana, esta estimación oculta la gravedad alcanzada en algunos países de África Meridional, donde la prevalencia nacional de infección por el VIH ha superado 30%. No obstante se prevé que en la década actual el mayor crecimiento de la

epidemia tendrá lugar en países intensamente poblados como Rusia, las antiguas Repúblicas Soviéticas de Asia Central, Indonesia, China e India. La conjunción de la epidemia con otras circunstancias como las crisis alimentarias, los conflictos armados o los cambios económicos y sociales acelerados (que condicionan la acentuación de las diferencias sociales, un acceso limitado a los servicios básicos y/o el aumento de los movimientos migratorios), crea las condiciones favorecedoras para la rápida propagación de la infección (56, 96, 117).

Adicionalmente, la pandemia tiene un importante impacto en la economía, en la demografía y en la sociedad de los países más afectados. A diferencia de otras enfermedades relacionadas con la pobreza, el VIH y SIDA afecta fundamentalmente a personas jóvenes sexualmente activas, que se encuentran en las edades más productivas de sus vidas. Se estima que la epidemia ha causado más de 14 millones de huérfanos, y que en algunos de los países más afectados de África la esperanza de vida al nacer retrocederá más de 15 años a causa de la misma (56, 96, 117).

Estos intervalos numéricos corresponden a datos reales entre los cuales se tomó la media para dar un estimado global de las personas infectadas por el mortal virus (ver anexo, gráficas 1 y 2).

En los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia de SIDA, incluido un mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Un total de 39.5 millones de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en 2004. Esa cifra

incluye los 3.4 millones [3.6 - 6.6 millones] de adultos y niños infectados por el VIH estimados en 2006, alrededor de 400,000 más que en 2004 (56, 96, 117).

La importancia de los comportamientos de riesgo (como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones), resulta especialmente evidente en las epidemias de Europa oriental y América Latina. En Europa oriental y Asia dos de cada tres infecciones (67%) por el VIH en 2005 se debieron al uso de equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas intravenosas. Los profesionales del sexo y sus clientes representaron alrededor de 12% de las infecciones por el VIH. El comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas representaron una proporción global similar de infecciones por el VIH en Asia meridional y sudoriental. Salvo en la India, casi una de cada dos infecciones (49%) por el VIH en 2005 ocurrieron en profesionales del sexo y sus clientes, y más de una de cada cinco (22%) en consumidores de drogas intravenosas. Una pequeña pero significativa proporción de infecciones (5%) tuvo lugar en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (21, 155).

C. SITUACIÓN DE VIH Y SIDA EN LOS CONTINENTES

C. 1. ÁFRICA

África sub-Sahariana es la región más afectada por la pandemia de SIDA, ya que allí viven más de dos terceras partes de las personas infectadas (24.7 millones). Se estima que 2.8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en 2006, siendo más que todas las nuevas infecciones en otras regiones del mundo combinadas. Además 72% de todos los fallecidos por esta enfermedad se encuentra en esta región.

La infección por VIH comenzó a expandirse muy precozmente por transmisión heterosexual. En un principio la infección se extendió predominantemente en los países de África Oriental. En los años noventa la prevalencia de VIH en estos países siguió aumentando, y en Etiopía y Kenia se superó 10% de infección en población adulta. A pesar de todo, estos países se han visto rebasados por los del cono sur, donde se ha producido una extensión brutal del VIH en muy pocos años. Sudáfrica pasó, en tan sólo dos años, de 12.9% a 19.9% de infección en adultos, situándose como el país del mundo con mayor número de personas infectadas (4.2 millones). En 1999, había siete países en el cono sur de África en los que al menos uno de cada cinco adultos estaba infectado por el VIH (117, 155).

La epidemia en África sigue en progresión y cada año aumenta el número de nuevas infecciones respecto al año anterior. La transmisión es fundamentalmente heterosexual. Las mujeres jóvenes están muy afectadas y un elevado número de niños se ha infectado a partir de sus madres. En África viven un millón de niños infectados por

el VIH y otros 3,3 millones ya han muerto. Además, desde el principio de la epidemia, más de 12 millones de niños han quedado huérfanos (117, 155).

En África Meridional, ha habido un descenso en la incidencia y prevalencia del VIH, en especial en Zimbabwe donde en el año 2000, la prevalencia en mujeres embarazadas era de 32% y en el 2004 ya era de 24%, esto parece relacionarse con una combinación de factores, en especial una reducción en las relaciones sexuales con parejas sexuales no habituales, junto con un incremento en el uso de los preservativos y un retraso en el inicio de la actividad sexual. Sin embargo la epidemia es una de las peores en el mundo, observando que uno de cada cinco es portador, la esperanza de vida de los ciudadanos de África ha disminuido de forma drástica siendo el promedio de vida en las mujeres de 34 años y el de los hombres 37 años. En Sudáfrica, la epidemia ha alcanzado la fase en que se esta falleciendo por SIDA un número creciente de personas. Los últimos datos oficiales indican que los fallecimientos aumentaron un 79% en los últimos años (117, 142).

En África oriental parecen continuar las tendencias generales hacia la estabilización o descenso de la prevalencia de VIH, sin embargo es posible un desgaste de los avances que había logrado, países como Uganda donde la migración ha sido uno de los problemas en donde los recursos económicos se han enfocado por que es este grupo el que tienen mayores probabilidades de estar infectados por el VIH que las personas que viven en entornos mas estables (56, 142).

El suministro de terapia antiretrovirica se ha ampliado espectacularmente en África subsahariana, más de un millón de personas estaban bajo tratamiento en el 2006, sin

embargo sigue siendo insuficiente ya que menos de la cuarta parte de la población que vive con VIH y SIDA es la que recibe el tratamiento (155).

C. 2. ASIA

La entrada de la epidemia de SIDA en Asia fue relativamente tardía. A finales de los ochenta y principio de los noventa se produjo una propagación intensa del VIH en algunos lugares del sur y sudeste del continente, tanto entre los usuarios de drogas intravenosas como a través de prácticas heterosexuales de riesgo. Se estima que 8,6 millones de personas están viviendo con VIH. Los niveles de prevalencia de VIH en la población no son muy altos. No obstante, dado que en Asia están los países más poblados del planeta, la cifra de infectados puede ser muy elevada. Los niveles máximos de infección corresponden al sudeste de Asia, donde diversas combinaciones de relaciones sexuales remuneradas sin protección entre varones, junto con prácticas peligrosas de inyección de drogas, forman la mayor parte de la epidemia. En India sólo siete de cada 1000 adultos están infectados por el VIH, pero esto supone 3,7 millones de personas. En Tailandia se realizó una gran intervención que logró controlar una creciente epidemia heterosexual, y esto ha sacado a la luz otras formas de transmisión como el uso de drogas inyectadas y las relaciones homosexuales entre hombres. En el sur y sudeste de Asia viven 5,8 personas con infección por el VIH. En 2000 se produjeron 780,000 nuevas infecciones, lo que denota que la epidemia está en expansión, aunque a un ritmo contenido. En Asia existen muchas regiones que todavía no han sufrido una propagación significativa del VIH a pesar de que son frecuentes las

conductas de riesgo. Por ello persiste la amenaza de una propagación mucho más extensa del VIH (172, 79, 99, 155).

Según fuentes de ONUSIDA, el consumo de drogas intravenosas es el principal factor de riesgo de infección, en especial en el nordeste de la India y desempeña un papel importante en las epidemias de grandes ciudades como Chennai, Mumbai y Nueva Delhi (142).

En Pakistán los altos niveles de infección entre los grupos de consumidores de drogas intravenosas (8%) podrían trasladarse a otras poblaciones, incluidos los profesionales del sexo, tanto masculinos como femeninos. Las tasas de utilización de preservativos siguen siendo bajas durante los encuentros sexuales comerciales. Menos de una de cada cinco profesionales del sexo femeninas y uno de cada veinte de sus homólogos masculinos indicaron que habían usado preservativos durante el mes precedente en sus prácticas sexuales (99,142).

El número de personas en Asia, que reciben terapia antirretrovírica ha aumentado en más de tres veces desde el año 2003, aunque todavía representa alrededor de 16% del número total de las personas que necesitan tratamiento (96,155).

C. 3. EUROPA

En la Región Europea, en el 2002 la OMS había declarado 261,440 casos de SIDA, de los cuales más de 90% (237,180) corresponden a los países de la Unión Europea (21).

Se estima que la epidemia se introdujo en Europa con un retraso de 3-4 años respecto a EE.UU., diseminándose más rápidamente en los países del norte y centro de Europa y posteriormente en los países del sur, y alcanzando un pico máximo de incidencia a mediados de la década de los ochenta. De esta forma se podría considerar un gradiente "norte-sur" de la epidemia en Europa, complementado más recientemente con un gradiente "oeste-este". Mientras que históricamente la mayoría de casos de SIDA en hombres homo/bisexuales procedían de los países del centro y norte de Europa, los casos en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) se concentraban en los países meridionales, especialmente en Italia y en España (21,155).

El número total de personas que viven con VIH continúa aumentando (debido en gran parta a la terapia antirretroviral). Aproximadamente 740, 000 personas son portadoras en el 2006. En Europa occidental, un tercio de las infecciones se produjeron por relaciones sexuales entre varones, y la mitad se contrajeron durante el coito heterosexual, la población migrante es un blanco para esta enfermedad, siendo las tres cuartas partes de las nuevas infecciones. Europa presenta varias tendencias para la adquisición de el virus, entre las que sobresalen las relaciones sexuales entre varones, que en algunos países bajos representa 75% de todas las nuevas infecciones, la transmisión entre migrantes e inmigrantes y las personas que ignorar que son

portadoras, además parece que el conocimiento de VIH ha ido deteriorándose. En un estudio realizado en el 2005 por ONUSIDA, revela que 79% de los encuestados sabía que el virus puede transmitirse a través de relaciones sexuales en comparación con 91% encuestado en el 2000 (142, 155).

D. SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA RESPECTO AL GÉNERO

El SIDA surgió en el decenio de 1980 como una enfermedad masculina, pero ha ido en aumento la proporción de mujeres infectadas en comparación con los hombres, desde 35% en 1990 y 41% en 1997, hasta 48% en 2004. En 2005, casi la mitad de los 39 millones de personas que vivían con el VIH eran mujeres. Hasta 60% de todas las infecciones por VIH en mujeres ocurren antes de los 20 años. En algunas partes de África y del Caribe, las dos regiones donde es más alta la prevalencia del VIH, las probabilidades de que las jóvenes (de 15 a 24 años de edad) estén infectadas son hasta seis veces mayores que las de los varones de la misma edad. En todo el mundo están viviendo con el VIH 17,3 millones de mujeres de edad igual o superior a 15 años, es decir 48% del total mundial (4, 138, 139, 151, 150).

De todas las nuevas infecciones con el VIH, unas tres cuartas partes son resultado de la transmisión sexual entre hombres y mujeres. El informe del 2006 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA reveló que en África subsahariana, donde vive alrededor de 64% de la población mundial con VIH y SIDA, la cantidad de mujeres infectadas supera a la de los hombres. Las actitudes y los comportamientos de los hombres tienen importancia crítica para las acciones de prevención. Los hombres

tienen un abrumador poder en las decisiones sobre cuestiones sexuales, inclusive sobre si utilizar o no condones. En muchas sociedades se espera que las mujeres sepan muy poco sobre esas cuestiones y las que plantean la cuestión del uso de condones corren el riesgo de ser acusadas de infidelidad o promiscuidad. La violencia contra las mujeres y las adolescentes, y el temor a esa violencia, menoscaban más aún la posición de negociación de la mujer (4,60,123).

Las jóvenes son el grupo más afectado en todo el mundo: constituyen 67% de todos los nuevos casos de VIH en el grupo de 15 a 24 años de edad en los países en desarrollo; esto compromete el progreso hacia el desarrollo sostenible. En África al sur del Sahara, las jóvenes constituyen 76% de los jóvenes que viven con el VIH. En algunos países de África al sur del Sahara, donde está proliferando el SIDA, hasta 38% de las adolescentes solteras de 15 a 19 años de edad han entablado relaciones sexuales a cambio de dinero o de mercancías. Hoy en día, África no puede permitirse perder a un número importante de niñas y mujeres jóvenes, ya que estas últimas son esenciales para el crecimiento económico, así como para el bienestar y el cuidado de la familia y de la comunidad y también para la educación de futuras generaciones (4, 114).

En África subsahariana las mujeres constituyen 59% de los adultos infectados por el virus. Casi tres de cada cuatro jóvenes de 15-24 años son mujeres que viven con el VIH. Las mujeres tienen un riesgo de contraer la infección mayor que los hombres (1.2 veces mayor). Estas diferencias se atribuyen a varios factores: las mujeres comienzan su vida sexual más jóvenes y por lo general tienen contacto con hombres mayores y, por otro lado, al hecho de que la infección tiene una mayor facilidad de transmisión de hombre a mujer que viceversa. La prevalencia de la infección por VIH varía

grandemente, desde 1% en Mauritania hasta 40% en Bostwana. En la región meridional se han encontrado hasta 40% de las mujeres embarazadas seropositivas y en los países gravemente afectados tan sólo 1% de éstas tiene acceso a servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. En Uganda, por ejemplo, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas ha disminuido de 30% hace una década, hasta 8% en el 2002. Rwanda, Kigali, Addis Adeba y la República Democrática del Congo también muestran cifras importantes de reducción en la prevalencia del VIH. Costa de Marfil sufre la prevalencia del VIH más alta de África occidental con más de una mujer infectada de cada 10 mujeres embarazadas. En Asia las mujeres representan actualmente 30% de los adultos que viven con el VIH; en algunos países de la región las cifras son aún mayores, llegando a 39% en Tailandia y a 46% en Camboya (142,151).

La deserción estudiantil se ve más en niñas que en niños. Asimismo, en todas las regiones en desarrollo, las mujeres son objeto de discriminación en el mercado de trabajo, sobre todo en el sector formal, que se inclina a favor de los hombres por sus ideas preconcebidas de los mismos como cabezas de familia y el sexo más competente. Por todo esto, es más probable que las mujeres trabajen en el sector informal de la economía urbana, dedicándose a la agricultura de subsistencia o aceptando trabajos peor remunerados en el sector formal, que ofrecen una seguridad social y económica mínima o inexistente en términos de ingresos, ahorros, seguro o protección social. Incluso en el lugar de trabajo, las mujeres se enfrentan a la violencia, la estigmatización y la discriminación.

Los enfoques de la prevención del VIH sensibles a las cuestiones de género son fundamentales para frenar la epidemia. Además, pueden ejercer efectos catalíticos y promover una transformación social más amplia. Las mujeres pueden obtener más control de las decisiones que afectan sus vidas con el apoyo y la cooperación de sus compañeros, de quienes prestan servicios, de las comunidades y de los gobiernos. Los jóvenes varones que aprenden a respetar a las mujeres y a comprender sus responsabilidades en la lucha contra el VIH y SIDA tienen mayores probabilidades de utilizar un condón. Puede lograrse que los esposos protejan a sus esposas y a sus futuros hijos contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (4).

La discriminación por motivos de género, la pobreza y la violencia son aspectos medulares de la epidemia de SIDA. Fisiológicamente, las mujeres tienen probabilidades de dos a cuatro veces más que los hombres de quedar infectadas con el VIH en las relaciones sexuales, las mujeres tienen más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles a las infecciones por el VIH y de transmisión sexual. El riesgo de infección por el VIH en las mujeres con ITS no tratadas aumenta. En muchas culturas, el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia. Las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas están más expuestas a infectarse con el VIH ya que el coito forzado y rudo causa más lesiones en el tejido vaginal y anal. Aunado a que las mujeres y las niñas suelen estar mal informadas acerca de cuestiones sexuales y reproductivas y tienen mayores probabilidades que los varones de ser analfabetas. Suelen carecer de poder de negociación y de apoyo social para insistir en condiciones de

mayor seguridad o para rechazar las propuestas sexuales, aunado a la violencia de género que es el siguiente tema a tratar (4, 116, 123, 138, 139, 150).

Debido a su baja posición en la escala social (derivada de su inferioridad legal, económica, social y cultural) las mujeres corren un mayor riesgo de contraer el VIH. En los casos en que su categoría social es inferior, apenas tienen libertad para actuar por cuenta propia con miras a ganarse la vida. Esta dinámica de dependencia, pobreza y miedo al empobrecimiento refleja el modo en que su baja categoría social les expone a un mayor riesgo de contraer el VIH (114).

En muchas regiones en desarrollo, los hombres controlan los recursos productivos esenciales, como las tierras de cultivo, y las mujeres acceden a estos bienes a través de su relación con un hombre, especialmente en el matrimonio. Debido a su dependencia material y financiera de estos últimos, difícilmente pueden decidir cuándo, con quién o en qué circunstancias mantienen relaciones sexuales. En los países en desarrollo en que la mayoría de la población pobre es de sexo femenino, la pobreza no sólo está vinculada con comportamientos de riesgo en aras de la supervivencia, sino que también impide a las mujeres imponer su criterio a sus maridos o compañeros para mantener relaciones sexuales seguras; temen que, si se reafirman, se tomarán represalias contra ellas. Con frecuencia, las mujeres pobres no consiguen que sus compañeros acepten mantener unas relaciones sexuales más seguras (por ejemplo, utilizando un preservativo), por miedo a perder todo lo que tienen o a empobrecerse aún más. La violencia doméstica y las violaciones también les impiden tomar decisiones. La falta de autonomía equivale a la falta de opciones. Conscientes de su imposibilidad de acceder a los recursos de otro modo, las mujeres pueden verse

obligadas a mantener relaciones abusivas maritales o sexuales, porque éstas son la base para poder acceder a recursos como la tierra. Las mujeres que carecen de otros recursos pueden sentirse obligadas a depender de su cuerpo para ganarse la vida, y ofrecen favores sexuales a cambio de favores materiales que les permita sobrevivir diariamente. En su mayor parte, la prostitución en África está orientada a la supervivencia; es un medio al que las mujeres recurren para asegurar la supervivencia personal y la de su familia. Cuando el sexo se convierte en el medio de subsistencia de una mujer, ésta corre un alto riesgo de contraer el VIH (114).

Como consecuencia de esta situación, la tasa de infección por el VIH en las mujeres aumenta más rápidamente que la tasa de infección en los hombres, en los países en vías de desarrollo en especial en el Caribe y América Latina. En casi todas las sociedades, las normas por razones de género determinan los roles sexuales y las perspectivas de hombres y mujeres. Por lo tanto, se da por sentado que las mujeres y las niñas no deben saber de sexo (y en muchas culturas se presume que ni siquiera sean seres sexuales o gocen las relaciones sexuales). Se considera promiscuas o adúlteras a las mujeres que buscan información sobre la actividad sexual sin riesgos. En las culturas que atribuyen una gran importancia a la virginidad, algunas jóvenes solteras pueden incurrir en comportamientos de alto riesgo, como el coito anal, para conservar su virginidad. En cambio, a los hombres se les insiste que experimenten sexualmente a una edad temprana para probar su masculinidad. A menudo, esto incluye visitar profesionales del sexo o tener más de una pareja sexual. Los hombres y sus parejas corren el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (110,139).

Las mujeres no suelen tener opciones con respecto a sus parejas o las circunstancias en las que tienen relaciones sexuales. Las desventajas por razón de género en la distribución del poder y los recursos económicos y sociales desempeñan una función importante. Frecuentemente, las mujeres y las niñas tienen que recurrir a la prostitución para mantener a sus familias porque no tienen otras oportunidades de percibir ingresos (104, 155).

Muchas personas siguen careciendo de conocimientos sobre la manera de protegerse contra el VIH. A escala mundial, en 2003 sólo pudo llegarse con acciones preventivas a 8% de las embarazadas y a 16% de las trabajadoras del sexo. Si bien los países, en su mayoría incluidos los de África al sur del Sahara, han adoptado estrategias nacionales para combatir la epidemia, hay todavía millones de mujeres y hombres que no tienen acceso a los servicios y carecen de tratamiento (4, 161).

Los programas de prevención, atención y tratamiento han abierto gradualmente un intercambio de ideas sobre cuestiones de género, sexualidad y reproducción. En 2004, el ONUSIDA inició la Coalición Mundial sobre las Mujeres y el SIDA, una alianza mundial de grupos de la sociedad civil, redes de mujeres que viven con el VIH y SIDA, gobiernos y organismos de las Naciones Unidas. Su plataforma exhorta a proporcionar educación y alfabetización a las mujeres y asegurar la vigencia de sus derechos económicos, proporcionar igual acceso al tratamiento con medicamentos contra los retrovirus, proporcionar acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, promover la modificación de los perniciosos estereotipos de género e imponer una tolerancia nula respecto de la violencia por motivos de género (4, 167).

D.1. VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género se refiere a cualquier acto a amenaza de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio y/o sufrimiento de la salud física, sexual o psicológica de la mujer (139).

Las interacciones entre el VIH y SIDA y violencia de género son númerosas y tienen consecuencias graves para la salud y el desarrollo humano, particularmente de las mujeres adultas, adolescentes y niñas. Diversas investigaciones han mostrado una relación positiva entre las experiencias de violencia sexual y doméstica y la infección por VIH y SIDA. Asimismo, algunos estudios relevan un incremento de la violencia en la vida de las personas VIH positivas, particularmente las mujeres, asociado a su condición de infectadas. La vulnerabilidad que se relaciona con la infección por VIH y SIDA y los episodios de violencia en la vida de las mujeres están vinculadas con la falta de empoderamiento de las mujeres. El factor clave para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 6 sobre la reducción de la propagación del VIH y SIDA, es la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer (Objetivo de Desarrollo del Milenio número 6) (139).

Según los estudios realizados en los sectores orientados a la exportación en Kenia (café, té o industria manufacturera ligera), era normal que las mujeres fueran objeto de violencia y acoso en el lugar de trabajo, siendo más de 90% de las mujeres entrevistadas había experimentado u observado abusos sexuales en el lugar de trabajo; 95% de todas las mujeres que había sufrido abusos sexuales en el lugar de trabajo no

se atrevían a notificar el problema por miedo a perder su trabajo; 70% de los hombres entrevistados consideraba que acosar sexualmente a las trabajadoras era un comportamiento normal y natural (114).

La infección por VIH y SIDA puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de violencia sexual y, de manera indirecta, debido a la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras. La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH y SIDA:

- Más de 36% de las niñas y 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región (155).
- Hasta una tercera parte de las adolescentes en la región ha sufrido una iniciación sexual forzada (155).
- En algunos países casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia por parte de su pareja (155).
- 90% de niñas peruanas entre 12-16 años que dieron a luz fueron embarazadas por violación, frecuentemente por incesto (4).
- El tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es factor de la propagación del VIH y SIDA. La explotación sexual de adolescentes, niñas y mujeres adultas es una de las formas más extendidas de violencia de género debido a las altas tasas de sexo forzado en mujeres (110).
- Las mujeres tienen las posibilidades reducidas de negociar el sexo protegido y el uso del condón (110).

Según la OMS, es más probable que las niñas y los niños que son víctimas de maltrato físico o sexual durante la niñez presenten comportamientos sexuales de alto riesgo en etapas posteriores de la vida, y una capacidad disminuida para negociar la actividad sexual con menos riesgos como consecuencia de la autoestima más baja. La trata de niñas y mujeres con fines de prostitución es otra forma de violencia contra la mujer que las expone a la infección por el VIH y al embarazo no deseado. Puesto que muchas de estas mujeres entran en los países ilegalmente y que el comercio sexual generalmente es ilegal, la ley no las protege, son víctimas de estigma social y no tienen casi ningún acceso a los servicios sociales y médicos. La explotación sexual de adolescentes, niñas y mujeres adultas es una de las formas más extendidas de violencia de género debido a las altas tasas de sexo forzado en mujeres (4, 110, 139).

En Camboya y Vietnam, la violencia en las calles somete a las trabajadoras sexuales al riesgo de contraer el VIH, las trabajadoras sexuales negocian con un hombre, pero cuando van al lugar donde mantendrán relaciones se encuentran con más de uno y todos quieren tener sexo con ella. Cuando se niegan, las golpean o las violan. Las prostitutas suelen tener dos condones. Pero si llegan al lugar y hay tres o cuatro hombres, se quedan sin preservativos. Ellos las golpean si les niegan sexo o insisten en utilizar bolsitas plásticas de azúcar como protección, las que son frágiles y se rompen fácilmente, exponiéndolas al virus. Las mujeres son golpeadas por sus esposos si éstos descubren que concurrieron a los centros de diagnóstico voluntario y asesoramiento acerca de la enfermedad (123).

Las causas de este problema son múltiples, tomando en cuenta que los factores socioeconómicos, culturales y demográficos que son parte de las sociedades de los países en vías de desarrollo dentro de los cuales tenemos:

- Dependencia material o financiera de los hombres para sobrevivir
- Falta de acceso a los recursos
- Bajo nivel de educación, analfabetismo
- Falta de propiedad o de derechos de sucesión
- Matrimonio temprano, o relaciones sexuales tempranas
- Relaciones sexuales violentas y abusivas dentro o fuera del matrimonio
- Recurso a la prostitución (113, 114)

Esa situación resucitó reclamos de nuevas leyes contra todas las formas de violencia contra las mujeres y su estricta implementación en aquellos países donde ya están vigentes. El cambio de normativa se considera como una de las formas más efectivas para contrarrestar la propagación del VIH. Tener una ley contra la violencia sexual, pero tiene vacíos legales que permiten que las mujeres sigan siendo violadas sin poder recurrir a la justicia. Tenemos una ley contra delitos sexuales, pero no reconoce la violación dentro del matrimonio, por lo que el VIH y SIDA se propaga en ese contexto. Pero las leyes no bastan para combatir la pandemia. Es muy importante la participación de los hombres en la lucha, dado que por lo general no suelen concurrir a los centros de diagnóstico y, a veces, comprometen el trato y asistencia de las personas infectadas (123).

Una investigación realizada en Indonesia en enero del 2007 reveló que nueve de cada 10 hombres se ofendieron cuando su pareja les pidió concurrir a un centro de diagnóstico y se negaron a realizarse el análisis, mientras ocho de cada 10 mujeres accedieron al mismo. Eso es porque los hombres siguen creyendo que los centros de diagnóstico y el VIH conciernen sólo a los grupos de alto riesgo, al no buscar ayuda ni hacerse el análisis, los hombres quedan fuera de los programas de tratamiento. Eso puede provocar que los que están infectados tomen los medicamentos de sus esposas que sí participan de esos planes. Esa práctica es común en algunos ámbitos de bajos ingresos en los países africanos (123).

También la pobreza obliga a muchas mujeres a realizar trabajo sexual para su subsistencia o a entablar relaciones transaccionales que excluyen la utilización de condones. Con frecuencia las mujeres, por razones económicas, no pueden abandonar a su pareja, aun cuando sepan que el hombre está infectado o estuvo expuesto al contagio con el VIH. Algunas prácticas nocivas como la mutilación o corte genital femenino, el casamiento en la infancia y la práctica de "heredar a la viuda" (unión de la viuda con un pariente del esposo fallecido) agravan los riesgos que corren las mujeres (4, 123).

D.2. EL MATRIMONIO: ¿PROTECCIÓN O RIESGO DE VIH?

En general, se piensa que el matrimonio es un ámbito "seguro", pero en muchos lugares acarrea para las mujeres apreciables riesgos de infectarse con el VIH. Más de cuatro quintas partes de las nuevas infecciones de mujeres con el VIH ocurren dentro del matrimonio o en relaciones de pareja de larga duración. Se estima que en África al

sur del Sahara, entre 60% y 80% de las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH han sido infectadas por sus esposos, sus únicos compañeros sexuales. Al menos 50% de todas las mujeres senegalesas que viven con el VIH indicaron sólo un factor de riesgo: vivir en una unión o "monógama". En India, 90% de las mujeres que viven con el VIH dijeron que al contraer matrimonio eran vírgenes y que se mantuvieron fieles a sus esposos durante el matrimonio. En Camboya, 42% de todas las nuevas infecciones con el VIH se deben a la transmisión de los esposos a sus esposas. De las nuevas infecciones, una tercera parte corresponde a los hijos de esas mujeres. En Tailandia, 75% de las mujeres que viven con el VIH probablemente han sido infectadas por sus esposos. En Marruecos, hasta 55% de las mujeres con reacción serológica positiva al VIH fueron infectadas por sus esposos. Los estudios indican que las mujeres casadas prefieren correr un riesgo de infección con el VIH antes que pedir a sus esposos que utilicen un condón (preservativo), pues eso las obligaría a encarar el hecho de que ellos podrían ser infieles. En dos distritos de Uganda, sólo 26% de las mujeres dijeron que es aceptable que la esposa pida a su esposo que use un condón (4, 99, 162).

El enfoque "ABC" de la prevención del VIH corresponde a las iníciales en inglés de tres preceptos: *A*bstenerse de las relaciones sexuales, Ser (*B*e) fiel a la pareja, o usar *C*ondones. En verdad, los programas ABC han creado mayor conciencia acerca de la prevención del VIH. No obstante, a menos que tanto las mujeres como los hombres estén en condiciones de adoptar decisiones libres y bien fundamentadas, los mensajes "ABC" pueden dejar de lado factores de importancia crítica, que deben enfrentar millones de mujeres, como los citados:

- ¿Puede una adolescente insistir en que su esposo, de más edad, use un condón o sea fiel?
- ¿Puede una mujer maltratada, que depende de su compañero o esposo para que la mantenga a ella y mantenga a sus hijos, plantear la cuestión de la fidelidad o del uso de condones?
- ¿Puede una joven esposa insistir en el uso de condones, cuando está bajo presión de tener un hijo cuanto antes para ser aceptada por sus parientes políticos?
- ¿Puede una trabajadora del sexo, que se debate tratando de alimentar a sus hijos, negarse a prestar servicios a un cliente que se niega a utilizar un condón, en especial si paga el doble de la tarifa usual, o más?
- ¿Puede una adolescente víctima de coacción sexual o violación protegerse a sí misma?
- El consejo de mantener la abstinencia hasta el matrimonio, ¿preserva la seguridad de los jóvenes, cuando éstos, en su mayoría, ya iniciaron su actividad sexual antes de cumplir 20 años? (4)

Las mujeres y las adolescentes corren grandes riesgos de infección con el VIH. También son fuente de cuidados para otros que han adquirido la enfermedad o están afectados por ella, incluidos esposos y niños huérfanos. Las mujeres y las niñas proporcionan 75% de los cuidados a las personas que viven con el SIDA. Al atender a los enfermos disminuye la capacidad de las mujeres para generar ingresos y, por ende, su oportunidad de participación económica. Los efectos son especialmente graves en países donde las mujeres constituyen la mayoría de los agricultores y producen la mayor parte de los alimentos. En Tanzania las mujeres que deben atender a esposos

enfermos dedican a la agricultura la mitad del tiempo que solían dedicar antes. La pérdida del ingreso del esposo, el costo de la atención de la salud de los parientes enfermos y las responsabilidades adicionales puede sumir más profundamente en la pobreza a las mujeres y a sus hijos (4).

Las mujeres infectadas con el VIH y SIDA también son las últimas en acudir en procura de atención y las que menos probablemente la recibirán. En el momento en que el esposo fallece, por lo general los recursos de la familia han disminuido hasta un punto tal que las mujeres se ven imposibilitadas de solicitar atención médica o no quieren hacerlo. Las leyes y costumbres relativas a la herencia, que favorecen a los parientes del esposo, pueden dejar empobrecida a las viudas y también a sus hijos. La presión financiera adicional puede forzar a las mujeres y las niñas a dedicarse al trabajo sexual o resignarse a entablar relaciones abusivas y riesgosas, lo cual alimenta aún más la epidemia (4, 139).

D.3. DERECHOS REPRODUCTIVOS

En los países en desarrollo, la mayoría de las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH carecen de acceso al tratamiento contra los retrovirus para sí mismas y para prevenir la transmisión a sus hijos. Además, muchos suponen que las mujeres infectadas con el VIH no entablarán relaciones sexuales y opinan que ellas no deberían tener hijos. En consecuencia, se suele denegar a esas mujeres la información y los servicios necesarios para prevenir el embarazo y la transmisión del VIH de la madre al hijo, y se les deniega el acceso a la atención de calidad prenatal y

obstétrica. En las sociedades donde se espera de las mujeres que tengan hijos, las mujeres infectadas con el VIH que eligen no tener hijos deben enfrentar a la vez la desaprobación social por ese hecho y los recelos y prejuicios que inspira su condición. La protección de los derechos reproductivos de las mujeres infectadas con el VIH, inclusive la prevención del aborto y de la esterilización bajo coacción, es una cuestión de derechos humanos de importancia crítica (4, 167).

La Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH y SIDA, entidad creada para abordar la falta de apoyo a las mujeres afectadas con el VIH, ha conducido la iniciativa Voces y Opciones en Centroamérica, África occidental, Tailandia y Zimbabwe, a fin de promover los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva (4,121).

En Kenia y Sudáfrica, el proyecto "Mothers 2 Mothers 2 Be" vincula las madres infectadas con el VIH con las embarazadas también infectadas, a fin de ofrecerles consejos sobre diversas cuestiones, desde la planificación de la familia hasta la obtención de ingresos. Ese asesoramiento "conducido entre pares" ha ayudado a esas mujeres a comprender sus opciones de salud reproductiva y a hacer frente a los problemas (4, 167).

Tiene importancia crucial la prevención del VIH entre las mujeres en edad de procrear. Los servicios de planificación de la familia de uso voluntario deben ser parte integrante de todas y cada una de las estrategias para frenar la epidemia. Los principios éticos y de derechos humanos imponen que las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH puedan efectuar opciones bien fundamentadas

sobre la planificación de la familia, inclusive prevenir el embarazo no deseado. El acceso al tratamiento con medicamentos contra los retrovirus puede contribuir a salvaguardar el bienestar de la mujer y a prevenir la tragedia de que transmita el VIH a sus hijos (4, 151).

Los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo proporcionan a muchas mujeres infectadas con el VIH el único acceso disponible a los medicamentos contra los retrovirus. En los países en desarrollo los programas, en su mayoría, se centran en prevenir la transmisión al niño y no ofrecen beneficios a la madre. En 2003, de las embarazadas de todo el mundo con VIH, sólo 2% recibió medicamentos contra los retrovirus. En África sólo se ofrece a 5% de las embarazadas servicios de prevención del VIH. Algunos programas incipientes destacan la salud y el bienestar tanto del hijo como de la madre (3).

Para las personas acaudaladas que viven en países ricos, los medicamentos contra los retrovirus han transformado en gran medida la infección con el VIH en una enfermedad crónica bajo control. Pero a fines de 2004, en países de ingresos bajos y medianos sólo 12% de las personas tenían acceso al tratamiento. Debido a que, a consecuencia de la discriminación se podría denegar a las mujeres, especialmente si no están embarazadas, un tratamiento que está disponible, muchos grupos de mujeres así como la OMS y el ONUSIDA, han exhortado a los gobiernos a adoptar objetivos nacionales para lograr el acceso en condiciones de igualdad (4, 151).

En Kibera y en las zonas más pobres del centro y occidente de Kenia indican que las mujeres compartían fármacos. Pero un mal manejo de las dosis de antirretrovirales

es una forma segura de desarrollar resistencia a otros fármacos más baratos y de fácil acceso. Cuando eso sucede, el tratamiento requerirá un gasto 10 veces mayor en antrirretrovírales capaces de combatir las cepas resistentes del virus (123).

D.4. SITUACIÓN MUNDIAL DEL VIH RESPECTO AL CAMPO LABORAL

Presente en todos los sectores de actividad económica y en todas las esferas de la vida social, la epidemia del VIH es una amenaza para el crecimiento y el desarrollo a largo plazo. Su repercusión social y económica es especialmente grave en aquellos casos en que la pérdida de recursos humanos se concentra en trabajadores muy calificados y en personal profesional y de gestión superior. Las consecuencias de esta pérdida alcanzan proporciones alarmantes al afectar a servicios y estructuras esenciales que son los principales elementos de respuesta, tales como los sistemas nacionales de salud (116).

Según estimaciones de la OIT, cerca de 36.5 millones de personas que realizan algún tipo de actividad productiva en el mundo son seropositivas (113).

La región que de lejos se ha visto más afectada por el VIH y SIDA es África, donde el promedio regional de prevalencia en la población de 15 a 49 años es de 7.7 por ciento. La expresión “fuerza de trabajo” se refiere al total de personas económicamente activas, definición que abarca a todas las personas con empleo remunerado, las que trabajan por cuenta propia y las personas desempleadas que buscan trabajo. El total de la fuerza de trabajo mundial que tiene entre 15 y 64 años y es seropositiva o ha

desarrollado el SIDA se cifra en 26 millones. Una mayoría aplastante de los seropositivos (más del 70 por ciento) vive en África, proporción que sería incluso mayor si los índices de participación en la fuerza de trabajo fueran allí también mayores. En varios países africanos hay más de un millón de personas económicamente activas que viven con el VIH: 1 millón en Kenia, 1.1 millones en Mozambique, 1.3 millones en Etiopía y en Zimbabwe, 1.4 millones en la República Unida de Tanzania, 2.4 millones en Nigeria y cerca de 3.7 millones en Sudáfrica (115).

El principal impacto de la pandemia del VIH y SIDA en el desarrollo económico y social de los países se percibe a través de sus efectos en la fuerza de trabajo y ámbitos colaterales. Ello se deriva del hecho que las personas afectadas por la pandemia se encuentran en la población en edad de trabajar, donde se concentran las pérdidas y el mayor número de personas seropositivas o que han desarrollado enfermedades atribuibles al VIH. En muchos países afectados por la pandemia ha disminuido la esperanza de vida como resultado del aumento de las tasas de mortalidad de los adultos y ha contribuido a la disminución de la fuerza de trabajo. Como consecuencia del VIH y SIDA, hombres y mujeres adultos, con importantes funciones económicas y sociales, se ven impedidos de contribuir con el máximo de su potencial al desarrollo. Las consecuencias de ello no se limitan evidentemente a la reducción de la fuerza de trabajo sino que son mucho más profundas y se dejan sentir en la estructura de la familia, en la capacidad de supervivencia de las comunidades y las empresas, y en otros ámbitos relacionados con el mantenimiento del nivel de la capacidad productiva.

De la misma manera, la pandemia del VIH y SIDA erosiona la capacidad de ahorro de los hogares, de las empresas en los sectores formal e informal de la economía y

también del gobierno, por su efecto en sus niveles de ingresos y gastos. Con el tiempo, la baja de las tasas de ahorro acarrea una reducción de las inversiones, del crecimiento del producto agregado del empleo y del nivel de vida. Unos menores niveles de ingresos, el empobrecimiento de los hogares y las quiebras de empresas en la economía informal han aumentado la pobreza, frenado el crecimiento del empleo y puesto en peligro el desarrollo sostenible (110, 115).

El VIH y SIDA impone cargas muy pesadas a las familias. Si enferma el principal sostén económico de la familia, el cual por ende no puede seguir cumpliendo ese papel, el grupo familiar ve reducidos, o incluso anulados sus ingresos, a la vez que aumentan los gastos en atención médica o de otro tipo. Las enormes dificultades que lo anterior entraña se pueden compensar en parte mediante la contribución económica del resto de los adultos que trabajan, incluidas las personas mayores y los niños. Otros miembros del grupo familiar ingresan al mercado de trabajo, comienzan a producir alimentos para la subsistencia de la familia, prodigan diariamente los cuidados necesarios a los miembros de la familia dependientes y realizan el trabajo doméstico. Esta serie de hechos producen una reducción agregada notable de la producción y de los ingresos, lo cual se percibe a través de una reducción, también notable, del consumo (110, 115).

En los países de África Subsahariana, más del 50 por ciento de las camas de hospital están ocupadas por personas con enfermedades relacionadas con el VIH, aunque la mayoría de los enfermos reciben los cuidados en sus hogares. La atribución tradicional de las tareas domésticas y de cuidado de los familiares a las mujeres y a las niñas significa que éstas deben hacerse cargo en mayor medida del cuidado de estos enfermos. Esto no sólo supone para ellas una carga de trabajo adicional, sino que

también socava sus funciones productivas, reproductivas y comunitarias, las cuales son de vital importancia. Es preciso impartirles educación, formación y prestarles asistencia para que puedan prodigar cuidados en el hogar (116).

Los esfuerzos desplegados para compensar la pérdida de ingresos tienen varias consecuencias en el mercado del trabajo. Otros adultos, a menudo sin calificaciones, ingresan a dicho mercado, personas ya mayores suelen reincorporarse a éste o bien, los muy jóvenes pueden hacerlo prematuramente. Una estrategia desplegada para hacer frente a la situación por parte de las familias es la decisión, o el hecho inevitable, de retirar de la escuela a los niños para que comiencen a trabajar. A título individual esta decisión pone en peligro y compromete su futuro pero, desde la perspectiva de la economía en su conjunto, reduce el capital humano disponible para la sociedad (114, 115).

Las consecuencias de la pandemia en el plano de la empresa son similares a las que se dejan sentir en los hogares: mayores gastos, disminución de la productividad y menores ingresos. El gasto se incrementa debido al costo de la atención médica, los seguros, las prestaciones en caso de fallecimiento (incluidos los funerales), y la contratación y formación del personal que sustituye al que se ha perdido (115).

La productividad declina gradualmente debido al mayor ausentismo y los decesos. La disminución gradual de la productividad del trabajo atribuible al VIH y SIDA pudo probarse con datos que cubrieron un período de tres años en un Estado productor de té en el oriente de Kenia. Estos datos permitieron señalar que dicha disminución es particularmente importante el año que precede al fallecimiento de una persona. Por otra parte, el mayor ausentismo también se debe a la necesidad de pedir licencia para

desempeñar ciertas tareas colaterales como cuidar a los enfermos, asistir a funerales o bien, para formarse, como es el caso para el personal recién contratado (113, 115).

Los efectos atribuibles al VIH y SIDA de dejan sentir en las empresas de todos los tamaños. No obstante, su impacto puede ser especialmente importante en las empresas pequeñas y medianas del sector informal (115).

La disminución de la productividad y de la producción acarrea una reducción de los beneficios. En tal caso, los recortes de personal pueden combinarse y asociarse con una disminución del consumo o con un cambio en los patrones de consumo. Otro de los efectos colaterales es la disminución de los ingresos fiscales por concepto de impuesto y una reducción de las inversiones. El VIH y SIDA reduce el desempeño económico en los países donde golpea la epidemia. Las estimaciones del impacto económico atribuible al VIH y SIDA hacen referencia a una reducción del orden del 0,5 al 4 por ciento en la tasa promedia de crecimiento anual del PIB en los países africanos más afectados (113, 115).

El entorno en el que desempeñan sus actividades puede constituir un marco más o menos propicio para la transmisión del VIH, como ocurre en los casos en que la fuerza de trabajo debe desplazarse o migrar, donde el riesgo de transmisión aumenta considerablemente. Cada rama de la actividad económica exige soluciones adaptadas a sus características y a su capacidad. Aunque son escasos los datos sobre la tasa de prevalencia del VIH y SIDA en sectores específicos, los datos que existen muestran claras diferencias en función del lugar de trabajo, el entorno y los niveles de calificación del personal, en las diferentes actividades económicas que se comparan (115).

La principal vía de contagio del VIH se relaciona con los comportamientos individuales. Además, la fuerza de trabajo del sector de la salud, al proporcionar cuidados a los pacientes con VIH, también corre el riesgo de infectarse, especialmente cuando no se observan las normas mínimas de seguridad y salud en el trabajo. El mayor volumen de trabajo resultante de la epidemia, el temor a la infección y la falta de medidas adecuadas de seguridad y salud o de formación específica relativa al VIH conllevan que los trabajadores de la salud deban hacer frente a un estrés psicológico y físico enorme. A menudo esto se suma a la escasez de personal, a las largas jornadas laborales, y a la violencia. Debido a esta presión, muchos trabajadores se ven obligados a dejar la profesión de la salud, a abandonar el sector público o a emigrar a otros países en busca de trabajo (116).

Dado el temor al estigma asociado con las profesiones de la salud, cada vez hay menos candidatos a ejercerlas en los países en desarrollo, especialmente en lo que respecta a las profesiones de primera línea como la enfermería. Esto exacerba la incapacidad del sistema de salud para abordar la problemática del VIH. Es esencial aumentar la fuerza de trabajo en los servicios de salud, impartirle una buena formación, dotarla de recursos y proporcionarle un entorno de trabajo seguro a fin de frenar la transmisión del VIH y prestar asistencia, tratamiento y apoyo a quienes los necesiten. La multiplicidad de cuestiones que ello implica requiere la aplicación de políticas coherentes e integradas con miras a crear la infraestructura y las capacidades humanas y técnicas necesarias (116).

Los programas de control del VIH y SIDA en el lugar de trabajo han resultado beneficiosos para las empresas y la comunidad en que personas desempleadas que

buscan trabajo. En primer lugar, han ayudado a estabilizar la producción al reducir la rotación del personal, han frenado la pérdida de calificaciones y de experiencias valiosas, han reducido la contratación de nuevo personal necesitado de formación y han contribuido a disminuir el ausentismo. En segundo lugar, dichos programas han contribuido a modificar el entorno de trabajo elevando la moral de los trabajadores, han jugado un papel para conservar y atraer a nuevos buenos elementos, han propiciado un mayor compromiso con la empresa y el respeto de los derechos de los trabajadores, en particular el respecto de la política destinada a combatir la estigmatización y la discriminación. En tercer lugar, estos programas han contribuido a mejorar la imagen de la empresa, han aumentado su prestigio y han estimulado la lealtad de los consumidores. Por último, pero no menos importante, han mejorado la situación financiera de las empresas al reducir sus gastos en materia de prestaciones de enfermedad y de otro tipo (115).

D.4.a. Violencia en el lugar de trabajo

En el lugar de trabajo, las mujeres pueden estar expuestas al riesgo de acoso sexual y abuso. Se les coacciona para que mantengan relaciones sexuales a cambio de ser contratadas o promocionadas, o de evitar su despido. Asimismo, en un clima de violencia diaria contra las mujeres, sólo el miedo a las represalias y a la violencia ya les puede impedir rechazar las propuestas sexuales, o insistir en el uso de preservativos u otro método más seguro (114).

E. ESTIGMATIZACIÓN Y DISCRIMINACIÓN

La estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH y SIDA cambian el comportamiento de las personas, menoscaban las perspectivas laborales y profesionales, y minan la calidad de los servicios de salud y otros servicios sociales. Está ampliamente reconocido que las mujeres tienen más probabilidades de ser rechazadas o repudiadas. En el lugar de trabajo, la discriminación puede suponer la realización de pruebas obligatorias, la cuarentena, la exclusión o la pérdida directa del puesto de trabajo. La toma de medidas en todos los frentes puede evitar la pérdida de mujeres productivas Si no se toman medidas, muchas más mujeres productivas y trabajadoras enfermarán y morirán, en menoscabo de la economía y de los hogares. Sin embargo, ya se ha planteado la forma de hacer frente a la situación actual; ahora sólo faltan voluntad política, determinación y recursos apropiados. La eliminación de la pobreza, la transformación de las prácticas y actitudes en el lugar de trabajo, la permanencia de las niñas en la escuela, la formación laboral, y la lucha contra las causas fundamentales de la baja categoría de las mujeres a través de la legislación son fundamentales para reducir la transmisión del VIH, sensibilizar a las mujeres acerca del riesgo de transmisión, y facilitarles los medios directos para su prevención.

Hacer frente a la situación actual exige desplegar grandes esfuerzos concertados. Si se aúnan esfuerzos para incluir a las mujeres en las estrategias y programas encaminados a reducir la pobreza y erradicarla en último término, siempre que éstos sean eficaces, podrá ayudarse a las mujeres a reducir su riesgo de contraer el VIH y SIDA. Toda medida adoptada para hacer frente a la epidemia del VIH y SIDA deberá estar orientada hacia la legislación que vela por la protección de los derechos

de las mujeres, su acceso a los recursos, y la igualdad de oportunidades y de trato, y por la lucha contra la violencia y el abuso, la mutilación genital de las mujeres y otros factores vinculados a su baja categoría social (110, 114).

El repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT proporciona una serie de directrices tanto a los empleadores y trabajadores como a los gobiernos con respeto a las medidas que deben tomarse en el lugar de trabajo. Incluye los principios de la igualdad de género, y pone de relieve que la prevención satisfactoria y la mitigación del impacto dependerán de unas relaciones de género más igualitarias y de la potenciación de las mujeres (116).

Asegurar la permanencia de las niñas en la escuela es un modo importante y eficaz de protegerlas contra la transmisión del VIH; cuanto mayor sea su nivel de educación, más conscientes serán acerca del VIH y los métodos de prevención y más capacidad y confianza tendrán para proponer unas relaciones sexuales más seguras. Las niñas con un nivel de educación más alto se casan más tarde, tienen más libertad de elección al casarse, son menos dependientes de los hombres, y tienen una categoría social superior en el seno de la familia. El aumento de las oportunidades educativas y laborales de las mujeres les ayuda considerablemente a alcanzar su autonomía. Potenciar a las mujeres para que trabajen reducirá la transmisión del VIH. La desigualdad de género ha contribuido a la propagación de la epidemia del VIH, que ha provocado una crisis social y económica en nuestros días, especialmente en África. El reto consiste en seguir al mismo tiempo dos líneas de acción paralelas. En la actualidad, existe la necesidad apremiante de abordar el problema del SIDA, y las mujeres deben conseguir un trato igualitario. Al mismo tiempo, es fundamental luchar contra las causas

fundamentales de la transmisión del VIH. Tomar medidas para cambiar la categoría social de las mujeres es el modo de intervenir y de evitar la violencia contra las mujeres y niñas que tanto les perjudica. Promover la potenciación de las mujeres, proteger sus derechos, emprender iniciativas para elevar su categoría social, y proporcionarles formación, calificaciones permanentes, y acceso al trabajo, permitirá a las mismas controlar mejor su vida, su cuerpo y sus relaciones sexuales (114).

En 1995, la mano de obra masculina perdida fue dos veces superior a la femenina; en 2015, la pérdida de mano de obra femenina será prácticamente igual a la de la mano de obra masculina, a pesar de haberse reducido en general la tasa de participación de las mujeres en el sector formal de la economía. Si se contabilizan todas las personas en edad de trabajar, aunque el número de muertes de mujeres fue algo inferior al número de los hombres en 1995, el número de muertes de mujeres superará el de estos últimos en 2005 y mucho más aún en 2015. Sin embargo, se prevé que el incremento anual de la carga social que la enfermedad y la muerte por SIDA supone para las mujeres en edad de trabajar se multiplicará por ocho entre 1995 y 2005, y luego se duplicará para 2015 (110, 113, 114).

F. LA JUVENTUD

Cada día, unos 6,000 jóvenes de 15-24 años contraen el VIH; este grupo de edad representa la mitad de todas las nuevas infecciones por el virus¨ Cada minuto, seis jóvenes de 15 a 24 años contraen el VIH todos los días (150, 175).

En Junio del 2001, jefes de Estado y representantes de gobiernos de todo el mundo se reunieron en Nueva York en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA en la que se comprometieron a establecer para el 2003 metas nacionales con plazos concretos para alcanzar el objetivo mundial de prevención, además de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad en 25% para 2005 en los países más afectados y en 25% para 2010 en el mundo entero (150).

El VIH y SIDA cada vez afecta más a los jóvenes y a los niños. Más de una tercera parte de todas las personas que viven con VIH y SIDA tienen menos de 25 años, y casi dos terceras partes son mujeres. De los 5 millones de nuevas infecciones que se produjeron en 2002, la mitad fueron entre personas jóvenes. Se estima que, a finales de 2001, 11.8 millones de jóvenes estaban viviendo con el VIH y SIDA: de ellos, 7,3 millones eran mujeres y 4,5 millones, varones. En lugares del Caribe y África, las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años son seis veces más propensas a infectarse que los jóvenes de su edad (58, 150, 175).

Según datos de ONUSIDA/UNICEF 2001:

- En África Subsahariana, 8,6 millones de jóvenes vivían con VIH y SIDA, de los cuales 62% eran mujeres y el 38% hombres.
- En Asia Meridional, vivían 1,1 millones de jóvenes con VIH y SIDA, de los cuales 62% eran mujeres y 38% hombres.
- En Asia Oriental y el Pacífico, 740.000 jóvenes estaban vivían con VIH y SIDA, de los cuales 49% eran mujeres y el 51% hombres.

- En América Latina y el Caribe, vivían 560.000 jóvenes con de los cuales 69% eran mujeres y 31% hombres.
- En Europa Oriental, Comunidad de Estados Independientes y estados bálticos, vivían 430.000 jóvenes con VIH y SIDA, de los cuales 35% eran mujeres y 65% hombres.
- En los Países industrializados, 240.000 jóvenes vivían con VIH y SIDA, de los cuales 33% eran mujeres y 67% hombres (150).

El hecho de que los jóvenes sean un grupo tan afectado por esta epidemia se debe a múltiples factores, desde la falta de información, educación y servicios hasta los riesgos que coreen algunas personas con el fin de sobrevivir y los peligros que puede llevar consigo la curiosidad y la experimentación

F.1 FALTA DE INFORMACIÓN

La mayoría de jóvenes saben poco o no saben nada sobre el VIH y SIDA. Desconocen cómo se trasmite el VIH y cómo pueden protegerse contra la infección. La ruta principal de transmisión del VIH es la actividad sexual la cual comienza, para la mayoría de las personas, en la adolescencia. Sin embargo, los jóvenes siguen estando muy poco informados sobre las cuestiones más importantes relacionadas con el VIH y su prevención. En África Subsahariana, donde dos muchachas se infectan por cada muchacho, la mitad de las adolescentes encuestadas no sabían que una persona que parece saludable puede ser seropositiva. En 24 países subsaharianos (entre los que figuran el Camerún, Costa de Marfil, Kenia, Nigeria, Senegal y Uganda), las dos

terceras partes o más de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) carecían de un conocimiento cabal de la transmisión del VIH. En Ucrania, 39% de los adolescentes no habían escuchado hablar nunca del SIDA o creían todavía que el VIH puede contagiarse por medio de acciones sobrenaturales. De acuerdo con una importante encuesta llevada a cabo en Filipinas en 2003, más de 90% de los encuestados seguía creyendo que el VIH se podía transmitir compartiendo una comida con una persona seropositiva. En los 17 países estudiados por el UNICEF, más de la mitad de los adolescentes no podían citar ni un solo método para protegerse contra el VIH. En todos los casos las mujeres sabían menos que los hombres (58, 117, 150, 175).

En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas Sobre el VIH y SIDA, en junio del 2001, los Gobiernos de todo el mundo acordaron que para el año 2005, asegurarían que por lo menos 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15-24 años, y para 2010 por lo menos 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación (incluidas la educación interpares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH) y los servicios que necesitan para desarrollar los conocimientos requeridos a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención en salud (150).

Durante la adolescencia muchos jóvenes corren el peligro de caer en las drogas. Aproximadamente 10% de las nuevas infecciones que se producen en el mundo (la mayoría entre los jóvenes), son la consecuencia de compartir accesorios para el uso de drogas. Los adolescentes carecen con frecuencia del conocimiento o los incentivos para evitar caer en el uso de la droga. Una vez que comienzan a drogarse, muchos de

ellos pasan progresivamente de inhalar a inyectarse, lo que aumenta de manera dramática su riesgo de infección. En Rusia, en 1999, se produjeron 3,008 nuevos casos de infección por VIH entre los usuarios de drogas inyectables de 10 a 19 años. En 2000, esa cifra se había triplicado hasta alcanzar los 9,612. En Tailandia, 80% de las mujeres y las niñas que fueron admitidas en los centros de tratamiento de drogas de 1999 a 2000 tenían menos de 25 años. En otras partes del mundo, el uso de las drogas está también relacionado con un aumento de la transmisión sexual del VIH (175).

F.2 FALTA DE EDUCACIÓN

La educación protege a los jóvenes contra la infección por el VIH. Los adolescentes con más años de escolarización tienen menos probabilidades de relacionarse con parejas esporádicas y más probabilidades de utilizar preservativos en comparación con quienes tienen menor escolarización. Un estudio realizado en 24 países de África subsahariana revela que dos tercios o más de las jóvenes carecen de una información completa sobre la transmisión del VIH (58, 138, 150).

Una de las principales amenazas del VIH y SIDA para las niñas es el abandono de la escolarización, siendo éstas las que poseen estadísticas más altas de deserción escolar, comparadas con los hombres. En los países en los que prevalece el VIH/ SIDA, la probabilidad de que se obligue a las niñas a abandonar la escuela para que cuiden a los familiares enfermos o para que trabajen y contribuyan así a los ingresos del hogar es doble que la de los niños. En Swazilandia, la escolarización ha caído en 36% debido al VIH y SIDA, y las niñas son las más afectadas. Cuando son mayores, sus

oportunidades de empleo disminuyen debido a su bajo nivel de educación y analfabetismo, lo que a su vez reduce las oportunidades de alcanzar la autonomía e independencia financiera. Según un estudio de la población realizado en 15 países del África Subsahariana, menos del 50 por ciento de las mujeres utilizaron un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales con su compañero ocasional". Según la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la interrupción del proceso educativo de los niños y niñas no sólo merma su futuro personal, sino que también les conduce a la pérdida de calificaciones de toda su generación, por lo que se compromete seriamente su capacidad para obtener un trabajo decente durante su vida de adultos (113, 114).

Unas recientes estimaciones de UNICEF indican que el promedio de niñas que acuden a la escuela secundaria en los países en desarrollo es sólo de 43%. Hay múltiples razones para ello. Puede que, sencillamente, no exista ninguna escuela secundaria a la que las niñas puedan asistir, ya que muchos países en desarrollo y donantes se han esforzado tradicionalmente en ofrecer una educación primaria universal y no destinan fondos para aumentar la matriculación y asistencia en la educación secundaria. En muchos países, la educación es inasequible para millones de familias, para muchas familias la escuela no es prioridad; cuando los padres están enfermos o moribundos, los hijos tienen que ganar dinero para mantener a la familia. Solamente en 1999 un número aproximado de 860,000 niños y niñas de África subsahariana perdieron a sus maestros por el SIDA. No se puede formar maestros lo suficientemente rápido como para reemplazar a los que han sucumbido al SIDA o las enfermedades oportunistas como el tuberculosis (58, 105, 150).

F.3 DENEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La gran mayoría de jóvenes no cuentan con asesoramiento sobre salud sexual, ni tienen acceso a preservativos y otras formas de anticoncepción, ni tampoco a pruebas voluntarias de VIH. Los jóvenes que viven con VIH y SIDA tienen derecho a recibir los medicamentos que salvan vidas, incluidos los fármacos antirretrovirales, disponibles actualmente para el tratamiento de las enfermedades asociadas a la infección por el VIH. A pesar de que los precios de estos medicamentos han disminuido, aún están fuera del alcance de la mayoría de personas afectadas, especialmente en África. Cuando el sistema de salud pública de un país proporciona acceso universal y gratuito o asequible a tales fármacos, la sociedad se beneficia en conjunto, como es el caso de Brasil (104, 151).

Teniendo en cuenta que la pandemia está extendiéndose con mayor rapidez entre los jóvenes que entre la población general, está menoscabándose la capacidad humana tanto presente como futura, y está comprometiéndose el progreso hacia el desarrollo sostenible. Los hombres y mujeres jóvenes representan la nueva generación de mano de obra que debería producir y consumir productos y servicios, así como representan los empresarios e innovadores del mañana. También son los progenitores que forjarán las próximas generaciones. La elevada prevalencia del VIH entre los mismos significa que la mano de obra se reducirá radicalmente; que muchos tendrán que luchar por ir a trabajar cuando estén enfermos, y ver cómo sus hijos crecerán sin el cuidado y la orientación de sus padres. Muchos de estos jóvenes ya se encargan de atender a familiares enfermos y moribundos. También pagan un alto precio por vivir en un mundo afectado por el VIH y SIDA, cuando su obligación de dispensar cuidados o de

buscar trabajo les lleva a abandonar forzosamente sus estudios (en la mayoría de los casos, las niñas son las primeras que interrumpen o ponen fin a su educación), trayendo como consecuencia que cada adulto esté menos preparado para el mundo del trabajo, así como su generación también lo está para el mercado de trabajo que las generaciones anteriores. Corren el riesgo de empobrecerse aun más y de contraer el VIH. De esta manera, hoy en día (dentro del contexto de la pobreza, de unos niveles de educación más bajos y del acceso limitado a los recursos) las niñas y mujeres jóvenes están mucho más expuestas a la infección que los niños y que los hombres jóvenes (58, 138).

G. PROGRAMAS QUE SE DIRIGEN AL VIH /SIDA A NIVEL MUNDIAL

Las estrategias dirigidas a la información, prevención y tratamiento del VIH y SIDA han aumentado en la última década; se tiene conocimiento que en África el presidente de Kenia, Mwai Kiberi, formó el comité de Acción Ministerial contra el SIDA cuyo objetivo es conseguir el apoyo de los líderes religiosos para enfrentar el estigma y discriminación que enfrentan los pobladores con dicho padecimiento (60, 155).

En Botswana, por ejemplo, se promueve el suministro de medicamentos antirretrovíricos gratuitos y se desarrolla un programa de prevención de la transmisión materno-infantil; en Malawi el gobierno se ha organizado de modo tal que se ha nombrado un ministro de salud y SIDA para mejorar la coordinación de la respuesta nacional (60, 155).

ONUSIDA vigila el avance mundial de la respuesta al SIDA de diversas maneras, su índice de esfuerzo del programa del SIDA es un instrumento para medir los progresos realizados a nivel de país; este índice fue creado por USAID, la secretaría de ONUSIDA, OMS y Policy Project de los Estados Unidos, y lleva a cabo el seguimiento de los esfuerzos nacionales en 10 categorías tales como Atención y tratamiento, Políticas y Planificación, Apoyo Político y Recursos Programáticos entre otras, sin embargo no mide resultados reales como la cobertura de un servicio concreto (137, 155, 162).

En 2003, se recopilaron nuevos datos de 103 países para hacer el seguimiento del compromiso y la acción nacionales, así como del desarrollo y la aplicación de políticas; los datos muestran un aumento del número de países con estrategias amplias y multisectoriales y de los órganos de coordinación nacional sobre el SIDA dirigidos por el gobierno. No obstante, la existencia de éstos no necesariamente se traduce en una acción eficaz y concreta (135, 155).

Los obstáculos jurídicos también están presentes en otras áreas. El informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, “Invertir el curso de la epidemia: datos y opciones de política sobre el VIH y SIDA en Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes”, establece que muchos organismos gubernamentales de la región no pueden transferir fondos a las cuentas de las ONG o subcontratar con ellas actividades del programa. Además que las organizaciones no gubernamentales cuentan con problemática propia como recursos insuficientes, falta de conocimientos especializados, elevada rotación de personal y desconfianza, no siempre justificada (135, 155).

En los países con alta prevalencia de VIH están aumentando los programas relacionados con el SIDA en el lugar de trabajo; sin embargo los empleadores y los sindicatos podrían tener un papel mucho más importante en la respuesta mundial a esta enfermedad. Hasta la fecha, la mayoría de proyectos en el lugar de trabajo se centran en la prevención y han proporcionado una experiencia útil. En Sudáfrica, las compañías mineras y de otro tipo han sido líderes en el suministro de medicamentos a sus trabajadores, de la misma manera en Camerún, la Comisión Nacional de SIDA y la asociación de empleadores del país ayuda a las empresas a obtener medicamentos esenciales, preservativos, fármacos antirretrovíricos a bajo costo y otros suministros para sus empleados (110,115, 137).

3.2. SITUACIÓN DE VIH Y SIDA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

A. GENERALIDADES DE LA EPIDEMIA EN LA REGIÓN

La situación de VIH y SIDA es preocupante en Latinoamérica, ya que la prevalencia de infección en esta región ocupa el cuarto puesto a nivel mundial (18). 8% del total de la población mundial es latinoamericana, y 4.9% de las personas que viven con VIH residen en esta región (67).

A finales del año 2006 se estimaba que había 1.7 millones de personas viviendo con VIH de las cuales 32,000 correspondían a menores de 15 años (64, 76). Durante ese año se calcula que hubo 140,000 casos nuevos de VIH y 65,000 muertes por SIDA (76). Según otras fuentes cada hora se infectan 33 personas por el virus en la región (116).

El Caribe, por su parte es la segunda región más afectada del planeta, después de África Subsahariana; siendo las Bahamas y Haití los países con mayores prevalencias. En el otro extremo encontramos los países del área andina, entre los que destacan Bolivia y Ecuador por sus prevalencias bajas (65).

La epidemia está generalizada en el Caribe, mientras que en la mayor parte de América Latina se concentra en ciertas zonas geográficas y en diversos grupos poblacionales. Esto implica que la epidemia no está diseminada en toda la población, sino en grupos de alto riesgo. Por ejemplo, en algunos países, los casos suelen darse primordialmente entre hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas intravenosas (UDI).

Ya que la progresión de la epidemia en Latinoamérica no es homogénea, la mejor forma de analizar el fenómeno es por medio de los datos relativos a la prevalencia, y no al número de casos totales en cada país. Sin embargo, las bajas prevalencias nacionales ocultan algunas epidemias muy graves. Por ejemplo, en Brasil la prevalencia nacional es muy inferior a 1%, mientras algunos estudios han señalado hasta 60% en grupos de riesgo en algunas ciudades (28, 65).

Se considera a la epidemia de VIH y SIDA en la región concentrada en poblaciones vulnerables, las cuales están relacionadas con cuestiones de injusticia y desigualdad económica y social.

Los países de Latinoamérica han sido afectados por la epidemia del VIH en distintas maneras, y también han variado sus respuestas ante la situación. Sin embargo, la pobreza, la migración, la homofobia y la discriminación hacia infectados por VIH existen en toda la región, y corresponden a obstáculos para enfrentar la crisis. Además existe la discriminación hacia los pacientes con VIH, incluso por parte de los trabajadores de salud; en 1990 se reportó que la mayoría de las violaciones a los derechos humanos a personas con VIH fueron realizadas por personal de salud (73).

La cantidad de personas afectadas es elevada, aun si las tasas de prevalencia no son muy altas en comparación con otras regiones. Por ejemplo, en 1998 había una prevalencia de 0.57%, mientras en América del Norte había 0.56% y en Europa Occidental la tasa era de 0.25%. La situación más preocupante radica en el Caribe, donde ésta asciende a 1.96% (18).

La situación corre riesgo de empeorar; ningún país de Latinoamérica ha tenido una disminución significativa en la prevalencia de VIH, y las proyecciones indican que los niveles van a seguir aumentando. Según la OPS, en 1990 había alrededor de 500,000 personas viviendo con VIH en Latinoamérica, lo cual aumentó a 1.2 millones en 5 años. Para el año 2000 la cifra había ascendido a 1.6, habiendo cerca de 90,000 muertes asociadas a SIDA en la región. Las proyecciones indican que para el año 2015 habrá aproximadamente 3.3 infectados en la región, y el número anual de muertes por SIDA ascenderá a alrededor de 190,000 (ver anexo, gráfica 3 y 4) (16, 76).

En los últimos 20 años han muerto en Latinoamérica y el Caribe alrededor de 600,000 personas por SIDA, y cada día se infectan aproximadamente 567 personas en la región (35). Además de afectar las vidas de miles de personas, el VIH y el SIDA tienen implicaciones sociales y económicas, con consecuencias perjudiciales para el desarrollo de los países y la región en general.

Más de la mitad de las personas con VIH en Latinoamérica viven en los 4 países más grandes de la región: Brasil, Colombia, México y Argentina. Brasil es el que más personas con VIH tiene (600,000), pero por su gran población, su tasa nacional de prevalencia es de 0.5%. Sin embargo la prevalencia de VIH es mayor en países pequeños de América Central, las epidemias más severas están en Belice y Honduras (64, 101).

B. VÍAS DE TRANSMISIÓN

La transmisión de VIH ocurre en el contexto de algunos factores comunes en Latinoamérica, como la pobreza, la migración, la falta de educación e información y la homofobia. Otros factores de interés son el contacto sexual sin protección, compartir agujas, las parejas múltiples, y el comienzo temprano de las relaciones sexuales; así como la inestabilidad política y económica, que implica una amenaza la respuesta ante el VIH, y la falta de capacidad de ejecución de los programas diseñados para combatir el VIH y el SIDA, o para suministrar tratamiento a los que viven con el SIDA.

En Latinoamérica se están observando modelos epidemiológicos característicos. En todos los países la mayoría de las infecciones por el VIH parecen producirse por transmisión sexual, tanto heterosexual como entre hombres que tienen sexo con otros hombres. En el Caribe, predomina la transmisión heterosexual, aunque la excepción se encuentra en Puerto Rico, donde el consumo de drogas intravenosas parece ser el principal transmisor de la epidemia (66, 112).

En orden de importancia, las vías más importantes de transmisión del virus en Latinoamérica son las relaciones heterosexuales (incluyendo trabajadoras del sexo), relaciones sexuales entre hombres y uso de drogas inyectables; siendo similar a los mecanismos predominantes reportados en América del Norte y Europa Occidental (18).

En general en la región, la mayoría de los nuevos casos reportados se deben a transmisión por relaciones heterosexuales sin protección. La epidemia en sus inicios afectó casi exclusivamente a los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres.

La transmisión de VIH entre trabajadores del sexo y sus clientes se reconoce como uno de los principales factores para la epidemia en Latinoamérica. Los clientes luego transmiten el virus a sus parejas estables al tener relaciones sin protección. Entre las trabajadoras del sexo, los datos son muy distintos en cada país; en Chile y Venezuela, la prevalencia es muy baja, pero en algunas ciudades de Argentina y Brasil se han encontrado tasas de hasta 6% (64, 122).

La transmisión heterosexual es responsable actualmente de una mayor proporción de infecciones y las mujeres están cada vez más afectadas, lo cual constituye una creciente preocupación. El riesgo de transmisión para este grupo ha aumentado en la región, mostrando tasas de prevalencia de 1% o más en por lo menos 10 países (65).

Se estima que 30% de las personas que viven con VIH en América Latina son mujeres, y 50% en el Caribe. En Brasil, por ejemplo, en 1986, 1 de cada 17 personas con SIDA era mujer, y en el 2001, 1 de cada 4 personas que vivían con VIH era mujer (23). En Colombia, en el año 1987 la razón hombre: mujer era de 37:1, en 1995 esa razón había disminuido a 5:1, llegando a 3:1 en 1998. Según UNICEF, aproximadamente 740,000 de jóvenes entre 15 y 24 años viven con VIH en América Latina y el Caribe, y alrededor de 50,000 niños menores de 15 años viven con el virus (67, 71, 72, 116).

La transmisión vertical es la situación en que el hijo de una madre portadora del virus es infectado durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Ésta no cobra dimensiones significativas en las estadísticas, entre la población total afectada. Sin embargo, la gran mayoría de niños menores de 15 años que viven con VIH fueron

infectados por la madre durante el embarazo, parto o lactancia. Según UNICEF, menos de 30% de las mujeres embarazadas en América Latina tienen acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de VIH, para prevenir la transmisión a los bebés. En el Caribe, nacen alrededor de 3,000 bebés de madres VIH positivas El porcentaje de niños con SIDA tiende a ser mayor en países con mayores tasas de prevalencia, lo cual se relaciona a que el porcentaje de mujeres diagnosticadas con SIDA es mayor, y por lo tanto es más probable que se diagnostique la transmisión vertical. Brasil, por ejemplo, tiene una tasa de SIDA infantil de 5% (19,116).

Según UNICEF, hasta el año 2006, 752,000 niños han quedado huérfanos por la epidemia en América Latina y el Caribe (116). Proyecciones de ONUSIDA estiman que esta cifra continuará ascendiendo, superando los 1.2 millones de huérfanos en el año 2015 (ver anexo, gráfica 5) (76).

Las mujeres están expuestas sobre todo por encontrarse en estados de mayor dependencia e inseguridad, así como la deficiencia de información al respecto. Entre 12% y 54% de las mujeres carecen de educación formal y entre 5% y 28% de las niñas no saben cómo prevenir la infección por el VIH, mientras que entre 10% y 25% de todas las mujeres cree que una persona de aspecto "saludable" no puede tener VIH (70).

En la mayoría de países de Latinoamérica, los niveles de SIDA más altos se encuentran entre los hombres que tienen sexo con hombres. 25% al 35% de los casos reportados de SIDA en Argentina, Perú, Bolivia, Brasil y Guatemala son entre hombres que tienen sexo con hombres (64). En México 30% de los homosexuales están infectados por el virus; hasta dos tercios de la población infectada son hombres que

tienen sexo con hombres. Hay signos de que está aumentando la transmisión heterosexual del VIH a medida que más mujeres se infectan a través de sus parejas que también tienen relaciones sexuales con varones. Debido a la homofobia y el machismo, este problema suele ocultarse, como es el caso de Guatemala (15, 18, 76).

El uso de drogas inyectadas (UDI) es otro factor de riesgo. En general, 23.7% de los casos de SIDA en la región se relacionan con este tipo de transmisión, y 34.3% en el cono sur (65). En algunos países se ha trabajado para reducir este riesgo, con resultados satisfactorios. En Brasil y Argentina, las infecciones por uso de drogas inyectables han disminuido en algunas ciudades, principalmente por el cambio de uso a drogas inhaladas o fumadas y la mortalidad entre usuarios de drogas inyectadas. Sin embargo casi 37% de usuarios de drogas inyectadas en algunas regiones están infectados por VIH en Brasil, y 44% en Argentina, sobre todo si se asocia a estar en prisión o tener relaciones homosexuales desprotegidas (64).

La migración ha contribuido en gran escala a la propagación del VIH en Latinoamérica. Además los migrantes están en riesgo debido a la pobreza, la violencia, la inaccesibilidad a servicios de salud, las violaciones, la soledad y la exposición a gran cantidad de trabajadoras del sexo. Mientras más aumenta la migración, menos puede delimitarse la problemática en cada país, y la epidemia se vuelve más generalizada (104).

Las relaciones entre la migración y la epidemia de VIH han sido detalladas por la UNESCO, estableciendo varios factores de riesgo, como lo son:

- Alta vulnerabilidad: debido a las situaciones que enfrenta el migrante, tales como la pobreza, explotación, separación de la familia y pareja, se encuentran en alto riesgo de contraer el virus.
- Escaso acceso a oportunidad de prevención y servicios de salud: la población migrante suele encontrarse en situaciones de vivienda y laborales inestables, lo cual implica acceso limitado a información confiable y apta culturalmente sobre el VIH y el SIDA, así como a los servicios de salud.
- Escasa afluencia a los servicios de salud: aun si los servicios de salud pretenden atender a la población migrante, las personas se resisten a acudir a ellos, por miedo a ser deportados debido a su status legal, lo cual, aunado a las dificultades de la vida diaria, impide que las personas soliciten ser examinados o asistidos en los servicios de salud.
- Discriminación múltiple: los migrantes que viven con HIV o SIDA enfrentan discriminación y estigmatización debido a su estado de salud, así como su etnia, religión, condición socio-económica y status migratorio; esta situación se traduce en un sentido de impotencia, que los expone aún más a la explotación, violencia y pobreza.
- El VIH y el SIDA como causa de migración: las personas que viven con VIH o SIDA pueden migrar debido a la discriminación y estigmatización, la insuficiencia en servicios de salud o el escaso acceso a tratamiento (132).

C. PREVENCIÓN

En general, la prevención de VIH en Latinoamérica ha sido insuficiente, lenta y dependiente de ONG internacionales. Esto parece deberse principalmente a la escasez de recursos, pero también ha jugado un rol la falta de liderazgo político por parte las entidades gubernamentales, como lo menciona Graham Pembrey en su artículo "HIV/AIDS in Latin America" (101).

Algunos países se ha invertido tiempo y esfuerzo para concientizar a la población sobre VIH, promover el uso de condón e incitar a realizarse las pruebas. Algunas de estas intervenciones han sido muy exitosas, ayudando a disminuir las tasas en algunos grupos. Muchos de estos esfuerzos, y los más efectivos, se han realizado en Brasil, con colaboración de ONG y Os, así como grupos organizados (109).

En el año 2001, de los presupuestos nacionales para los programas de VIH y SIDA, el gasto en prevención fue 11.5% en Chile, 22% en Argentina, 28% en Brasil y 32% en Costa Rica. El rango de financiamiento de acciones de salud pública prevención va de $308,000 en Uruguay a $25 millones en Brasil. Para las acciones de información, educación y comunicación, de $166,000 en Bolivia a $17, 754,000 en Brasil. El gasto en condones, varió de $247,000 en Bolivia a $69, 730,000 en Argentina. Para prevención perinatal, la inversión fue de 62,000 dólares en Argentina a 9, 367,000 dólares en Brasil. Se utilizó de $13,000 en Perú a $31, 342,000 en Brasil para pruebas en bancos de sangre. En algunos países no se ha priorizado la prevención, como por ejemplo en Perú donde los hogares cubren el 75% de gastos en SIDA, y sólo el 8% del gasto en SIDA es efectuado en prevención (14, 16, 70).

Existen algunos factores culturales que obstaculizan esta tarea, tales como la homofobia, la discriminación y que el sexo sea considerado un tabú, que son característicos de muchas sociedades latinoamericanas; también hay que tomar en cuenta las barreras lingüísticas y religiosas. Es precisamente hacia estos aspectos que deben dirigirse los proyectos de educación, partiendo de la realidad específica de cada población. Es necesario dirigir los esfuerzos para desarrollar proyectos de educación y prevención orientados a la población en general, pero también programas específicos para los grupos de alto riesgo.

D. TRATAMIENTO

La distribución de la terapia antirretroviral ha sido amplia desde su aparición a finales de la década de 1990. Se estima que 61% de las personas que necesitan terapia antirretroviral en América Latina lo recibían a finales del 2005; la OMS notificó que el número total de personas en tratamiento pasó de 275,000 a 290,000 en los países de ingresos bajos durante el primer semestre de 2005. Esto implica gran mejoría en la respuesta ante la situación, en un plazo corto de tiempo (ver anexo, gráfica 6). Nuevamente es Brasil quien lleva la delantera, frente al resto de países de Latinoamérica, aunque también en Argentina, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay, Cuba y Venezuela se ha logrado una alta cobertura (5, 66, 77).

La OPS trabaja en establecer el fondo regional de insumos estratégicos de salud publica, específicamente medicamentos antirretrovirales, en este esfuerzo uno de los componentes importantes es la voluntad de las compañías farmacéuticas de negociar

con bloques de países o regionalmente, y no individualmente. En este aspecto una de las opciones para solucionar el problema, sugerida por la OPS en la 26° Conferencia Sanitaria Panamericana sobre SIDA en las Américas, es la compra de medicamentos genéricos elaborados en hospitales regionales autorizados por la OMS lo cual disminuiría los costos en un 70 a 90% (65, 77).

Aunque al menos dos gobiernos de la región han asumido el financiamiento de los tratamientos antirretrovirales de elevada actividad para toda persona que tiene indicación médica de los mismos, y en un número significativo de países se ha logrado, por diversos mecanismos, acceso parcial al tratamiento, existiendo un clima favorable para el emprendimiento de medidas colectivas para incrementarlo en la región.

En América Latina y el Caribe se observa que, países de bajos ingresos (donde prevalencia de infección por VIH es todavía relativamente baja), pueden proporcionar tratamiento y atención a través del sector público. Varios países en la región tienen ahora políticas y leyes que garantizan la terapia antirretroviral para sus ciudadanos que viven con VIH, como es el caso de Guyana, Ecuador, Chile, Bolivia, República Dominicana, Argentina, Brasil, Colombia, Perú, Venezuela, y los países del Istmo Centroamericano; sin embargo esto no significa que todos los que necesitan tratamiento lo están recibiendo aún (75, 77).

E. SUBREGIONES

Como se ha mencionado anteriormente, la epidemia se ha extendido de manera desigual en la región, afectando a cada país de distintas maneras, aun si los factores circundantes son similares, debido a circunstancias geográficas, socioeconómicas, culturales y políticas. A continuación se expondrá la situación en las distintas subregiones del continente.

E. 1. CARIBE

Se estima que en el Caribe, 420,000 personas están infectadas por el VIH o tienen SIDA (4). Como se mencionó anteriormente, es la segunda región más afectada del mundo, después de África Subsahariana. La principal vía de transmisión de la epidemia en el Caribe es son las relaciones sexuales, en primer lugar heterosexuales, seguido de homosexuales y bisexuales (ver anexo, gráfica 7) (65).

Esta pequeña región tiene más de 36 millones de habitantes, y algunos de sus países han sido de los con mayor prevalencia a nivel mundial, por ejemplo Haití y República Dominicana en que, según las pruebas diagnósticas en pacientes en control prenatal, una de cada 12 personas entre 15 y 49 años están infectados por VIH. En otros países, como las Islas Caimán, las Islas Vírgenes Británicas y Santa Lucía, la prevalencia en mujeres embarazadas menor de 0.2%, según estudios de vigilancia realizados por la OPS (67).

El país más afectado en el Caribe es Haití, con la tasa de prevalencia es la más alta de la región, siendo en adultos superior a 6%, seguido de Bahamas, con 3.5% de prevalencia en adultos. La gran mayoría de las infecciones documentadas en Haití son consecuencia de relaciones heterosexuales sin protección, y los principales afectados son los adultos jóvenes. Se ha calculado que actualmente 5.4% de los adultos están infectados, y a finales de 1998, 190,000 niños haitianos habrían quedado huérfanos debido al SIDA (5, 67).

Guyana también ha sido fuertemente golpeado por la epidemia. En 1996, 7.1% de las mujeres en control prenatal a quienes se efectuó la prueba resultaron positivas. En un estudio realizado en Georgetown, la capital de Guyana, se encontró que 46% de trabajadoras sexuales estaba infectada por el VIH (67).

En República Dominicana, se ha llevado tamízaje sistemático de VIH en mujeres embarazadas, pacientes de ITS y trabajadores sexuales desde 1991, por lo que cuentan con los datos más confiables en el Caribe. La tasa nacional de infección entre las mujeres embarazadas en 1997 era 1.7%, siendo cinco veces mayor que en 1991. Para el 2002 se documentó un descenso aparente. En 1998, la tasa de infección general era de 5.5%, mientras siete años antes se obtuvo una tasa de 3.3%. En algunas regiones esta tasa ascendía a 10% (5, 67).

La gran mayoría de las infecciones por VIH y casos de SIDA reportados y confirmados en República Dominicana son debidas a la transmisión sexual del VIH. De acuerdo a datos epidemiológicos oficiales recientes, 71.2% de los casos eran heterosexuales y parejas de heterosexuales, 4.3% bisexuales y 3.6% homosexuales,

para 79.1% del total. Desde 1993 se estima que existe un subregistro cercano a 50%, y el seguimiento de los casos SIDA o de los seropositivos no existe. En cuanto a la relación entre conocimientos y cambio en las prácticas sexuales, 58% de las mujeres no han cambiado su comportamiento sexual, y sólo 1% comenzó a usar condones. Apenas un 0.3% los usaron para prevenir las ETS/SIDA. Entre los hombres más jóvenes ha aumentado el uso de condones para la prevención de las ETS/SIDA, lo mismo que entre los que tienen mayor nivel educativo. 15% no ha cambiado su conducta sexual (170).

En Cuba toda la sangre de donación se somete a pruebas de detección de VIH desde 1986, y se hace el examen a todas las mujeres embarazadas, las personas con diagnóstico de ITS y sus parejas y las que solicitan hacerse la prueba en centros de salud desde 1987.

En el año 2000 se hicieron en Cuba pruebas a 519,586 donantes de sangre, con una tasa de 0.009% positivos, a 172,310 mujeres embarazadas, con 0.005% positivos y 146,062 pacientes de ITS y sus contactos sexuales, obteniendo 0.033% de positivos. Un total de 67,558 personas solicitaron la prueba en centros de salud durante el año 2000, de los cuales 0.09% tuvieron resultados positivos (67).

Además de la transmisión por relaciones heterosexuales, debe mencionarse el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, especialmente importante en Puerto Rico (67).

En febrero del 2001 el Plan Caribeño de Prevención de VIH y SIDA fue apoyado por las autoridades de la región y dio paso a la Asociación Caribeña contra el VIH/SIDA, donde se han desarrollado planes de prevención en varios países del Caribe, así como préstamos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para Haití.

Estas actividades incluyen estrategias para la canalización de fondos y financiamiento, así como colaboración técnica en las áreas de epidemiología, investigación y desarrollo de recursos humanos en el tema (65).

E. 2. MÉXICO

En México la epidemia se concentra principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, siendo hasta dos tercios de las personas infectadas, según reportes de ONUSIDA del 2006 (27), mientras otros informes de la OPS les adjudican 18% (66) (ver anexo, gráfica 8). Los estudios de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en México han obtenido hasta 14.2% de casos infectados por VIH. La población heterosexual, incluso entre los trabajadores sexuales y los pacientes con ITS, por el contrario, mantienen tasas mucho menores (11, 67).

Entre 1990 y 1997, se encontró una prevalencia de 0.35% entre las trabajadoras del sexo, aun si los casos de ITS son mucho más númerosos.

Entre 1996 y 1998, se realizó orientación y pruebas voluntarias de detección del VIH a 6,300 mujeres embarazadas, como parte de un programa de prevención de

transmisión vertical, encontrando 0.09% de prevalencia. A fines de 1999, se estimaba que había seis hombres por cada mujer con VIH (67). En los últimos años, según lo reportado por ONUSIDA en el 2006, la transmisión heterosexual va en aumento, debido a los hombres que infectan a sus parejas, luego de tener relaciones con otros hombres (76).

Las consecuencias de esto son serias, ya que el SIDA es la tercera causa más frecuente de mortalidad entre hombres y la sexta entre mujeres, en pacientes de 25 a 44 años (67).

México ha sido parte de la dirección de ONUSIDA desde 1996 hasta la fecha, ocupando uno de los dos lugares de la junta directiva asignados a Latinoamérica, y desde 1998 fue asignado a la vicepresidencia. México es el país latinoamericano que más esfuerzos dedica a la investigación y prevención de VIH (115).

E. 3. EL ÁREA ANDINA

Esta área, que incluye Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador y Venezuela, parece relativamente poco afectada por el VIH. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la información en algunos países es incompleta, y no debe pasarse por alto que existen comportamientos de riesgo que deben vigilarse. Se considera que el riesgo principal son hombres que tienen sexo con hombres, que luego infectan a sus parejas mujeres, lo cual ocasiona grandes cantidades de personas infectadas por la vía sexual (ver anexo, gráfica 9).

En Colombia en el año 1998, había alrededor de 67,000 personas diagnosticadas. El tipo de infección es distinto en la región del altiplano, donde es fundamentalmente es por relaciones sexuales entre hombres, mientras que en la región costera es principalmente por relaciones heterosexuales, incluyendo trabajadoras del sexo. A mediados de los 90s se realizaron pruebas de diagnóstico de VIH a 130,000 colombianos, obteniendo una prevalencia de 0.24%. Anteriormente la epidemia afectaba casi exclusivamente a hombres que tenían sexo con hombres; en 1987, la razón hombre: mujer era de 37:1, en 1995 esa razón había disminuido a 5:1, llegando a 3:1 en 1998 (36). En el 2005 160,000 personas vivían con VIH en Colombia, siendo hasta 20% hombres que tienen sexo con hombres y 1% trabajadoras del sexo (67,76).

Perú tenía alrededor de 44,200 personas con VIH en 1999. En 1998 se hicieron estudios centinela, obteniendo resultados positivos en 0.23% de las mujeres embarazadas, y 0.23% entre los donantes de sangre (67). La vía de transmisión es sexual en 97% de los casos (14).

En Bolivia existe un sistema de registro de los trabajadores sexuales, sin embargo éste, en lugar de permitir un mayor control y mejores estadísticas, aparentemente contribuye a que los datos reportados no sean fidedignos y que la tasa de infección por VIH entre las trabajadoras sexuales registradas de Bolivia sea significativamente más baja que la prevalencia real entre todas las prostitutas del país. La prevalencia general es de 0.02% (18).

En Ecuador no ha habido vigilancia regular de la infección por VIH, por lo que se carece de datos significativos. En Venezuela también existe insuficiente vigilancia

sistemática de la infección por VIH. Se estima que hay entre 50,000 y 100,000 personas viviendo con VIH (67).

E. 4. BRASIL

Se estima que alrededor de un tercio de los latinoamericanos que viven con VIH residen en Brasil a finales de 1999, unas 540,000 personas estaban viviendo con VIH y en 2006 esta cifra ascendía a 620,000. Aproximadamente 75% de los individuos que actualmente viven con el VIH se concentra en las principales zonas urbanas (64, 67).

La epidemia en sus inicios afectó a los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres. Actualmente, las relaciones heterosexuales sin protección son la causa principal. Sin embargo, estudios recientes señalan que los hombres que tienen sexo con hombres y los usuarios de drogas inyectables siguen con un alto grado de exposición al riesgo de infección por VIH (ver anexo, gráfica 10). Las infecciones por uso de drogas inyectables han disminuido en algunas ciudades, principalmente por el cambio de uso a drogas inhaladas o fumadas y la mortalidad entre usuarios de drogas inyectadas.

En 1994 inició la vigilancia centinela de la infección entre mujeres embarazadas, pacientes de ITS y salas de urgencias de hospitales, obteniendo altas tasas de seroprevalencia. En 1995, entre la población de 20 a 50 años de edad, el SIDA era la segunda causa de muerte (67).

El Programa Nacional de VIH/SIDA del Brasil es uno de los mejores en el mundo. Los esfuerzos de prevención se centran principalmente en la educación sexual, uso de condón y realizar la prueba de VIH. Aunque el número de jóvenes que tienen vida sexual activa no ha cambiado significativamente, el uso de condón ha aumentado drásticamente (más de un tercio) en los últimos años (64, 74).

En 1996 Brasil fue el primer país en poner en marcha un programa de distribución de medicamentos antirretrovirales dirigido a quienes los necesitaban. Actualmente, alrededor de 125,000 pacientes se benefician del tratamiento gratuito a través del sistema de salud pública. Durante los últimos siete años, ha habido una reducción significativa de la mortalidad, la morbilidad y hospitalización. El tiempo promedio de supervivencia de las personas afectadas ha aumentado de 6 meses a 5 años. Las infecciones oportunistas han bajado entre 60 y 80%, y la calidad de vida de los pacientes ha mejorado considerablemente (6, 33).

Desde 1993, en Brasil se ha reducido el número de defunciones por SIDA en 50%. El ahorro para el gobierno a corto plazo supera los US$1.1 mil millones sólo por la reducción en hospitalizaciones, y llega a los US$2 mil millones, si se incluye la atención ambulatoria de pacientes (6,33).

E. 5. EL CONO SUR

En los países del Cono Sur la vía sexual es la principal forma de transmisión. El mayor número de infecciones se adjudican a relaciones heterosexuales sin protección, pero una gran cantidad se deben a relaciones homosexuales (ver anexo, gráfica 11).

En Chile se lleva a cabo la vigilancia centinela de la infección por VIH entre mujeres embarazadas y pacientes de ITS. Entre 1992 y 1999, la prevalencia de la infección entre mujeres embarazadas nunca pasó de 0.1%. Entre pacientes con ITS, en algunas zonas la tasa fue nula y llegó a 3% en la capital (67).

En 2003 el total de personas infectadas en Chile era de 12,574 casos. La vía sexual ha sido la principal categoría de exposición al VIH, alcanzando a diciembre de 2003 a 94.1% del total de casos, concentrándose en la población homo y bisexual masculina, y evidenciando un marcado crecimiento de la transmisión heterosexual en mujeres y hombres (92).

En el año 1982 se notificó el primer caso de SIDA en Argentina, dando comienzo al progresivo crecimiento de la epidemia de VIH y SIDA, alcanzándose en 2004 un total de 53,719 casos acumulados de VIH, de los cuales 26,832 corresponden a personas enfermas de SIDA, con una relación hombre: mujer de 1.3:1 (64, 90).

La tendencia en Argentina, como en el resto del mundo, expresa que la epidemia se extiende cada vez más en mujeres, con mayor concentración de casos en edades sexualmente activas, lo cual impacta directamente sobre la posibilidad de incrementarse la infección en menores de 12 años a través de la vía de transmisión materno-fetal. En el año

2003 la distribución porcentual fue la siguiente: relaciones heterosexuales 46.4%, hombres que tienen sexo con hombres 19.4% y usuarios de drogas inyectables (UDI) 16.4% (90).

En Uruguay, se registran tasas igualmente bajas entre los grupos de bajo riesgo. Sin embargo, entre los grupos con alto riesgo es otra la realidad; por ejemplo, en un estudio realizado entre travestis del las áreas urbanas, se obtuvo una tasa de 21%; 75.7% corresponde al sexo masculino y el restante 24.3% son mujeres, con un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados (67, 94).

En Paraguay desde el inicio de la epidemia la vía sexual ha sido la principal categoría de exposición al VIH y SIDA, el grupo etáreo con mayor frecuencia de casos es el de 30 a 34 años, seguido del grupo de 20 a 24 años. La epidemia de SIDA en Paraguay tiende a ser femenina, cada vez más joven, y a abarcar áreas geográficas del interior del país (93).

3.3 SITUACIÓN DE VIH Y SIDA EN CENTROAMÉRICA

A. GENERALIDADES DE LA EPIDEMIA EN LA REGIÓN

Centroamérica es, después del Caribe, la sub-región más afectada por la epidemia de VIH-SIDA en Latinoamérica. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica (14).

Según información epidemiológica recopilada de informes de los Ministerios de Salud de los seis países centroamericanos, los grupos altamente vulnerables de contraer la infección por VIH, son los Trabajadores Comerciales del Sexo (TCS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), Usuarios de Drogas Endovenosas (UDE) y Personas Privadas de Libertad. Otros grupos que también son vulnerables, aunque en menor proporción, son las poblaciones móviles en zonas afectadas, indígenas, huérfanos, personas con discapacidades, soldados y mujeres (13).

El SIDA es una de las primeras diez causas de muerte en tres de los seis países de Centroamérica: Guatemala, Honduras y Panamá. Se estima que en la región existen actualmente 208,600 personas que viven con VIH. Para el año 2010 la epidemia puede alcanzar una prevalencia de 2% de la población adulta. La prevalencia en adultos es mayor en Honduras (1.6%), seguido por Guatemala (1%), Panamá (0.9%), El Salvador (0.6%), Costa Rica (0.6%) y Nicaragua (0.2%) (ver anexo, tabla 2 y gráfica 12) (13, 28, 170,).

Un incremento en el número de muertes en adultos con SIDA ha elevado el número de niños huérfanos y jóvenes vulnerables que no reciben apoyo y están

expuestos al riesgo de quedarse sin hogar, comida, salud y educación. La epidemia, además, tiene repercusiones económicas a nivel familiar y de los sistemas de salud, así como a la economía de los países (13).

La incidencia acumulada para el VIH y SIDA es muy variable en la región, donde se observan cifras de 12 casos por cada cien mil habitantes en Nicaragua, hasta el extremo opuesto de 228 casos por cien mil habitantes en Honduras. Entre estos extremos, el número de casos notificados por cien mil habitantes es de: 211 en Panamá, 99 en El Salvador, 61 en Costa Rica y 53 en Guatemala. Se estima que en América Latina las cifras de SIDA tienen una subestimación de 30% y los casos de VIH de 40% (ver anexo, tabla 3) (13).

La razón hombre: mujer de la población que vive con VIH y SIDA de la región ha disminuido de 2.3:1 en 1982 a 1.8:1 en 2004 (10,33). Sin embargo, Costa Rica aún es el país con menor nivel de feminización de la epidemia, con una razón de 7:1 (11). La “feminización” de la epidemia ha empeorado debido a factores culturales, incluyendo falta de potestad de las mujeres que con frecuencia son forzadas a tener sexo sin consentimiento y sin poder negociar el uso de condones (13,146).

Según la OMS, cerca de 70% de los casos notificados en toda Centroamérica entre 1982 y 2004 correspondieron a transmisión sexual heterosexual, en tanto que en 12% fueron asociadas a exposición homosexual o bisexual, observándose una tendencia creciente en la transmisión heterosexual y decreciente en las demás. Si bien la mayoría de los casos de VIH y SIDA se encuentran en las ciudades, tanto en

poblaciones indígenas como garífunas hay una alta prevalencia de la infección del VIH (ver anexo, gráfica 13) (13).

También se han identificado personas seropositivas entre la población indígena de la costa de Nicaragua, donde entre 1991 y 1997 se ha duplicado el uso del condón entre la población masculina que tiene más de una pareja sexual (141).

Todos los países de Centroamérica cuentan con sistemas de vigilancia epidemiológica pasivos de primera generación. Si bien se utilizan diferentes normas, los servicios de salud pública realizan pruebas de VIH ya sea a solicitud de los pacientes, como en las embarazadas, o como parte de estudios a individuos que pertenecen a grupos altamente vulnerables (13).

Además, las unidades de sangre para transfusión son sometidas a tamízaje de VIH. Sin embargo, estos sistemas de vigilancia no están interconectados y no existe un registro de las diferentes etapas de la enfermedad (13).

B. GRUPOS DE ALTO RIESGO

B. 1. TRABAJADORAS/ES COMERCIALES DEL SEXO

Las Trabajadoras/es comerciales del sexo (TCS) y sus clientes tienen mayor riesgo para adquirir y transmitir el VIH. En Honduras la prevalencia de VIH entre los TCS en 1989 fue 5.5% en Tegucigalpa y 19.8% en San Pedro Sula. En otras

localidades de este país, (como Comayagua, La Ceiba, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Puerto Cortés), un estudio estimó, en 1997, una prevalencia de 10%; mientras que otras fuentes estimaron para el 2001 un valor de 9% (126).

Como ocurre en los otros países, en El Salvador el VIH y SIDA es más prevalente en las ciudades. El Estudio Multicéntrico ejecutado por PASCA estimó una prevalencia en TCS de 3.6% en 2001. Este estudio también indicó que el 50% de los TCS no usaban condón al tener sexo con sus parejas regulares y que los TCS que cambiaban de áreas de trabajo tenían tasas de prevalencia seis veces superiores a las que lo hacían en lugares fijos (14).

En Costa Rica 0.8% de las 8,750 TCS registrados en el Ministerio de Salud son portadores de VIH. En Panamá una evaluación de la Asamblea Especial de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) en 2005 estimó que la prevalencia de VIH en cerca de 7,000 mujeres TCS era de aproximadamente 2% y 3.5% en TCS ambulantes (14).

En Guatemala se realizaron estudios en 11 de las 22 regiones del país, incluyendo las seis regiones con el número más alto de casos reportados, los que informaron prevalencias del 0 a 11%. La Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) informó, en el 2005, una tasa global de 8.7% (13).

Las tasas de mujeres crecieron de casi 0% en 1990 a valores entre 4.7% y 10% en 2003. Estos estudios fueron ejecutados en Ciudad de Guatemala, Antigua y Puerto Barrios. Los TCS son frecuentemente niños de ambos sexos en estado de explotación (13).

En Nicaragua, la prevalencia encontrada en TCS en el año 2000 fue 1.7%, en tanto que en el año 2002 en Managua, León, Chinandega y Bluefields fue de 1.2% (127).

B.2. HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Varios estudios han determinado que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son el segundo grupo más vulnerable en Centroamérica. En El Salvador, el Estudio Multicéntrico encontró que 18% de los HSH eran VIH positivos. Según PASCA, en Costa Rica, la prevalencia de infección por VIH entre los HSH era 14.5% en 2003 (6). En Guatemala, 12% de los HSH estudiados en el 2003 en la Ciudad de Guatemala eran portadores del VIH y 13% eran portadores de sífilis (18). El Estudio Multicéntrico calculó que 31% de las Personas que Viven con VIH y SIDA eran HSH. En Panamá, se estima que 10.6% de los HSH son VIH positivos. Se piensa que esta cifra es una subestimación debida al estigma asociado a la homosexualidad (14).

De acuerdo con la información obtenida por el Ministerio de Salud en Honduras el VIH y SIDA ha tenido un considerable impacto en los HSH. Entre 1985 y 2005, 8% de los casos de SIDA reportados fueron en HSH. El Estudio Multicéntrico realizado en el 2001 estimó una prevalencia de aproximadamente 13% en este grupo. En San Pedro Sula, una de las regiones más afectadas por la epidemia, la prevalencia fue de alrededor de 16% y 8% en Tegucigalpa.

B. 3. PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Las personas privadas de libertad son consideradas como un grupo de alta vulnerabilidad por la alta frecuencia de sexo sin protección, de prácticas homosexuales y con frecuencia al uso de drogas endovenosas. Un estudio en Honduras en 1997 y 1998 informó que la prevalencia en la población carcelaria era de 6.8% (69). En Panamá UNGASS informó prevalencias en los centros de detención de 5% a 13%. Este informe señaló que la mayoría de los portadores habían sido infectados antes de la detención. En El Salvador, 6,051 de los 12,106 detenidos fueros estudiados encontrándose una seroprevalencia de 0.7%.

En Costa Rica la prevalencia fue 1% en 2004 (56). La principal causa de transmisión fue el compartir agujas, el sexo (consensuado o por violaciones) y los tatuajes con herramientas infectadas. Debido a la limitación de recursos, las pruebas son en general realizadas cuando los prisioneros presentan síntomas. En Nicaragua en una muestra de 300 prisioneros 1% fue positivo. El uso del condón en este grupo es muy limitado (13).

B. 4. HUÉRFANOS

Una proporción cada vez mayor de huérfanos son hijos de personas fallecidas debido al SIDA. En Honduras, un informe de UNICEF estima que en el 2002 había 14,000 niños huérfanos debido al VIH. En Panamá el número de huérfanos por el VIH en el 2001 era de 8,100 (21% del total de los huérfanos) y se espera que la cifra llegue

a 13,000 en el 2010. En El Salvador, mientras que en 1990 sólo 0.6% de los huérfanos era debido al VIH, esta proporción había crecido a 11.1% en 2005. Estos valores son similares a los de Costa Rica: 0% en 1990, 3.1% en 1995 y 12.2% en 2005 y a los de Guatemala: 0.3% en 1990 y 13.9% en 2005. En Nicaragua, el número de huérfanos debido al SIDA era menor a 100 en 1995, de 2,000 en 2001 y 4,000 en 2005 (148).

B. 5. INDÍGENAS Y AFRO-DESCENDIENTES

La población garífuna de Guatemala y Honduras es la más vulnerable de la región. Se ha estimado una seropositividad de hasta 25%, para las ciudades de Puerto Barrios y San Pedro Sula. Otra fuente para el caso de la población garífuna de Honduras, estima una tasa de prevalencia de 8.4% y específicamente para mujeres de 8.5% (149).

En el Salvador, en la población mestiza que equivale a 7% de la población total, se estimó una seropositividad de hasta 25% (9). En Panamá, las poblaciones mestizo-Kuna de la zona urbana de la ciudad de Panamá, muestran una seropositividad de hasta 10%, mientras que para las poblaciones de las islas de Kuna Yala y de Bocas del Toro, la seropositividad es de 5%. En Costa Rica, se estima que la población indígena, correspondiente a 1.7% de la población, y que tiene una tasa de seropositividad de hasta 10%, y la población afro-descendiente, que equivale a 1.9% de la población, tiene también una tasa de seropositividad de hasta 10%. Para Nicaragua, la población mismito y garífuna de la región Atlántica alcanza una seropositividad también de hasta 10% (13).

Se estimó que la prevalencia de VIH/SIDA en el 2004 fue de aproximadamente 47.1 por cada 100,000 personas en la Región Autónoma del Atlántico Sur y de 25.8 por cada 100,000 personas en la Región Autónoma del Atlántico Norte (13).

B. 6. OTROS GRUPOS VULNERABLES

El inicio temprano de la actividad sexual, con mucha frecuencia sin protección, en países con una alta proporción de población joven constituye un escenario de alto riesgo para la diseminación de la epidemia. En El Salvador, más de 60% de la población fue parte del grupo de 20 a 29 años dentro del período 1991-2004; la tasa de natalidad específica en adolescentes (15-19 años) fue de 104 por mil y en 22% de las mujeres entre 15 y 24 años la primera relación sexual es antes de los 15 años (13).

En Costa Rica se estimó que, en el 2004, en el grupo de edades comprendidas entre los 30 a 34 años, 17.4 por cien mil habitantes y 15.2 por cien mil habitantes en el grupo de 35 a 39 años es VIH positivo. En Guatemala 88% de la población tiene entre 15 y 49 años y de ellos 68% entre 20 y 39 años (13).

C. RESPUESTAS A LA EPIDEMIA POR LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

El conocimiento que los habitantes de la región tienen sobre el VIH y SIDA es aún inadecuado. Se requieren acciones rápidas para corregir las prácticas sexuales de

riesgo, identificar los casos de VIH y proveer acceso a tratamiento con ARV. Un desafío específico es coordinar las respuestas de las ONG y los servicios del estado (13).

Actualmente en Centroamérica, las políticas y los programas todavía tienen dificultades para poner límite al efecto actual y futuro del VIH y SIDA en la sociedad, las economías y los sistemas de atención de salud. El aumento del financiamiento de parte del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGSTM), la USAID y otras fuentes representa una enorme oportunidad para América Central. Además, el Banco Mundial está comprometido con proveer liderazgo y asistencia técnica a los países de la región para encontrar soluciones más efectivas a la epidemia. En este sentido, el Banco Mundial también llenará vacíos de financiamiento para actividades nacionales y regionales claves en la lucha contra el VIH y SIDA (14).

Los países en la región están poniendo en práctica los programas financiados tanto por fondos nacionales y recursos internacionales, principalmente de la USAID y del Fondo Mundial para Combatir el VIH y SIDA (1). En el año de 2001, USAID entregó $3.7 millones para financiamiento de actividades contra el VIH/SIDA en Centroamérica (146).

En cuanto al gasto destinado a la lucha contra el VIH y SIDA, la Iniciativa Regional contra el SIDA para América Latina –SIDALAC-, que ha recopilado y analizado el gasto que se destina al combate contra el VIH y SIDA a nivel nacional, para el año 2000, Nicaragua mostró el gasto más bajo *per cápita* contra el VIH y SIDA, con US$1,19; Guatemala y El Salvador gastaron un poco más, a pesar de mostrar tasas de prevalencia de VIH mucho mayores. Honduras tuvo el nivel de gasto más alto, con US$3,91 per cápita, más de la mitad del cual corresponde a gasto de bolsillo. Este

gasto de bolsillo destinado a la atención y el tratamiento del paciente, además de la pérdida del salario, puede llegar a ser catastrófico y empobrecer a aquellos hogares en que uno de sus miembros contrae VIH y SIDA (14).

Por otro lado, Honduras y Nicaragua mostraron las mayores proporciones de gasto a partir de fuentes de financiamiento externo, con 28% y 38% respectivamente. Los estudios de SIDALAC señalan que la mayoría de los países destina menos de 30% del gasto total en VIH y SIDA a los esfuerzos de prevención (14).

El principal donante externo, ONUSIDA, ha aumentado el financiamiento para actividades regionales y programas nacionales específicos, con un nivel planificado que llegaría casi a los US$17 millones en el 2004. Además, en algunos países ya se están comenzando a utilizar los recursos del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En este sentido, Honduras y Panamá fueron beneficiados por la primera ronda de aprobaciones del Fondo. En la segunda ronda, se aprobaron las propuestas de VIH y SIDA para Costa Rica, El Salvador y Nicaragua. Belice, Guatemala y Panamá. Todas las propuestas aprobadas tienen garantizado el financiamiento durante los dos primeros años (14, 153).

Además la ONUSIDA, en colaboración con diferentes países de Centroamérica, trabaja para formular un plan regional de prevención del VIH y SIDA, destinado a las poblaciones migrantes (146).

Otros donantes a la causa contra el VIH y SIDA en Centroamérica son Noruega y Suecia que promovieron $3.6 millones durante tres años para apoyar programas de

prevención de la infección entre mujeres y jóvenes en Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Honduras (127).

En lo referente a actividades de prevención y tratamiento, todos los países ofrecen un Programa Nacional contra el VIH y SIDA, excepto Costa Rica, que cuenta con un comité de alto nivel dedicado al tema. Las ONG tienen una posición activa respecto a la prevención, el cuidado y el tratamiento en todos los países de América Central, algunas con el respaldo del gobierno y otras, de organismos internacionales. Incluso en aquellos casos en los que el gobierno no respalda las actividades de las ONG, éste puede facilitar su trabajo (14).

Un aspecto fundamental para la prevención es el uso de preservativos. La Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) tiene un programa bien estructurado en torno a la promoción social de los preservativos y la comunicación para el cambio de conducta. Esta entidad ha estado funcionando en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Belice, Nicaragua, Panamá y Honduras desde 1996 y el programa se dirige a grupos de alto riesgo (14).

El tratamiento sindromico de las infecciones de transmisión sexual también necesita mayor inversión en América Central, a fin de reducir este factor de riesgo para contraer VIH. Además, en todos los países se está aumentando lentamente la cantidad de programas que buscan prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo (14).

Los sistemas de seguridad social en salud de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá constituyen la principal fuente de tratamiento antirretroviral (ARV) financiada

con fondos públicos en América Central. Los Ministerios de Salud, salvo en el caso de Nicaragua, también están aumentando lentamente el número de personas cubiertas por el tratamiento ARV y este mismo tratamiento está siendo ampliado (10). Acuerdos realizados en países de Centroamérica y el Caribe lograron notables rebajas en los precios de los tratamientos ARV, lo que sirvió de base para las negociaciones del año 2003 por países de Latinoamérica en las cuales acordaron reducción de costos. Estas negociaciones han contribuido a que mayor número de personas tengan acceso a tratamiento (127).

D. MARCO LEGAL Y REGULADOR PARA DAR RESPUESTA AL VIH Y SIDA

A fines de los años noventa y a inicios del nuevo siglo, se aprobaron leyes para responder al VIH y SIDA. Las mismas en general protegen los derechos de las Personas que Viven con VIH y SIDA y garantizan los derechos a las pruebas y al tratamiento en un entorno de confidencialidad (13).

El estudio realizado por la investigadora Silvia Magali Cuadra señala que las leyes en México y Centroamérica buscan, por un lado, garantizar los derechos humanos de las personas infectadas, pero por otra parte pueden volver más vulnerables a ciertos grupos. Del análisis del contenido de las normas se desprende que en nuestros países existen diferentes formas de regular la prevención, el control y el tratamiento del VIH y SIDA y de abordar el tema de los derechos humanos. A partir del año 2000 se registra un repunte legislativo con un importante énfasis en incluir la promoción y protección de los derechos humanos para el control de la epidemia en los países de la región (8).

Según la investigación, existen naciones como Nicaragua que sus legislaciones se inclinan totalmente a la promoción y defensa de los derechos humanos, pero que carecen de medidas concretas relacionadas con políticas de salud pública, lo que se traduce en vacíos para atender casos específicos (8).

Por el contrario, leyes como las de Panamá y el proyecto legislativo de Honduras elevan a rango legal violaciones a los derechos humanos, pero también tienen como foco de atención la vigilancia a las personas que se dedican al comercio sexual, dejando de lado la protección de los derechos humanos de estos grupos, agudizando la discriminación. Aunado a ello, eximen de responsabilidad en la propagación del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida a otros sujetos sociales también relacionados con el sexo comercial, como clientes, dueños de prostíbulos, fabricantes y distribuidores de alcohol, entre otros (8).

Por otro lado, los marcos normativos de Costa Rica y Nicaragua, que garantizan el acceso universal a tratamientos antirretrovirales, contrastan frente a los de países como Guatemala, que brindan tratamiento sólo a través de la seguridad social por filiación (8).

Desde los inicios de los años ochenta, la aparición del SIDA y la movilización de diversos actores sociales en torno a la epidemia han hecho más compleja la discusión de los derechos universales de las personas. No obstante, la movilización de grupos de la sociedad civil ha contribuido a la construcción de sistemas jurídicos para atender la necesidad de defensa ante la transmisión. Actualmente, en México y Centroamérica con excepción de Belice, existe un marco normativo diverso para el VIH y SIDA, en el

cual no todas las normas tienen el mismo estatus legal, ya que algunas de ellas son manuales de procedimientos clínicos, otras son normas oficiales y otras más tienen rango de ley (8).

El Salvador consta con una ley de SIDA, la cual fue aprobada el 21 de octubre del 2001, y generó muchas críticas por ser discriminatoria y tener una visión moralista. El Artículo 16, inciso d, facultaba a los patronos a pedir la prueba del VIH a sus empleados, lo que significaba más dificultades para que las PVS pudieran conseguir o mantenerse en sus trabajos (8).

En el caso de Panamá se decretó en el año 2000, la Ley No.3 general sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA, la cual establece el marco jurídico para la educación y promoción de la salud; para la investigación, prevención, capacitación, detección, vigilancia epidemiológica y atención integral, sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el SIDA. También establece los derechos y deberes de la persona enferma o portadora de infección de transmisión sexual y del virus de la inmunodeficiencia humana, así como de las demás personas en todo el territorio nacional (14).

Nicaragua consta con la Ley No. 238. "Ley de Promoción, Protección y Defensa de 105 Derechos Humanos ante el SIDA" que tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de derechos humanos, en la prevención de la infección por VIH y en el tratamiento de SIDA (109).

En lo que respecta a Honduras, cuenta con el Decreto número 97-2003 por el que se dicta la Ley Orgánica de la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA). Tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), la cual es un órgano superior, multisectorial, gestor y coordinado interinstitucional e interdisciplinario en la formulación de políticas generales en materia de VIH y SIDA, responsable además, de la gestión de recursos técnicos y financieros y la formulación de estrategias generales para la promoción integral de la salud, incluyendo protección, prevención, investigación, control, tratamiento, educación e información en materia de salud sexual y reproductiva, así como el VIH y SIDA, También cuenta con el Acuerdo número 0009 por el que se dicta el Reglamento de la Ley Especial sobre VIH y SIDA, Ley número 147-99 del 9 de septiembre de 1999 y Decreto número 147-99 que dicta la Ley Especial sobre VIH/SIDA (111).

Costa Rica cuenta con la Ley General Sobre El VIH-SIDA. Sin embargo, en los países en que existen leyes relacionadas con el VIH y SIDA, la fuerza con que estas leyes se aplican es a veces limitada y en algunos países las nuevas leyes en ocasiones contradicen la legislación vigente. Estas contradicciones se reflejan en casos de realización de pruebas para detección de VIH sin el conocimiento ni el consentimiento de la persona, mientras las leyes las prohíben, algunos códigos de trabajo parecen permitir su práctica, dejando un considerable espacio para la discusión legal (13).

E. EXPERIENCIAS EXITOSAS EN RESPUESTA A LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA EN CENTROAMÉRICA

Actualmente la epidemia está concentrada en algunas regiones geográficas, particularmente en áreas urbanas y en rutas internas y puertos. La prevención de la diseminación de la epidemia promoviendo conductas sexuales y reproductivas saludables constituye un enorme desafío. Los sistemas de salud enfrentan el reto de alcanzar los grupos de alta vulnerabilidad con intervenciones costo-efectivas. La sociedad civil (ONG), aunque muy motivada, todavía carece de la capacidad necesaria para dicha prevención. El sistema educativo también enfrenta desafíos por la falta de programas de educación sexual y porque en muchas instancias contribuye a perpetuar el estigma y discriminación hacia las Personas que Viven con VIH y SIDA (8).

La PASMO tiene un programa bien estructurado en torno a la promoción social de los preservativos y la comunicación para el cambio de conducta. Esta entidad ha estado funcionando en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Belice, Nicaragua, Panamá y Honduras desde 1996 y el programa se dirige a grupos de alto riesgo. El uso de preservativos en América Central aumentó más del doble, de 8,1 millones en 1999 a 18,1 millones en 2001, pero esta cifra sigue siendo baja comparada con el total de habitantes mayores de 15 años en la región que supera los 20 millones (14).

F. TRATAMIENTO Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

Los informes nacionales sugieren que solo cerca de 14,000 casos se encuentran en tratamiento, sin embargo OPS y ONUSIDA estiman, para el 2004, cerca de 40,000 casos de SIDA en la región, cifra que concuerda con la estimación del Banco Mundial que reporta 37,500 casos entre 1998 y 2003 (11).

Un análisis del Banco Mundial en Guatemala, Honduras y Panamá, observó un déficit de un millón de dólares anuales para evitar entre 10-20% de nuevos infectados (15). Además, se concluyó que si bien en esos tres países se invirtieron alrededor de 9.6 millones en el año 2000, su impacto no fue lo suficientemente efectivo.

Todos los países de la región enfrentan desafíos respecto de la disponibilidad de ARV. Se han alcanzado acuerdos para obtener precios diferenciales para algunas marcas comerciales. Además algunas drogas genéricas están disponibles a través de licitaciones en el sector público o a través de agencias intermediarias y fundaciones internacionales.

Sin embargo, quedan retos relacionados a la planificación de compras conjunta de los ministerios de salud y los institutos de seguridad social, establecer protocolos de tratamiento uniformes, desarrollar la infraestructura para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento y el monitoreo de la resistencia a las drogas. Además, otros desafíos son el manejo de los efectos adversos al tratamiento, el seguimiento de los pacientes con pruebas de laboratorio, y el desarrollo de mecanismos para promover la adherencia al tratamiento (13).

Un desafío particular es resolver las dificultades para el tratamiento de pacientes con muy bajo nivel de instrucción y de las minorías étnicas muchos de los cuales carecen de acceso a servicios de salud.

F. 1. ACCESO Y COSTO DE LOS MEDICAMENTOS

El acceso a los medicamentos no se ha medido de forma sistemática en la región. En Honduras la OPS ha estimado que solamente 41% de las personas que necesitan tratamiento lo reciben. En Panamá, las cifras oficiales indican que 58% de la población que requería tratamiento estaba recibiéndolo al momento del estudio y un 3% de ellos eran menores de cinco años. En El Salvador, si bien se expresa que toda la población detectada tiene acceso, también se observan limitaciones relacionadas con aspectos culturales y geográficos. Similar es el caso de Costa Rica en donde el Estado garantiza el acceso al tratamiento a través de la seguridad social. En Guatemala, menos de 50% de las personas viviendo con VIH y SIDA que necesitan con urgencia tratamiento lo recibe, según ONUSIDA (94); además se encontraron barreras al acceso debido a limitaciones culturales y geográficas, y en Nicaragua se estima que sólo 10% recibió tratamiento en 2004 (105).

En todos los países se han presentado demoras en la compra y distribución de medicamentos que limitan la continuidad del tratamiento y reducen su efectividad. En algunos casos los retrasos son tan importantes que el desabastecimiento llega a ser de varios meses. Todos los países han mostrado interés en mejorar sus coberturas, pero esto es a veces difícil por el acceso geográfico (Honduras, Panamá, Guatemala, y

Nicaragua), brechas en el seguro de salud (Costa Rica) o por el hecho de que mucha PVVS no están identificadas con las localidades de residencia (13).

Actualmente en Guatemala el personal de Médicos Sin Fronteras (MSF) atiende a 1,800 pacientes con VIH y SIDA en la Clínica Yaloc de la capital, de los que 740 recibían tratamiento antirretroviral (ARV) en agosto de 2005. Por las mismas fechas, MSF atendía a 519 pacientes y 219 recibían ARV en Puerto Barrios. En el proyecto de VIDA en Coatepeque, Quetzaltenango, el equipo ofrece atención integral a más de 1.500 personas, 371 de las cuales estaban en tratamiento a finales de julio (93).

En 2001, MSF empezó a ofrecer atención de VIH y SIDA en la ciudad de Tela, en la costa norte de Honduras. El proyecto tiene por objetivo apoyar la respuesta comunitaria ante la enfermedad y ampliar el espectro de servicios públicos y comunitarios disponibles para prevenir y tratar el VIH. Actualmente, el Ministerio de Salud hondureño posee 20 centros de tratamiento de VIH y SIDA que ofrecen atención integral y tratamiento antirretroviral. En junio de 2005, MSF traspasó la responsabilidad de este proyecto a tres clínicas de la zona. La organización hizo un seguimiento del mismo hasta mediados de 2006 para asegurar la calidad de la atención (93).

Los precios de los ARV han disminuido en los últimos cinco años. La falta de datos homogéneos dificulta una comparación de los gastos en ARV por países. Honduras incrementó el monto asignado para medicamentos, llegando a US$ 3.3 millones en 2006. En El Salvador, si bien la inversión total aumentó, las partidas provenientes del sector público disminuyeron. La Caja de Seguro Social en Panamá informó que el costo mensual del tratamiento que utiliza varía entre US$ 104 y US$ 114

por mes, mientras que en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) el rango es de US$ 61 a US$ 192 por mes, dependiendo del esquema usado; con un costo promedio de US$ 138. Estimaciones oficiales de la CCSS indican que la compra de drogas para el VIH y SIDA representa alrededor de 5% del total de los gastos en medicamentos de la institución. Para Guatemala, el esquema aplicado por MSF ha disminuido el costo en aproximadamente 50% con costos mensuales por tratamiento de US$ 41 a US$ 113 y una inversión de US$ 1 millón en 2005 representando un considerable incremento en comparación con años anteriores (13).

El caso del lopinavir/ritonavir (comercializado como Kaletra®), medicamento antirretroviral de segunda línea recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y producido por la compañía farmacéutica norteamericana Abbott Laboratories. Este medicamento está fuera del alcance tanto de Guatemala como de otros países de renta baja de todo el mundo, pese a que, desde junio del 2006, el nuevo producto de Abbott cuesta 500 dólares por paciente y por año en los países menos desarrollados, como por ejemplo Malaui y Camerún. Sin embargo, en países de renta baja como Guatemala, Honduras o Perú, las autoridades sanitarias tienen que pagar 2,200 dólares por paciente y por año, por lo que el coste del tratamiento es inaccesible (94).

F. 2. FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA TRATAMIENTO

En el 2006 la Secretaría de Salud destinó US$ 3.3 millones para ARV y el Fondo Global para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGSTM) dio un aporte de US $ 1.4 millones. En El Salvador las compras las realiza el MSPAS y el ISSS (Instituto

Salvadoreño de Seguridad Social), y se ha contado con la ayuda del FGSTM y del gobierno de Brasil que aportaron medicamentos como parte de sus proyectos de cooperación. En Guatemala, el presupuesto para la compra de medicamentos se ha incrementado, sin embargo, todavía hay brechas financieras que se cierran parcialmente a través de las ONG, tales como MSF. Guatemala, recibe apoyo del Fondo Rotatorio de la OPS como intermediarios de las compras financiadas con recursos propios, y además cuenta con el apoyo de MSF que contribuyen con ayuda no reembolsable para adquirir medicamentos. En Nicaragua, el presupuesto público para la compra de medicamentos es muy limitado y el país se financia con una ayuda del FGSTM. Costa Rica y Panamá por su parte básicamente financian la compra de medicamentos con recursos del presupuesto nacional (13).

El principal donante externo, USAID, ha aumentado el financiamiento para actividades regionales y programas nacionales específicos, con un nivel planificado que llegó casi a los 17 millones de dólares en 2004 (14, 153).

F. 3. ESTIMACIÓN DE NECESIDADES

Los seis países deciden la cantidad de medicamentos a comprar basados en la demanda. Sólo en el caso de Costa Rica se pudo identificar un modelo utilizado sistemáticamente, que busca mantener un mínimo de existencias para 11 meses. El Salvador utiliza varias metodologías basadas en proyecciones cuantitativas mediante un modelo que también se ha utilizado exitosamente en República Dominicana.

Nicaragua estima las necesidades mediante un análisis de las tendencias de consumo trimestral (13).

F. 4. REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Los ministerios de salud en los seis países se encargan del proceso de registro de los medicamentos para el tratamiento del VIH, las ITS y las infecciones oportunistas. Para la inscripción, las casas farmacéuticas tienen que presentar los certificados de fabricación que aseguren que se trata de un medicamento seguro y de probada efectividad terapéutica. Costa Rica solicita que el producto esté inscrito en el registro de la FDA de los Estados Unidos y/o en la CPMP de la Unión Europea. Similar requerimiento tiene El Salvador, pero no solicita las fuentes de inscripción. En Guatemala no se requiere registro en el Ministerio de Salud si los productos son comprados por medio del fondo rotatorio de la OPS, del FGSTM y de MSF, y están inscritos en el cuadro de medicamentos recomendados por la OMS (13).

Según un estudio realizado por la Asociación Aguabuena y financiado por ONUSIDA, los países centroamericanos podrían legalmente importar versiones genéricas de los medicamentos antirretrovirales que se encuentran actualmente en el mercado. Esto significa que los medicamentos genéricos producidos por compañías tales como CIPLA de la India o los producidos por el gobierno brasileño, podrían ser importados legalmente por Panamá, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Costa Rica (8).

F. 5. COMPRA DE MEDICAMENTOS

Los seis países tienen una gama de políticas para la adquisición de medicamentos. En Panamá y Costa Rica predomina la compra por medio de fondos públicos de productos de marca a precios acordados en las negociaciones regionales con empresas farmacéuticas. También en estos países se han adquirido drogas genéricas a precios de mercado local a través de los proyectos con el Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. En Guatemala las compras del sector público se realizan por licitaciones en los que participan el Ministerio de Salud y el IGSS, donde se compran marcas comerciales y drogas genéricas para el sistema público (13).

G. VIH Y SIDA EN LOS PAÍSES CENTRO AMERICANOS

G. 1. BELICE

Uno de los países más afectados en Centroamérica es Belice. Se estima que hasta 4% de los adultos padecían VIH y SIDA en el año 2002. Factores que facilitan su transmisión son la pobreza, la falta de uso de condones y actitudes socioculturales que apoyan la promiscuidad entre los varones (146).

En 1999, según ONUSIDA, 2,400 adultos vivían con VIH y SIDA y 75% de éstos eran hombres. Además se reportaron 170 muertes por causa del SIDA. Al año 2002 se estimaba que los índices de infección variaban de 2 al 4% en la población general (146).

Según información del distrito de Belice en 1994, menos del 1% de mujeres en control prenatal padecían VIH, y en 1997 el porcentaje aumentó a 2.5%. Existe poca información de hombres que tienen sexo con hombres por poca aceptación pública de la situación (146).

En respuesta a este problema el país creó en 1996 un grupo de trabajo nacional y una comisión nacional contra el SIDA, con el fin de modificar actitudes y costumbres, facilitar la colaboración intersectorial y dar apoyo a las personas seropositivas (146).

Ayuda con la que cuenta Belice para combatir la epidemia:

- USAID, por estar Belice incluido en su programa de VIH y SIDA en Centroamérica, presta ayuda a este país, aunque no cuenta con una agencia dentro del mismo. Los fondos son enviados mediante la Organización Internacional de Servicios para la Población (PSI) a la Organización de Mercadeo Social Panamericana (PASMO) que opera en los siete países de Centroamérica. La PASMO prioriza a los grupos de alto riesgo y a los adolescentes con vida sexual activa.
- Los Institutos Nacionales de Salud (NIH por sus siglas en ingles) patrocinan estudios de investigación para prevención de VIH en Belice, Trinidad y Tobago, República Dominicana y Haití (146).

Los desafíos que Belice enfrenta para poner en marcha programas de prevención y cuidado contra VIH y SIDA, según el gobierno, son:

- Desequilibrio de poder entre hombres y mujeres que limita la opinión de las mujeres en el uso del condón.
- Epidemia heterosexual en aumento.
- Índices de transmisión madre-hijo en aumento.
- Falta de conocimiento sobre modos de transmisión de VIH
- Estigmas sobre el tema (146).

Según el boletín de la OPS de septiembre de 2005, en el año 2004 se introdujo en Belice la terapia antirretroviral, la orientación voluntaria y la realización de pruebas en forma gratuita, esto con el fin de llegar a la meta propuesta por la OMS/OPS de 3 millones de personas con tratamiento antirretroviral en Belice para el año 2005 (126).

Diferentes estudios han reportado prevalencias entre 0.9 y 3.4% en el año 2000. En el 2002 se les realizó la prueba rápida de VIH a 12,000 personas, encontrando una prevalencia de 3.4% de infección por VIH. En el 2003 se reportaron 603 casos, de estos 50% aproximadamente eran mujeres (147).

La más alta prevalencia se reportó en el 2001 entre los garífunas con 8% de prevalencia, en los donadores fue de 0.5% y en el programa de prevención infantil 0.8% eran seropositivas en el mismo año (147).

Según estimaciones de la ONUSIDA, el número de personas viviendo con VIH en el año 2000 era de 3.700; en los adultos entre 15 y 49 años la prevalencia de VIH se estimaba en 2.5%; se encontraron 1,000 mujeres mayores de 15 años viviendo con VIH. Hubo menos de 500 muertes relacionadas con SIDA, así como 400 niños de 0 a 14 años viviendo con SIDA. Se trató 73.3% de la población materna infectada para disminuir la transmisión vertical del VIH. 31% de los hombres y mujeres viviendo con VIH recibió tratamiento (147).

G. 2. EL SALVADOR

Según el Ministerio de Salud, en el 2001 la infección por VIH parece ir más rápidamente en aumento en la población joven (15 a 24 años) y afecta más a varones (149).

Según ONUSIDA y el Programa Nacional Salvadoreño Contra VIH-SIDA, en junio de 2001:

- 7560 personas habían sido diagnosticadas con VIH-SIDA.
- 75% se encontraron en la población masculina.
- 266 niños vivían con SIDA y 274 infectados con VIH.
- 361 habían fallecido por SIDA (149).

Entre 1984 y junio de 2001, los índices de infección fluctuaban de 10% entre trabajadoras del sexo y 6% entre pacientes cuyo motivo de consulta fueron infecciones

de transmisión sexual. En un estudio realizado en 2001, se observó un índice de infección por VIH de 1% entre pacientes embarazadas. Según ONUSIDA, a mediados de 2001, 70.8% de los casos de SIDA se atribuyó a relaciones sexuales heterosexuales, 5.4% se transmitió entre hombres que tienen sexo con hombres, 4.6% fue transmitido de madre a hijo, 1.5% por uso de drogas intravenosas y 0.5% por sangre o hemoderivados. La relación hombre: mujer es de 3:1 (149). La prevalencia entre embarazadas fue de 0.3% en el 2003 (148).

El primer caso se diagnosticó en 1984, el gobierno inició las primeras actividades de prevención en 1988 e implementó su primer plan estratégico contra el VIHSIDA en el año 1999 (149).

El Salvador recibe ayuda de USAID. A partir de 1999 USAID, El Salvador incorporó un componente en relación al SIDA en su actividad bilateral “Salvadoreños saludables”. Además, el USAID ha apoyado en El Salvador el desarrollo de programas y protocolos de tratamiento, capacitación e introducción de la línea telefónica VIH y SIDA directa. Junto a USAID en el 2000, ONUSIDA prestó asistencia técnica destinada al desarrollo de pautas para el tratamiento y cuidado del VIH/SIDA en el país, en colaboración con el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguridad Social y FUNDASIDA (ONG local dedicada a la lucha contra el VIH/SIDA). USAID destinó durante el año 2001, 500,000 dólares a los esfuerzos de prevención del VIH en el país, centrándose en la prevención y en intervenciones para cambiar comportamientos en relación a la enfermedad (149).

Además, en el 2001, la Agencia Canadiense Para el Desarrollo Internacional (CIDA) contribuyó con 100,000 dólares a las actividades de educación sobre VIH y SIDA en zonas rurales, a promover la prevención entre trabajadoras del sexo, a la realización de actividades para aumentar capacidad de los laboratorios y a capacitaciones de personal (149).

Según USAID, El Salvador se enfrenta a factores que dificultan las actividades de prevención y cuidado de VIH/SIDA, entre estos podemos mencionar la población densa, para que el VIH se propague con rapidez; la población móvil, que facilita propagación de la infección entre fronteras; y la infraestructura social frágil secundaria a desastres naturales.

G. 3. HONDURAS

El primer caso de SIDA en Honduras ocurrió en 1984, en un profesional residente en la ciudad de El Progreso, quién reportó haber realizado varios viajes a la ciudad de San Francisco en los años previos a su enfermedad.

Hasta abril de 1998 se reportó en Honduras un total de 8,563 casos, para una tasa de 191.1 por millón de habitantes. Honduras, al igual que el resto de los países de istmo centroamericano y el Caribe, se caracteriza por una modalidad de transmisión de predominio heterosexual, con una razón hombre: mujer de 1.7:1 (12).

La mayoría de las personas se infectan con VIH a edades tempranas de la vida, entre los 15 y 24 años, desarrollan la enfermedad antes de los 35 años, y habrán muerto aproximadamente antes de los 49 años.

La epidemia afecta a la población joven y sexualmente activa donde, además del VIH, se producen otras enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto es en este grupo de edad en donde se tienen que desarrollar intervenciones enérgicas costo/efectivas, orientadas hacia el cambio de comportamiento de manera sostenible. En el informe oficial del mes de abril de 1998, el país reporta un total de 11,059 personas infectadas con el VIH: 8,563 casos de SIDA y 2,496 portadores asintomáticos (102).

El subregistro de casos se estima entre 30% a 50%, lo que significa que el número de casos de SIDA para Honduras oscilaría entre 12,000 a 16,000. Honduras inició en 1996 la estrategia de manejo integral de las ETS como una respuesta para mejorar la detección y el manejo adecuado de las ETS en las cuatro regiones sanitarias más afectadas por la epidemia de VIH La epidemia de VIH y SIDA se ha constituido en un grave problema de salud pública en Honduras. Con 17% de la población centroamericana, el país continúa reportando 50% de los casos de la región. Existen razones sociales y económicas que pueden ayudar a explicar la concentración de casos en el país (102).

G. 4. NICARAGUA

La situación epidemiológica en Nicaragua indica que la enfermedad ha ido en aumento en el país desde el primer caso diagnosticado en 1987, con una tasa de prevalencia más baja que la de los otros países centroamericanos (13). La tasa de portadores, a la semana epidemiológica 31 del año 2005, era de 52.7%; los grupos etéreos más afectados fueron los comprendidos entre 20 a 39 años es el grupo más afectado, encontrándose la vía de contacto heterosexual como la más importante (105).

La tasa infección en mujeres embarazadas es de 3%, indicándose además que las pacientes que resultan seropositivas son integradas a un programa de tratamiento antirretroviral (105).

La relación hombre-mujer, que al principio de la epidemia era de 7:1, ahora es de 2.6:1, lo cual indica el aumento de casos positivos entre la población femenina (105).

Las regiones de Managua y Chinandega son las más afectadas, con unas tasas de 62.6 y 70.3, respectivamente, y las regiones de San Juan y Matagalpa son las que presentan la menor incidencia de casos, con unas tasas de 4.0 y 4.1, respectivamente (105).

El país se encuentra afectado en menor proporción que el resto de países centroamericanos, con 0.2% de pacientes viviendo con VIH. Entre la población existen estigmas relacionados con el uso de preservativos, así como una cultura machista que estigmatiza a los hombres que tienen sexo con hombres (141). Según datos de un estudio publicado recientemente, solamente 21% de los encuestados respondió que

utilizó preservativo en las relaciones sexuales ocasionales tenidas en los últimos tres meses (120).

En Nicaragua existen más o menos 1,000 pacientes con diagnóstico de infección por el VIH, pero únicamente se cuenta con tratamiento antirretroviral para 163 pacientes, con una tasa de 16%, una de las más pobres de Latinoamérica (141). Para el año 2005 hubo alrededor de 500 muertes relacionadas con el VIH.

Se encuentra una prevalencia de 0.1 a 0.3% para finales del año 2005; se estima que entre 3,000 y 12,000 personas entre 0 y 49 años se encuentran viviendo con VIH. En los 153 centros que existen para la detección de VIH, se han evaluado alrededor de 200,000 personas durante el año 2005; todo lo anterior según datos del Programa Nacional de Control del SIDA. Según datos del Sistema Nacional de Salud, únicamente 17% de las mujeres trabajadoras del sexo había admitido la utilización de condones (120).

El tratamiento estándar para pacientes con infección por VIH consta de zidovudina, lamivudina y efavirenz, el cual cuesta, anualmente, $2,200. Bajo la Accelerated Access Innitiative, el costo del tratamiento ha descendido grandemente (actualmente se encuentra entre $1,000 y $1,400; si se utilizaran medicamentos genéricos, el costo de los medicamentos podría bajar entre $800 y $1,000 anuales) (120).

La infraestructura de salud de Nicaragua cuenta con 10,058 unidades físicas, descomponiéndose éstas en 1,024 centros de salud (tipos A y B) 32 hospitales de atención secundaria y dos hospitales de atención terciaria. Se cuenta con 60 centros privados incluyendo sanatorios, redes militares) y 49 compañías no gubernamentales que

brindan servicios de salud. Existen 164 unidades del Laboratorio Nacional, así como 44 bancos de sangre, en los cuales se realiza tamízaje para la detección del VIH (153).

G. 5. COSTA RICA

Las tendencias y situación actual de la epidemia se describen a partir de los casos nuevos de SIDA registrados por año, sexo, edades, lugar de residencia y vías de transmisión.

No se ha podido contar con información sobre VIH ya que este es un evento de declaración obligatoria muy reciente en el país.

A continuación, se muestra la tendencia de la incidencia anual (número de casos nuevos anuales) de SIDA para el periodo 1983-2002. La tendencia es ascendente desde 1983 hasta 1998, de 1998 en adelante la tendencia es descendente con la consecuente disminución en el número de casos nuevos de SIDA registrados en el país. Esto significa una disminución en el registro de los casos, pero no nos da una idea exacta de lo que realmente sucede con la transmisión del VIH (ver gráfica 17) (13).

Al analizar la tasa de incidencia por años, la tendencia al incremento del SIDA no describe una pendiente tan fuerte como cuando se analizan las cifras absolutas de casos. Es decir, la tendencia es la misma pero de una magnitud menor. La tasa de incidencia es una proporción que utiliza como denominadores la población proyectada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

La tendencia de la infección por VIH y SIDA se muestra en el siguiente gráfico, ambas curvas se comportan ascendentemente, a pesar de que se estima un gran subregistro en la cantidad de personas infectadas (superior a las 13,000) (13).

La curva de color azul muestra un crecimiento ascendente de los casos de infección por VIH con base a casos notificados, no obstante que hasta el presente año no constituía un evento de notificación obligatoria. Al comparar con la curva de color rojo representativa de los casos de SIDA, se aprecia una separación clara a partir de 1998, después de esta fecha la curva de la infección por VIH mantiene su pendiente ascendente, pero la de casos SIDA adopta tendencia claramente descendente. El comportamiento por edades de la incidencia de la enfermedad, cuando se consideran todos los casos de SIDA presentados entre 1983 y el 2000, muestra variaciones importantes entre grupos de edades. La comparación se hace a través de la tasa de incidencia, es decir, la probabilidad de desarrollar la enfermedad que tiene cada grupo durante el período de años mencionado (ver anexo tabla 18) (102).

La probabilidad de desarrollar la enfermedad cambia según grupos de edades. En primer lugar, los niños de 0 a 9 años es el grupo de menor riesgo, en este caso la incidencia de SIDA depende de la transmisión madre-hijo. A partir del grupo de edad 15-19 años, se incrementa exponencialmente el riesgo de adquirir la enfermedad hasta el grupo 35-39 que junto al grupo 30-34, son los de mayor riesgo de toda la población del país. A medida que se superan los 39 años de edad el riesgo tiende a decaer sostenidamente hasta el grupo de 70 años y mayores a esta edad. Es necesario señalar que aunque el grupo de población con edades entre 30 y 39 años es el de mayor riesgo de desarrollar las manifestaciones clínicas de SIDA, no necesariamente

es el grupo donde más activamente se transmite el VIH. Esto es así por el período de incubación de la enfermedad que es de varios años. Si se habla de transmisión de VIH, el riesgo es más alto a partir de los 20 años hasta los 49 años, de acuerdo con lo que reflejan los datos estadísticos que se presentan. En el siguiente gráfico se muestran las variaciones del riesgo relativo a través de los grupos de edades quinquenales. Si consideramos que el grupo infantil de 0 a 4 años tiene el valor de riesgo igual a 1, el riesgo relativo a ese grupo de edad se incrementa hasta el grupo de 35 a 39 años y después de esa edad tiende a disminuir. Esto significa por ejemplo, que ese segmento de población (las personas entre 35 y 39 años de edad) tiene 28,72 veces más probabilidad de contraer la enfermedad que los niños de 0 a 4 años. A partir de la franja de edad de 20 a 24 años el riesgo relativo se incrementa notablemente, ya que a esta edad se activa con mayor fuerza la transmisión sexual del VIH (13).

El comportamiento de la incidencia de SIDA para el período 1988-2002 según sexo, se describe continuación. A partir de los datos del gráfico se aprecian dos comportamientos en la relación hombre-mujer. El primero se produce entre 1988 y 1993 en la que la incidencia de casos nuevos de SIDA depende fundamentalmente de la población de sexo masculino. Cuando se compara con los casos de sexo femenino, el riesgo relativo supera el valor de 10 llegando en 1993 a más 20. Esto significa que, en 1993 el riesgo que tenía de contraer la enfermedad una persona del sexo masculino era 20 veces superior al de una persona del sexo femenino (12).

Esto se debe a la predominancia de la vía de transmisión sexual en personas homosexuales en los primeros años de la epidemia en Costa Rica. El segundo comportamiento se aprecia a partir de 1994 cuando el riesgo relativo del grupo de

personas del sexo masculino comienza a disminuir respecto a la población del sexo femenino. Esta tendencia se mantiene hasta la fecha más o menos estable por debajo de 10. A pesar de que el grupo de personas del sexo masculino tiene un riesgo relativo mucho más alto aun, este se redujo a la mitad (en términos relativos) de lo que era antes de 1993. Se puede explicar por los cambios producidos en las categorías de exposición de la enfermedad, con una presencia importante de la vía de transmisión sexual en personas heterosexuales (12).

Las categorías de exposición por transfusión sanguínea, perinatal así como en el caso de personas hemofílicas y drogadictos intravenosos, se ha mantenido constante por su tendencia en la serie de años analizados. Estas categorías de exposición han aportado siempre el menor número de casos a las estadísticas de SIDA. No quiere decir que el riesgo que tienen estas personas de infectarse y enfermar sea más bajo, sus probabilidades siguen siendo de las más altas, lo que sucede es que se trata de poblaciones muy reducidas en comparación con la población general. Las tendencias de la enfermedad según categorías de exposición se muestran en los siguientes gráficos.

Es evidente que las medidas que se han tomado por los servicios de salud tanto de control materno-infantil como en el manejo de hemoderivados, ha contenido estas vías de transmisión. Sin embargo, en la actualidad un porcentaje relativamente alto de mujeres embarazadas no están siendo controladas, fundamentalmente se trata de personas no aseguradas. Aun se sigue observando VIH/SIDA en niños (12 a 16 casos por año) y cada año se reportan casos pediátricos de SIDA que se pueden evitar en

gran medida con tratamiento, pero sobre todo con la ampliación de la cobertura de atención materno infantil (13).

Según el Diagnóstico Situacional de la Unidad de Control del SIDA de la CCSS, el 22% de las mujeres embarazadas no acceden al servicio de consulta prenatal, lo que revela que existe un riesgo alto de que no se haga el diagnóstico del VIH y en caso de ser positivo, se pueda aplicar el tratamiento con el fin de prevenir el contagio del VIH/SIDA en el feto y en el recién nacido. La tendencia del aporte de casos de SIDA que producen los grupos de homosexuales, bisexuales y heterosexuales ha tendido a incrementarse hasta 1998 y posteriormente desciende siguiendo el comportamiento general de la enfermedad en el país. Pero han sido grupos muy significativos por la cantidad absoluta de casos de SIDA que aportan cada año y también por el riesgo que tienen estas personas de infectarse de VIH. La prevalencia de VIH en homosexuales se estima cercana a 6% (seis de cada cien) (13).

Es necesario destacar que el grupo de personas heterosexuales ha contribuido a aumentar el número de casos y es que se trata del grupo de población de mayor volumen respecto a los otros grupos mencionados. En 1998 el número de casos de SIDA que contrajeron la infección por la vía sexual en personas heterosexuales fue superior al número de casos que aportaron cada uno del resto de los grupos. Las variaciones en la importancia o el peso de cada categoría de exposición respecto al total de casos, se muestra en el gráfico 9. La transmisión sexual en homosexuales siempre ha sido la mas importante; Asimismo se observa un aumento en el aporte de casos en el grupo de los heterosexuales, llegando actualmente ha tener el segundo lugar en peso en relación al primer grupo (homosexuales). El grupo de personas

bisexuales, aunque ha perdido peso sigue siendo el tercero en importancia. Se estima que la prevalencia en el grupo de bisexuales es 8% de esa población, de acuerdo con los reportes de la Unidad de Control del SIDA de la CCSS, a partir de estudios de prevalencia en población autoseleccionada (que acude voluntariamente al diagnóstico).

No se debe despreciar la cantidad de casos cuya vía de transmisión no se registra, ya que han aumentado y ganado en importancia relativa actualmente. Esto revela que se debe avanzar aun más en la investigación y la notificación de casos para mejorar el análisis y la toma de decisiones trascendentes para el control de la enfermedad.

G. 6. PANAMÁ

Desde 1984, fecha que se notifico el primer caso de SIDA, se han registrado 5,213 casos. Del total de casos, 76% es del sexo masculino y 24% de sexo femenino. La tasa de incidencia acumulada es de 182.6 casos x 100,000 habitantes (1984-2002) (14).

El SIDA ocupa la quinta posición entre las causas de muerte en el país y es la primera causa de muerte en el grupo de 25 a 49 años. Los grupos que se ven más afectados para los dos sexos son los de 30 a 34 años y de 40 a 44 años. La relación hombre-mujer se mantiene de 2.2 a 3 hombres por cada mujer en los últimos ocho años. En los últimos nueve años se ha visto un incremento de seis veces más casos, siendo el sexo femenino el que ha presentado el ascenso más importante que los hombres (14).

La forma de transmisión sexual se ha presentado en 65.3% del total de casos, y de éstos 45.9% son relaciones heterosexuales. Le sigue la transmisión perinatal con 4.1%, la sanguínea con 2.6% y el resto de los casos presentando 27.9%. El mayor número de casos notificados han sido de las zonas urbanas y con mayor número de habitantes. Para octubre del año 2002, se notificó para el año 2001, una prevalencia de 1.01 de VIH, con una cantidad promedio de 15,016 personas con VIH y SIDA (14).

Es importante señalar que en un estudio realizado en 1999, con trabajadoras comerciales del sexo (TCS) que trabajaban en la calle, salas de masajes, burdeles y bares se encontró que seis de cada siete TCS asisten al Programa de Higiene Social y 98.6% refiere usar consistentemente el condón con sus clientes (12).

En el Estudio Multicéntrico se realizaron planes estratégicos para enfrentar el VIH y SIDA. En éstos se detecto una brecha en la información, causado por la falta de datos de vigilancia confiables. Este estudio, incluyendo a hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras comerciales del sexo, es una colaboración de diferentes organizaciones nacionales e internacionales bajo la orientación del Ministerio de Salud y la asistencia del Proyecto PASCA, con el objetivo de fortalecer la vigilancia epidemiológica del VIH y las ITS (26).

Resalta una diferencia entre los resultados de prevalencia entre las TCS fijas y ambulantes, siendo mayor en las últimas (3.5%); a pesar de contar con programas de higiene social donde las TCS pasan periódicamente una revisión (147).

Referente al uso del preservativo, 98.1% de las TCS indicaron haberlo usado con los clientes nuevos, 91.3% lo utilizó con el cliente regular y sólo 11.3% lo utilizó con el compañero fijo. Las conclusiones de este estudio fueron: no se encontró relación estadística entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el riesgo de adquirir VIH y las TCS ambulantes son las que presentan menos conocimientos, más creencias erróneas, menos identificación de síntomas de ITS y buscan menos atención ante la presencia de síntomas de ITS. El uso del preservativo con clientes nuevos y regulares es alto. La accesibilidad al preservativo es alta, pero la disponibilidad es baja (<50%), además de ser la principal causa de inconsistencia en el uso del preservativo. La prevalencia de VIH es más alta en las TCS ambulantes que en las fijas (102).

Entre hombres que tienen sexo con hombres, 31.4% refirió nunca haber usado preservativo al tener relaciones con mujeres. De éstos, 20% de los HSH y 31.6% de los bisexuales nunca los usaron en sus relaciones con mujeres (12).

De los HSH, 16% ha estado casado o unido con una mujer y la mayoría son los autoidentificados como bisexuales y HSH, 74% de cada grupo vive solo a pesar de estar casado o unido. 2.3% de los HSH viven con su pareja, ninguno vive con una mujer (126).

63% de la muestra piensa que su pareja le es infiel. Solamente 27% afirma que su pareja le es fiel. 60% de los HSH y 69% de los bisexuales utilizaron condón durante los últimos 30 días con compañero ocasional, 42% lo hicieron con compañero regular. Los que no refieren haber usado preservativo en la última relación sexual fue porque 42% no los tenían disponibles y 31% pensaron que no era necesario (12,14).

En conclusión, se encontró que la prevalencia de los HSH es de 11%. Los HSH son afectados en mayor cantidad que los bisexuales. La población tiene altos niveles educativos y en su mayoría trabajan. No utilizan las medidas necesarias de protección, a pesar de tener niveles altos de educación. El uso del preservativo al tener sexo con mujeres es mayor en los HSH que en los bisexuales (102).

3.4. SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA EN GUATEMALA

A. HISTORIA

En Guatemala, el primer caso de SIDA aparece en 1984. El sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública registró y reportó el primer caso de SIDA en Guatemala en junio de ese año, en un hombre de 28 años de edad, guatemalteco proveniente de los Estados Unidos (101).

Todos los casos reportados durante los primeros dos años de la epidemia correspondieron a varones homosexuales, residentes en los Estados Unidos y que regresaban a Guatemala en estadios avanzados de la enfermedad. En abril y julio de 1986 se reportaron los primeros dos casos en mujeres guatemaltecas, de 31 y 34 años respectivamente, residentes también en los Estados Unidos y que referían haber recibido transfusiones sanguíneas (101).

En 1987, se crea la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del SIDA (CONAVISIDA). En abril de 1988, se reportan los dos primeros casos de SIDA en personas residentes en Guatemala. El primer caso corresponde a una niña de 12 años de edad con antecedente de haber recibido una transfusión sanguínea, lo que puso en evidencia la circulación del virus en el país; y a un varón homosexual de 38 años. Los dos primeros niños menores de cuatro años fueron reportados en 1990, también con antecedentes de hemotransfusión. Tres años después se conocieron los tres primeros casos de transmisión vertical (101).

De 1984 a 2003 en Guatemala se han reportado 6,571 casos de SIDA, lo cual representa una tasa acumulada del 53 x 100,000 habitantes. El subregistro se estima en alrededor de 50% (73,101).

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PNS) fue creado como instancia gubernamental que implementa los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS/VIH/SIDA y que garantiza el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. Con la Ley del VIH/SIDA se inicia la fase del fortalecimiento del PNS como una figura legal, en la cual se establece como un programa prioritario (167).

El Plan Estratégico Nacional sobre ITS/VIH/SIDA (PEN) fue desarrollado en 1999. Su preparación fue dirigida por el MSPAS a través del PNS y contó con una amplia participación activa de varios sectores de la sociedad incluyendo Organizaciones No Gubernamentales, los grupos de personas que viven con VIH y SIDA, el sector privado, las instituciones religiosas, organismos bilaterales y multilaterales de cooperación. Este PEN fue revisado y actualizado en el año 2001. El PNS inicia a ejecutar el programa a partir del año 2002 (13,81).

En el año 2003 inicia la notificación sistemática de VIH en Guatemala. A partir de la Ley del VIH y SIDA se incluye un presupuesto de 5 millones de quetzales anuales para el funcionamiento del PNS. El presupuesto se aumentó a 7 millones para el 2003 y 2004, a 10 millones para el 2005. En el 2006, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aportó 8.4 millones de dólares. Los fondos están

asignados en su mayoría para el suministro de medicamentos a las personas guatemaltecas viviendo con SIDA (13).

B. CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y SIDA EN GUATEMALA

ONUSIDA clasifica en estadios el VIH y SIDA con respecto a la prevalencia de casos en un país, Guatemala se encuentra en un estadio epidémico concentrado, eso quiere decir que la prevalencia de VIH consistentemente es superior a 5% de la prevalencia en al menos un subgrupo de población, pero es inferior a 1% en mujeres embarazadas en áreas urbanas (76, 167).

B. 1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

B. 1. a. Demografía

El género masculino hasta 1998 fue el más afectado, teniendo una razón de masculinidad de 8:1, pero para el 2005 había cambiado a 2:4. Dicho dato revela que la epidemia tiende a crecer en la población general. Pues al aumentar el número de mujeres que viven con VIH, se produce un efecto multiplicador como se observa en la gráfica 24. Actualmente de los 9,743 casos reportados de VIH y SIDA, 2,880 personas son mujeres y de estas e 82% (2,371) se encuentran en el rango de mujeres en edad fértil (MEF). Se esperan 355 embarazos en el año, correspondientes a 15% de la población de MEF las cuales suman 2,371 mujeres (26, 101).

De todos los casos de infección 83.2% ocurre entre las edades de 20 a 39 años. De estos el grupo de edad de 20–34 años aporta 52.1% de todos las personas con VIH (grupo correspondiente a PEA, (ver anexo, gráfica 25). Asimismo, existe notificación de casos de SIDA en niños y niñas entre 4 y 14 años, con causas de infección atribuidas a hemotransfusión y abuso sexual (ver anexo gráfica 26 tabla 4). La población económicamente activa con VIH y SIDA está conformada por 9,212 personas, representando 94% de la epidemia (ver anexo, tabla 4, gráfica 25) (101).

En total, de enero de 1984 hasta julio del 2006, el PNS a reportado 9,743 casos de SIDA (tasa según casos notificados de 91.7 por 100,000 hab.) los cuales pueden observarse en la gráfica 27 con un marcado aumento en la prevalencia de casos al transcurrir del tiempo. Viéndose un marcado aumento a partir del 1996, quizás debido al mejoramiento de los sistemas de información gerencial en el país (62).

La distribución geográfica de la epidemia de VIH-SIDA en Guatemala coincide con las rutas de desarrollo económico del país, a través de los departamentos con mayor actividad comercial (gráfica 28). Estas rutas son también las descritas para la migración externa en el país la cual para el año 2005 tuvo un flujo de 813,820 (memoria de labores 2005).

El territorio de Guatemala, con extensión de 108,889 Km2, es dividid administrativamente en 22 departamentos: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, El Progreso, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Quiche, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán y Zacapa (48).

Los departamentos que presentan las tasas más altas de VIH y SIDA son los siguientes: Suchitepéquez 163.27, Guatemala 156.04, Izabal 148.7, Escuintla 155.8, Retalhuleu 141.64 y Quetzaltenango con 116.91 por 100,000 habitantes. En éstos seis departamentos se concentra 77.3% de los casos de SIDA notificados (ver anexo, tabla 4, gráfica 29). En el período 2000 – 2005 se ha reportado 65.40% de los casos de SIDA. Se conforma así un corredor que partiendo de la costa Atlántica, en Izabal, atraviesa el centro del país y termina en la frontera con México en el municipio de Tecún Umán el cual se observa en tono oscuro en la gráfica 28 (88).

B.1.b. Mortalidad

En cuanto a la mortalidad general por edad y género existen muy pocas muertes debido a la falta de una sistematización en la recolección de datos sobre este parámetro, según PASCA la tasa de mortalidad general por SIDA para el año 2001 fue de 7.0 x 1,000 habitantes y para el año 2005 fue de 6.5 x 1,000 habitantes (ver anexo, tabla 6 y 7) (62).

B.1.c.Indicadores de salud enfermedad

El SIDA no figura entre las primera diez causas de mortalidad listadas en la memoria de labores del Ministerio de Salud, por lo cual no se cuenta con datos suficientes para realizar los indicadores de mortalidad por esta causa.

B.1.d. Proyecciones de VIH ySIDA para el año 2010

Aplicando la metodología Spectrum, programa que permite ingreso y automatización de datos para construcción de curvas sobre VIH SIDA, se preparó una proyección que permitiera estimar el número de personas con VIH esperada al final del año 2010, de mantenerse los mismos niveles de prevención y atención disponibles (ver anexo, gráfica 30) (3, 167).

B.2. DIMENSIÓN ECOLÓGICA

Como consecuencia de las tareas de corte de caña y café, la Costasur, recibe grandes contingentes humanos que llegan con la esperanza de aumentar sus ingresos para la subsistencia. Asimismo recibe el flujo de migrantes provenientes de otros países de Centro y Sur América que pasan por la ruta de la con rumbo a México y a Estados Unidos.

La migración de jóvenes que participan en el servicio militar y la concentración de comercios sexuales en las zonas cercanas a los cuarteles del ejército, podría significar un factor de riesgo para el personal castrense, quienes una vez terminado el tiempo de servicio regresan a sus comunidades de origen. En muchos casos vuelven siendo portadores del VIH (76).

B.2.a. Clima por época del año

Guatemala goza de una amplia variedad de climas, debido a su diversidad topográfica. Las zonas de costa y del noreste tienen temperaturas cálidas todo el año (la temperatura oscilan alrededor de los 20ºC de media); en temporadas calurosas llegan a alcanzar los 37°C, (99ºF). El clima en esta temporada es mucho más húmedo. El centro del país, entre los 700 y 1,800 metros de altura, el clima es templado, con medias de 18º a 25º C. Por encima de los 1,899 metros, están las llamadas "tierras frías", de clima más seco, con temperaturas entre los 15º y 25º C y notable oscilación diurna y anual. En la mayor parte del país, la temporada seca dura desde noviembre hasta abril, y la época húmeda desde mayo a octubre. Esta época se caracteriza por presentar cielos despejados antes y después de las copiosas precipitaciones, que se producen en las últimas horas de la tarde o las primeras horas de la noche. En general, las temperaturas descienden bruscamente de noche (179).

B.2.b. Temperatura

La temperatura media anual es de alrededor de 20 grados centígrados (64).

B.2.c. . Precipitación pluvial anual

Guatemala posee dos temporadas, la estación lluviosa que va de mayo a octubre, siendo los meses más lluviosos agosto y septiembre y la estación seca, que abarca los meses de noviembre a abril. La precipitación pluvial de Guatemala contiene el área más seca de Centroamérica en el valle del Motagua (500-600 mm anuales) y áreas

muy húmedas, como el valle del Polochic y el norte de El Quiché y Huehuetenango (más de 4,000 mm anuales). A nivel departamental, anualmente se reporta una precipitación pluvial media de 2,000 mm, distribuidos a lo largo de 5 meses (64).

B.2.d. Infraestructura vial

Todas las carreteras principales parten del kilómetro 0, localizado en el interior del Palacio Nacional de la Cultura, en el Centro Histórico.

La longitud de la infraestructura vial del departamento de Guatemala es de 746 kilómetros, equivalentes a 5.4% del total nacional. Ciento treinta y cinco kilómetros pertenecen a carreteras centroamericanas, 113 a rutas departamentales y 42 a caminos rurales. Las principales vías de comunicación terrestre, la carretera centroamericana CA-9, la cual comunica por vía terrestre a los principales puertos marítimos nacionales y fronteras del país; en la actualidad las vías de acceso a la cabecera departamental, como a las distintas cabeceras municipales se encuentran asfaltadas (51).

B.2.e. Nichos ecológicos

Guatemala posee playas de arenas volcánicas negras, lagos, bosques de frondosa vegetación y selvas tropicales.

En la reserva de Monterrico se protege parte de la costa para beneficio de las tortugas que ponen sus huevos en la playa, detrás de ella existe un manglar. En el departamento de Baja Verapaz se encuentra el Biotopo del Quetzal, en el cual se conserva el ave nacional. La selva de El Petén está cubierta de ébanos, aguacates, ceibas y caobas, donde viven aves como los tucanes, los loros, los colibríes y mamíferos como los ocelotes, pumas, jaguares, tapires y distintas especies de monos. En la costa del Caribe se protege el manatí. En los arrecifes coralinos es muy intensa, entre los miles de especies pueden citarse el coral de fuego, el pez ángel, varias especies de tiburones, tres clases de tortugas y los cocodrilos de agua salada (61).

En Guatemala el relieve define cinco regiones:

- Las tierras altas del centro del país,
- El Petén,
- El litoral del Atlántico,
- La costa del sur
- La zona volcánica.

Guatemala Central: la cordillera de los Andes que procede de las Antillas penetra en México y se interna en Guatemala, llamándose en Chiapas Sierra Madre. Dentro se divide en dos ramales: uno Huehuetenango, que constituye el sistema de los Cuchumatanes y el otro por San Marcos que forma el sistema de la Sierra Madre, la cual cruza el país de oeste a este y penetra en Honduras y el Salvador; forma la meseta central, donde está situada la capital de la República. Atraviesa los departamentos de San Marcos, Quezaltenango, Totonicapán, Sololá, Chimaltenango, Sacatepéquez,

Guatemala, Santa Rosa, Jalapa y Chiquimula. Del sistema de la Sierra Madre se desprenden varias secundarias, cuyos ramales toman diferentes denominaciones como sierras: Parraxquim, Cuxliquel, Chuatroj, Chinajá, de Las Minas, de Santa Cruz. Los Cuchumatanes y el sistema de las montañas de la Verapaz está considerado como una sola cordillera que atraviesa el territorio nacional desde la frontera de México hasta el mar Caribe. El río Negro divide el sistema en dos grupos: los Cuchumatanes, al oeste, y las montañas de la Verapaz, al este (61).

El Petén: situado entre México y Belice, en la parte norte del país. Su altitud media es de 300 m, siendo geológicamente una continuación de la península mexicana del Yucatán. Estas tierras están formadas por sedimentos mesozoicos y terciarios levemente plegados. Los sedimentos, entre los que abundan calizas y dolomitas principalmente, dan lugar a un relieve kárstico.

Próximos a Belice destacan los montes Mayas con aproximadamente 1,000 m. Sedimentos clásticos del Pensilvánico-Pérmico se encuentran en las montañas Mayas. La región de Petén está atravesada por escasos ríos debido al drenaje subterráneo en amplias regiones. Sobresale el río Usumacinta, el más largo de Centroamérica. Los lagos se localizan principalmente en la mitad norte del Petén: lago de San Pedro, de Petén Itzá, etc. (36, 61).

Esta tierra muestra restos arqueológicos de la esplendorosa civilización maya, como las ruinas del Tikal, Uaxactún y Piedras Negras. El Litoral Atlántico: el lago mas grande de Guatemala, Izabal, con una altitud de 0'88 m. sobre el nivel del mar y una extensión total de 960 km². El Lago Izabal recibe las aguas de algunos ríos, entre ellos

los de Polochic, Puerto Barrios, en la bahía de Amatíque. Es la principal salida comercial de Guatemala el Océano Atlántico (36).

Planicie Costera del Pacífico: El litoral, poco recortado, sólo cuenta con dos puertos relativamente importantes: Champerico y San José. Provincia Volcánica: otra de las características sobresalientes de la orografía guatemalteca le viene dada por la existencia de más de 30 volcanes, algunos de los cuales sobrepasan los 4,000 m de altitud (61).

Los grandes conos se alinean formando el eje volcánico de la cordillera: desde Tacaná (4,093 m), en la frontera de México, Tajumulco (4,220 m), máxima altura de América Central, hasta Santa María y Santiaguito (3,772 m), Cerro Quemado, Atitlán (3,537 m), Acatenango (3,976 m). Entre los volcanes de más fácil acceso se encuentran el Pacaya (2,552 m), situado al sur del Lago de Amatitlán. El volcán Agua (3,766 m) Atitlán (3,537 m), Tolimán (3,134 m) y San Pedro (3,020 m): los tres rodean el lago Atitlán. Acatenango (3,976 m) y Fuego (3,763 m): el primero está compuesto por dos conos: el Acatenango propiamente dicho y el Yepocapa, de menor tamaño; el cono del Fuego, destruido durante la erupción de 1,949, a menudo arroja nubes de ceniza y arena. Ambos volcanes pueden escalarse partiendo del poblado de Calderas (61, 18).

B.2.f. Fuentes hidrográficas

La República de Guatemala se puede dividir en tres grandes vertientes, desde el punto de vista hidrológico:

- Vertiente del Pacífico

- Vertiente del Atlántico o Vertiente del Mar de las Antillas
- Vertiente del Golfo de México (51,61).

En forma general, los ríos en una misma vertiente son similares, pero cada vertiente tiene condiciones propias que afectan las características de los ríos que están incluidos en ella.

Los ríos que corresponden a la vertiente del Pacífico, tienen longitudes cortas (110 Kms. promedio) y se originan a una altura media de 3000 msnm. Las pendientes son fuertes en las partes altas de las cuencas, entre 10% y el 20% cambiando bruscamente a pendientes mínimas en la planicie costera. Todos los ríos de la Vertiente del Pacífico acarrean grandes volúmenes de material, especialmente escorias y cenizas volcánicas, debido a que la cadena volcánica se encuentra entre los límites de la vertiente. Debido a este arrastre de material los ríos tienen cursos inestables causando daños e inundaciones en la planicie costera. La precipitación en la vertiente del Pacífico tiene períodos de gran intensidad, típica de las zonas costeras con una precipitación media anual de 2,200 mm (51).

En el caso de la vertiente del Atlántico, la longitud de los ríos es mucho mayor e incluye el río más largo del país, el río Motagua con 486,55 Kms. Las pendientes son más suaves y su desarrollo es menos brusco, ya que en la parte montañosa los ríos hacen su recorrido en grandes barrancas o cañones.

Las crecidas son de mayor duración y los tiempos de propagación son también mayores. Los caudales son más constantes durante todo el año. Parte del área dentro

de esta vertiente tiene muy baja pluviosidad, 500 mm anuales, mientras que en la zona de Puerto Barrios y Morales, la pluviosidad alcanza hasta 3,500 mm/anuales (51).

Al igual que los ríos que desembocan en el Atlántico, los ríos que desembocan en el Golfo México, poseen grandes longitudes. Aquí se encuentran los ríos más caudalosos del País, como lo son el río Usumacinta, el río Chixoy y el río La Pasión. Las crecidas son de larga duración, los cauces son relativamente estables y los más sinuosos. Las pendientes son relativamente suaves. La precipitación media es de 2,500 mm anuales.

Pueden observarse los principales ríos y sus cuencas en la Gráfica 31.

B.2.g. Fuentes de contaminación

B.2.g.1 Contaminación del aire

De acuerdo con el estudio realizado por CONAMA se pueden señalar como causas principales de la contaminación del aire las siguientes:

- El crecimiento acelerado y desordenado de la ciudad capital y otras ciudades.
- El aumento de la presión sobre los recursos naturales y los ecosistemas.
- La carencia de un conocimiento exacto de la situación actual de nuestros recursos y de la importancia que tienen en el bienestar de cada individuo.

- La contaminación atmosférica tiene uno de sus principales orígenes en el aumento desmedido en el uso de las fuentes de energía, principalmente de los combustibles fósiles.
- El ritmo de urbanización, que hace que cada año se añadan 35,000 vehículos automotores a los 780,000 que ya circulan en el país. Muchos de estos vehículos no llenan las normas mínimas ambientales.
- Falta de una planificación urbana y de circulación de vehículos que cada día se prolonguen más las horas pico del tránsito, con el consecuente calentamiento de motores y la mayor emisión de humo negro.
- La ausencia de una reglamentación para la zonificación de áreas industriales hace que más de 70% de las industrias se encuentren situadas en áreas residenciales o comerciales de alta densidad poblacional (64, 135).

La Fundación Suiza de Cooperación al Desarrollo Técnico (Swiss Contact/Proeco), desde 1993, está realizando un proyecto ejecutado a través de la Escuela de Química de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos, que consistente en el establecimiento de siete estaciones ubicadas en lugares de alto movimiento vehicular y en zonas residenciales, con el fin de medir la calidad del aire en la ciudad capital. Las partículas totales en suspensión y las partículas menores de 10 micras se mantienen durante todo el año sobre los niveles máximos fijados por la OPS. Los menores valores se dan en marzo y septiembre; los máximos en abril y octubre. El dióxido de nitrógeno se halla sobre los índices permisibles de la OPS, todo el año, a excepción de febrero y octubre. El ozono se mantuvo durante todo el año 1998 en niveles inferiores, a excepción del mes de mayo y

septiembre. El monóxido de carbono, aunque presenta mucha variación a través del año, se mantiene por debajo de los niveles permisibles de la OPS. A lo largo del año son también las partículas totales en suspensión y las partículas menores de 10 micras las que se encuentran en los niveles más altos.

Con base en el estudio desarrollado en 1997 por ProEco se estableció el grado de contaminantes aéreos en el centro de la Ciudad Capital de Guatemala y su zona residencial. Casi en todos los casos, a excepción del ozono, que se encuentra cerca de la norma fijada por la OMS en 1993, y del plomo, los otros contaminantes están por arriba de los índices de la OMS. En el caso del plomo, el bajo nivel en las áreas señaladas se debe, en gran parte, a la completa eliminación de la gasolina con plomo, efectiva en Guatemala desde 1991 (64, 135).

B.2.g.2. Contaminación del agua

Las principales fuentes de contaminación de las aguas son los vertimientos directos de aguas servidas de origen doméstico e industrial. La explotación minera afecta también muchos ríos y zonas costeras. Otra fuente de contaminación proviene del uso a gran escala de fertilizantes y agrotóxicos. Los acuíferos son contaminados por basureros, pozos sépticos, alcantarillados, derrames de petróleo y escorrentías agrícolas. Los riesgos de contaminación identificados en la sección de fuentes del recurso están relacionados con la creciente presión demográfica urbano-industrial y el incremento sustancial de las descargas líquidas contaminantes, así como el cambio de uso del suelo y el uso intensivo de plaguicidas y fertilizantes químicos (64, 135).

B.2.g.3. Contaminación del suelo

La contaminación del suelo está dada por desechos sólidos, que incluyen la generación de basura agregada, del cual el 75 por ciento o más son de material orgánico y muy poco del cual es de materiales reciclables no orgánicos. La mayoría de estos desechos son dispuestos de una manera peligrosa o en basureros abiertos. Sólo en la Ciudad Capital existen más de 1,000 botaderos de basura no autorizados. El mismo problema se observa en los centros poblados de todo el país (51).

B.2.h. Saneamiento ambiental

B.2.h.1. Agua para consumo humano

Los servicios de agua potable se abastecen de aguas superficiales en un 70 por ciento para las áreas urbanas y 90 por ciento para el área rural, los porcentajes restantes son cubiertos con agua subterránea (51).

La cobertura de viviendas con agua intradomiciliar se distribuye de la siguiente manera:

RURAL: 48%. Más de 85% sin tratamiento

URBANA: 91%. Más de 60% sin tratamiento

Empagua cuenta con una antigua red de distribución de aproximadamente 2,500 Km. de longitud. Abastece alrededor de 190,000 conexiones domiciliares.

Algunos consumidores cuentan con pozos privados, hay proveedores privados que completan servicio de Empagua como la empresa Mariscal que atiende cerca de 10,000 usuarios (135).

B.2.h.2. Sistema de alcantarillado

De los hogares urbanos 31.8% está conectado a una red de drenajes. En el área rural este indicador es de 0.8% (52).

Guatemala no cuenta con un sistema de desagües rurales debido al elevado costo, por la larga distancia entre una vivienda y otra (alrededor de 300 a 400 m). Se están desarrollando 347 proyectos que consisten en letrinas, acueductos, aguas grises y red de distribución (52).

En las zonas urbanas del interior del país la mayoría de servicios de alcantarillado han sido construidos por la Dirección General de Obras Públicas o por el INFOM; la operación y el mantenimiento son proporcionados por las municipalidades (64, 135).

Los sistemas de alcantarillado son en su mayoría de tipo sanitario. La mayoría de los sistemas han sido construidos con tubería de concreto, sin refuerzo para los diámetros de hasta 50 cm (8”) y de concreto reforzados para diámetros mayores. Los colectores de más de 90 cm (36") han sido construidos en sitio, de concreto reforzado. En pocos casos se han construido sistemas con tuberías de PVC.

Área Metropolitana. El servicio de recolección de las aguas residuales, se hace a través de una serie de colectores sanitarios, pluviales y combinados que cubren gran parte de la zona. En general, estos colectores descargan a las barrancas que rodean la ciudad y que fluyen hacia el norte al río Motagua y, posteriormente, finalizan en el Mar Caribe.

La cuenca al sur de la Ciudad de Guatemala desemboca en el Lago de Amatitlán y recibe las descargas del resto del área metropolitana en la vertiente sur, en su mayoría sin tratamiento, originadas en jurisdicciones de varias municipalidades vecinas que conforman el Área Metropolitana. En estas poblaciones urbanas menores, es la municipalidad correspondiente la responsable de proveer y operar los sistemas de evacuación de las aguas servidas, aunque en fechas recientes parte de sus sistemas ha pasado a ser atendidos por EMPAGUA (64, 135).

B.2.h.3. Forma de tratamiento de agua

Las aguas residuales son tratadas con cloro (20). Pero las aguas residuales de las zonas urbanas en su mayoría no son tratadas. De las 329 municipalidades del interior, sólo 15 aplican tratamiento, mientras que los restantes descargan sus efluentes sin ningún tratamiento (51).

Actualmente 15 municipalidades de todo el país, cuentan con sistema para tratamiento de Agua Servida (135).

Según el informe estadístico del Ministerio de Salud de principios de 1999, en Guatemala, en 3,118 comunidades existían sistemas de agua potable, pero sólo en 510 se detectó cloro residual. En todo el país existen 28 plantas de tratamiento de agua potable. De estas, cinco, que utilizan filtros rápidos, se encuentran en la región metropolitana. Las 23 plantas restantes, distribuidas en el interior de la República, usan, en su mayoría, filtros lentos. Algunas pocas usan filtros (64, 135).

Se estima que menos de 40% del agua recibe desinfección en las áreas urbanas y menos de 15% en el área rural (24).

B.2.i. Disposición de excretas

12% de la población no tiene sanitario, ni siquiera letrina, destacando la región suroriente con 34.1%. 38.6% de la población usa letrinas, porcentaje que en todas las regiones fuera de la Metropolitana es considerablemente más alto (24).

En la República, 65% de las viviendas tienen fosa séptica (24).

Las coberturas en cuanto a servicios de alcantarillado, en promedio, son: 59,13% para las ciudades muy pequeñas; 63,9% para las ciudades pequeñas; 81,8% para las ciudades intermedias y 85,4% para la única ciudad grande (ver anexo, tabla 11). Existen redes de alcantarillado en 223 de las 249 ciudades consideradas (24).

La cobertura en cuanto a tratamiento de agua residual, en promedio son: 12% para las ciudades muy pequeñas, 2.3% para las ciudades pequeñas, 1.7% para las ciudades intermedias y 12% para la ciudad Grande (ver anexo, tabla 11) (135).

En el país existen 53 plantas de tratamiento de aguas servidas, que se distribuyen entre las distintas ciudades del país de la siguiente forma (ver anexo, tabla 12).

La recolección de los residuos líquidos y su tratamiento, provenientes de las zonas residenciales, industriales y agroindustriales, agrícolas, mineras, turísticas y energéticas de Guatemala se considera que es un servicio deficiente. En las zonas urbanas únicamente 19 millones de metros cúbicos de residuos líquidos al año son

tratados antes de ser descargados. Se estima que 361 millones de metros cúbicos no reciben tratamiento (64).

En Sololá, por ejemplo, de 130 comunidades con sistemas de agua potable, en 129 no existen sistemas de disposición de aguas residuales, y 128 no poseen tren de aseo. El déficit creciente en la cobertura de los sistemas de recolección y de unidades y plantas de tratamiento de residuos líquidos urbano-industriales constituye el mayor riesgo de contaminación de los recursos hídricos. Es conocido que en la mayoría de las plantas el tratamiento es defectuoso y que no hay una red nacional de monitoreo que permita verificar que los residuos líquidos, después de pasar por ellas, reúnen condiciones mínimas de calidad ambiental. La ausencia de esta red no permite expresar con cifras exactas el grado de contaminación generado por esas descargas (64).

A pesar de este vacío en las estadísticas sobre las descargas de residuos líquidos en ríos, lagos, y mares, los pocos datos existentes permiten afirmar que los residuos líquidos constituyen la principal causa de contaminación de las fuentes de agua. Diversos estudios han estimado que las zonas urbanas descargan 380 millones de m3 de residuos líquidos al año, provenientes de los domicilios, industrias y otros sectores. En las zonas urbano-industriales vecinas al lago de Amatitlán se lanzan 46.68 m3/minuto, los cuales son conducidos por drenajes entubados o a flor de tierra, junto con residuos sólidos y otras factores de contaminación, hacia el lago. Las zonas de agricultura intensiva, con uso de fosfatos y nitratos, desechan en las aguas superficiales y subterráneas muchas toneladas, aún no calculadas exactamente, de nitrógeno y fósforo (64).

B.2.j. Disposición de desechos sólidos

En lo relativo a la recolección, los municipios, además del de la capital, que han desarrollado, hasta cierto punto, un sistema de recolección, son: Escuintla, Quetzaltenango, Panajachel, Huehuetenango, Flores/Santa Elena, San Benito, Esquipulas, Salamá, San Pedro Carchá, Retalhuleu, Chichicastenango, Santa Cruz del Quiché, Antigua, Jocotenango, Ciudad Vieja y San Lucas Tolimán. Sin embargo, se debe hacer notar que en muchos de estos municipios la cobertura es muy baja, por lo que si bien tienen algún equipo (municipal o privado) en regular estado para la recolección, el mismo no sería suficiente para un mayor nivel de cobertura, sin mencionar el equipo y maquinaria para tratamiento y disposición final, generalmente, inexistente (64).

Sólo los municipios de San Lucas Tolimán y Quetzaltenango se encuentran realizando, parcialmente, la separación de basura orgánica e inorgánica. En el primer caso la cobertura de recolección es muy limitada y la separación se lleva acabo en condiciones muy precarias. En el segundo, la actual planta procesadora y aún la que se encuentra en construcción, no cubren el total de lo generado. Además, se encuentran ubicadas dentro del casco urbano, lo que se considera inconveniente por la acumulación desmedida de material recuperado y de rechazo, que deberá cargarse y transportarse de nuevo hasta su destino final. En el caso de otros municipios la tarea de separación está pendiente y no se realiza en la actualidad (64).

Sólo 14% de las viviendas cuentan con servicios municipal, 22.3% paga servicio privado y el resto de la población la tiran en el terreno, en la calle o la queman (64).

Guatemala cuenta con rellenos sanitarios adecuados en muy pocas poblaciones. El mayor relleno sanitario se encuentra en la zona 3 de la cuidad capital, el cual carece de las condiciones necesarias; su localización es céntrica, libera altas cantidades de gas metano y en varias ocasiones ha sufrido incendios con grandes consecuencias.

De las 332 municipalidades que controlan desechos sólidos, la única en administrar un vertedero con manejo adecuado de la es Villa Nueva, que se ubica en el kilómetro 22.5, ruta al Pacífico. El resto de los basureros no tienen ninguna supervisión, Según la Comisión Nacional de Desechos Sólidos del Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN). En algunas comunidades hay vertederos menores, pero ya se han considerado como basureros clandestinos. No existe una normativa que ayude a controlar el tratamiento de la basura (51).

En el 2005, en todo el país se contaron al menos 315 mil basureros clandestinos. Los sectores más problema son, la capital, seguida de los departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla. Solamente en la capital, se han detectado más de 89,850 basureros clandestinos; en Sacatepéquez, son más de 22,574 los botaderos a cielo abierto; en Chimaltenango, más de 22,200, y en Escuintla, la cifra supera los 20 mil basureros.

B.2.k. Vivienda

En el año 2002 había 11,2 millones de habitantes en un total de 2,2 millones de hogares. 54% de la población vive en el área rural y 46% en áreas urbanas (20). La

construcción de viviendas no supera las seis mil unidades al año, es decir no cubre ni siquiera la demanda anual.

Geográficamente se estima que 15% del déficit se encuentra en el departamento de Guatemala, y el restante 85% en el interior del país. En cuanto al sector vivienda, Guatemala presenta un déficit habitacional que asciende a 1,021,592 unidades habitacionales, de las cuales 60%, equivalente a 611,495, representan el déficit cuantitativo, o sea aquellas familias que carecen de una vivienda; y 40%, equivalente a 410,097 familias, constituyen el déficit cualitativo o sea aquellas viviendas que requieren de mejoramiento (37).

Según SEGEPLAN, el problema habitacional en Guatemala se evidencia por el creciente número de asentamientos humanos, que muestran un alto grado de deterioro de la calidad de la vivienda, hacinamiento y deterioro o inexistencia de los servicios básicos mínimos como agua y drenajes, así como difíciles accesos e inadecuados servicios públicos Según la secretaria nacional de planificación existe un déficit habitacional acumulado que supera el millón y medio de viviendas, con un incremento anual de alrededor de 43 mil unidades. Mientras la construcción de viviendas no supera las seis mil unidades al año, es decir no cubre la demanda anual (38).

Se estima que 75% del déficit habitacional tiene carácter cualitativo, dado por la baja calidad de las construcciones y la carencia de servicios básicos. El restante 25% del déficit se refiere a la ausencia de soluciones habitacionales, lo cual provoca fenómenos de hacinamiento y el asentamiento de viviendas precarias en lugares de alto riesgo. El hacinamiento es muy alto (41% de la población) y no ha cambiado entre el

año 1994 y el 2000. 52.2% de la población vive en un cuarto, compartiendo éste entre tres personas o más (10% con 7 personas o más). 35.9% de las viviendas tienen piso de tierra o arena, 13.2% techo de teja o paja y 66% de láminas de zinc; y 24% paredes de adobe. La mayoría de la vivienda es propia (80.1%), únicamente 12.1% alquila (38).

12% de la población no tiene sanitario, ni siquiera letrina, destacando la región suroriente con 34.1%. 38.6% de la población usa letrinas, porcentaje que en todas las regiones fuera de la Metropolitana es considerablemente más alto. 35.9% de las viviendas tienen piso de tierra o arena, 13.2% techo de teja o paja y 66% de láminas de zinc; y 24% paredes de adobe.

Únicamente 34% de la población cuenta con teléfono, 41% con drenajes, 46.6% con agua entubada, y 81.6% con energía eléctrica, destacando la baja cobertura en la región Norte (Verapaces) con 46.5% y Petén (50.4%) (37).

B.3. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

B.3.a .Grupos vulnerables

La vulnerabilidad de algunos grupos sociales marcados por el estigma y la discriminación a causa de la orientación sexual y la situación económica ha causado grupos vulnerables y una mayor intensidad de la epidemia (76).

Estudios de seroprevalencia muestran que la epidemia de VIH y SIDA en el país está concentrada en grupos de alto riesgo como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras comerciales del sexo (TCS) donde esta es mayor a 5%. Estos estudios han provisto una vigilancia epidemiológica esporádica, pero no hay información sistemática disponible a nivel nacional que permita un seguimiento de la epidemia en estos grupos, así como en población migrante e indígenas (13, 101).

B.3.a.1. Trabajadores comerciales del sexo (TCS)

Para las TCS la tasa de prevalencia de VIH varía de una región a otra. Las cifras más altas se encuentran en el departamento de Izabal, con una tasa de 11%, y en el departamento de Guatemala con una tasa de 5%. La Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) ha realizado variados estudios de investigación en 1990, 1997, 1998 y 2003 sobre las TCS y su situación respecto al VIH y SIDA. El estudio realizado en el 2003 corresponde al Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en TCS. El Estudio Multicéntrico en Guatemala fue llevado a cabo a través de una muestra probabilística que incluyó a 536 mujeres trabajadoras comerciales del sexo de la Ciudad de Guatemala y un censo de las TCS de Puerto San José y Puerto Barrios. En ellas se aplicó una encuesta sobre comportamientos y se determinó la presencia de VIH y otras ITS. La escolaridad de las TCS fue baja. La quinta parte de ellas no recibieron ningún nivel de educación escolar; 33% tenían estudios de nivel primario incompletos y 25.5% completo. De 22% que había ingresado a la secundaria, 12% no terminaron.

En la ciudad de Guatemala, Puerto Barrios y Puerto San José, se encontró que 68% de las TCS entrevistadas indican haber tenido clientes nuevos en la semana previa a la entrevista y 61% de las TCS indican haber tenido clientes regulares. En cuanto al uso del condón, más de 96% de las TCS entrevistadas dicen usarlo para evitar la infección por VIH. Sin embargo, la proporción varía significativamente en función de si se trata de un cliente nuevo, regular o de la pareja fija. En efecto, 81.5% lo usaron sistemáticamente con un cliente nuevo en el último mes; 73.4% dicen usarlo con los clientes regulares y solamente 11.4% lo usaron con su pareja estable en la última relación sexual (76, 125, 145).

De acuerdo al estudio realizado por Asociación de Salud Integral contra el SIDA, un porcentaje alto de mujeres TCS, 77%, no utilizan el preservativo con sus parejas habituales, debido a sentimientos tales como confianza, amor, afecto, cariño lo cual minimiza o anula la percepción de riesgo y el ejercicio de una sexualidad protegida. El estudio encontró que de 2,492 TCS encuestadas, 87% expresó haber utilizado condón en la última relación sexual comercial. De ellas, 3.4% resultaron positivas al VIH y de éstas, ocho manifestaron no haber usado condón. 40% de las mujeres incluidas en el estudio respondió erróneamente que la infección puede transmitirse por picadura de mosquito y 7% reconoció no saber el modo de transmisión (13).

B.3.a.2. Clientes de los trabajadores y las trabajadoras sexuales

No se tiene información específica sobre la epidemiología de esta población (76).

B.3.a.3. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

El Estudio Multicéntrico que incluyó 165 HSH en la Ciudad de Guatemala en 2,003, reportó un incremento en las tasas de prevalencia que llegaron a 11.5%. Dos tercios de HSH reconocieron que el uso del condón es un medio adecuado para evitar la transmisión de VIH e ITS. Sin embargo, se encontró una proporción alta de personas que no usan el condón en forma sistemática con la pareja regular, y aun si tenían relaciones sexuales regulares y casuales con múltiples parejas. Uno de cada cinco mantiene relaciones sexuales, tanto con pareja masculina como femenina. Esto señala la importancia de este grupo demográfico como puente epidemiológico, que podría estar contribuyendo a la diseminación de la epidemia de VIH hacia la población general (102).

B.3.a.4. Personas privadas de libertad

No existen datos oficalessobre el número de personas privadas de libertad que tienen VIH y SIDA en Guatemala. Sin embargo, mediante recursos del Fondo Mundial, Visión Mundial realizó un estudio basal que está en proceso de informe final (13).

B.3.a.5. Mujeres

Las mujeres se consideran un grupo vulnerable a raíz de la tendencia a la feminización de la epidemia. Hay un total de 2,547 casos registrados acumulados, de SIDA en este grupo, desde enero del año 1987 hasta agosto del 2005. De estos casos, 83% están dentro del grupo económicamente activo y en la edad reproductiva entre 15 y 49 años. Información de dos clínicas especializadas en VIH y SIDA ubicadas en la ciudad Capital (Clínica Familiar “Luis Ángel García”, y Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt), revelan que durante el año 2004, el 74% de los casos positivos eran amas de casa sin otro riesgo que la actividad sexual con sus parejas regulares (13, 92).

En el último quinquenio la epidemia de VIH y SIDA en Guatemala ha registrado un incremento proporcionalmente significativo en el grupo de mujeres. Se registran ya prevalencias arriba de 1% de VIH en mujeres que acuden a las clínicas de control prenatal en el IGSS y el Hospital Roosevelt en Ciudad Guatemala. Lo anterior reafirma la vulnerabilidad de la mujer a una epidemia que se desenvuelve en una sociedad con patrones culturales que le resultan adversos (75, 76).

B.3.a.6. Mujeres embarazadas

Los estudios realizados por el Ministerio de Salud con apoyo de CDC/MERTU en mujeres embarazadas entre 2002 y 2003, en los departamentos de Chimaltenango, Escuintla, Guatemala, Izabal, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos,

Santa Rosa, Suchitepéquez y Zacapa indicaron que de 6,170 mujeres embarazadas entrevistadas con relación al conocimiento de dos métodos de prevención del VIH, 84.3% reconoció la fidelidad como una medida de protección contra la infección, mientras que 72.1% afirmó que el uso del condón previene la transmisión del virus a través de relaciones sexuales. Sin embargo, 65.3% coincidió en identificar las dos prácticas como válidas. Estos estudios también encontraron que 43% tiene la creencia errónea de que el VIH se puede transmitir a través de la picadura de mosquito. El estudio señaló que 13% tuvo más de una pareja en los dos últimos años y que 1 de cada 21 mujeres, que tuvieron 4-5 parejas, tuvo un resultado positivo, lo que representa una tasa de infección de 4.8% (13).

B.3.a.7. Jóvenes vulnerables

La carga moral y cultural y su peso en el desarrollo de la sexualidad, son una limitante para el acceso a la información sobre el VIH SIDA en la población adolescente. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002, 14.9% de los hombres y 7.3% de las mujeres ha tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. 31.2% de las mujeres de 15 a 49 años y 24.7% de los hombres de 15 a 59 años han oído hablar del VIH SIDA pero no saben que puede no presentar síntomas (73).

Según estimaciones de la policía, existen más de 2,000 jóvenes que son explotados en más de 600 lugares de comercio sexual. En Tecún Umán, San Marcos, especialmente por ser zona fronteriza, las jóvenes violadas quedan a merced de los reclutadores para la prostitución, además de que se produce la trata de personas como

una fuente de ingresos muy lucrativa. Se estima que existen 450 personas, entre mujeres y niñas, que ejercen la prostitución. En 1987, se determinó en relación con la prostitución infantil, que la mayoría de las niñas provienen de sectores urbano-marginales de las áreas metropolitanas que poseen bajos niveles de escolaridad, que 20% no sabe leer ni escribir y que 54% no terminó la escuela primaria. La violencia intrafamiliar es una característica común, indicando que 85% de las niñas reportan golpizas, quemaduras y otras agresiones. En 20% de los casos hubo abuso y violencia sexual; en el grupo menor de 15 años el 83% ha sufrido enfermedades de transmisión sexual, además del grupo entre 15-18 años, 42% son madres (13, 92).

B.3.a.8. Huérfanos

De acuerdo a estimaciones del año 2005, 14.9% de los huérfanos se debería al VIH y SIDA, cifra que ha venido ascendiendo de 0.3% en el año 1990 y que había alcanzado 9.4% en 2001 (13).

B.3.a.9. Sector militar

Un estudio del CDC estima la prevalencia de VIH y SIDA en este sector de 0.7%, sin embargo aún es escasa la información disponible (13).

B.3.a.10. Grupos migratorios y poblaciones móviles en regiones afectadas

Se considera a los camioneros una población en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que atraviesan las dos principales carreteras del país: la ruta al Atlántico, que va de Guatemala a Puerto Barrios y la del Pacífico, que va de Guatemala a Escuintla y Tecún Umán, población fronteriza con México. Aún así, se desconoce la situación de este grupo demográfico en relación al VIH y SIDA (13).

B.3.a.11. Grupos indígenas y afro-descendientes

Guatemala es un país multiétnico y multilingüe (ver anexo, tabla 13 y 14), en el que conviven más de 20 grupos culturales, con idiomas diferentes y una concepción del mundo y la sexualidad distinta al modelo occidental. La situación de estos grupos respecto del VIH y SIDA no se conoce bien. Las condiciones de vida y salud en que la mayoría de los pueblos indígenas se desenvuelven son precarias y se derivan, en gran parte, de la destrucción gradual del ecosistema por la sobreexplotación de recursos naturales y minerales. A estos factores se suman la presencia de desastres y fenómenos naturales (1, 143, 182).

La falta de programas dirigidos a estos grupos en su propio idioma, es un obstáculo que impide acercarse a estas poblaciones y existe también la percepción de que estos grupos ven en el VIH y SIDA como una epidemia exclusiva de la población occidental. Actualmente se está elaborando la propuesta para realizar dos estudios.

Un estudio de prevalencia en cuatro etnias Mayas; que incluirá un componente de detección de actitudes y comportamientos ante la epidemia del VIH y SIDA. En el otro, el PNS está desarrollando un plan de comunicación Información Educación y Comunicación (IEC) del PNS dirigida al cambio de comportamiento que incluirá un eje transversal de multiculturismo y bilingüismo, con pertenencia cultural (13).

Entre los casos de VIH y SIDA notificados al Ministerio de Salud en 2004, los ladinos representaron 74% y los mayas 22% mientras que, en 2005, los ladinos constituyeron 69% del total y los mayas 28% (ver anexo, tabla 15). Aun así, las poblaciones mayas representan la mayoría de los casos de VIH y SIDA en ocho de los 22 departamentos de Guatemala, y se ha detectado el VIH en estas poblaciones en todos los departamentos del país, una preocupación seria dado que estos grupos ya soportan altos niveles de pobreza y mortalidad materna, así como un acceso muy limitado a los servicios de salud (ver anexo, tabla 13, 14 y 15) (163).

B.3.a.12. Discapacitados

Del total de pacientes atendidos en Fundabiem para rehabilitación únicamente asisten 2 pacientes con diagnóstico de VIH confirmado los cuales asisten a la clínica de fisioterapia, estos niños pertenecen a una casa hogar cuyo nombre quiso permanecer anónimo. Ellos siguen su programa de rehabilitación de la misma manera que los demás pacientes.

Fundabiem no cuenta con un protocolo de manejo de pacientes discapacitados con VIH y SIDA, así como tampoco relacionado con ITS, tampoco cuenta con información teórica que relaciones a éstas dos patologías, por lo que no fue posible que brindaran información relacionada (9, 57).

B.3.b. Recreación

B.3.b.1. Clubes deportivos organizados

- Federación Nacional de Ajedrez de Guatemala
- Federación Nacional de Andinismo de Guatemala
- Federación Nacional de Atletismo de Guatemala
- Federación Nacional de Bádminton de Guatemala
- Federación Nacional de Balonmano de Guatemala
- Federación Nacional de Baloncesto de Guatemala
- Federación Nacional de Beisbol de Guatemala
- Federación Nacional de Billar de Guatemala
- Federación Nacional de Boliche de Guatemala
- Federación Nacional de Boxeo Amateur de Guatemala
- Federación Nacional de Bridge de Guatemala
- Federación Nacional de Ciclismo de Guatemala
- Federación Nacional de Ecuestres de Guatemala
- Federación Nacional de Esgrima de Guatemala

- Federación Nacional de Fisicoculturismo y Fitness de Guatemala
- Federación Nacional de Gimnasia de Guatemala
- Federación Nacional de Golf de Guatemala
- Federación Nacional de Judo en Guatemala
- Federación Nacional de Karate Do de Guatemala
- Federación Nacional de Levantamiento de Pesas
- Federación Nacional de Levantamiento de Potencia
- Federación Nacional de Luchas de Guatemala
- Federación Nacional de Motociclismo de Guatemala
- Federación Nacional de Natación clavados, Polo Acuático y Nado Sincronizado de Guatemala
- Federación Nacional de Navegación a Vela
- Federación Nacional de Paracaidismo de Guatemala
- Federación Nacional de Patinaje de Guatemala
- Federación Nacional de Pentatlón Moderno de Guatemala
- Federación Nacional de Pesca Deportiva de Guatemala
- Federación Nacional de Ráquetbol de Guatemala
- Federación Nacional de Remo y Canotaje de Guatemala
- Federación Nacional de Softbol de Guatemala
- Federación Nacional de Squash de Guatemala
- Federación Nacional de Surf de Guatemala
- Federación Nacional de Tae kwon do de Guatemala
- Federación Nacional de Tenis de Guatemala
- Federación Nacional de Tenis de Mesa de Guatemala

- Federación Nacional de Tiro con Arco de Guatemala
- Federación Nacional de Tiro con Armas de Caza de Guatemala
- Federación Nacional de Tiro de Guatemala
- Federación Nacional de Triatlón de Guatemala
- Federación Nacional de Voleibol de Guatemala
- Federación Nacional de Vuelo Libre de Guatemala (27).

B.3.b.2. Grupos artísticos organizados

- Asociación Caja Lúdica
- Rayuela, grupo de teatro independiente,
- Grupo de Teatro Contemporáneo Kaji Toj
- Universidad Popular
- Espacio Blanco (11)

B.3.b.3. Teatros y cines

Según el MICUDE los teatros en Guatemala son:

- Teatro España
- Teatro de Cámara de la Industria
- Teatro Las Américas
- Teatro Restaurante La Escudilla del Tecolote

- Teatro La Cúpula
- Teatro Restaurante del Toro
- Teatro Restaurante los Panchos
- Teatro Abril
- Teatro La Barraca
- Teatro La Portalada
- Teatro Restaurante de Manolo
- Teatro de la Universidad Popular
- Gran Sala del Teatro Miguel Ángel Asturias
- Teatro de Cámara Centro Cultural Miguel Ángel Asturias
- Teatro al Aire Libre del Centro Cultural Miguel Ángel Asturias (11)

Guatemala cuenta con dos circuitos cinematográficos:

- Circuito Alba
- Cinépolis
- Otros cines independientes

B.3.b.4. Áreas verdes

Guatemala cuenta con un total de 165 parques periféricos (12).

B.3.b.5. Áreas deportivas

- Campo de Marte: Ubicado en la zona 5, Ciudad de Guatemala, cuenta con Canchas de baloncesto, fútbol, papi fútbol, voleibol, softbol, área infantil, gimnasio al aire libre, toldos gigantes, jardinización, amplios parqueos, seguridad policial, áreas verdes. Se organizan torneos interinstitucionales, se brindan espacios a ligas deportivas, campeonatos infantiles y juveniles, se abren espacios para el deporte de la discapacidad y de grupos en riesgo social.
- Centro Deportivo Gerona: Ubicado en la zona 1, Barrio Gerona, Ciudad de Guatemala, el centro cuenta con canchas de baloncesto, fútbol, papi fútbol, voleibol, área infantil, clases de Tai-chi y ajedrez. Se alberga al club de baile para adultos mayores, jardinización, área para meriendas, seguridad, área verde. Se organizan torneos interinstitucionales, se brindan espacios a ligas deportivas, campeonatos infantiles y juveniles, se abren espacios para el deporte de la discapacidad y de grupos en riesgo social.
- Parque La Democracia: Ubicado en la zona 7, Colonia Ciudad de Plata II, Guatemala, cuenta con canchas de baloncesto, fútbol, papi fútbol, voleibol, softball, estadio de fútbol con pista de atletismo; área infantil, sendero ecológico, vivero, jardinización, seguridad policial, servicio de garita, extensa área verde, amplios parqueos. Se organizan torneos interinstitucionales, se brindan espacios a ligas deportivas, campeonatos infantiles y juveniles, se abren espacios para el deporte de la discapacidad y de grupos en riesgo social (27).

B.3.c. Religión

B.3.c.1. Templos católicos

En Guatemala hay 15 jurisdicciones para cubrir una extensión territorial de 110,436 Kms^2. En el territorio nacional hay un número aproximado de 380 parroquias para llegar a cerca de 8 millones de católicos, de un poco más de 10 millones de habitantes. Más de la mitad de estas parroquias se encuentran en el interior del país, muchas de ellas ubicadas en lugares en donde el acceso es a caballo, a pie o en lancha. Para servir a esta población se cuenta con aproximadamente 281 sacerdotes diocesanos, 456 sacerdotes religiosos, 498 hermanos, 1,620 religiosas y 4,490 ministros extraordinarios de la eucaristía (gráfica 32) (6).

B.3.c.2. Templos no católicos

No existen datos oficiales al respecto, pero puede mencionarse que existen congregaciones judías, mormonas, evangélicas, testigos de Jehová, entre otras, a nivel nacional.

B.3.c.3. Altares para ritos mayas

El Estado guatemalteco reconoce la práctica de la espiritualidad maya, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración sobre la Eliminación de

todas las formas de Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión o las Cosmovisiones. Con base en todos estos fundamentos, el Ministerio de Cultura y Deportes y demás instancias que intervinieron, lograron la creación de la Unidad de Lugares Sagrados, mediante Acuerdo Ministerial número 510-2003, de fecha 11 de septiembre de 2,003. Según el Ministerio de Cultura y Deportes, la república de Guatemala cuenta con 2,257 sitios arqueológicos de los cuales 95 son denominados altares mayas o lugares sagrados (65).

B.3.d. Hábitos y costumbres

B.3.d.1. Situación de las adicciones en Guatemala (ver anexo, tabla 16)

En Guatemala la Secretaría de la Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas (SECCATID), adscrita a la Vice-Presidencia de la República, una organización no gubernamental, realizo una encuesta en los años 1999 y 2000 en cuanto a consumo de drogas y se presentan los resultados (ver anexo, tablas 17, 18 y 19), éstos se basan en el número de llamadas telefónicas exclusivamente (17).

Sobre el uso de drogas en la población adolescente, se encontró que las drogas más utilizadas son alcohol, cocaína, marihuana, tabaco, estimulantes, tranquilizantes e inhalantes. La edad del primer consumo, para estimulantes, inhalantes y alcohol, que se reportan con mayor frecuencia es el grupo de 12 a 16 años sin embargo hay datos en menores de 8 años. Con respecto al sexo se obtuvo 52.2% por el masculino y 45.6% por el sexo femenino (84).

B.3.d.2. Práctica de comercio sexual

Guatemala es una fuente, un lugar de tránsito, y un país de destino para mujeres y niños guatemaltecos y de otros países centroamericanos para propósitos de explotación sexual en Guatemala y hacia los Estados Unidos. No existen estimados del total de víctimas, pero un reporte confiable de una ONG identificó entre 600 y 700 menores de edad en centros de prostitución en toda Guatemala. Un informe del relator de las Naciones Unidas en el 2002 estimó que unos 2,000 menores son prostituidos en la Ciudad de Guatemala (21). La mayor parte de sexoservidoras provienen de sectores urbanos marginales de las áreas metropolitanas, y poseen bajos niveles de escolaridad: 20% no saben leer ni escribir y 54% no terminó la escuela primaria, la violencia intrafamiliar es una característica común: 85% de las niñas reportan golpizas, quemaduras y otras, en 20% hubo abuso a violación sexual. En el grupo de menores de 15 años 83.3% ha sufrido de enfermedades de transmisión sexual, así también 50% del grupo de edad entre 15 y 18 años; 42%, de las entrevistadas en el estudio del rostro de prostitución infantil de la OPS, son madres.

En cuanto al número de prostíbulos autorizados y no autorizados, no existen registros a nivel nacional (84).

B.4. DIMENSIÓN ATENCIÓN A LA SALUD

B.4.a. Producción de servicios

Médicos Sin Fronteras ha tratado a más de 2,000 pacientes viviendo con VIH/SIDA en Guatemala desde el 2001. Actualmente, MSF ofrece tratamiento a más de 1,250 personas, aunque esta responsabilidad se está traspasando progresivamente a las autoridades de Guatemala y se finalizará en el 2007. Este proceso es un ejemplo positivo de la capacidad nacional para tratar la pandemia del VIH/SIDA. Sin embargo, el tratamiento ampliado y sostenible de los pacientes aún presenta retos importantes tanto para Guatemala como para el Fondo Mundial (134).

Actualmente no se encuentran datos recientes sobre la producción de servicios de las diferentes áreas de salud sobre VIH SIDA, ya que el plan nacional de VIH SIDA aún se encuentra recabando esta información.

Según clínica familiar “Luis Ángel García”, durante el período de 1996 al 2003, la atención a pacientes tuvo un aumento de diez veces, como se puede observar en la gráfica 33.

B.4.a.1. Tratamiento clínico y asistencia

Las primeras acciones de tratamiento de antirretrovirales en forma institucional de carácter gubernamental se registran en el año 2001.

Actualmente el MSPAS entrega servicios de salud, sin costo alguno y sin limitaciones predefinidas. Las restricciones que se ocasionan provienen principalmente de la disponibilidad de recursos correspondiente al nivel de complejidad de cada establecimiento. Sin embargo, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) atiende solamente a personas aseguradas.

Del año 2003 al 2004 se incrementó en 60% la tasa de personas que reciben tratamiento con antirretrovirales. Cada institución (MSPAS, MSF y el IGSS) compra los medicamentos por separado.

MSF tienen un protocolo de atención en el cual emplean la carga viral como medio de seguimiento de la enfermedad en los pacientes, esto reduce costos y permite atender a más personas que requieren tratamiento antirretroviral. Sin embargo el 10% de personas con SIDA en tratamiento antirretroviral lo abandona, mientras el resto continúa en el siguiente año.

Los casos de VIH positivos atendidos en el Hospital Roosevelt aumentaron entre el año 2003 y 2004, mostrando un desplazamiento de los demás departamentos a la ciudad de Guatemala para recibir el tratamiento antirretroviral. Esto indica la centralización de los servicios de salud en la capital y la necesidad cada vez mayor de contar con centros de tratamiento descentralizados (13).

B.4.a.2. Medicamentos y suministros médicos.

La agencia reguladora de medicamentos y suministros médicos para VIH/SIDA y enfermedades oportunistas es el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines, perteneciente a la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS. La principal función del departamento es la regulación y control de los productos farmacéuticos y los establecimientos que los importan, fabrican y comercializan en Guatemala, el cual se ampara en su reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, Acuerdo Gubernativo 712-99.

Existe una serie de requisitos que las casas farmacéuticas locales y externas deben completar. Como parte del registro, se deben entregar muestras del medicamento a registrarse, con el fin de realizar un control de calidad del mismo. El laboratorio emite una declaración sobre el medicamento y si se aprueba, el expediente pasa al Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. Para registrar el producto, se solicitan al usuario una serie de requisitos administrativos, legales, técnicos y generales, según su origen sea nacional o extranjero (13).

B.4.b. Recurso humano dedicado a la salud

Los datos que se presentan a continuación, son los mismos con los cuales trabaja el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, aunado con el personal del IGSS donde se presta el servicio de salud a la población Guatemalteca.

Razón de médico por habitante:

9.3 médicos por cada 10,000 habitantes

Razón de enfermera por habitante:

0.95 enfermeras graduadas por cada 10,000 habitantes.

En el inciso anterior se refleja la cantidad de enfermeras graduadas por habitante, el Ministerio de Salud Publica y Saneamiento Aambiental en su memoria anual del 2005, no hace distinción entre licenciadas de enfermería y enfermeras, por lo que se asume que enfermeras graduadas y licenciadas de enfermería pertenecen al mismo renglón de recurso humano.

Razón de auxiliar de enfermería por habitante

5.48 por cada 10,000 habitantes

Razón de técnico en salud rural por habitante

0.72 por cada 10,000 habitantes

Razón de laboratorista por habitante

0.35 por cada 10,000 habitantes

Odontólogo por habitante

0.96 por cada 100,000 habitantes

Razón de psicólogo por habitante

0.26 por cada 100,000 habitantes

Razón de trabajador social por habitante

1.3 por cada 100 000 habitantes

Número de comadronas

12.9 por cada 10 000 habitantes

Número de promotores de salud o vigilantes de la salud

Otros: ver anexo, tabla 20.

La relación enfermera profesional/médico es de 1 a 3 y de enfermera profesional /auxiliar de enfermería de 1 a 6. Se observa una concentración en la zona urbana, en la distribución del recurso humano en salud, con una relación para los médicos de 4 a 1 urbano/rural y para las enfermeras profesionales de 3 a 2 (71).

El país cuenta con cerca de 80 especialistas en salud pública con grado de maestría. Es de considerar que pese a que el número de médicos contratados por el MSPAS no son los que atienden a la población guatemalteca, hay que considerar la centralización del servicio de salud por ejemplo en la ciudad capital hay 30 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de dos médicos por 10,000 habitantes. Al igual que el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, el Instituto de

Seguridad Social se concentra en la región metropolitana (aproximadamente 80% de su personal). La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales a nivel rural, provoca un gran déficit en la capacidad resolutiva a nivel ambulatorio rural y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa (71).

B.4.c. Infraestructura de servicios

El sistema de salud está conformado por tres grandes subsectores: privado lucrativo, privado no lucrativo y público. Tradicionalmente desvinculados entre sí. El subsector público lo encabeza el MSPAS, responsable de ejercer la rectoría del sector y uno de los principales proveedores directos de servicios a población abierta. Otros proveedores públicos van dirigidos a grupos específicos del servicio civil: sanidad militar y hospital de la policía nacional; también está el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que cubre a los trabajadores afiliados al régimen. El subsector privado no lucrativo está integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG), y el subsector privado lucrativo presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos prepagados, centros médicos u hospitales (ver anexo, tabla 21) (71).

El MSPAS para el año 2005 contaba con 1,352 establecimientos de salud, de ellos 49 son hospitales (16 departamentales, 15 distritales, 8 regionales, 7 especializados y 3 generales de referencia nacional). Existen 28 centros de salud tipo "A", 249 centros de salud tipo "B", 926 puestos de salud, 48 centros de urgencias periféricas y 16 maternidades

cantonales. La relación cama-habitante de 1,0 por 1.000 a nivel nacional. La ciudad de Guatemala cuenta con un hospital público psiquiátrico con 360 camas. Otros seis hospitales nacionales cuentan con unidades de salud mental (71).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cuenta con 24 hospitales, 30 consultorios, 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en hospitales nacionales. De ellos, 6 hospitales y 11 consultorios están en el departamento de Guatemala. Existen un total de 2,447 camas disponibles con 1.4 camas por cada 1,000 derechohabientes del IGSS. Además, posee una Unidad de Psiquiatría con 30 camas y trabaja en la formación de un Programa de Salud Mental (ver anexo, tabla 21) (71).

Los puestos de salud del Ministerio o del IGSS son atendidos por personal auxiliar. Los centros de salud del Ministerio cuentan con personal médico permanente, pero con un horario de atención de ocho horas (71).

El número registrado por el MSPAS de clínicas particulares y hospitales privados asciende a 1,610 servicios que, con las clínicas comunitarias, que son un total de 2,532 servicios de salud forman un total de 4,142 centros de servicio en salud (ver anexo, tabla 21) (71).

El MSPAS no tiene entre sus estadísticas cuántos centros de diagnostico clínico hay en Guatemala (71).

Las farmacias que reporta el MSPAS en su Memoria anual del 2005 son 1953 establecimientos de los cuales 988 están bajo el rubro de PROAM distribuyéndose de la siguiente forma:

- Ventas sociales 428
- Farmacias estatales 21
- Farmacias municipales 48
- Botiquines rurales 491

B.4.d. Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA

Los organismos no gubernamentales (ONG´s). específicos en salud constituyen un total de 1,100, los cuales se dividen en: 82% nacionales, de éstos 18% desarrollan acciones de salud principalmente preventivas (80%) y la prestación de servicios clínicos (20%) (ver anexo, tabla 22) (71).

En Guatemala existen instituciones y organizaciones privadas dedicadas a la lucha contra el VIH SIDA las cuales son:

B.4.d.1. Asociación de salud integral contra el SIDA (ASI):

La institución, está a cargo de la prevención, tratamiento del VIH SIDA y de los aspectos legales vinculados a los derechos humanos, trabajando principalmente con la población de mujeres trabajadoras comerciales del sexo (13).

De esta manera, la ASI pone en práctica el proyecto “La Sala”, creado en noviembre de 2005 con miras a la prevención y con el objetivo principal de lograr el empoderamiento de las trabajadoras comerciales del sexo (TCS). Este proyecto, beneficiaría a 2,500 mujeres por año. Es una propuesta y un proyecto modelo, a nivel regional en Sudamérica y el Caribe, y es el único que se mantiene en Guatemala, dirigido al empoderamiento de las mujeres, de sus derechos, dignidad en el ejercicio de su trabajo y en su organización. El proyecto “La Sala” atiende a una de las poblaciones vulnerables priorizada en el Programa Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA (PEN).

Resultados del Proyecto:

- Evaluaciones y diagnóstico de derechos humanos de TCS en la ciudad de Guatemala.
- Realiza tamízajes cada 3 meses con buena convocatoria en lugares públicos.
- Novedosa estrategia de los educadores. Integración de las TCS como personas activas en Información, Educación y Comunicación (IEC).
- Existe coordinación entre las mujeres y los derechos humanos.
- Es un proyecto dirigido a la Ciudad de Guatemala, que es el punto de referencia y contra-referencia.

- Apoyo en la constitución de una organización de base comunitaria, en vías de obtener personalidad jurídica, 25 usuarias activas, ex-trabajadoras del comercio sexual.
- Logros en las repercusiones políticas; se valora la organización de mujeres en superación.
- Fortalecimiento de la base comunitaria. Constitución de una organización de mujeres trabajadoras comerciales del sexo OMES, reconocida entre las organizaciones del VIH/SIDA.
- Talleres de evaluación a las usuarias. Evaluación del desempeño de las personas, realizada todos los años como forma de incentivar, mediante capacitación al personal (77).
- Perspectivas del proyecto para el futuro:
- Ampliación de la cobertura a 80% de la población en ciudad de Guatemala (30% a 35% a nivel nacional); apertura de sucursales y departamentos donde hay más TCS (Quetzaltenango, Puerto Barrios).
- Brindar la experiencia de “La Sala” a otros países, como parte de la continuidad y permanencia del proyecto. (77)

B.4.d.2. Asociación panamericana de mercadeo social “PASMO”

La organización PASMO forma parte de la red mundial de Population Services International (PSI), la organización más grande de mercadeo social en el mundo, con operaciones y oficinas en más de 70 países en África, Asia, América y Europa.

Establecida en 1970, la misión de PSI es la de mejorar los niveles de salud de poblaciones de bajos ingresos, promoviendo comportamientos saludables y facilitando el acceso a los productos y servicios de salud con un precio accesible y de alta calidad. PASMO es una organización de mercadeo social no lucrativa, con sede regional en Guatemala que inició sus actividades en 1997, y ahora opera en todos los países de Centroamérica, cubriendo desde Belice hasta Panamá. En Centroamérica, su prioridad es la prevención de ITS y VIH/SIDA en grupos particularmente vulnerables de la región (trabajadoras comerciales del sexo, clientes potenciales de trabajadoras comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, personas que viven con VIH/SIDA y población garífuna) (13).

Realiza actividades educativas e incrementa el acceso a condones en estos grupos, utilizando para ambos aspectos la estrategia del mercadeo social. PASMO promueve el retraso del inicio de las relaciones sexuales, la reducción de las parejas sexuales, la práctica de la fidelidad mutua y promover la demanda de atención médica de quienes estén afectados por ITS. Ofrece servicios gratuitos de tamízaje voluntario con consejería, promueve el uso correcto y sistemático del condón de látex con todas las parejas sexuales, el uso de lubricantes a base de agua, especialmente para las relaciones sexuales anales y la reducción de la discriminación y del estigma hacia los grupos altamente vulnerables a la infección por VIH (26).

Atiende a grupos de alta vulnerabilidad en los que las tasas de prevalencia de ITS y VIH superan 10%. Tiene cobertura nacional, de los productos que promociona. Mantiene coordinación estrecha del gobierno, agencias nacionales, sectores religiosos y la sociedad civil. En la actualidad, se inicia la tercera fase de ejecución del programa

implementado, el cual consiste en el incremento de su cobertura hacia las zonas geográficas de alto riesgo, así como también a la realización de actividades educativas y a la promoción de los productos y servicios. Las actividades educativas están dirigidas a los grupos que son particularmente vulnerables a la epidemia. Se trabaja en el rediseño de las actividades educativas, profundizando en nuevas áreas del modelo de trabajo utilizado por PSI, para avanzar hacia los nuevos retos propuestos y en el incremento en la cobertura en puntos de venta no tradicionales y de alto riesgo (13).

Resultados del proyecto:

- Aumento de las poblaciones metas alcanzadas (HSH y TCS) durante el período 2002-2005, pasando de 5,595 en el 2002 a 25,561 contactos en el 2005.
- Aumento en la distribución de condones de aproximadamente 1,000.000 de unidades en el 2000, a más de 5,000.000 de unidades en el 2005.
- Realización de campañas en medios masivos de comunicación sobre uso del condón, percepción del riesgo y abstinencia durante el período 2004-2005.

B.4.d.3. “United Nations general assembly special session on HIV/AIDS” (sesión especial sobre VIH y SIDA de la asamblea general de las Naciones Unidas) UNGASS

En esta sesión realizada en el año 2001 se firmó una declaración de compromisos relacionados al VIH y SIDA que contienen metas específicas, estableciendo 18 indicadores básicos, cinco de ellos verificarán el compromiso y acciones nacionales. Entre ellos cabe destacar: Cantidad de fondos nacionales destinados al VIH y SIDA; existencia de un plan estratégico para luchar contra el VIH y

SIDA; existencia de una política o una estrategia general para fomentar la información, educación, comunicación, las intervenciones en salud, la ampliación de accesos a servicios y productos básicos de producción, atención y apoyo integrales para el VIH y SIDA como con interés particular en los grupos vulnerables; la disposición de leyes y reglamentaciones que protegen los derechos humanos de las personas que viven con VIH o SIDA y el índice de esfuerzo del programa de SIDA (88, 77).

B.4.d.4. Fondo mundial

Los compromisos adquiridos respecto al fondo mundial que, compromete un total de $40, 921,917.00 de dólares para un período de 5 años, consisten en:

- Dirigir acciones efectivas de prevención hacia las poblaciones más vulnerables y en las áreas de mayor incidencia de VIH y SIDA en el país de conformidad con los estudios de vigilancia epidemiológica y con los reportes de casos.
- Impulsar la participación organizada de la sociedad civil en la defensa y promoción de los derechos humanos, la promoción de la ciudadanía y la prevención de ITS, VIH y SIDA de poblaciones discriminadas y estigmatizadas, en las áreas geográficas priorizadas por el proyecto.
- Disminuir la transmisión madre-hijo de 30% a 5% de parturientas atendidas por los servicios de salud.

- Reducir la mortalidad por SIDA en 30% al tercer año y 50% al quinto año en las áreas priorizadas y reducción de la morbilidad por infecciones oportunistas en 50% al final del quinto año en las mismas áreas.

Asegurar los desembolsos del fondo mundial más allá de los primeros dos años implica al gobierno incrementar los fondos asignados al programa nacional de prevención y control de ITS, VIH y SIDA para poder dar respuesta a la creciente demanda de personas que viven con SIDA así como las acciones y estrategias de prevención en el país y a los distintos grupos vulnerables y población en general (77).

B.4.d.5. Plan estratégico nacional ITS, VIH y SIDA (PEN)

Es el resultado del consenso con los diferentes sectores (ONG´s, comunidad y organismos gubernamentales) implicados en la respuesta en contra del VIH y SIDA.

Desarrolla diferentes actividades de consulta técnica en todo el país para la formulación de una planificación que responda objetivamente a las necesidades nacionales. Busca unificar criterios y priorizar acciones para reducir el impacto de la epidemia y hacer énfasis en las zonas y poblaciones más vulnerables al VIH y SIDA (75).

Entre sus objetivos tiene:

- Fortalecer el compromiso del Estado para que vele eficientemente por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, atención integral y las

complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

- Reconocer que la responsabilidad personal es la respuesta clave para lograr la mitigación efectiva y de fondo, de corto y largo plazo de las ITS, VIH y SIDA. Fomentar la idea que en la medida en que todos los actores aporten su esfuerzo individual, se logrará vivir en una Guatemala próspera.
- Garantizar el acceso de todos los habitantes de Guatemala a los medios de información, educación, prevención y rehabilitación; sin dejar espacio alguno para prácticas discriminatorias o que atenten contra los derechos humanos, en este caso de las personas afectas y expuestas al riesgo del VIH y SIDA (75).

B.4.d.6. Fundación World Vision

La Fundación World Visión es una organización no gubernamental de desarrollo y ayuda humanitaria cristiana, que inicia actividades en España en el año 2001 para apoyar proyectos de desarrollo y ayuda humanitaria en países del tercer mundo, especialmente en América Latina, y trabajar para la promoción de la justicia.

Respaldando el nacimiento de esta ONGD (Organización No Gubernamental de Desarrollo) está la red internacional World Visión, creada en 1950 y que ha crecido convirtiéndose en un organismo internacional que cuenta con 46 organizaciones miembros totalmente autónomas, incluida España, cuya misión común es apoyar a los grupos más necesitados y vulnerables de la sociedad, a través de programas de ayuda en emergencia, desarrollo sostenible y promoción de la justicia. El objetivo de World

Visión es impulsar la mejora de las condiciones de vida de comunidades pobres, a través de un desarrollo pleno del potencial humano, trabajando sin discriminación étnica, religiosa o política, para que las poblaciones menos favorecidas logren la sostenibilidad.

Las principales líneas de trabajo de World Visión son proyectos de desarrollo a largo plazo (10-15 años) creados junto con y para las comunidades con quiénes trabajan buscando, no sólo mejorar su nivel de vida en salud, educación, infraestructuras y desarrollo económico, sino también mejorar la capacidad de gestión y liderazgo. Busca que pasado este período de apoyo directo, las comunidades estén capacitadas para detectar sus necesidades y conseguir ellas mismas los recursos necesarios para cubrirlas. La prioridad son niñas, niños y mujeres por constituir los grupos más vulnerables. World Visión funciona como una red de entidades nacionales interdependientes que tienen sus propias juntas o consejos de administración para supervisar sus operaciones. Esta estructura permite actuar con una voluntad descentralizadora, tener poder de decisión sin diferencias, mayor nivel de colaboración y mayor impacto en las actividades. De esa forma llevan a cabo tanto proyectos propios como bilaterales y multilaterales (59).

Los Proyectos son:

- Proyecto de desarrollo integral a 15 años en comunidades de Guatemala, Filipinas y Mali.
- Proyecto Niños de la Calle en Filipinas.
- Proyecto Microcréditos e información sobre SIDA en Malawi.

- Proyecto de apoyo a mujeres empresarias en Chile.
- Proyecto de seguridad alimentaria en Guatemala.
- Proyectos de reconstrucción de escuelas en Nicaragua y Mali.
- Proyectos de microcrédito en Bolivia y Guatemala.

El origen del financiamiento proviene de fondos privados, principalmente apadrinamiento de niños/as, fondos de empresas privadas y fondos públicos (59).

World Visión se ha comprometido en la lucha contra el SIDA, asumiéndola como una de las prioridades en su trabajo de cooperación para el desarrollo en América Latina. Desde el año 2000, la organización ha enfocado decenas de proyectos y programas en tres áreas que considera "fundamentales", como la prevención en grupos vulnerables, el cuidado de los niños enfermos y de los que han quedado huérfanos a causa de esta enfermedad, así como presión para que los gobiernos adopten medidas que preventivas y para que aseguren el bienestar de las personas seropositivas (59).

B.4.d.7. Colectivo amigos contra el SIDA

La organización denominada Asociación Vida se estableció en noviembre de 2004 como una organización no gubernamental. Se orienta principalmente al trabajo con PVVS y HSH y participa en un proyecto realizado en el sector urbano de Guatemala llamado “Colectivo Amigos Contra el SIDA”, cuyo objetivo es el enfoque legal de los derechos humanos.

Su principal objetivo es brindar orientación para lograr el bien común, mediante la prestación de beneficios o servicios que ayuden al mejoramiento de la calidad de vida de sus beneficiarios. Esto incluye la atención de sus necesidades básicas, tales como la prestación de servicios médicos y el suministro de los medicamentos necesarios, a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, centrándose en los componentes de prevención, educación, medio ambiente, económico, social, cultural y moral.

Resultados del proyecto:

- Creación de una red de PVVS afiliados al seguro, a fin de estimar necesidades, medicamentos e infraestructura. Las altas autoridades del seguro reconocen la red.
- Resolución de la Corte Suprema de Justicia y de la Honorable Corte de Constitucionalidad a favor de varios casos presentados mediante el proyecto.
- Trabajo educativo dentro del seguro social para las PVVS asegurados, sobre diferentes temas, tales como uso del condón, entre otros.
- Es una organización defensora de los derechos. Cualquier persona con VIH/SIDA, presenta denuncia en Amigos contra SIDA y se le da seguimiento de forma gratuita.
- Uso de los medios de comunicación y a las redes de información del IGSS para ayudar a una rápida resolución de los casos de discriminación (13).

B.4.d.8. Colectivo Atz’anem K’oj

Este es uno de los pocos proyectos que se dirigen a población indígena y jóvenes indígenas en Guatemala. Dicha población no cuenta con la información necesaria para tener conductas de prevención ante las ITS y el VIH. Los grupos beneficiarios del proyecto son las trabajadoras/es comerciales del sexo, los grupos indígenas y afrodescendientes, los grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia, los uniformados (ejército y policía), las personas privadas de libertad y los jóvenes vulnerables. El área de trabajo del proyecto abarca principalmente las comunidades del área rural de Guatemala, pero también se realizan giras en toda Centroamérica.

La institución fue creada en el 2006, y realiza actividades en los departamentos de Huehuetenango, Suchitepéquez, San Marcos, Retalhuleu, Quetzaltenango, Departamento, Zacapa, Chiquimula, Sololá, Totonicapán, Quiché, Sacatepéquez, Chimaltenango e Izabal.

Resultados del proyecto:

- El Proyecto ha realizado más de 300 intervenciones educativas en 200 comunidades, con un promedio de 500 beneficiarios por comunidad.
- En el 2002, con fondos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el proyecto inició un programa de capacitación y apoyo de multiplicadores juveniles en salud sexual y VIH/SIDA. Han capacitado a más de 120 jóvenes de ambos sexos representando a 30 comunidades y diez grupos lingüísticos a nivel nacional, desde la capacitación inicial.

- El proyecto Payaso tiene características innovadoras por la forma de transmitir los mensajes y por los grupos demográficos a los que está dirigido. Es una estrategia bien acogida por la población. No se necesita saber leer ni escribir, para entender el mensaje. Se pueden transmitir mensajes claves a un gran número de personas en poco tiempo y con relativamente pocos recursos (13).

B.4.d.9. Proyecto “maquilas” de la fundación preventiva del SIDA “Fernando Iturbide”

La finalidad del proyecto de maquilas es la capacitación del personal que trabaja en diferentes empresas sobre los temas de autoestima, conocimientos básicos de las ITS/VIH/SIDA, uso correcto del condón, y comunicación, mediante la metodología de acción-reflexión-acción y la participación activa de las personas en los talleres, contemplados dentro del proceso de la elaboración de esta evaluación. El objetivo es reducir la vulnerabilidad para contraer las ITS/VIH/SIDA en 32.500 personas (especialmente niñas y mujeres jóvenes) trabajadoras de 22 maquilas a través de aumentar la auto percepción por medio de un programa de IEC, implementando diferentes estrategias adaptadas a las necesidades y características propias de cada una de las maquilas (13).

B.4.d.10. Cruz Roja

La Cruz Roja de Guatemala, trabaja especialmente con la región rural de ese país, y desarrolla el Proyecto de Prevención de VIH y SIDA en Centros de Educación

Secundaria en el departamento de Izabal, proyecto que tiene como su población meta a jóvenes en educación formal, de edades entre los 12 y los 22 años. Este proyecto finalizó en diciembre del año 2005 (13).

B.4.d.11. Asociación Gente Nueva

Esta organización se enfoca en las necesidades de atención de salud para mejorar su calidad de vida, el acceso a los medicamentos y asegurarse de que una vez logrado el tratamiento, no se suspenda su suministro, sin descuidar la prevención para ayudar a superar la problemática VIH y SIDA. Esta institución trabaja tanto en el sector urbano como el rural de Guatemala, con un enfoque en las áreas de prevención, tratamiento, disminución del daño, género y aspectos legales, en función de los derechos humanos.

En el año 2005, la institución participa en el proyecto “La Sala”.

La Asociación Gente Nueva es un grupo de apoyo que surgió en Guatemala, en 1998, aunque se legaliza como organización no gubernamental en el 2000. Fue iniciativa de las personas infectadas con el VIH y SIDA con necesidad de agruparse, con el propósito de compartir experiencias, solidarizarse y actualizarse sobre la enfermedad y los avances médicos (13).

B.4.d.12. Fundación preventiva del SIDA “Fernando Iturbide”

El objetivo principal del proyecto es lograr la solidaridad de las ONG que trabajan en la lucha contra el VIH y SIDA, del personal de salud, de las instituciones de derechos humanos y del sector productivo privado del país, para apoyar acciones de incidencia que promuevan la resolución favorable de casos que afectan el respeto a la dignidad de las personas que viven con VIH y SIDA y a sus familias (13).

B.4.d.13. Hospicio San José

El Hospicio San José de Guatemala está enfocado en el objetivo estratégico de brindar atención integral multidisciplinaria sostenible a personas con ITS/VIH/SIDA, familiares y entorno procura un tratamiento universal de ARV, estimule la adherencia e incluya la transmisión vertical. La población beneficiaria comprende a las PVVS, a los niños con VIH y a las mujeres o varones con VIH y SIDA (13).

B.4.d.14. Hogar Marco Antonio

El Hogar se crea en 1996 como una organización de tipo no-gubernamental. La misma desarrolla el proyecto “Hogar Marco Antonio”, el cual se centra en el tratamiento del VIH y SIDA. La población beneficiaria del proyecto son personas con SIDA en fase aguda, sin recursos económicos y sin seguro social (13).

B.4.d.15. UNICEF

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) en Guatemala orienta su trabajo del combate al VIH/SIDA a través de la prevención en dos grupos poblacionales estratégicos: las mujeres embarazadas y los adolescentes.

UNICEF apoya al Hospital Roosevelt para dar información y consejería sobre el VIH/SIDA a las mujeres embarazadas, ofrece pruebas para el VIH cuando las mujeres acuden al control pre natal, de manera voluntaria y confidencial, y provee de atención integral a las madres detectadas como VIH positivo y a sus familias, así como brinda de terapia antirretroviral a las mujeres gestantes infectadas para evitar que sus hijos nazcan con VIH y SIDA.

Para el trabajo con los adolescentes y los jóvenes UNICEF ha desplegado una campaña de información sobre la salud integral, incluyendo en ello la salud reproductiva y la prevención del VIH y SIDA. Son los mismos adolescentes, previamente capacitados, quienes dialogan e informan a otros adolescentes sobre la salud y el VIH y SIDA. Paralelamente, UNICEF ha promovido la creación de “espacios amigables para adolescentes” en Puestos y Centros de Salud, donde especialistas atienden exclusivamente a los adolescentes en materia de salud integral. A nivel masivo, UNICEF desarrolla materiales informativos y educativos, incluyendo programas de radio y televisión con una cobertura aproximada a seis millones de personas, contando con el fuerte apoyo de los medios de comunicación (176).

B.4.e. Producción de los servicios de salud

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente:

- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, 25%
- IGSS, 17%
- Sanidad Militar, 2.5%
- Organizaciones gubernamentales, 4%
- Sector privado 10%.

Menos de 60% de la población tiene algún tipo de cobertura de servicios de salud. Esta cobertura no ha mostrado aumentos sustanciales desde 1990, cuando era de 54% (71).

B.4.e.1. Morbilidad

Según lo reportado en la memoria de labores que elabora cada año el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, en el 2005 las causas de morbilidad general divididas en enfermedades transmisibles y no transmisibles (ver anexo, tabla 23 y 24) (71).

La morbilidad en menores de un año y menores de 5 años se presentan en las talbas 25 y 26 de los anexos.

Según las encuestas nacionales de salud materno infantil (ENSMI) de 1987, 1995 y 1998-99, la cobertura de atención prenatal brindada por personal de salud institucional se ha incrementado desde el 34 por ciento en 1987 hasta 60 por ciento en 1998; sin embargo, los registros del MSPAS revelan que en los años del inicio del nuevo siglo la tendencia de esta cobertura se ha estacionado en 45 por ciento. Para 2004, la cobertura de la atención prenatal ha mejorado ligeramente, lo que se debe a la intervención de los procesos desarrollados por la extensión de cobertura del MSPAS, que ha permitido una búsqueda activa de las mujeres embarazadas. En el 2005, 264 844 recibían atención prenatal por parte del MSPAS, entre ellas las del primer control prenatal (ver anexo, tabla 27 y 28). Para 2006 se estima que la cobertura prenatal podría alcanzar el 56.7 por ciento (71).

Entre 1987 y 2002 se incrementó en doce puntos porcentuales (29 a 41%) la atención institucional del parto, aunque el porcentaje de partos institucionales varía según el área de residencia de las mujeres (urbana 66%, rural 30% en 2002) y la pertenencia a un grupo étnico diferente al ladino (indígena 19%, ladinas 57% en 2002). En la mayoría de mujeres que residen en el área rural, indígenas y sin escolaridad, los partos son atendidos en el domicilio. En promedio entre 2002 y 2004, 25% de los partos fueron atendidos por personal médico. Para el 2005 el personal institucional atendió 91,874 partos (tabla 29) (170, 71).

La atención postnatal en el año 2005, tuvo 90,578 presentando un aumento respecto a los años anteriores con una mejor cobertura a nivel rural, aunque sigue sin alcanzar los estándares internacionales de atención a puérperas (tabla 27) (170).

El MSPAS en sus establecimientos de servicios de salud atendió a un total de 10,878,438 personas. El número de nuevas consultas fue de 2,693,046, y reconsultas hubo 1, 365,181 (tabla 30)

B.4.e.2. Cobertura de inmunizaciones

La cobertura de inmunizaciones en menores de un año en Guatemala en el año 2005 se presenta en la tabla 31. En las tablas 32 y 33 puede observarse la cobertura de Polio, DPT, sarampión, BCG.

En la primera etapa de la vacuna pentavalente que finalizó en el 2005 se obtuvo una cobertura de 154,380 niños menores de un año (71).

El MSPAS dentro de su cobertura de inmunizaciones no contempla a las mujeres embarazadas como una sección aparte, en su lugar considera a las mujeres en edad fértil (tabla 30).

La cobertura con antitetánica se presenta en la tabla 34. La tabla 35 presenta la cobertura del programa de micronutrientes (Ácido fólico y Hierro en mujeres en edad fértil y embarazadas).

B.5. DIMENSIÓN SOCIOECONOMICA

Guatemala cuenta con una población de 12 millones de habitantes, de los cuales 40% son de descendencia Maya, el restante 60% está compuesto por ladinos; existe también un pequeño porcentaje de población afrocaribeña, quienes habitan en la costa atlántica (76).

Guatemala es un país mayoritariamente rural, en el cual la mitad de la población es indígena. 57% de los hogares del país lo constituye la población rural, y 61% de la población nacional constituye 73% de los hogares en situación de pobreza y 93.2% de los hogares en extrema pobreza. Se estima que 37.4 % de la población sobrevive con un ingreso de $2 al día (154, 182).

La marginación de la que es victima la mayoría de la población indígena provoca altos índices de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (1998), la pobreza y la etnicidad o pertenencia a un pueblo indígena están directamente relacionados (182).

Es bien conocido que la pobreza y el analfabetismo tienden a elevar el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Las personas de bajos ingresos no tienen accesibilidad a métodos preventivos como los condones o tratamientos para infecciones de transmisión sexual (ITS); asimismo las personas con bajo nivel educativo no tienen acceso a la información preventiva, o esta no es preparada de forma adecuada para su comprensión. Sin embargo, personas que cuentan con solvencia económica se infectan igualmente por desestimar que también pueden encontrarse en los mismos escenarios de vulnerabilidad a la infección, tales como: abuso de alcohol y drogas, sexo desprotegido e ignorancia sobre el tema (101).

La cultura y la religión pueden jugar papeles tanto a favor de la prevención de las ITS y el VIH (postergación de la primera relación sexual en los jóvenes y la práctica de la fidelidad mutua en las parejas), o a favor de la exposición a riesgos de infección (rechazo al uso del condón). Al final, ambos son elementos que contribuyen a la exclusión (101).

En Guatemala, se han descrito algunas características socioculturales asociadas a la infección por ITS y VIH, sobre todo en el plano de la inequidad de género y el machismo persistente:

- Los hombres incurren en comportamientos de riesgo, por ejemplo, tienen relaciones sexuales sin protección, a veces con varias parejas o intoxicados por el alcohol y sustancias ilícitas. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de consumir sustancias que se vinculan con más actividad sexual prolífica y violencia de género, que son factores de riesgo de infección por VIH (92).

- Un estudio realizado en la Ciudad de Guatemala reveló que los hombres suelen exigir sexo después de beber alcohol, lo cual crea más obstáculos para las compañeras de iniciar o negociar el uso de condones (92).
- La mayor parte de las mujeres carecen de autonomía para tomar decisiones sobre su sexualidad y por lo tanto para protegerse durante el acto sexual, vulnerabilidad que facilitan una potencial infección por ITS y VIH-SIDA (101).

B.5.a. Pobreza

Guatemala es uno de los países de la región centroamericana con mayores porcentajes de pobreza y pobreza extrema. Esta realidad, enmarcada por los compromisos adquiridos con la firma de la paz y la Declaración del Milenio, sitúan al combate de la pobreza dentro de los objetivos principales del gobierno de Guatemala.

Aunado a la gravedad del fenómeno, están la distribución heterogénea de los grupos más afectados y las limitaciones de recursos con los que cuenta el país, 16 de los 22 departamentos tienen más de 50% de su población en esta situación, los lugares con mayor incidencia son Quiché y Departamento, en donde el consumo estimado de ocho de cada diez pobladores está por debajo de la línea de pobreza general. En otros departamentos (Huehuetenango, Sololá, Totonicapán, Baja Verapaz y San Marcos) del "cinturón de pobreza" del norte y noroeste del país, alrededor de tres cuartas partes de la población padece esta situación. Adicionalmente, Jalapa es uno de los departamentos fuera de ese cinturón, con mayor nivel de pobreza general: siete de cada diez personas.

En Guatemala, se utilizan los mapas de pobreza para la elaboración de estrategias en la focalización del gasto público, logrando con ello la identificación de las poblaciones más vulnerables y destinar de una forma más directa los beneficios del programa de combate y alivio de la pobreza.

La línea de pobreza general (Q. 4318.00 persona año) que incluye además del costo del consumo en alimentos necesarios, un costo mínimo en bienes y servicios (82). 55.9% de la población.

La línea de pobreza extrema (Q.1911.00 persona año) que representa el costo de adquirir las 2172 calorías mínimas recomendadas para Guatemala por el INCAP. 15.7% de la población.

B.5.b. Indice de desarrollo humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros:

- Vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer).
- Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria)
- Nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita en USD) (83)

El PUND clasifica los países en tres grupos:

- País de desarrollo humano elevado (IDH mayor o igual a 0,8): 63 países.
- País de desarrollo humano medio (IDH menor de 0,8 hasta 0,5): 83 países.
- País de desarrollo humano bajo (IDH menor 0,5): 31 países (83).

El IDH en Guatemala es similar al de El Salvador, Honduras o Bolivia, pero Guatemala tiene mayores ingresos y menor desarrollo social (166).

El IDH del departamento de Guatemala es de 40% mayor al promedio nacional. Los IDH de Huehuetenango, Sololá, Totonicapán, el Quiche y Departamento son menos de 70% del IDH nacional (164).

El IDH de los pueblos indígenas es casi 40% menor al promedio de Guatemala. En este informe de Guatemala esta cubierto la educación, salud, empleo, preparación para la globalización, medio ambiente, democracia y violencia (165).

En el año 2000 Guatemala contaba con aproximadamente 11 millones de habitantes y con uno de los mayores índices de Desarrollo Humano (0.631) en América Latina, por lo que ocupo el puesto 120 de 173 países a nivel mundial.

Actualmente Guatemala se encuentra con un IDH en 0.653. Según el ranking mundial del programa de las naciones unidas para el desarrollo, Guatemala está en el puesto 118 (54,80).

B.5.c. Organización política

Forma de Gobierno: República.

- Poder Ejecutivo: Presidente (Jefe de Estado) Composición del Gobierno: Consejo de Ministros nombrado por el presidente
- Poder Legislativo: Unicameral, 158 diputados elegidos por voto popular.
- Poder Judicial: Corte Suprema de Justicia, adicionalmente la Corte de Constitucionalidad está presidida por el presidente de la Corte Suprema, los jueces son elegidos por un período de cinco años por el Congreso (122).

  Ley Suprema: Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, con reformas en 1993.

B.5.d. Organización político-administrativa del nivel intermedio de gobierno

La Organización político administrativa del nivel intermedio del gobierno las dan las leyes Básicas que rigen la organización del Nivel Intermedio: Título V, Capítulo II, de la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, con las reformas de 1993, así como Instancias de Coordinación al Nivel Intermedio: Consejos Departamentales, Art. 226 y 228, Código Municipal de 2002 (ver anexo, tabla 9).

B.5.e. Organización político-administrativa del nivel local de gobierno

La organización político administrativa del nivel local del gobierno, la rige la Ley General de Descentralización de 2002, Decreto Nº 14 de 2002 (ver anexo, tabla 10).

B.5.f. Organización social

Según el Tribunal Supremo Electoral existen 19 partidos políticos inscritos actualmente, dentro de los que destacan los siguientes: (86)

- GANA Gran Alianza Nacional
- PAN Partido de Avanzada Nacional
- Partido Patriota
- UCN Unión del Cambio Nacional
- Maíz
- Winaq - Encuentro por Guatemala
- ANN Alianza Nueva Nación
- PLP Partido Liberal Progresista
- FRG Frente Republicano Guatemalteco
- DCG Democracia Cristiana Guatemalteca
- UNE Unión Nacional de la Esperanza
- Unionista
- Bien
- MLN

- Día
- UD Unión Democrática (86)

Existen diversas organizaciones sociales civiles, que trabajan en las diferentes esferas del país, algunas de ellas son nacionales o internacionales, lucrativas o no lucrativas, dentro del gran panorama que estas abarcan se destacan aquí algunas de las más importantes y conocidas en el ámbito social guatemalteco.

- AE Alianza evangélica
- ALMG Academia de lenguas mayas
- Asociación DOCES para el desarrollo organización, servicios y estudios socioculturales.
- CENEP Centro de Estudios de Población
- CEPAL Comisión Económica para América Latina
- CEPREDENAC Centro de cooperación para la prevención de desastres Naturales en América Central.
- Eventos Católicos
- Embajada para la paz
- FAO Agencia de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (por sus siglas en inglés)
- FOGUAMA Fondo Guatemalteco para el Medio Ambiente
- FONAPAZ Fondo Nacional para la Paz
- Fundación Myrna Mack
- FLACSO Facultad Latinoamericana para el Avance de las Ciencias Sociales

- GTZ Cooperación Técnica Alemana
- GAM Grupo de Apoyo Mutuo
- ICTA Instituto de Ciencia y Tecnología Agrícolas
- IDEADS Instituto de Derecho Ambiental y Desarrollo Sustentable
- IGER Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica
- IGN Instituto Geográfico Nacional
- INTECAP Instituto Técnico de Capacitación y Productividad
- Instituto de Estudios Comparadas en Ciencias Penales de Guatemala
- Movimiento Social por los Derechos de la Niñez y la Juventud
- Madres Angustiadas
- MSF Médicos sin fronteras
- OIM Organización Internacional para las Migraciones
- OIT Organización Internacional de Trabajo
- OPS Organización Panamericana de la Salud/OMS Organización Mundial de la Salud
- ONG San Nicolás
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
- PASCA Proyecto de Acción SIDA para Centroamérica
- PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- PRODESA Proyecto de Desarrollo Santiago
- Proyecto Génesis Proyecto de Generación de servios integrados de salud y desarrollo
- Save the Children Guatemala

- UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (por sus siglas en inglés)
- UNICEF Fondos de las naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
- USAIDS Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (145, 80)

B.5.g. Educación

B.5.g.1. Centros educativos

A continuación se presentan los datos obtenidos al 2001, de establecimientos educativos privados y públicos, sin incluir los establecimientos de PRONADE, establecimientos municipales y por cooperativas.

El Ministerio de Educación los divide por niveles de educación:

PRE PRIMARIA BILINGÜE:

Establecimientos Públicos: 2,412

Establecimientos Privados: 228

PRE PRIMARIA PARVULOS:

Establecimientos Públicos: 4, 253

Establecimientos Privados: 1,768

PRIMARIA DE NIÑOS:

Establecimientos Públicos: 11,064

Establecimientos Privados: 2,940

PRIMARIA DE ADULTOS:

Establecimientos Públicos: 137

Establecimientos Privados: 124

NIVEL MEDIO CICLO BASICO:

Establecimientos Públicos: 653

Establecimientos Privados: 1,972

NIVEL MEDIO CICLO DIVERSIFICADO:

Establecimientos Públicos: 146

Establecimientos Privados: 1,400

Total de establecimientos Públicos: 18,665

Total de establecimientos Privados: 8,432 (66)

B.5.g.2. Estudiantes inscritos

La población estudiantil atendida durante el 2005 alcanzó un total de 3, 546,274 alumnos y alumnas, del total 47.83% fueron mujeres y 52.17% hombres. El total de alumnos inscritos por niveles en el 2005 fue el siguiente:

PRE PRIMARIA BILINGÜE: 76,653

PARVULOS: 267,627

Total de alumnos inscritos a nivel preprimario: 344,580 (10)

PRIMARIA MONOLINGÜE: 1, 844,101

PRIMARIA BILINGÜE: 233,111

PRIMARIA DE ADULTOS: 13,236

Total de alumnos inscritos a nivel primario: 2, 090,448 (67)

NIVEL MEDIO CICLO ORDINARIO: 105,143

NIVEL MEDIO SECUNDARIA: 32,191

Total de alumnos inscritos a nivel medio ciclo básico: 137,334 (67)

NIVEL MEDIO DIVERSIFICADO ORDINARIO: 49,758

NIVEL MEDIO BACHILLERATO: 52

Total de alumnos inscritos a nivel medio ciclo diversificado: 49,810 (67)

El Ministerio de Educación en su Memoria de Labores del 2005, no proporciona datos de inscritos a nivel universitario.

B.5.g.3. Maestros y profesores con función docente en centros educativos

El número de docentes por nivel educativo para el 2005, sin incluir a los docentes de PRONADE, únicamente los que pertenecen a personal por contrato y presupuestados, fue el siguiente:

PREPRIMARIA: 10,163.

PRIMARIA: 57,000.

BASICO: 19,183.

DIVERSIFICADO: 11,346.

Total de docentes por nivel educativo para el 2005: 97,692 (67).

B.5.g.4. Proporción de estudiante por docente

Proporción de niños de 6 a 12 años por maestro: 36.67

Proporción de niños 13 a 18 años por profesor: 6.13

B.5.g.5. Ausentismo escolar

Este dato no se utiliza en el Ministerio de Educación actualmente.

B.5.g.6. Deserción escolar anual

Para el 2005 podemos observar que el porcentaje de deserción por niveles educativos fue la siguiente:

NIVEL PRIMARIO: 7.00%

CICLO BASICO: 5.52%

CICLO DIVERSIFICADO: 5.02%

B.5.g.7. Alfabetismo

El porcentaje de alfabetismo al 2005 fue de 74.81% y el de analfabetismo de 25.19% (67).

B.5.h. Trabajo

B.5.h.1. Tasa de empleo	Desempleo
Total: 65.6%	Total: 1.8%
Masculina 87.6%	Masculina: 2.2%
Femenina 46.4%	Femenina: 1.1%

Por habitantes:

Total Empleados: 4,207,946

Ocupado Pleno 1,630,932

Sub-ocupado 2,497,240

Desocupado 79,774 (145).

B.5.h.2. Fuentes de trabajo

La población económicamente activa se distribuye por actividad de la siguiente manera:

- Agricultura 39.8%
- Comercio 19.8%
- Industria manufacturera 16.7%
- Servicios comunales 8.1%
- Construcción 5.3%
- Enseñanza 2.9%
- Transporte 2.8% (145)

B.5.h.3. Ingreso por familia

- 1,300- 1,999 quetzales mensuales
- Popular 1,300-4,999 mensual
- Clase media baja 5,000 – 1,499 mensual
- Clase media alta 15,000 – 3,999 mensual (180)

B.5.h.4. Tenencia de tierra

18% área urbana, 82% área rural.

En la población rural existe un 52% con tierras propias, arrendadas 19% (145).

B.5.h.5. Productos agrícolas y artesanales

AGRÍCOLAS

maíz,	banano,
café,	caña de azúcar,
fríjol,	trigo,
avena,	cebada,
papa,	arroz,
cacao,	verduras.

ARTESANALES

muebles de madera,	trajes típicos,
tejidos,	tejas,
ladrillos,	cerámica,
sombreros,	cohetería,
cuero,	flores (54).

B.5.h.6. Población económicamente activa (PEA)

En el 2004: 4.9 millones (75% sector informal y 25% sector formal) (180)

B.5.h.7. Distribución de la PEA por grupo de ocupación

Trabajadores no calificados 38.65%

Operarios artesanales 14.87%

Trabajadores agropecuarios 13.55%

Miembros del poder ejecutivo y directivo 10.9%

Trabajadores de servicios y vendedores 8.41% (180)

B.5.i. Inversión en salud

B.5.i.1. Presupuesto general de la nación

Según la Ley del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal 2006, el presupuesto total de la nación es de treinta y siete mil setecientos tres millones novecientos cincuenta y dos mil ochocientos cuarenta y tres quetzales (Q37,703,952,843) (69).

B.5.i.2. Presupuesto para el ministerio de salud pública y asistencia social

Total Q 2, 025, 599,835 (68)

B.5.i.3. Presupuesto por programas de salud

Sistema Integral de Salud:	Q 38, 385,127
Formación Técnica y Especializada:	Q 79, 776,197
Servicio de Salud Pública:	Q 15, 644,058
Extensión de Cobertura de Servicios de Salud:	Q 236, 412,084
Programa Nacional de Prevención de VIH:	Q 20, 000,000
Programa de Accesibilidad de Medicamentos:	Q 29, 867,352
Salud Reproductiva:	Q 32, 572,800
Atención Primaria en Salud:	Q 443, 265,107
Recuperación y Rehabilitación de la Salud:	Q 787, 079,153

Programas de Mejoramiento a los Servicios de Salud:	Q 71, 517,099
Aporte a Instituciones de Servicios de Salud:	Q 118, 153,574
Aporte a la Cruz Roja Guatemalteca:	Q 10, 300,000
Otros Servicios de Salud:	Q 142, 637,194 (68).

B.5.i.4. Situación del financiamiento, presupuesto nacional, fondo mundial VIH y SIDA

En 1999, el gasto en salud en todo el país representó 2.8% del PIB. Los hogares fueron la fuente más importante de financiamiento de la salud (42.9%); seguido por el Gobierno (27.3%); empresas (22%) y cooperación externa (7.8%). El valor anual del gasto en salud ascendió a US$ 630 millones (134).

Guatemala es uno de los países latinoamericanos que más baja prioridad da a la inversión en salud. Para el año 2,000 se alcanzó únicamente a invertir 1.1% del Producto Interno Bruto (PIB), países con ingresos promedios similares a Guatemala, invierten cerca de 4% de PIB en salud. En consecuencia, la inversión pública per cápita es baja por lo que las familias aportan un porcentaje importante del gasto en salud total. Esto es grave, si se toma en cuenta que más de la mitad de la población vive en situación de pobreza y pobreza extrema. Además, estos datos reflejan baja inversión en salud que no es congruente con el ritmo de crecimiento poblacional ni su situación económica, lo que no permite mejorar la calidad y esperanza de vida de los guatemaltecos (172).

El deterioro de la balanza comercial a raíz de la reducción de volúmenes y precios de las principales exportaciones, la depreciación del quetzal y el deterioro del poder adquisitivo de la moneda, entre otras, influyen en la situación de salud y en el desempeño de los servicio, reflejándose en las dificultades para extender la cobertura de servicios básicos a la población indígena, pobre y campesina de las áreas rurales; así como a las poblaciones marginadas y excluidas en razón del ejercicio de su sexualidad (76).

En cuanto a la inversión en VIH y SIDA es posible observar su comportamiento con base a los sistemas de cuentas nacionales de salud, el cual consiste en un análisis sistematizado bajo una estructura matricial de los flujos financieros que se orientan a la prevención, manejo y suministro de servicios del VIH y SIDA. En dicho sistema se observa una ejecución presupuestaria para el 2002 de Q98, 437,706.00, con un significativo aumento en el gasto para el 2003, el cual asciende a Q 126, 014,830.00. El evidente aumento en el gasto puede derivarse de la demanda producida por el incremento de personas que requieren atención directa (76).

La mayor inversión proviene del Seguro Social, dirigido principalmente a la atención de sus afiliados que viven con VIH. Tanto en el gasto del gobierno central como del IGSS, la inversión se concentra en la compra de medicamentos antirretrovirales, reactivos y otros insumos para la atención, seguido de otras acciones en cuanto a gastos de hospitalización, prevención u otros (76).

Existen otros cooperantes, como se ven en la ver anexo, tabla 36.

El aumento en la inversión por el MSP ha sido superior a 100% en los últimos años, lo que refleja la importancia que ha adquirido el tema ante las políticas estatales, como se observa en la ver anexo, tabla 37.

La cooperación internacional ha apoyado el fortalecimiento de la capacidad del país para responder a la epidemia, en respuesta a la misma más de 20 organismos internacionales que realizan acciones en todo el país proporcionaron alrededor de $7,000,000 para el 2005, el Fondo Mundial aportó cuatro millones, MSF, dos millones y otros donantes, un millón (76).

El Fondo Mundial aprobó un total de $40,921,917 para un periodo de cinco años, para cumplir con la iniciativa “La Intensificación de las Acciones de Prevención y Atención Integral del VIH y SIDA en Grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias de Guatemala” aprobado por el mismo el 15 de octubre de 2003 (76).

Para el “Proyecto Regional para América Central para Prevención y Control del VIH y SIDA”, resolución adoptada el 23 de abril del 2004 en la vigésima reunión del Consejo del Ministerio de Salud de Centroamérica –COMISCA-, se apoya con un fondo estimado de ocho millones de dólares donado por el Banco Mundial para un periodo de ejecución de cinco años. Y de la misma manera de este mismo fondo se ejecutó el proyecto de insumos para la implementación de una prueba diagnóstica. Ambas ejecuciones iniciaron durante el 2005 (76).

La Política de Desarrollo Social y Población (PDSP) persigue contribuir al desarrollo del ser humano en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con

énfasis en los grupos más vulnerables de la población. En búsqueda de este objetivo esta política comprende cinco componentes: entre ellos el desarrollo social y población en materia de salud, y dentro de sus objetivos está fortalecer la prevención y la atención integral de ITS, VIH y SIDA (172).

Según la información recabada para el año 2002 y 2003 el financiamiento para los componentes de salud en la Política de Desarrollo Social y Población fue de Q143, 384,934.96 ($17, 923,116.87). Dichos recursos provienen de los fondos regulares asignados al Ministerio de Salud, del IGSS y de la cooperación internacional. De esta asignación presupuestaria la mayor inversión se hizo en el Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS (172).

Con respecto a la asignación presupuestaria de la atención integral e interdisciplinaria sostenible a las personas con VIH y SIDA, sus familias y su entorno, en el año 2002 fueron asignados $625,000.00. Dicho monto fue ejecutado casi en su totalidad durante ese período. Para el año 2003, se asignaron $875,000.00 más $8,000.00 donados por OPS y ASDI de Suecia. Los recursos financieros del año 2003 se invirtieron en promoción, atención y servicios administrativos. Según las Cuentas Nacionales de SIDA del 1998, el gasto global ascendió a $ 11, 900,00.00. El uso del condón representó casi la mitad del gasto preventivo, con Q5.4 millones en 1998. De ese gasto, más de 80% provino del fondo de los hogares, que realizaron los gastos de bolsillo ante proveedores privados. El gasto por medicamentos alcanzó 46% del total de gasto para el año 1998 y se constituyó en el principal objeto de gasto del período. Asimismo, el gasto en personal se mantuvo en cerca de 19% del gasto total, le siguió

en importancia el gasto en suministros y servicios generales, ambos con alrededor de 12% en 1998 (172).

B.5.j. Marcos legales y de referencia

B.5.j.1. Constitución de la República de Guatemala

La Constitución Política de la República de Guatemala es la ley más importante a cuyo alrededor giran todas las demás leyes de la República. Es la Ley fundamental que sirve para establecer los principios y los derechos de los guatemaltecos y para establecer la organización jurídica y política del Estado de Guatemala. Se dice que es la ley suprema de Guatemala, porque todas las normas contenidas en la Constitución pueden ser desarrolladas por otras normas y otras leyes, pero nunca pueden ser contrariadas o tergiversadas, es decir, que sobre la Constitución no existe otra disposición o ley superior a ella (49).

La constitución de la República es la ley que cumple con establecer las reglas y normas de conducta para que todos los habitantes de Guatemala puedan vivir y desarrollar sus actividades, en paz, con justicia y con libertad. Y es así como la Constitución sirve de base y de cimiento sólido para construir sobre ella la democracia auténtica y los regímenes de legalidad para la vida de los habitantes de Guatemala (49).

Con fines de comprensión la constitución se divide en tres grandes partes:

PARTE DOGMÁTICA

Es aquella en donde se establecen los principios, creencias y fundamentalmente los derechos humanos, tanto individuales como sociales, que se le otorgan al pueblo como sector gobernado frente al poder público como sector gobernante, para que este último respete estos derechos. Esta parte dogmática la encontramos contenida en el título I y II de la Constitución desde el preámbulo y de los artículos del rimero al 139 (49).

PARTE ORGÁNICA

Es la que establece cómo se organiza Guatemala, la forma de organización del poder, es decir las estructuras jurídico-políticas del Estado y las limitaciones del poder público frente a la persona, o sea a la población. Esta parte Orgánica la encontramos contenida en los títulos III, IV y V de la Constitución de los artículos 140 al 262 (49).

PARTE PRÁCTICA

Es la que establece las garantías y los mecanismos para hacer valer los derechos establecidos en la Constitución y para defender el orden constitucional. Esta parte práctica la encontramos contenida en el título VI y VII de la Constitución, de los artículos 263 al 281 (49).

Asimismo, cada una de estas tres grandes partes de la constitución se subdivide de la siguiente manera:

La parte dogmática:

- Preámbulo;
- La persona humana, fines y deberes del estado;
- Derechos humanos individuales;
- Derechos humanos sociales;
- Deberes y derechos cívicos y políticos
- Limitación a los derechos constitucionales (39).

La parte orgánica:

- El Estado y su forma de gobierno
- Nacionalidad y ciudadanía
- Poder público
- Organismo Legislativo (congreso de la república)
- Organismo Ejecutivo
- Organismo Judicial
- Estructura y organización del estado, el cual a su vez comprende: “El régimen político electoral, el régimen administrativo, el régimen de control y fiscalización, el régimen financiero, Ejército, Ministerio Público y el régimen municipal” (49).

La parte práctica:

- Exhibición personal
- Amparo
- Corte de constitucionalidad
- Comisión y procurador de los derechos humanos (49).

B.5.j.2. Código de salud

El Código de Salud aprobado en noviembre de 1997 dejó establecido, entre otros aspectos legales, que el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS) ejerce formalmente la conducción sectorial y tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendida como la "conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional" que constituye la base jurídica para el desarrollo de una reforma del sector salud con capacidad de influencia más allá de las instituciones públicas. Este código establece que obligación del MSPAS de proveer servicios gratuitos a quienes carezcan de medios para costearla, priorizando la población carente de acceso a servicios (122, 80).

Este Código de Salud tenía como propósito asegurar la viabilidad y la implementación del proceso de cambio iniciado con la reforma del sector. Integra aspectos novedosos, como el propio concepto y definición del “sector salud”, y crea la figura del Consejo Nacional de Salud, ente asesor del Gobierno y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuyo objetivo es regular el desarrollo de los servicios de salud y su infraestructura, relacionada con la formación y utilización de recursos humanos y las redes de servicios de atención. El código incorpora la promoción y la protección de la salud como aspectos específicos y prioritarios Establece la creación del “Sector Salud”, donde se organizan para su coordinación diversas instituciones con sus respectivas funciones y responsabilidades. Se crea el Consejo Nacional de Salud como el organismo encargado de coordinar entre las instituciones del Sector Salud y asesorar al MSPAS en la formulación de políticas y estrategias (122).

Este Código de Salud regula lo relativo al financiamiento del Sector Salud. Esta normativa faculta al Ministerio de Salud y a las instituciones que integran el Sector, para celebrar convenios y contratos entre sí, al igual que con otras entidades privadas, para la coordinación de prestación de servicios de salud (122, 80).

A pesar de todo, este código ha estado sujeto ha varias reformas. En el año 2003, el Congreso de la República, considerando que la Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna, y obliga al Estado a desarrollar a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, a fin de procurarles a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social. Así como que, en cuanto a la atención a la normativa constitucional, la salud de los habitantes de la Nación es un bien público que debe resguardarse y protegerse para que hoy, mañana y siempre conserven la libertad y el derecho inherente a su persona de contar con un centro de salud que preste gratuitamente el servicio social de salud del Estado. El Estado de Guatemala, a través de las instituciones públicas, debe conservar la prestación del servicio gratuito de salud a los habitantes de la Nación, puesto que es apreciado y contemplado en la Carta Magna como un bien público nacional. Se cambió el artículo cuatro (Decreto 90-97), el cual quedó así; "Artículo 4. Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes, y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud" (Decreto 53-2003). Se reformó el Artículo 5 del Código de

Salud, Decreto Número 90-97, del Congreso de la República, el cual quedó así: “Artículo 5. Participación de la Comunidad. El Estado garantizará el derecho de participación de las comunidades, en los programas y servicios de salud en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social” (78).

En el marco del consenso social que significó en 2001 la emisión de la Ley de Desarrollo Social (LDS), la salud reproductiva se definió como un “…estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable” (Artículo 25, LDS) (80).

Fue así como en el 2006 después de haber sido sometida a un largo proceso de aprobación legislativa, cobró vigencia el Decreto No. 87-2005 del Congreso de la República, que contiene la “Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)”. Esta nueva ley establece un marco normativo que fortalece las acciones de información, educación y provisión de los métodos de planificación familiar implementados por el PNSR (80).

B.5.j.3. Acuerdos gubernativos o ministeriales

La formulación de una política pública respecto a ITS, VIH y SIDA encuentra su funcionamiento normativo primigenio en la Constitución Política de la República de Guatemala, especialmente en sus artículos 1, 2, 4, 11, 24, 4, 46, 47, 51, 52, 72, 93, 94, 95, 98 y 100 relativos a los derechos de las personas y las obligaciones del Estado respecto al desarrollo humano y específicamente en los ámbitos de salud, educación, trabajo y seguridad social (29).

En cuanto a la legislación ordinaria, la política se enmarca en los lineamientos generales establecidos respecto a la salud de la población y aspectos específicos acerca e VIH y SIDA, contenidos en los siguientes cuerpos legales (29).

- Ley del desarrollo social
- Ley generada para el combate del Virus de la Inmunodeficiencia Humana -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.
- Reglamento de la ley general para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirido –SIDA- y la Protección, Promoción y Defensa de los derechos Humanos ante el VIH/SIDA.
- Ley de la protección Integral de la Niñez y la Adolescencia.
- Código del trabajo
- Código Civil
- Código de Salud

- Código Penal (Reforma al código penal relativa a la discriminación, artículo 202 bis, Decreto 57-2003) (29).

B.5.j.4. Acuerdos de paz

En marzo de 1994, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), compuesta por cuatro organizaciones de la guerrilla, y el gobierno de Guatemala firmó el Acuerdo Global sobre Derechos Humanos tras un largo periodo de negociación. A la firma del acuerdo siguió el establecimiento de una misión de verificación de los derechos humanos en Guatemala patrocinada por la ONU (MINUGUA) para comprobar el cumplimiento y la ejecución del acuerdo (2).

A fines de 1996, la URNG y el gobierno de Guatemala firmaron una serie de acuerdos (los Acuerdos de Paz) que pusieron fin a la guerra civil en Guatemala. Además de poner fin formalmente a las hostilidades, los Acuerdos de Paz exigen responsabilidades por las violaciones de derechos humanos cometidas durante la guerra; tratan sobre los derechos y la identidad de los grupos indígenas; y exigen reformas en las áreas de salud, educación, servicios sociales y derechos de la mujer. En los Acuerdos de Paz es de destacar la afirmación del surgimiento de los pueblos indígenas de Guatemala como una potente fuerza social y política en la nación (2).

El Gobierno de la República de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) acuerdan lo siguiente (Guatemala, 29 de diciembre de 1996):

a. Conceptos

a.1. Los acuerdos de paz expresan consensos de carácter nacional. Han sido avalados por los diferentes sectores representados en la Asamblea de la Sociedad Civil y fuera de ella. Su cumplimiento progresivo debe satisfacer las legítimas aspiraciones de los guatemaltecos y, a la vez, unir los esfuerzos de todos en aras de esos objetivos comunes (2).

a.2. El Gobierno de la República reafirma su adhesión a los principios y normas orientadas a garantizar y proteger la plena observancia de los derechos humanos, así como su voluntad política de hacerlos respetar (2).

a.3. La población desarraigada por el enfrentamiento armado tiene derecho a residir y vivir libremente en el territorio guatemalteco. El Gobierno de la República se compromete a asegurar su retorno y reasentamiento, en condiciones de dignidad y seguridad (2).

a.4. Es un derecho del pueblo de Guatemala conocer plenamente la verdad sobre las violaciones de los derechos humanos y los hechos de violencia ocurridos en el marco del enfrentamiento armado interno. Esclarecer con toda objetividad e imparcialidad lo sucedido contribuirá a que se fortalezca el proceso de conciliación nacional y la democratización en el país (2).

a.5. El reconocimiento de la identidad y derechos de los pueblos indígenas es fundamental para la construcción de una nación de unidad nacional multiétnica, pluricultural y multilingüe. El respeto y ejercicio de los derechos políticos,

culturales, económicos y espirituales de todos los guatemaltecos, es la base de una nueva convivencia que refleje la diversidad de su nación (2).

a.6. La paz firme y duradera debe cimentarse sobre un desarrollo socioeconómico participativo orientado al bien común, que responda a las necesidades de toda la población. Dicho desarrollo requiere de justicia social como uno de los pilares de la unidad y solidaridad nacional, y de crecimiento económico con sostenibilidad, como condición para atender las demandas sociales de la población (2).

a.7. Es fundamental para lograr la justicia social y el crecimiento económico, la participación efectiva de los ciudadanos y ciudadanas de todos los sectores de la sociedad. Corresponde al Estado ampliar estas posibilidades de participación y fortalecerse como orientador del desarrollo nacional, como legislador, como fuente de inversión pública y proveedor de servicios básicos, como promotor de la concertación social y de la resolución de conflictos. Para ello el Estado requiere elevar la recaudación tributaria y priorizar el gasto público hacia la inversión social (2).

a.8. En la búsqueda del crecimiento, la política económica debe orientarse a impedir que se produzcan procesos de exclusión socioeconómica, como el desempleo y el empobrecimiento, y a optimizar los beneficios del crecimiento económico para todos los guatemaltecos. La elevación del nivel de vida, la salud, la educación, la seguridad social y la capacitación de los habitantes, constituyen las premisas para acceder al desarrollo sostenible de Guatemala (2).

a.9. El Estado y los sectores organizados de la sociedad deben aunar esfuerzos para la resolución de la problemática agraria y el desarrollo rural, que son fundamentales para dar respuesta a la situación de la mayoría de la

población que vive en el medio rural, y que es la más afectada por la pobreza, las iniquidades y la debilidad de las instituciones estatales (2).

a.10. El fortalecimiento del poder civil es una condición indispensable para la existencia de un régimen democrático. La finalización del enfrentamiento armado ofrece la oportunidad histórica de renovar las instituciones para que, en forma articulada, puedan garantizar a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. El Ejército de Guatemala debe adecuar sus funciones a una nueva época de paz y democracia (2).

a.11. La incorporación de la URNG a la legalidad en condiciones de seguridad y dignidad constituye un factor de interés nacional, que responde al objetivo de la conciliación y del perfeccionamiento de un sistema democrático sin exclusiones (2).

a.12. Las reformas constitucionales contenidas en los acuerdos de paz, constituyen la base sustantiva y fundamental para la conciliación de la sociedad guatemalteca en el marco de un Estado de derecho, la convivencia democrática, la plena observancia y el estricto respeto de los derechos humanos (2).

a.13. Las elecciones son esenciales para la transición que vive Guatemala hacia una democracia funcional y participativa. El perfeccionamiento del régimen electoral permitirá afianzar la legitimidad del poder público y facilitar la transformación democrática del país (2).

a.14. La implementación de la agenda nacional derivada de los acuerdos de paz, constituye un proyecto complejo y de largo plazo que requiere la voluntad de cumplir con los compromisos adquiridos y el involucramiento de

los Organismos del Estado y de las diversas fuerzas sociales y políticas nacionales. Este empeño supone una estrategia que priorice con realismo el cumplimiento gradual de los compromisos, de forma tal que se abra un nuevo capítulo de desarrollo y convivencia democrática en la historia de Guatemala (2).

b. Vigencia de los acuerdos de paz

b.1. Al presente Acuerdo de Paz Firme y Duradera quedan integrados todos los acuerdos suscritos con base en el Acuerdo Marco sobre Democratización para la Búsqueda de la Paz por Medios Políticos, suscrito en la Ciudad de Querétaro, México, el 25 de julio de 1991 y a partir del Acuerdo Marco para la Reanudación del Proceso de Negociación entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, suscrito en la Ciudad de México el 10 de enero de 1994. Dichos acuerdos son:

- El Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, suscrito en la Ciudad de México el 29 de marzo de 1994;
- El Acuerdo para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, suscrito en Oslo el 17 de junio de 1994;
- El Acuerdo sobre el Establecimiento de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Violaciones a los Derechos Humanos y los Hechos de Violencia que han Causado Sufrimientos a la Población Guatemalteca, suscrito en Oslo el 23 de junio de 1994;
- El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, suscrito en la Ciudad de México el 31 de marzo de 1995;

- El Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, suscrito en la Ciudad de México el 6 de mayo de 1996;
- El Acuerdo sobre Fortalecimiento del Poder civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática, suscrito en la Ciudad de México el 19 de septiembre de 1996;
- El Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego, suscrito en Oslo el 4 de diciembre de 1996;
- El Acuerdo sobre Reformas Constitucionales y Régimen Electoral, suscrito en Estocolmo el 7 de diciembre de 1996;
- El Acuerdo sobre Bases para la Incorporación de la URNG a la Legalidad, suscrito en Madrid el 12 de diciembre de 1996;
- El Acuerdo sobre Cronograma para la Implementación, Cumplimiento y Verificación de los Acuerdos de Paz, suscrito en la Ciudad de Guatemala el 29 de diciembre de 1996 (2).

b.2. Con excepción del Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, que está en vigencia desde su suscripción, todos los acuerdos integrados al Acuerdo de Paz Firme y Duradera cobran formal y total vigencia en el momento de la firma del presente Acuerdo (2).

c. Reconocimiento

c.1. Al culminar el histórico proceso de negociación para la búsqueda de la paz por medios políticos, el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca dejan constancia de su reconocimiento a los esfuerzos nacionales e internacionales que han

coadyuvado a la conclusión del Acuerdo de Paz Firme y Duradera en Guatemala. Resaltan el papel de la Comisión Nacional de Reconciliación, de la Conciliación, de la Asamblea de la Sociedad Civil, y de la Moderación de las Naciones Unidas. Valoran asimismo el acompañamiento del Grupo de Países Amigos del Proceso de Paz de Guatemala, integrado por la República de Colombia, el Reino de España, los Estados Unidos de América, los Estados Unidos Mexicanos, El Reino de Noruega y la República de Venezuela (2).

d. Disposiciones finales

Primera: El Acuerdo de Paz Firme y Duradera entra en vigencia en el momento de su suscripción.

Segunda: Se dará la más amplia divulgación al presente Acuerdo, en especial a través de los programas oficiales de educación (2).

B.5.j.5. Metas del milenio

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, 189 dirigentes del mundo acordaron una serie de metas y objetivos medibles y con plazos para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer y crear una asociación mundial para el desarrollo (107).

Este pacto internacional, que ahora se conoce como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), fue acordado por todos los Países Miembros de las Naciones Unidas. Los ODM´s se centran en el ser humano, deben lograrse dentro de plazos definidos y se pueden medir. Sus metas son erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género y la sostenibilidad ambiental, incrementar la salud y fomentar una asociación mundial para el desarrollo (107).

Además, los ODM´s se basan en una alianza mundial que hace hincapié en la responsabilidad de los países en desarrollo de poner orden en sus propios asuntos, así como en la de los países desarrollados de apoyar esos esfuerzos. Estos Objetivos cuentan con un apoyo político sin precedentes, manifestado en los niveles más altos de los países desarrollados y en desarrollo, de la sociedad civil y de las principales instituciones de desarrollo (107).

En la Declaración de la Cumbre del Milenio también se esbozó un plan acordado por consenso en cuanto a la forma de aplicar la Declaración, prestando más atención a los derechos humanos, la buena gestión de los asuntos públicos y la democracia, así como la prevención de los conflictos y la consolidación de la paz. De hecho, los países miembros adoptaron la Declaración del Milenio con la firme convicción de que el principal desafío que enfrentan las naciones del mundo es conseguir que el proceso de globalización se convierta en una fuerza positiva. Se tiene el reto de lograr que sus beneficios se distribuyan de forma equitativa, con el fin de abatir la desigualdad económica y social que asechan al mundo (107).

El nuevo acuerdo mundial entre el norte y el sur celebrado en 2003 en Monterrey México, provee el marco político necesario para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los países ricos representados en la cumbre de Monterrey, denominada "Financiación para el Desarrollo", se comprometieron a eliminar las barreras comerciales y a proveer mayor asistencia y alivio de la deuda más significativo a los países en desarrollo que emprendiesen reformas políticas y económicas profundas. En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible celebrada en Johannesburgo, Sudáfrica, en agosto de 2002 se reafirmó este pacto mundial (107).

En los países en desarrollo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio están demostrando su potencial para reunir una amplia gama de formadores de opinión y encargados de tomar decisiones, tales como funcionarios gubernamentales, parlamentarios, organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos, en apoyo de un programa de desarrollo común. Ahora más que nunca, los dirigentes gubernamentales de África y Asia están poniendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el centro del debate político y los ministros de finanzas los están utilizando para establecer las prioridades en las cuestiones del desarrollo (107).

Para el año 2015 los 191 Estados Miembros se han comprometido a cumplir estos objetivos:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.

Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

2. Lograr la enseñanza primaria universal.

Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015.

4. Reducir la mortalidad infantil.

Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

5. Mejorar la salud materna.

Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH y SIDA.

Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable.

Mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020.

8. Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.

Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Ello incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Ello incluye el acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados, el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza (107).

Atender a las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.

En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.

En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las relativas de la información y de las comunicaciones (107).

Según SEGEPLAN para el año 2005, de acuerdo con organismos internacionales como la ONUSIDA y la OMS, en el país la evolución del VIH y SIDA presenta las características de una enfermedad de rápida pero concentrada expansión. En otras palabras, si se compara con los niveles registrados en 1990, el VIH y SIDA ha aumentado rápidamente, pero incide más en las poblaciones denomina das de alto riesgo (HSH, TCS, uniformados y reclusos).

Sin embargo, el VIH y SIDA muestran un ritmo de crecimiento mayor en la población entre 15 y 49 años que en los grupos de alto riesgo, pues la proporción ha aumentado más de diez veces que el nivel registrado en 1990 (comparado con un crecimiento de seis veces en el caso de las TCS) (81).

B.5.k. Marco legal, político y regulatorio nacional e internacional de VIH y SIDA

El Artículo 42 del Código de Salud, decreto legislativo 90-97, establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, de formular, evaluar y supervisar las acciones dirigidas al control de de las ETS y VIH y SIDA, así como el desarrollo de programas específicos de educación, detección, prevención y control de ellas, por la participación de diversos sectores (13).

Por otro lado el decreto 42-2001, Ley del Desarrollo Social, establece en el Capítulo V, Sección II de la política de desarrollo social y población en materia de salud, Artículo 26, numerales 2 y 4, la obligación de prestar a la población los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de las ITS, VIH y SIDA; con énfasis en la población adolescente (13).

En la Ley de Desarrollo Social (decreto legislativo 42-2001), cuyos objetivos son fortalecer la información integral de ITS, VIH y SIDA e informar y educar a la población para la prevención de ITS y VIH y SIDA, se establecen algunos grupos vulnerables a las ITS Y SIDA, sin embargo no se identifican claramente la vulnerabilidad de ciertos grupos. Por tales motivos la legislación guatemalteca proporciona un marco normativo suficiente para desarrollar una política pública respecto a las ITS, VIH y SIDA (13).

Existen 16 prioridades de salud establecidas por los lineamientos básicos y políticas en salud del 2004 al 2008 del Gobierno de Guatemala, y en el octavo lugar ubican a las ITS, VIH y SIDA e identifican los ciclos de vida del neonato, lactante, niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor para normar su atención (13).

Durante el año 2005 se aprobó la “Política Pública de ITS, VIH y SIDA” (Acuerdo Gubernativo 638-2005), la cual entró en vigencia a partir de su publicación en el Diario Oficial, el 1 de diciembre de 2005. Este documento explica un conjunto de acciones orientadas a la atención integral de estas afecciones, mediante la coordinación de los distintos actores sociales que intervienen y/o son afectados; bajo la responsabilidad del Gobierno de la República. Se realiza con un enfoque multidisciplinario, intersectorial y con pertinencia cultural (172, 102).

Dentro de los compromisos internacionales que ha asumido frente al combate VIH y SIDA están, en primer lugar, el adquirido en las Naciones Unidas (compromiso UNGASS) desde junio de 2001; su propósito es establecer y dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la respuesta al VIH y SIDA a nivel mundial. Además intensificar la acción internacional para la lucha contra la epidemia y movilizar los recursos necesarios. Por otro lado, en la declaración de la Cumbre del Milenio se han formulado ocho objetivos de desarrollo que se pretenden alcanzar en el 2015, se reconoció la infección por el VIH/SIDA como un problema específico que requería atención especial a escala mundial. El sexto objetivo está relacionado con el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Atañe a este objetivo la meta 7 que establece “haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH Y SIDA”. Los indicadores de esta meta se refieren a: Tasa de morbilidad del VIH y SIDA entre mujeres embarazas de edades comprendidas entre 15 y 25 años, tasa de uso de anticonceptivos-condones y número de niños huérfanos por causa de VIH y SIDA. Otras metas en el ámbito de la salud se refieren a la reducción de la mortalidad infantil en 2/4 partes y de mortalidad materna en ¾ partes. Al ser afectados estos grupos por la epidemia no se podrán cumplir dichas metas y más bien se pueden experimentar retrocesos (13).

Como respuesta nacional en el marco institucional, los esfuerzos de atención, vigilancia y prevención sistemáticas respecto a VIH y SIDA, se iniciaron en 1985 con la identificación de los primeros casos de infección. En l990 se crea el Programa Nacional de VIH y SIDA, con el fin de establecer en el país las directrices técnico-normativas desde la sociedad civil, en un esfuerzo coordinado entre las organizaciones no gubernamentales (13).

En 1995 se formaliza la coordinación multisectorial; se conforma la asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, integrado por las ONGs, sectores religiosos, gobierno, cooperación y fuerzas armadas. En 1996 se elabora el primer Plan Estratégico Nacional (PEN) y en l999, a instancias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en colaboración estrecha con la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA, se elaboró un Plan Estratégico Nacional ITS, VIH y SIDA, para el período 1999-2003 (13).

A partir de l997 las clínicas del HGSJDD y Roosevelt y las del IGSS empiezan a brindar tratamiento con antirretrovirales (ARV) (13).

El MSPAS empieza a proveer de medicamentos ARV a partir del año 1998, se incrementa significativamente en las personas que viven con VIH SIDA (PVVS) que acceden tratamiento por medio de la oferta de médicos sin frontera (MSF) (Suiza, Francia y España), esto del año 2000 al 2004 (13).

B.5.k.1. Situación y manejo de los casos VIH y SIDA en Guatemala

Con respecto a la situación y manejo integrado de casos de VIH y SIDA en Guatemala, la atención y tratamiento para las personas viviendo con VIH SIDA, aún está concentrada. En los dos grandes hospitales del país (San Juan de Dios y Roosevelt) se encuentran los servicios más importantes de atención. Fuera de la capital, en el Hospital de Puerto Barrios y Proyecto VIDA en Coatepeque Quetzaltenango, también se ofrece atención médica para infecciones oportunistas y

terapia antirretroviral. Dicha terapia proviene de diversas fuentes, destacando Médicos sin Fronteras, fondo Mundial y Gobierno de la República (13).

Asimismo el Seguro Social guatemalteco también ofrece tratamiento a sus afiliados. Atiende aproximadamente 1,800 personas con terapia antirretroviral, servicio que se concentra en la clínica de infectología en la zona 7 de la ciudad de Guatemala, actualmente con serios problemas de desabastecimiento, terminando en suspensión temporal de terapias y afección grave de salud de los pacientes.

Actualmente se han mejorado significativamente los servicios de laboratorio, orientación apoyo emocional o psicológico, referencias y otros.

No se ha logrado cubrir la totalidad de la demanda nacional, en principio por el factor geográfico y luego por la centralización de los servicios, lo que impide a las personas en condiciones extremas de pobreza se puedan movilizar hacia los centros urbanos donde se provee ayuda médica especializada.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Caracterizar la situación de VIH y SIDA en función de las dimensiones Biológica, Sistema de Atención en Salud, Estilos de Vida y Socioeconómica, con base en información institucional en la República de Guatemala.

4.2. ESPECÍFICOS

Describir:

A. La Dimensión Biológica con base a las subdimensiones: demografía, morbilidad, mortalidad e indicadores de Salud en relación a VIH y SIDA, en cada uno de los departamentos del país.

B. La Dimensión Estilos de Vida con base a las subdimensiones: cultura, recreación, religión, hábitos y costumbres en relación a VIH y SIDA, en cada uno de los departamentos del país.

C. La Dimensión Servicios de Atención a la Salud con base a las subdimensiones: recurso humano dedicado a la salud, infraestructura de servicios y producción

de servicios dedicados a la salud en relación a VIH y SIDA, en cada uno de los departamentos del país.

D. La Dimensión Socioeconómica con base a las subdimensiones: pobreza, organización social, educación, trabajo e inversión en salud en relación a VIH y SIDA, en cada uno de los departamentos del país.

5. DISEÑO DEL ESTUDIO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional Descriptivo Transversal.

5.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Se tomó en cuenta la información proporcionada por el personal del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Economía, Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), Ministerio de Educación, Gobernación departamental, Tribunal Supremo Electoral, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Secretaría contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas (SECATID), Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala, Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, Instituto nacional de Estadística (INE) así como los datos recolectados por los departamentos, dirección de distritos, y áreas de salud de los 22 departamentos de la República de Guatemala.

5.3. POBLACIÓN DE MUESTRA

Por el tipo de estudio que se realizó no se necesitó muestreo, ya que el estudio se realizó con las instituciones citadas anteriormente en la unidad de análisis.

5.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ver anexo 2.

5.5. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO

A. TÉCNICA

La investigación fue bibliográfica y documental, se exploró en fuentes secundarias de información. Estas fuentes corresponden a registros escritos que proceden del contacto con la práctica, pero que ya han sido elegidos y procesados por otros investigadores o producidos por instituciones con fines de generar un registro de información o indicadores.

B. PROCEDIMIENTOS

El trabajo de Seminario de Tesis Grupal en su fase de trabajo de campo abordó los 22 departamentos de Guatemala. En cada departamento, se identificaron las fuentes de información oficial en donde se logró recabar la información. Esta información fue registrada en el primer día del trabajo de campo con el objeto de establecer un cronograma que permitió hacer visitas secuenciales durante las semanas de trabajo de campo. El cronograma abordó el siguiente orden de niveles de búsqueda:

1. Registros estadísticos, tales como memorias de labores departamentales, POA (Plan Operativo Anual del 2006) departamental, informe anual (utilizar la información del sistema gerencial de salud) departamental. Así como la Sala Situacional Municipal y Departamental. Las representaciones departamentales de la Secretaría General de Planificación Nacional –SEGEPLAN- y del Instituto Nacional de Estadística-INE- la Dirección General Departamental de Educación y la Gobernación Departamental.

2. Direcciones de Área de Salud (en algunos de los departamentos existe más de un área de salud).

C. INSTRUMENTO

El instrumento estuvo estructurado de la siguiente manera:

1. Identificación institucional
2. Número correlativo ubicado en el extremo inferior derecho de cada una de las hojas
3. La estructura del instrumento de recolección de datos tuvo las siguientes características: ver anexo 4

D. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de la investigación no comprometió a sujetos humanos de investigación. Los productos que se obtuvieron hicieron referencia a los departamentos de Guatemala en torno al tema de Situación de VIH y SIDA en función de las Dimensiones Biológica, Atención de Salud, Ecológica, Estilos de Vida y Socioeconómica con base a la información institucional en la República de Guatemala, no se expuso información que potencialmente pueda vulnerar, discriminar o generar marginalización social de los habitantes de los departamentos estudiados. La información utilizada fue de carácter público extraída de las fuentes de información oficiales, es decir que la información que se recabó, no se vinculó a datos de carácter confidencial y de la privacidad de los habitantes de los departamentos.

La investigación produjo conocimiento sistematizado con relación a la caracterización de la situación de VIH y SIDA en función de las dimensiones biológica,

sistemas de salud, ecológicas, estilos de vida y socioeconómicas. Esta información permitió la comprensión del fenómeno salud- enfermedad acotada al tema de VIH y SIDA, en un contexto nacional. Derivado de los productos de la investigación se hicieron propuestas orientadas al mejoramiento de la salud en concordancia con las metas del milenio. En donde la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala estuvo orientando sus esfuerzos para contribuir en las acciones de intervención en el sistema de salud. El valor social de esta investigación tuvo bases sólidas que justifican el desarrollo de la misma, así como el compromiso social que la Universidad de San Carlos tuvo de proponer trabajos de investigación en problemas relevantes y priorizados, de acuerdo a criterios epidemiológicos y por su importancia social.

El diseño de este protocolo se inscribió dentro de la modalidad de la investigación bibliográfica y documental, en la cual se utilizaron técnicas que permitieron el registro de datos válidos y confiables, recabados en fuentes de información secundarias oficiales.

La validez científica de esta investigación se apoyó en un método científico que propone principio ético de justicia, evidenciando una problemática que subyace en Guatemala y que a la luz de esta investigación permitiría darle visibilidad ante las instituciones que se ocupan de la atención en salud.

En un análisis de riesgo-beneficio desde la perspectiva ética, los productos de esta investigación fueron positivos y pueden potenciar acciones de prevención, y orientar la formulación de políticas y estrategias para mejorar la condición de salud. No

existió riesgo alguno, para los pobladores de los departamentos, que se derivó de la ejecución de ésta investigación. Dado que se trabajó básicamente con datos públicos no se hizo necesario la aplicación de un consentimiento informado a nivel colectivo. Por la naturaleza del estudio no se trató información sensible que pueda afectar la privacidad y confidencialidad de los pobladores de los departamentos. Se consideró necesario trasladar la información en las jefaturas de área para compartir en un nivel local los productos de esta investigación, para lo cual se propuso una actividad de divulgación de información.

E. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

E.1. ALCANCES

Se logró, al finalizar el estudio, tener una base de datos actualizada en función de las dimensiones Biológica, Sistemas de Salud, Ecológicas, Estilos de vida y Socioeconómicas de la situación del VIH y SIDA con base a la información institucional en cada uno de los 22 departamentos del país.

Se logró la comprensión del fenómeno salud enfermedad acotado al tema de VIH y SIDA en un contexto nacional, y con base a esto, se hicieron propuestas orientadas al mejoramiento de la salud en concordancia con las metas del milenio.

Se logró que la información fuera facilitada en las Jefaturas de Área de Salud para compartir en un nivel local los productos de esta investigación a quien la requiera desde cualquier área del país, sin necesidad de su traslado a nivel central.

La información permitió determinar los avances alcanzados por nuestro país en cuanto a las metas del milenio.

La información que se presentó, puede ser utilizada por cualquier institución, para la toma de decisiones en cuanto a proyectos para el control de VIH y SIDA.

E.2. LIMITACIONES

En las áreas de salud de los departamentos no se contó con todos los datos necesarios para formar los indicadores.

Existió sub-registro de datos y una inadecuada identificación de diagnósticos los cuales son inconclusos y generan confusión.

Existió poca colaboración de las autoridades en algunos departamentos, para proporcionar la información necesaria.

F. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se consideraron dos niveles:

- Se realizó el análisis de la información de cada departamento.
- La información identificada, se analizó con la información contenida en la literatura a nivel Nacional.

Al tener los informes individuales por departamento se consolidó dicha información en un solo informe, el cual se analizó en función de la referencia teórica Mundial, Latinoamericana, Centroamericana y Nacional.

No se utilizó ningún programa de informática para analizar la información recabada.

6. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados de la investigación de Situación de VIH y SIDA en función de las Dimensiones: Biológica, Estilos de Vida, Atención en Salud y Socioeconómica. Puede observarse la información de la República y de cada Departamento en su respectivo informe, así como en el consolidado de presentación de resultados (anexo 2).

Los datos a nivel nacional fueron obtenidos como producto del trabajo de campo realizado en los 22 departamentos. Asimismo se presentarán los resultados específicos de cada departamento.

Luego se analizará la información obtenida, tanto de manera general en la República de Guatemala, como por departamento.

6.1. REPÚBLICA DE GUATEMALA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

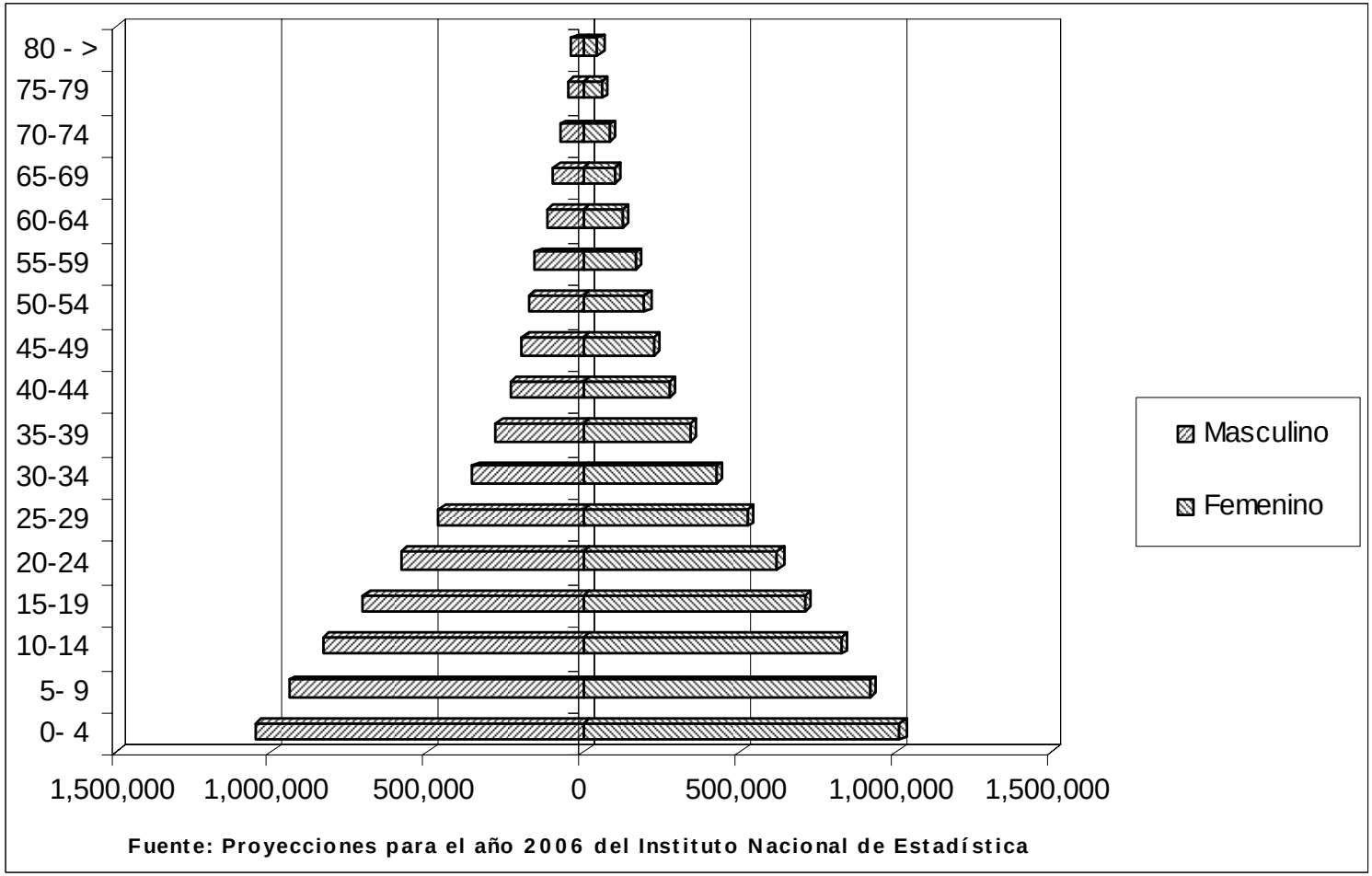
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	1,052,301	1,013,385	2,065,686
5- 9	941,926	917,744	1,859,669
10-14	835,556	824,845	1,660,401
15-19	705,147	711,291	1,416,438
20-24	586,782	621,736	1,208,518
25-29	463,890	522,755	986,645
30-34	354,144	428,154	782,298
35-39	279,876	342,271	622,147
40-44	231,203	277,014	508,217
45-49	195,386	224,547	419,933
50-54	177,358	195,248	372,606
55-59	153,905	166,449	320,354
60-64	118,161	125,231	243,393
65-69	95,839	100,489	196,328
70-74	76,341	83,325	159,666
75-79	52,593	59,560	112,154
80 y más	37,736	46,571	84,307
Total	6,358,143	6,660,616	13,018,759

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	118 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30.36%
Población migrante[1]	1,073,762

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006, [2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH	4		7	1	9	8	32	26	16	19	19	12	34	89	104	150	258	277	95	88	51	33	19	14	8	5	13	7	669	729
SIDA						5	8	8				1	8	16	26	43	154	104	45	37	36	18	12	5	4	3	6	1	299	241

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
No específica	19	12	10	12	8	8	5	9	10	20	36	32	13	28	11	10	3	6	9	4	124	141
Herpes	6	9	6	11	12	9	6	10	10	9	19	26	9	19	9	5	1	2	8	5	86	105
Sx de desgaste							1	2	11	8	34	17	13	6	3	3	6	3	5	4	73	43
Diarrea mayor de 30 días	1			1			1	2	8	6	23	16	2	5	2						37	30
SIDA			1				1	4	5	10	29	24	4	5	5	4	4	2	3	1	52	50
Neumonía		1		1			1		1	4	13	8	3	2	3	2	1	1	3	2	25	21
Tuberculosis									1	2	6	4	4	2	1	1	4	2	5	3	21	14
Candidiasis	1								1	1	10	1	1	3	3	2		2	3	1	19	10
Larva migrans	7	5	5	3	1	2		1	1				1			1					15	12
SDE+DHE										1	1	2	2	2	4	2	5	4			12	11
VIH asintomático		1	1	1				1	1	2	3	6	1								6	11
Trastorno sicótico agudo							1	2			1		3								5	2
Meningitis	1	3								1					1						2	4
Sx de infección aguda por VIH										1	2	1	1								3	2
Flujo vaginal															4						4	
Fiebre de etiología a determinar							1		1		1										3	
Hepatopatía alcohólica											1		1	1							2	1
Desnutrición proteico calórica								1				1										2
Toxoplasmosis cerebral											2										2	
Citomegalovirus									2												2	
Lesiones en piel											2										2	
Neumonía por P. cariño							1	1													1	1
Encefalitis										1												1
Neurológico											1										1	
Onicomicosis											1										1	
Otitis crónica			1																		1	
Secreción uretral															1						1	
Total	35	31	24	29	21	19	18	33	52	66	185	138	58	73	47	30	24	22	36	20	500	461

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH	30	50	65	34	17	5		201
2	SIDA	7	39	16	5	1	1		69

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA		1				1				4	4	1	37	9	8	5	8	2	1	1	1				59	24
Otras	1	2						1	1		2	1	13	6	7	4	3			1			1	1	28	16
Inespecífica		1	2						1	1	3	1	7	4	3	3	2	1				1	1		19	12
Tuberculosis			1						1		3		7	3	2	2	5	1					1		20	6
Neumanía		2		3		1							6	1	3	1	1	1							10	9
Histoplasmosis												1	5				3	1						1	8	3
Diarrea											2	1	5	1									1		8	2
Sx de desgaste												1	4	1	1		1	1							6	3
VIH											1	1	4		1			1							6	2
Síndrome-me de infección aguda por VIH										1		2	1	1			1								2	4
Meningitis											1			2	1	1									2	3
Paro cardiopulmonar			1									1	1	1	1										3	2
Desnutrición proteico calórica	1											1	1		1										3	1
Candidiasis															2						1	1			3	1
Toxoplasmosis	1									1							1								2	1
Criptococosis													1		2										3	
Diarrea crónica													1				1								2	
Bronquitis											1		1												2	
Choque séptico		1											1												1	1
Denme-cia por VIH											1		1												2	
Neumanía por Pneumocistis cariño										1		1														2
Infecciones múltiples													1	1											1	1
Herpes zoster ocular									1																1	
DLA+ DHE		1																								1
Absceso pancreá-tico														1												1
Total	3	8	4	3		2		1	4	8	18	12	97	31	32	16	26	8	1	2	2	2	4	2	191	95

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas o en puerperio, debido a que no se reportaron casos en las Áreas de Salud de la República de Guatemala en el año 2006.

Tabla 7
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Sin diagnóstico específico/desconocida		3		50	3
2	Neumonía		2		33.33	2
3	Paro cardiopulmonar	1		33.33		1
4	SIDA		1		16.67	1
5	Toxoplasmosis	1		33.33		1
6	Ascitis	1		33.33		1
Total		3	6	100	100	9

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

Tabla 8
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 – 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	SIDA	1	1	20	20	2
2	Bronconeumonía	1	1	20	20	2
3	Diarrea líquida aguda		1		20	1
4	Desnutrición severa	1		20		1
5	Neumonía		1		20	1
6	Sepsis		1		20	1
7	Tuberculosis pulmonar	1		20		1
8	Desconocido	1		20		1
Total		5	5	100	100	10

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 9
Indicadores de salud-enfermedad de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.20 x 100,000 hab.
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	2.89 x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	1:1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 10
Distribución de la población según grupo étnico de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	7,137,914	54.85
Indígena	5,875,845	45.15
Total	13,018,759	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla11
Idiomas hablados en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiché	X	
Kaqchiquel	X	
Tzutuhil	X	
Mam	X	
Keqchí	X	
Pocomam	X	
Pocomchí	X	
Achí	X	
Chuj	X	
Chortí	X	
Xinca	X	
Garífuna	X	
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 12
Templos y altares religiosos de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	827	9.11
Templos no católicos[2]	7,327	80.75
Altares para ritos mayas[3]	920	10.14
Total	9,074	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 13
Casos de consumo de drogas reportados en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	2,004	97.23	57	2.77	2,061
Tabaquismo	366	81.15	85	18.85	451
Drogas ilícitas	92	77.31	27	22.69	119
Total	2,462	79.65	629	20.35	3,091

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 14
Lugares dedicados al comercio sexual en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	894	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

Tabla 15
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	7,437	6.67
Masculino	532	93.33
Total	7,969	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

Tabla 16
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	32,502	56.98
Masculino	23,742	45.12
Total	56,244	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 17
Recurso humano dedicado a la salud en la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	1,372	1 médico por 9,489 habitantes
Enfermeras	724	1 enfermera por 17,982 habitantes
Auxiliares de enfermería	4,104	1 aux. de enfermería por 3,172 habitantes
Técnicos en salud rural	527	1 téc. en salud rural por 24,704 habitantes
Laboratoristas	368	1 laboratorista por 35,377 habitantes
Odontólogos	99	1 odontólogo por 131,503 habitantes
Psicólogos	37	1 psicólogo por 351,858 habitantes
Trabajadores sociales	110	1 trabajador social por 118,352 habitantes
Promotores de salud	20,480	1 promotor de salud por 636 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 18
Infraestructura de servicios de salud de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	34
Hospitales distritales[1]	5
Hospitales especializados[1]	7
Centros de salud tipo A[1]	43
Centros de salud tipo B[1]	242
Puestos de salud[1]	1,002
Unidades mínimas[1]	627
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	1,965
Clínicas del IGSS[2]	137
Clínicas privadas[1]	1,713
Clínicas comunitarias[1]	2,841
Centros de diagnóstico[1]	228
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	51

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 19
Indicadores de pobreza y desarrollo de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	56.2%
Pobreza extrema	16.0%
Índice de desarrollo humano	0.663

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 20
Organización política y social de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	362
COCODES[2]	7,020
COMUDES[2]	838

Fuente: [1]Delegaciones Departamentales, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernaciones Departamentales, año 2006

4.3) Educación

Tabla 21
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	9,413	2,340	11,753
Primaria[1]	13,529	2,431	15,960
Básicos[1]	1369	2,771	4,140
Diversificado[1]	267	1,928	2,195
Superior[2]	798	215	1,013
Total	25,376	9,685	35,061

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Direcciones Departamentales, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 22
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	325,234	110,710	435,944
Primaria[1]	1,853,277	373,600	2,226,877
Básicos[1]	158,552	245,731	404,283
Diversificado[1]	58,421	188,954	247,375
Superior[2]	106,692	54,762	161,454
Total	2,502,176	973,757	3,475,933

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Direcciones Departamentales, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 23
Número de maestros según nivel educativo y sector
de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	16,195	6,727	22,922
Primaria[1]	59,684	14,842	74,526
Básicos[1]	10,357	19,287	29,644
Diversificado[1]	4,316	16,382	20,698
Superior[2]	6,034	6,659	12,693
Total	96,586	63,897	160,483

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Direcciones Departamentales, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 24
Alfabetismo en la población de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	5,481,203	74.96
Analfabeta	1,830,589	25.04
Total mayores de 15 años	7,311,792	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 25
Indicadores de trabajo de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	53.82%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, comercio, industria
Productos agrícolas principales[3]	Café, maíz, frijol
Productos artesanales principales[3]	Tejidos, cerámica
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q. 2,326.19
Población económicamente activa[2]	69.85%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis de la República de Guatemala, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 26
Presupuesto para inversión en salud de la República de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q491,293,744.83
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q812,079.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

DISCUSION DE RESULTADOS DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en la República de Guatemala a través de la integración de los datos obtenidos en cada uno de los departamentos y de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, esta incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de la República de Guatemala para el año 2006 (tabla 1) es de 13, 018,759 habitantes con predominio del sexo femenino (51.16%). La mayoría de sus pobladores (81.4%) son gente joven, menores de 39 años (tabla 1), esto se confirma en la forma de pirámide poblacional la cual es de tipo expansivo característica de un país en vía de desarrollo (gráfica 1). La densidad demográfica es de 118 habitantes por Km2 (tabla 2), esta es menor que en la mayoría de departamentos del país. Dadas las características de la población guatemalteca se considera como un grupo vulnerable y con riesgo de contraer la infección del VIH, según el libro “Exclusión Social y VIH y SIDA Guatemala”, 83.2% de casos reportados de VIH y SIDA en el país se presentan en gente joven, es decir, dentro del grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otro indicador demográfico importante es la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA y porque sus características y variaciones a través del tiempo brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Guatemala la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 30.36 % (tabla 2). De los 9,743 casos de VIH y SIDA reportados en Guatemala para el año 2006 por la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología, un total de 2,880 son mujeres y de éstas 82% se encuentran en edad fértil. Lo anterior señala al grupo de mujeres en edad fértil como un grupo de riesgo para la transmisión del VIH a través de la vía vertical y a través de relaciones sexuales con sus parejas (26).

El número de *migrantes* en Guatemala para el año 2006 es de 1, 073,762 (tabla 2), este dato representa 8% del total de la población y es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección del VIH dentro de este grupo y al regresar a su lugar de origen pueden transmitir la enfermedad, siendo más difícil para los servicios de salud el seguimiento de estas personas ya que se movilizan constantemente. En cuanto a la proporción de migrantes infectados con el virus del VIH, no se tienen datos de la misma, pero se considera que los camioneros son un grupo migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos ubicados dentro de la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal, pasa por la ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán (13). En los departamentos fronterizos con otros países como:

Petén, Quiché, San Marcos, Izabal, Jalapa y Jutiapa se facilita el movimiento de personas y consecuentemente la transmisión del VIH, dato que puede confirmarse al existir en ellos las prevalencias más altas de VIH y SIDA en todo el país; también se incluyen Escuintla y Suchitepéquez que no son fronterizos pero si parte de la ruta comercial antes citada.

En cuanto a la *morbilidad* de VIH y SIDA en el país, según los datos obtenidos en el estudio, los casos reportados por las Áreas de Salud de los departamentos de la República de Guatemala señalan la existencia de 1,398 casos de VIH de los cuales el 47.8% pertenecen al sexo masculino y 52.2% al sexo femenino (tabla 3) (gráfica 34 y 35). Asimismo, se reportaron 540 casos de SIDA, de los cuales 55.3% corresponde al sexo masculino y el resto, 44.7% al sexo femenino (tabla 3). Según estos reportes la tasa de morbilidad por VIH y SIDA es de 14.8 casos por 100,000 habitantes para el año 2006.

A nivel nacional se puede mencionar que solo se cuenta con el registro de los casos acumulados los cuales reportaron del año 1986 al 2006, la existencia 9,743 personas infectadas siendo la proporción de personas de sexo masculino 70.32% y 29.68% femenino. Esto es relevante ya que la infección por VIH y SIDA no es exclusiva de los hombres, la epidemia paulatinamente se ha ido feminizando por lo que los programas de prevención de la misma deben de ser redirigidos según los grupos poblacionales que actualmente se ven más afectados (88).

En cuanto a casos de VIH y SIDA en mujeres embarazadas o en puerperio, fueron reportados para el año 2006: 201 casos de VIH y 69 casos de SIDA (tabla 5). La

detección temprana de casos de VIH y SIDA en este grupo poblacional es prioritaria en el sector salud para la prevención de la transmisión vertical del virus. Estas mujeres deben ser ingresadas a un programa de tratamiento antirretroviral y de control prenatal, así como de educación en salud respecto a la infección para lograr reducir la posibilidad de transmisión del virus a sus hijos.

Durante el año 2006 fueron reportados 961 casos atendidos por enfermedades asociadas al SIDA, de estos el Herpes fue la causa asociada con mayor frecuencia (20% de los casos), seguida por el Síndrome de Desgaste (12%) y la Diarrea Crónica en la tercera posición (7%), menos frecuentes los problemas respiratorios como la Neumonía y la Tuberculosis, no se cuenta con datos de agentes causales específicos de estas enfermedades (tabla 4). Las enfermedades oportunistas disminuyen la calidad de vida de las personas que viven con VIH y SIDA; la detección temprana y la terapéutica específica y acertada de las mismas disminuyen la morbi-mortalidad por esta infección y reducen los costos empleados para el tratamiento de estas personas pudiendo ser mejor utilizados en la prevención y educación en salud sobre la infección.

En cuanto a la *mortalidad* por SIDA, durante el año 2006 fueron reportadas 286 muertes por esta enfermedad (tabla 5), esto refleja una tasa de mortalidad específica por SIDA de 2.2 muertes por cada 100,000 habitantes (tabla 8). Además, se reportaron 10 muertes en menores de 1 año (tabla 6) y 10 muertes en niños de 1 a 4 años (tabla 7). La tasa de mortalidad infantil es de 2.89 muertes por cada 100,000 (tabla 8).

La *razón de masculinidad* de pacientes infectados por VIH reportada a nivel nacional es de 1:1 hombre/mujer. La epidemia ha infectado a mayor número de mujeres con el

tiempo, a sus inicios en Guatemala, la razón de masculinidad era de 8:1 hombre/mujer. El aumento de casos en mujeres puede deberse a una mayor identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno infantil, a quiénes como parte de su control prenatal se les realiza la prueba de VIH.

El VIH y SIDA no es una enfermedad exclusiva de hombres, ante esto, los servicios de salud tienen el reto de evitar la enfermedad en las mujeres para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH así como las formas de prevención de la misma, considerando las acciones de promoción de salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (26,101).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos generados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individuales y colectivas.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas determinan el mayor o menor riesgo de los distintos grupos poblacionales respecto a enfermedades como VIH, de acuerdo a las conductas implícitas por cada etnia. En Guatemala 54.8% de sus habitantes son no indígenas y 45.2% son indígenas (tabla 10). En lo que respecta a la infección por VIH y SIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta una mayor proporción de casos entre

la población no indígena. Los factores culturales intervienen en el riesgo de la infección por VIH debido a que los dos grupos poblacionales tienen prácticas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes. Por razones de cultura y barreras del idioma, parte de la población indígena en Guatemala no consulta a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos en este grupo, además que no existen programas multiculturales de prevención.

Los Templos religiosos y altares mayas en Guatemala se distribuyen así: el 9% de los templos son católicos, 81% son no católicos y 10% son altares para ritos mayas (tabla 12).

Los *Hábitos de consumo de alcohol y Sustancias ilícitas* en la República de Guatemala, según las diferentes Áreas de Salud se reportaron 3,091 personas que consultaron a los servicios de salud durante el año 2006 por consumo de algún tipo de droga, esto representa 0.1% de la población guatemalteca (tabla 13). La detección de estos casos es deficiente en la mayoría de los servicios de salud en el país, ya que se incluyen dentro de este dato sólo a las personas que consultaron por consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas y no se realizan detecciones fuera de los servicios así como de manera aleatoria. La identificación de casos de consumidores de drogas intravenosas es de vital importancia para la prevención de la transmisión del VIH.

El *comercio sexual* dentro de una sociedad es importante para la propagación del VIH y SIDA, siendo las relaciones sexuales la principal vía de transmisión de esta infección. Según datos proporcionados por las distintas Áreas de Salud existen 894 lugares en toda la república dedicados al comercio sexual y 7,969 personas que se dedican a dicha actividad. Aunque no son reportados todos los lugares y personas dedicadas al

comercio sexual, con los datos obtenidos se puede inferir que son muchas las personas que se encuentran en riesgo de adquirir el VIH a través de relaciones sexuales no seguras. La difusión de los métodos de barrera para la prevención del VIH y las consecuencias que se derivan de adquirir esta infección deben ser difundidas como parte de todos los programas de educación en salud para reducir la morbi-mortalidad por esta enfermedad, logrando disminuir y detener la propagación, objetivo de las metas del milenio acordadas para el año 2015.

Según los departamentos de salud reproductiva de las Áreas de Salud de Guatemala para el año 2006, 56,244 personas fueron incluidas en el programa de *profilaxis sexual* con preservativo, este dato representa 0.7% de la población en edad fértil que utiliza el preservativo ya sea como medida anticonceptiva o de prevención contra las enfermedades de transmisión sexual. Este dato es preocupante, ya que si se considera que este es un pequeño porcentaje de la población usa adecuadamente el preservativo, deja a 99.3% de la población en alto riesgo de la adquisición del virus.

Es importante la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) contempla el programa de profilaxis sexual dirigido a trabajadores del sexo en el país con el fin de prevenir el avance de enfermedades como el VIH y SIDA, este programa debe ser difundido con mayor esfuerzo e incluir no sólo a trabajadores del sexo sino que a toda persona en edad fértil.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

La disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios son parte de esta dimensión.

En cuanto al *Personal dedicado a la salud* en la República de Guatemala existen reportados por las áreas de salud 1,372 médicos esto permite que haya 1 médico por cada 9,489 habitantes, el MSPAS tiene contratados 1,670 médicos por lo que difiere con los datos recabados. Según la Organización Panamericana de la Salud -OPS- el estándar de atención médica debe ser de 14 médicos por 10,000 habitantes, esta comparación indica que existe una cantidad de médicos insuficiente para cubrir las necesidades de salud en Guatemala, aunque cabe mencionar que la interpretación de este indicador se ve influenciado por la distribución de la población y la extensión territorial, donde se realice el análisis.

En cuanto al número de enfermeras graduadas es de 724, esto representa 1 enfermera por cada 17,982 habitantes, un número bajo de enfermeras para los habitantes ya que según la OPS el estándar es de 3 enfermeras por cada 10,000 habitantes. El número de auxiliares de enfermería es 1 auxiliar por 3,172 habitantes, esto representa un estándar por debajo del establecido que es de 5 por cada 10,000 habitantes.

A nivel nacional existen 20,480 promotores de salud lo cual indica la existencia de 1 promotor por cada 636 habitantes. Según el estándar debe de haber 1 promotor por cada 1,200 habitantes, en Guatemala si se cumple con este estándar. Los promotores

constituyen un recurso humano valioso, particularmente porque se desempeñan en el primer nivel de atención y cubre una proporción importante de la población, por lo que debe considerarse su capacitación para que estos puedan desarrollar acciones de prevención del VIH y SIDA en las comunidades.

Asimismo se cuenta con el siguiente personal en salud: 527 Técnicos en salud rural (1 técnico por cada 247,041), 368 laboratoristas (1 laboratorista por cada 35,377), 99 odontólogos (1 odontólogo por cada 131,503), 37 psicólogos (1 psicólogo por cada 351,858), 110 trabajadores sociales (1 trabajador social por cada 118,352). El abordaje integral del VIH y SIDA necesita del personal descrito anteriormente, los psicólogos y trabajadores sociales son de vital importancia para manejo de los problemas emocionales y socioeconómicos que enfrentan estos pacientes al obtener un resultado positivo para la prueba de VIH, sin embargo, la cantidad de este tipo de personal es insuficiente.

Existen deficiencias en los recursos humanos del sistema de atención en términos generales, y en particular con los recursos que se requieren para poder realizar acciones relacionadas con la atención y prevención de pacientes con VIH SIDA, además de existir insuficientes recursos humanos en los servicios, estos tienen diversas funciones como parte de los programas de atención que tienen bajo su responsabilidad, lo cual tiene repercusiones negativas para el adecuada identificación, manejo, tratamiento y seguimiento de los pacientes con VIH y SIDA.

En lo que respecta a *Infraestructura de Servicios* a nivel nacional, el MSPAS es el principal proveedor de servicios de salud para la población en general. Ésta entidad

cuenta con 34 hospitales departamentales, 5 distritales, 34 regionales y 7 especializados. Además, 43 centros de salud tipo A, 242 centros de salud tipo B, 1,002 puestos de salud, 627 unidades mínimas y 1,965 centros de convergencia. La mayoría de servicios de salud son prestados a través de centros y puestos de salud por lo que es importante que se realice la promoción y prevención del VIH a través de estas entidades y que se brinde la educación sexual necesaria para reducir las conductas de riesgo para la adquisición del VIH. Es evidente la falta de infraestructura para los habitantes de la República de Guatemala, ya que la atención para el paciente VIH se encuentra centralizada en el nivel metropolitano, por lo que es necesario la descentralización suministrando a los departamentos con centros que brinden diagnóstico y tratamiento a las personas con VIH.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados de las empresas privadas, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, Guatemala cuenta con 137 clínicas del IGSS de las cuales solo en las ubicadas a nivel central (en la ciudad de Guatemala) se brinda tratamiento antirretroviral a pacientes con VIH y SIDA. Esta centralización de los recursos disminuye el alcance del programa en contra del VIH y SIDA y disminuye la calidad de vida de las personas que viven con VIH y SIDA fuera de la ciudad capital. El sector privado presta servicios de salud a la población financiados mediante el pago directo del usuario. En Guatemala existen reportadas 1,713 clínicas privadas y 228 centros de diagnóstico, de estos la mayoría se encuentran ubicados a nivel central lo que disminuye la atención en salud fuera de la ciudad capital.

El sector privado no lucrativo está integrado por *organizaciones no gubernamentales* (ONG´s), en Guatemala existen reportadas 51 organizaciones no gubernamentales las cuales colaboran con la prevención del VIH y SIDA a través de sus diferentes programas de prevención en contra de enfermedades de transmisión sexual.

En la República de Guatemala los recursos humanos e infraestructura dedicada la salud tanto por parte del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social como del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se concentra en la región metropolitana. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas enfocadas a VIH y SIDA en los hospitales en el área rural, provoca un gran déficit en la capacidad resolutiva a nivel ambulatorio rural y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y dirigido hacia la atención médica curativa y preventiva (71).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Con respecto a la *Pobreza* según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza y el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este rango 56.20% de la

población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q. 1,911 o menos, incluyéndose 16% de la población dentro de este rango.

Esta situación de pobreza es importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más devastadores entre los pobres, los cuales carecen de recursos económicos y menor apoyo social que aunado a niveles educativos bajos los hace más vulnerables a no tener información sobre métodos de prevención en contra del VIH y tratamiento de la enfermedad. La pobreza además, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas de otras enfermedades como las de transmisión sexual. La nutrición deficiente asociada al VIH disminuye la calidad de vida y el período de ventana para la presentación del SIDA, esto aumenta la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El Índice de Desarrollo Humano de la República de Guatemala es de 0.663, esto lo coloca como país de Desarrollo Humano Medio. El IDH de Guatemala es similar al de El Salvador, Honduras y Bolivia. En Guatemala hay mayor ingreso per cápita, pero menor desarrollo social (166).

Con respecto a la *Organización Social y Política* en Guatemala existen 32 partidos políticos inscritos en los diferentes departamentos. Existen además 7,020 Comités Comunitarios de Desarrollo (COCODES) y 838 Consejos Municipales de Desarrollo

(COMUDES). Según el Ministerio de Gobernación debe haber 1 COMUDE por cada 22 COCODES, con los datos antes mencionados, en Guatemala existe 1 COMUDE por cada 8 COCODES. Estas organizaciones representan a las comunidades en los diferentes departamentos por lo que es necesario que como autoridades, tengan el conocimiento sobre la magnitud de problema del VIH y SIDA y en qué forma se puede prevenir su avance, priorizando a la enfermedad y formulando conjuntamente proyectos para la educación en salud de los habitantes para apoyar una respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como es el caso de los sectores educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del país, logrando la disminución de la epidemia, acercándonos a los objetivos de las metas del milenio.

Con respecto a la *educación* en la República de Guatemala la proporción de alfabetas reportada para el año 2006 fue de 74.9% (25.1% de analfabetas), dicha información es importante ya que un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo se previene, asimismo, la información no es dirigida adecuadamente según los distintos niveles académicos disminuyendo la compresión que pueda obtenerse del mensaje que se quiere transmitir. Es importante tomar en cuenta el nivel educativo y el idioma hablado por las personas a las que se dirigen los programas de educación en salud, para que estos tengan pertinencia social y cultural.

La República de Guatemala cuenta con 35,061 establecimientos dedicados a la educación (sector privado y público). Para cumplir con los objetivos del milenio es necesario hacer uso de todos los recursos disponibles, dichos establecimientos

educativos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades de transmisión sexual como es el VIH y SIDA.

Asimismo para el año 2006 se reportaron 3, 475,933 estudiantes inscritos (sector público y privado), esto representa 26.7% del total de la población (más de cuarto del total de la población), esta es una población cautiva a la cual se deben dirigir programas de educación sexual y de información sobre enfermedades de transmisión sexual como el VIH y SIDA, desarrollando de actividades de prevención y con ello contribuir a la disminución de la propagación de esta epidemia.

El Ministerio de Educación reportó para el año 2006, que el sistema educativo nacional cuenta con 160,483 maestros (sector público y privado), siendo este personal el encargado de la educación de la población guatemalteca constituyen un recurso humano valioso que debe aprovecharse para la promoción de actividades relacionadas con salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH y SIDA.

Con respecto al *trabajo,* la tasa de empleo a nivel nacional es de 53.82 %, esta tasa indica que cerca de la mitad de la población económicamente activa no se encontraba laborando durante el año 2006, esta tasa de empleo tan baja refleja un desarrollo económico y social bajo ya que disminuye la productividad del país.

El ingreso promedio mensual reportado por persona para el año 2006 fue de Q.2, 326.19, un poco más alto para los departamentos que se encuentran localizados en la región central y un poco más bajo para los departamentos de la zona occidental.

La población económicamente activa (PEA) constituye 69.8% de la población guatemalteca. De los 9,743 casos de VIH y SIDA reportados, 94% pertenecen a esta población. Esta relación es importante ya que la mayoría de la población guatemalteca se encuentra en riesgo de adquirir la infección. La extensión de esta epidemia dentro de la PEA repercute en el desarrollo socioeconómico del país, ya que la fuerza de trabajo se pierde debido a la mortalidad e incapacidad que produce esta enfermedad. Esto genera mayor pobreza en el país y menor acceso a la información sobre enfermedades de transmisión sexual constituyéndose en un círculo vicioso de retraso económico.

Las actividades económicas principales son la agricultura, comercio y la industria. Los productos agrícolas principales son el maíz, frijol y el café. Los productos artesanales principales son la cerámica y los textiles.

Inversión dedicada a Salud: El presupuesto nacional de la nación (Q.37,703,952,843) 1.30% se asigna a las distintas áreas de salud (Q.491,293,744.83). Solamente 8 departamentos del total de 22 en Guatemala designan un porcentaje de su presupuesto al programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH-SIDA, estos son Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Progreso, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Retalhuleu y Totonicapán. Esta situación es importante porque en la asignación presupuestaria esta centralizada y solo una pequeña proporción del gasto total se asigna a las áreas de salud.

En Guatemala, el presupuesto para la compra de medicamentos y suministros dedicados a VIH y SIDA se ha incrementado, sin embargo, todavía hay brechas financieras que se cierran parcialmente a través de las ONG, tales como Médicos Sin Fronteras que

contribuyen con ayuda no reembolsable para adquirir medicamentos, también se recibe apoyo del Fondo Rotatorio de la OPS como intermediarios de las compras financiadas con recursos propios. El principal donante externo, USAID, ha aumentado el financiamiento para actividades regionales y programas nacionales específicos, con un nivel planificado que llegó casi a los 17 millones de dólares en 2004 (13, 14, 153).

La inversión que se hace en el país para VIH y SIDA depende de la cooperación financiera externa, esto tiene implicaciones negativas para enfrentar la enfermedad en el país porque seguimos dependiendo fuentes externas de financiamiento, por lo que es importante que las autoridades sanitarias y de gobierno aumenten el financiamiento que se destina para enfrentar esta enfermedad y que se focalice prioriritariamente la asignación presupuestaria en las distintas Áreas de Salud de todos los departamentos donde la prevalencia de la enfermedad es mas alta, ya que la enfermedad esta presente en todo país, finalmente es importante destacar que si las autoridades sanitarias deberán hacer esfuerzos para aumentar los recursos financieros de manera progresiva y sostenida, de no tomarse acciones en este sentido no será posible cumplir con los compromisos establecidos a nivel de país en cuanto al alcance de las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.2. DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

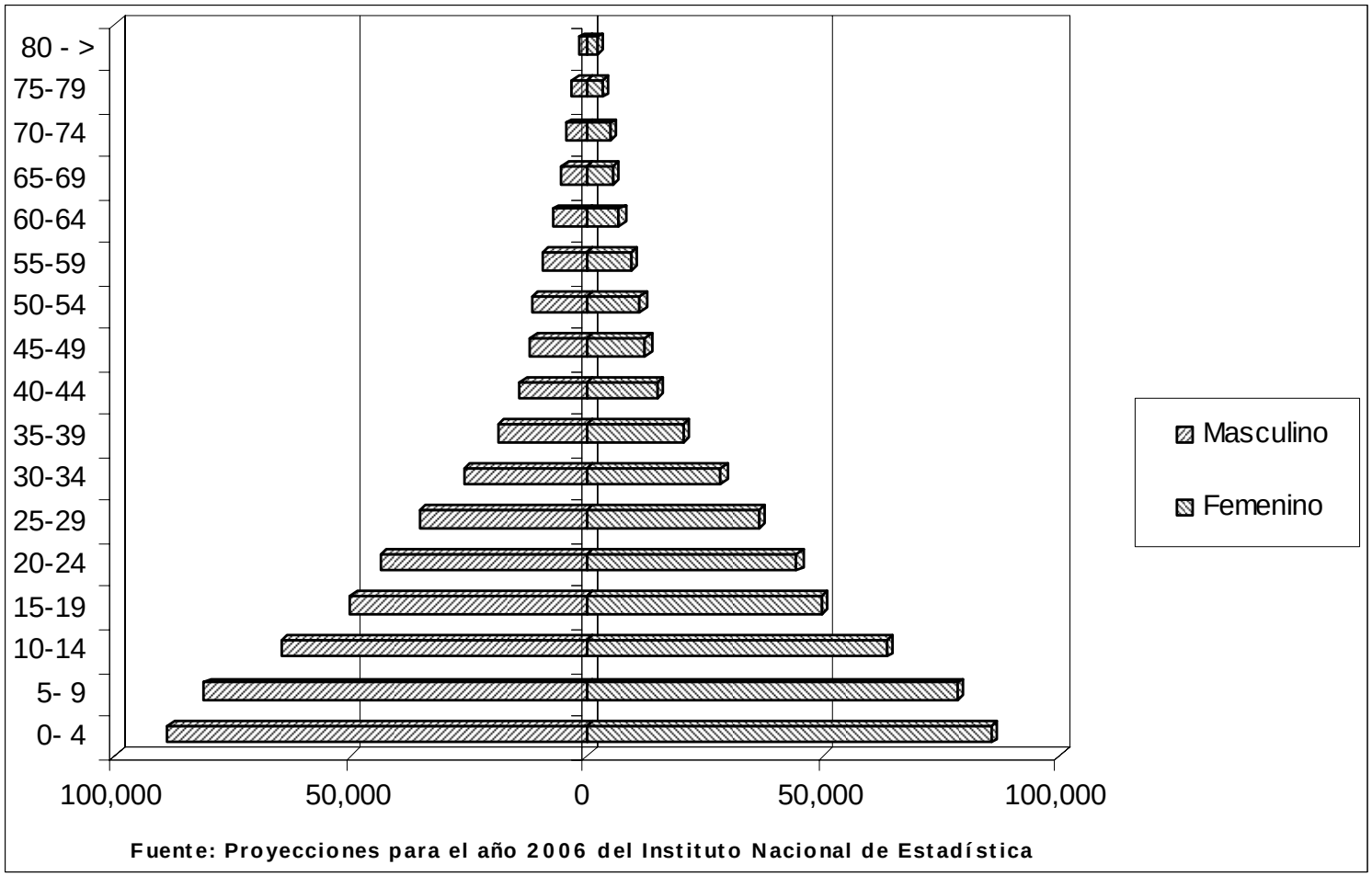
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	88,584	85,400	173,983
5- 9	80,839	78,382	159,221
10-14	64,419	63,437	127,856
15-19	49,913	49,870	99,783
20-24	43,519	44,464	87,983
25-29	35,128	36,583	71,711
30-34	25,996	28,377	54,373
35-39	18,571	20,284	38,855
40-44	14,080	14,879	28,959
45-49	11,798	12,414	24,212
50-54	11,578	11,248	22,826
55-59	9,411	9,516	18,927
60-64	7,109	6,877	13,986
65-69	5,258	5,432	10,690
70-74	4,491	4,848	9,339
75-79	3,006	3,394	6,399
80 y más	1,794	2,305	4,099
Total	475,494	477,709	953,203

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	100 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	28.35%
Población migrante[2]	37,425

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Alta Verapaz, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH							1							1	2	8	3	8	1										7	17
SIDA						1	2	1					1	1	2	7	12	9	1	2	1	1		1					19	23

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tuberculosis										1	1	3	1								2	4
Candidiasis	1									1	2										3	1
Diarrea crónica	1			1			1	1		3	3	4		1							5	10
Neumonía				1						1	2	4						1			2	7
Herpes									1		3										4	0
Sx de desgaste crónico									1		2	1		1	1	1					4	3
Total	2			2			1	1	2	6	13	12	1	2	1	1					20	25

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH		1	1					2
2	SIDA		1						1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sx de des-gaste																	1								1	
Tuberculosis														1												1
Diarrea											1			1											1	1
Total											1			2			1								2	2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Alta Verapaz en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 7
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.42 x 100,000 hab.
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	1:2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 8
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	66,724	7
Indígena	886,479	93
Total	953,203	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 9
Idiomas hablados en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiché		X
Kaqchiquel		X
Tzutuhil		X
Mam		X
Keqchí	X	
Pocomam		X
Pocomchí	X	
Achí	X	
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 10
Templos y altares religiosos del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	19	6.83
Templos no católicos[2]	183	65.83
Altares para ritos mayas[3]	76	27.34
Total	278	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 11
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	48	79	13	21	61
Tabaquismo	35	78	10	22	45
Drogas ilícitas	3	75	1	25	4
Total	86	78	24	22	110

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Alta Verapaz,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 12
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	22	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

Tabla 13
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	116	100
Masculino		
Total	116	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

Tabla 14
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	116	100
Masculino		
Total	116	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Alta Verapaz, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 15
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	42	1 médico por 22,695 habitantes
Enfermeras	21	1 enfermera por 45,391 habitantes
Auxiliares de enfermería	188	1 aux. de enfermería por 5,070 habitantes
Técnicos en salud rural	26	1 téc. en salud rural por 36,662 habitantes
Laboratoristas	28	1 laboratorista por 34,043 habitantes
Odontólogos	9	1 odontólogo por 105,911 habitantes
Psicólogos	4	1 psicólogo por 238,301 habitantes
Trabajadores sociales	6	1 trabajador social por 158,867 habitantes
Promotores de salud	4,395	1 promotor de salud por 217 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Alta Verapaz, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 16
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	2
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	5
Centros de salud tipo B[1]	11
Puestos de salud[1]	33
Unidades mínimas[1]	8
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	625
Clínicas del IGSS[2]	12
Clínicas privadas[1]	80
Clínicas comunitarias[1]	339
Centros de diagnóstico[1]	6
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	6

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Alta Verapaz, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Asociación Nuevo Amanecer, ASIES, ASDENA, AFECSA, ADEPAC, ASOEDESRI

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 17
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	84.1%
Pobreza extrema	41.2%
Índice de desarrollo humano	0.514

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 18
Organización política y social del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	15
COCODES[2]	1,363
COMUDES[2]	16

Fuente: [1]Delegación Departamental de Alta Verapaz, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de Alta Verapaz, año 2006

4.3) Educación

Tabla 19
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	900	43	943
Primaria[1]	1,710	55	1,765
Básicos[1]	48	61	109
Diversificado[1]	9	58	67
Superior[2]			
Total	2,667	217	2,884

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Alta Verapaz, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	22,436	1,514	23,950
Primaria[1]	162,743	5,643	168,386
Básicos[1]	5,780	9,836	15,616
Diversificado[1]	2,223	6,739	8,962
Superior[2]			
Total	193,182	23,732	216,914

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Alta Verapaz, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,094	90	1,184
Primaria[1]	4,197	259	4,456
Básicos[1]	557	408	965
Diversificado[1]	106	501	607
Superior[2]			
Total	5,954	1,258	7,212

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Alta Verapaz, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 22
Alfabetismo en la población del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	53,461	58,02
Analfabeta	38,681	41.98
Total mayores de 15 años	92,142	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Alta Verapaz, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 23
Indicadores de trabajo del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	87.77%
Actividad económica principal[2]	Empresa portuaria, fincas agrícolas, pesca, hoteles y restaurantes
Productos agrícolas principales[3]	Cardamomo, maíz, café
Productos artesanales principales[3]	Textiles
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,350.00
Población económicamente activa[2]	65.04%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Alta Verapaz, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 24
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Alta Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q76,440,150.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q20,564.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Alta Verapaz, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Alta Verapaz de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: Alta Verapaz tiene una población total de 953,203, 49.9% son de sexo masculino y el resto de sexo femenino, (tabla 1), su pirámide poblacional es de base ancha (gráfica 1), esto significa que la mayoría de sus pobladores son jóvenes, característico de los países en desarrollo. La *Densidad Demográfica* en Alta Verapaz es de 100 habitantes por Km2 (tabla 2), esta concentración de habitantes es menor que la presentada a nivel nacional que es de 118 habitantes por Km2, esto demuestra que hay menor cantidad de población en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH y SIDA, y que siendo una menor concentración de personas por territorio determinado hay mayor acceso de estas a los servicios de salud ya que es menor la cantidad de gente a la que se le prestan dichos servicios. Según el libro"Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala: Cuadernos de Desarrollo Humano de

Guatemala: Sistema de Naciones Unidas", A nivel nacional 83.2% de los casos reportados se incluyen entre los 20-39 años, es decir, la mayoría es gente joven por lo que los programas de prevención y detección de casos de VIH y SIDA tienen que ser dirigidos a este grupo de edad.

Otros indicadores demográficos importantes son la proporción de mujeres en edad fértil y número de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindar información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Alta Verapaz la proporción *de Mujeres en Edad Fértil* es de 28.35% (tabla 2), este grupo es relevante por la importancia de la transmisión vertical del VIH en los últimos años; según la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología (26) para el año 2006, se reportaron un total de "9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil". Los programas de prevención de esta epidemia en mujeres entre los 10 y los 49 años deben de ser reforzados, ya que, no sólo se infectan las madres sino que también el virus puede ser transmitido a los no nacidos.

El número total de migrantes del departamento de Alta Verapaz reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye 4% de la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera

pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasa por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán.

La *morbilidad por VIH y SIDA* en Alta Verapaz según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 24 casos de VIH (7 de sexo masculino y 17 de sexo femenino) y 42 casos de SIDA (19 de sexo masculino y 23 de sexo femenino) lo que indica una tasa de 6.92 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (86,101).

Sobre las enfermedades oportunistas que con mayor frecuencia se asocian a los pacientes con SIDA se reportan infecciones respiratorias como las más frecuentes (tabla 4), la neumonía constituye la mayoría de los casos (reportados 9) y la tuberculosis la segunda enfermedad respiratoria más frecuente (6 casos), esto es similar a lo reportado a nivel nacional lo cual señala a la neumonía por pneumocystis jerovecki (anteriormente conocido como pneumocystis carinni), así como a las causadas por mycobacterias, histoplama capsulatum y coccidiodes responsables de la mayor cantidad de casos de infección del sistema respiratorio, sin embargo en el caso

del departamento no se cuenta con información sobre el agente causal de los casos de neumonía que se asocian a los casos de SIDA (142).

Se investigó también el reporte de casos de VIH y SIDA en mujeres embarazadas o en puerperio habiéndose reportado 2 casos de VIH y 1 de SIDA en el departamento de Alta Verapaz (tabla 5). La prevención de esta enfermedad es importante para la salud materno infantil. No se cuenta con un programa en salud que incluya a estas mujeres y las pueda orientar no sólo por padecer la enfermedad sino para reducir la probabilidad de transmisión vertical.

En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA en el departamento (tabla 6) el Área de Salud reportó para el 2006 cuatro muertes asociadas al SIDA, 2 de éstas fueron por Diarrea, 1 por Síndrome de Desgaste Crónico y 1 por Tuberculosis, de estas muertes el 50% ocurrieron en el sexo masculino y 50% en el femenino En Alta Verapaz no se cuenta con ninguna institución que proporcione tratamiento a pacientes con VIH y en caso de detectar casos hay que referirlos a la ciudad capital o los programas de Médicos Sin Fronteras para tratamiento antirretroviral, es por esto que no se puede inferir que el reporte de pocas muertes se debe a programas terapéuticos exitosos que prolongan la vida a pacientes con diagnóstico de VIH.

No se analizan los datos de *mortalidad en mujeres embarazadas, menores de un año y niños de 1 a 4 años por VIH y SIDA*, dado que según el Área de Salud del departamento de Alta Verapaz no se reportan casos para el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* reportada por el área de salud de Alta Verapaz es de 0.42 muertes por 100,000 habitantes (tabla 7), esta es diferente a la tasa a nivel nacional que es de 2.2 muertes por 100,000 habitantes. Esta tasa es menor para el departamento de Alta Verapaz debido a que en este se reportan menos casos de VIH y SIDA en comparación con otros departamentos cuyas muertes por SIDA se incluyen en la tasa de mortalidad específica por SIDA a nivel nacional.

La razón de masculinidad (tabla 7) de pacientes con VIH para el departamento de Alta Verapaz para el año 2006 fue de 1:2, dato que es diferente a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2. El mayor predominio de casos de mujeres que padece de SIDA en el departamento puede deberse a una mayor identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno infantil, a quienes como parte de su control prenatal se les realiza la prueba de VIH. De igual forma puede decirse que el fenómeno de la feminización de la epidemia está presente en este departamento. Esta tendencia es importante dado que evidencia, que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto de evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH, así como las formas de prevención de la misma, considerando las acciones de promoción de salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individuales y colectivas.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. Alta Verapaz está compuesto por 7% de *población no indígena* y 93% son *indígenas* (tabla 8), esto difiere de lo reportado a nivel nacional (54.85% de no indígenas) donde los porcentajes de población de ambos son más equitativos. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Esta subdimensión es muy importante en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras de idioma, siendo los idiomas hablados en el departamento español, keqchí, pocomchí y achí (tabla 9), parte de la población indígena no consulta a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (163).

En el departamento Alta Verapaz, según la conferencia Episcopal, 6.8% de los templos son católicos, 65.8% de templos no católicos y 27.3% de altares para ritos mayas (tabla 10).

Sobre la *situación de consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 11), se reportan un total de 61 casos de alcoholismo, 45 de tabaquismo y 4 de consumo de drogas ilícitas, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según SECCATID, sí se reporta el consumo de drogas tales como sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

La Secretaría de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) reporta que la edad promedio en que los jóvenes guatemaltecos inician el consumo de drogas ilícitas es entre los 12 y los 16 años y que de estos el 52.2% de jóvenes varones dijeron que consumían drogas y 45.6% de jóvenes mujeres dieron la misma respuesta. De esto se infiere que alrededor de la mitad de jóvenes guatemaltecos están en peligro de contraer VIH por el uso de drogas intravenosas.

Sobre lugares donde se realiza *comercio sexual* (tabla 12), se encuentran registrados 22 lugares. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Alta Verapaz hay 116 mujeres que se encuentran reportadas como *trabajadoras del sexo* (tabla 13), desconociéndose si existen más personas que se

dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad.

La *profilaxis sexual* (tabla 14) que se ofrece a través de preservativos ha sido difundida en el departamento únicamente entre las trabajadoras del sexo. En el programa de profilaxis sexual no solo deben incluirse a los trabajadores del sexo, todas las parejas deben de ser incluidas y educadas en cuanto a los métodos de barrera como medida preventiva del VIH.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En Alta Verapaz existen un total de 42 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 22,695 personas (tabla 15), lo cual evidencia la escasez de personal médico por habitantes en el departamento de Alta Verapaz ya que, según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores. El número de enfermeras graduadas es de 21, existiendo 1 enfermera por 45,391 habitantes que, según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 188, siendo 1 auxiliar de enfermería por 5,070 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes. El departamento cuenta con 4,395 promotores de salud (1 promotor por cada 217 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento dentro del estándar aceptado.

Asimismo el departamento cuenta con el siguiente personal de salud (tabla 15): 26 técnicos en salud (1 técnico por 36,662 habitantes), 28 laboratoristas (1 laboratorista por 34,042 habitantes), 9 odontólogos (1 odontólogo por 105,911 habitantes), 4 psicólogos (1 psicólogo por 238,300 habitantes), 6 trabajadores sociales (1 trabajador por 158,867 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante.

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Alta

Verapaz cuenta con 1 Hospital Regional, 2 Hospitales distritales, 5 Centros de Salud tipo A, 11 Centros de Salud tipo B, 33 Puestos de Salud, 8 unidades mínimas, 625 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente con VIH SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 16).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 12 clínicas en las cuales no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 16).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 80 clínicas privadas y 6 centros de diagnóstico por imágenes (tabla 16).

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales (tabla 16), en Alta Verapaz se encuentran la Asociación Nuevo Amanecer, ASIES,

ASDENA, AFECSA,ADEPAC, ASOEDESRI que no se dedican específicamente atención medica y diagnóstica de VIH y SIDA pero contribuyen a informar sobre enfermedades de transmisión sexual.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1,911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 84.1 % de la población total del departamento de Alta Verapaz se encuentra pobre y 41.2% extremadamente pobre (tabla 17).

La situación antes señalada es muy importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace mas vulnerables, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población

incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD). El departamento de Alta Verapaz según el PUND tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.514 (tabla 17) interpretándose como desarrollo humano bajo, menor al de la República de Guatemala (0.663) que se interpreta como desarrollo humano medio.

Organización social y política: El departamento de Alta Verapaz cuenta con 15 partidos políticos así como 1,363 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 16 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 18). Según gobernación departamental por casa 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose una diferencia de 46 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Alta Verapaz es de 41.98% (58.02% alfabetas) (tabla 22), estos indicadores son altos en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

La *infraestructura y Recurso Humano dedicado a la educación* es conformada por (tabla 19): 2,884 centros dedicados a la educación (sector público y privado), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual. Se encuentran inscritos 216,914 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 20), considerando que es 22.7% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Alta Verapaz cuenta con 7,212 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 21), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante para apoyar y liderar campañas para contrarrestar la epidemia del VIH y el SIDA en el departamento.

La tasa de empleo en Alta Verapaz es de 87.7%, el ingreso promedio mensual de Q.1,350.00, y *población económicamente activa* 65.04%, (tabla 23), la tasa de empleo es mayor en comparación a la del nivel nacional la cual consiste en 53.82%, y se reportó un ingreso mensual y una PEA menor en comparación con el ingreso mensual y PEA reportados a nivel nacional que son de Q.2,326.19 y 69.85%, respectivamente. Dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance socioeconómico del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran las oficiales: agrícola y pesca. Los *productos agrícolas principales* son el cardamomo, maíz, y café. El producto artesanal principal son los textiles. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencian que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 23).

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Alta Verapaz es de Q 76,440,150.00 (tabla 24), el cual representa 15.54% del total del presupuesto de la nación para las distintas Áreas de Salud que es de Q 491,923,744.83. En el área de salud se invierten Q. 20,564.00 para los programas de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q. 812,079, siendo entonces para este departamento

0.16% del presupuesto nacional asignado a este programa. No se describe cómo se distribuye este presupuesto dentro del programa en el departamento de Alta Verapaz.

Este porcentaje es poco, del total de dinero que se le asigna al área de salud y no es suficiente si se decidiera realizar pruebas de detección a todas las personas en riesgo. La mejor y más efectiva forma de invertir el dinero que se posee para este programa es educar a la población y permitirles ser responsables con su salud, para prevenir la propagación y para acercarse a los servicios de salud y solicitar realizarse la prueba si considera estar en riesgo.

6.3. DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

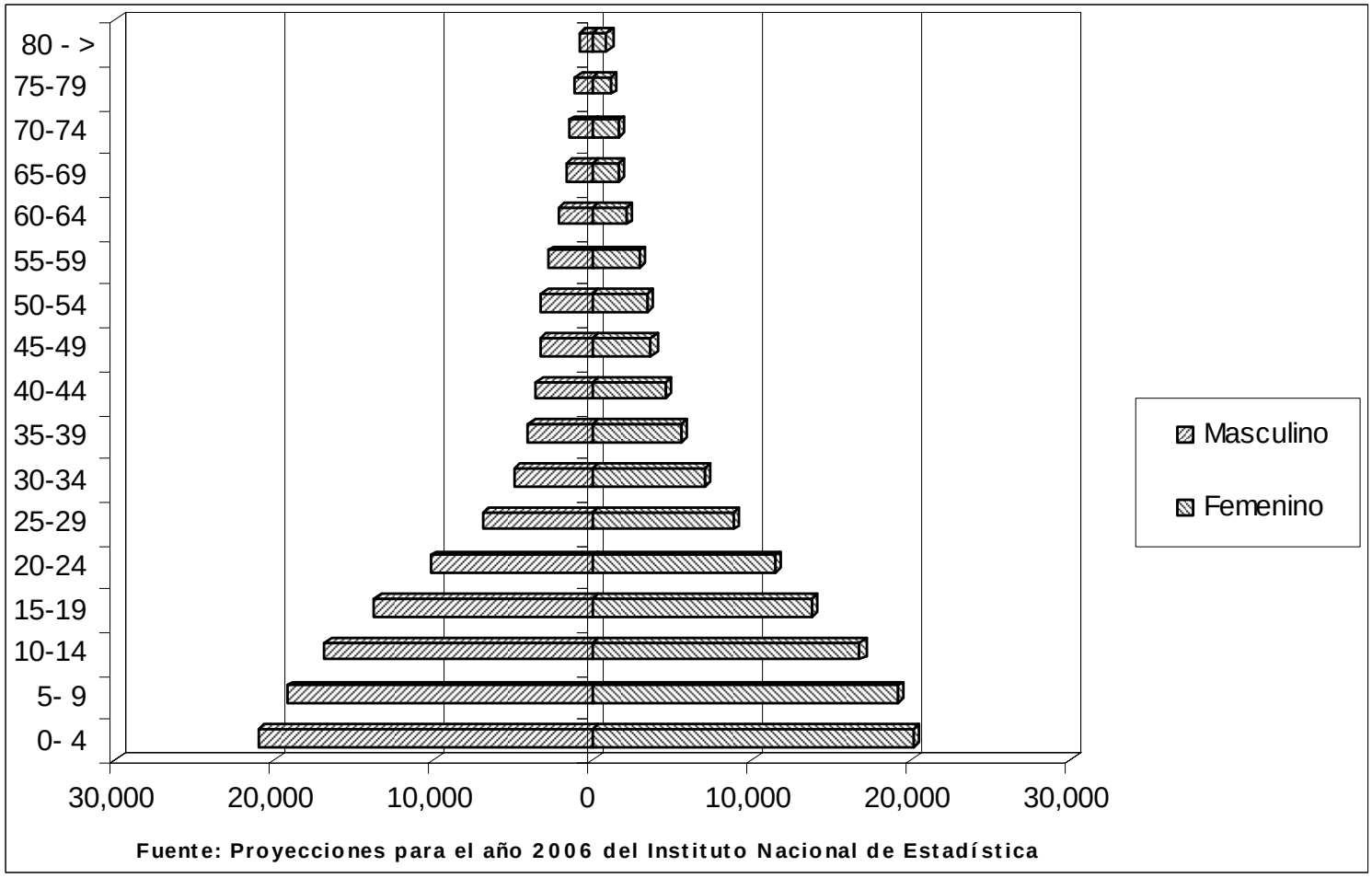
2.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	20,987	20,206	41,193
5- 9	19,110	19,171	38,280
10-14	16,793	16,776	33,569
15-19	13,662	13,793	27,455
20-24	10,131	11,459	21,590
25-29	6,871	8,833	15,704
30-34	4,888	7,049	11,937
35-39	4,037	5,540	9,576
40-44	3,543	4,642	8,185
45-49	3,264	3,705	6,969
50-54	3,209	3,416	6,625
55-59	2,765	3,006	5,771
60-64	2,091	2,170	4,261
65-69	1,646	1,668	3,315
70-74	1,439	1,604	3,043
75-79	1,065	1,128	2,193
80 y más	773	884	1,657
Total	116,272	125,051	241,322

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	78 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.75%
Población migrante[1]	35,081

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Baja Verapaz, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

2.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH														1	1		1	1			1								3	2
SIDA																	1	2											1	2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Baja Verapaz, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sx de desgaste											1	2									1	2
Candidiasis oro-esofágica												1										1
Neumonía recurrente												1										1
Herpes simple, más de un mes												1										1
Diarrea mayor de 30 días												2		1							1	2
Total											1	7		1							2	7

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Baja Verapaz, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Baja Verapaz en el año 2006.

2.3) Mortalidad

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Baja Verapaz en el año 2006.

2.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 5
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	1:1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Baja Verapaz, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 6
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	99,352	41.17
Indígena	141,970	58.83
Total	241,322	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 7
Idiomas hablados en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche	X	
Kaqchiquel	X	
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi	X	
Achi	X	
Chuj		X
Chortí		
Xinca	X	
Garífuna	X	
Otros		

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 8
Templos y altares religiosos del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	10	4.85
Templos no católicos[2]	191	92.72
Altares para ritos mayas[3]	5	2.23
Total	206	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 9
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	64	87.7	9	2.3	73
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	64	87.7	9	2.3	73

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Baja Verapaz,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 10
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	3	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Baja Verapaz, año 2006

Tabla 11
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	41	93.18
Masculino	3	6.82
Total	44	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Baja Verapaz, año 2006

Tabla 12
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	114	10.28
Masculino	995	89.72
Total	1,109	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Baja Verapaz, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 13
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	29	1 médico por 8,321 habitantes
Enfermeras	24	1 enfermera por 10,055 habitantes
Auxiliares de enfermería	168	1 aux. de enfermería por 1,436 habitantes
Técnicos en salud rural	24	1 téc. en salud rural por 10,055 habitantes
Laboratoristas	13	1 laboratorista por 18,563 habitantes
Odontólogos	2	1 odontólogo por 120,661 habitantes
Psicólogos	2	1 psicólogo por 120,661 habitantes
Trabajadores sociales	1	1 trabajador social por 241,322 habitantes
Promotores de salud	868	1 promotor de salud por 278 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Baja Verapaz, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 14
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	1
Centros de salud tipo B[1]	7
Puestos de salud[1]	34
Unidades mínimas[1]	61
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	1
Clínicas privadas[1]	36
Clínicas comunitarias[1]	165
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Baja Verapaz, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Plan Internacional

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 15
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	71.6%
Pobreza extrema	31.01%
Índice de desarrollo humano	0.477

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 16
Organización política y social del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	13
COCODES$_2$	438
COMUDES$_2$	8

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Baja Verapaz, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Baja Verapaz, año 2006

4.3) Educación

Tabla 17
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	304	15	319
Primaria[1]	510	16	526
Básicos[1]	107	178	285
Diversificado[1]	5	21	26
Superior[2]		2	2
Total	927	232	1,158

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Baja Verapaz, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 18
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	9,091	364	9,455
Primaria[1]	44,081	1,597	45,678
Básicos[1]	2,739	2,876	5,615
Diversificado[1]	1,065	11,781	12,846
Superior[2]		865	865
Total	56,976	17,483	74,459

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Baja Verapaz, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	372	23	395
Primaria[1]	501	33	534
Básicos[1]	19	27	46
Diversificado[1]	39	178	217
Superior[2]		34	34
Total	931	295	1,226

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Baja Verapaz, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Alfabetismo en la población del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	78,943	61.54
Analfabeta	49,336	38.46
Total mayores de 15 años	128,280	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Baja Verapaz, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 21
Indicadores de trabajo del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	40.47%
Actividad económica principal[2]	Fincas agrícolas, hoteles y restaurantes
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, café, frijol
Productos artesanales principales[3]	Vasijas de barro, utensilios de barro
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q2,113.06
Población económicamente activa[2]	67.06%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Baja Verapaz, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 22
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Baja Verapaz.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q10,848,704.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q20,564.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Baja Verapaz, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la situación de VIH y SIDA en el Departamento de Baja Verapaz, de acuerdo a las dimensiones: biológica, socioeconómica, estilos de vida y atención en salud, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total del departamento de Baja Verapaz es de 241,322 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (51.82%). 82.6% de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica la existencia de una población joven y una tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2), es baja en comparación con de la República de Guatemala la cual es de 118 personas por kilómetro cuadrado, mientras que la de este departamento indica 78 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección por VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro "Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala", que reporta que la mayoría (83.2%) de los

casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados en gran magnitud por el VIH y SIDA, por lo tanto sus características y variaciones a través del tiempo brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones, para enfrentar la epidemia del VIH y SIDA de manera más efectiva.

En Baja Verapaz la proporción de *mujeres en edad fértil* es de 29.75% (tabla 2), la unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en el país, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentra comprendido por mujeres en edad fértil. Esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Baja Verapaz reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2), constituye 14.53% de la población del departamento, este dato es trascendental, ya que se considera que dentro de este grupo existen conductas de riesgo para contraer la infección y transmitirla al regresar a su lugar de origen. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la

denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos ubicados en la ruta comercial del país, ésta se origina en Izabal pasando por la ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Aunque el departamento de Baja Verapaz no se encuentra ubicado dentro de esta ruta, colinda al sur con Guatemala y al este con El Progreso que sí pertenece a dicha ruta (13).

La *morbilidad por VIH y SIDA* en Baja Verapaz según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 5 casos de VIH (3 casos de sexo masculino y 2 de sexo femenino) y 3 casos de SIDA (1 caso de sexo masculino y 2 de sexo femenino), lo que indica una tasa de 3.3 casos por 100,000 habitantes. Este dato es bajo comparado con la tasa a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien a que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH dentro de la ciudad capital (73,101).

En el año 2006 en las Áreas de Salud del departamento de Baja Verapaz no se reportaron *mujeres embarazadas* o en puerperio con diagnóstico de VIH y SIDA, es importante realizar las pruebas de tamizaje en este grupo, y con ello lograr una detección temprana de la infección, y disminuir así el riesgo de transmisión vertical.

Entre las *morbilidades asociadas al SIDA* (tabla 4), que se presentaron con mayor frecuencia se encuentran el Síndrome de desgaste (33%) y la Diarrea mayor de 30 días con 33%. Ambas enfermedades, frecuentemente diagnosticadas en estos pacientes, disminuyen la calidad de vida de la persona afectada y representan un elevado costo social para el país.

En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA en el departamento, no se analizan los datos, dado que según el Área de Salud del departamento de Baja Verapaz no se reportan casos para el periodo de estudio. Esto nuevamente podría deberse a que existe subregistro de casos o bien a que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH dentro de la ciudad capital.

La *razón de masculinidad* de pacientes con VIH, para el departamento de Baja Verapaz en el año 2006 (tabla 5), fue de 1:1, dato que difiere de lo reportado a nivel nacional el cual es 4:2 (13). Esto muestra que la distribución de la enfermedad es igual tanto en hombres como en mujeres. Esta tendencia es importante dado que evidencia que el VIH y SIDA, ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres; frente a este hecho los servicios de salud tienen el reto de evitar el contagio de la enfermedad en ambos grupos de la población. Para ello deberá informar a las usuarios de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la transmisión de la infección por VIH, así como las formas de prevención de la misma, tomando en cuenta tanto acciones de promoción de salud dentro de los servicios como fuera de ellos (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población, son determinantes en su comportamiento, por lo que las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. Baja Verapaz está compuesto por 41.17% de población no indígena y 58.83% de población indígena (tabla 6). Esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde la mayoría (54.85%) son no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen prácticas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en mayor riesgo de adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados, español, kaqchiquel, quiché, achí y poqomchí (tabla 7); parte de la población indígena no consulta a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (163).

En el departamento de Baja Verapaz los *templos y altares religiosos* (tabla 8) se distribuyen: 4.85% de los templos son católicos, 92.72% no católicos y 2.23% son altares para ritos mayas.

Sobre la *situación de consumo de drogas en el departamento durante el* año 2006 (tabla 9), se reportan únicamente un total de 73 casos de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino como producto del subregistro existe o de la falta de estudios realizados al respecto dentro del departamento, ya que a nivel nacional, según el SECCATID, si se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo

importante para la adquisición del VIH y SIDA, por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar el consumo de otras drogas, y con ello planificar las acciones sanitarias correspondientes (17).

Sobre lugares donde se realiza *comercio sexual* (tabla 10) únicamente se encuentran registrados 3 lugares (no hay datos de lugares clandestinos). Es preocupante el poco control sobre estos lugares, siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el Área de Salud de Baja Verapaz hay 41 mujeres y 3 hombres que se encuentran reportadas como trabajadores del sexo (tabla 11), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad.

La *profilaxis sexual* (tabla 12) que se ofrece a través de preservativos ha sido difundida por el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Baja Verapaz. Este departamento atiende a los trabajadores del sexo y a la población en general utilizando este método como medida preventiva. De los preservativos que se distribuyen como método de barrera para la prevención de la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, 89.7% fueron distribuidos a varones.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo se ha dado no sólo como método anticonceptivo, sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el programa de profilaxis sexual que está dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, quienes son examinadas periódicamente con el fin de detectar

enfermedades de transmisión sexual, así como VIH y SIDA con la finalidad de contrarrestar el avance de la enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En Baja Verapaz existe un total de 29 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 8,321 personas (tabla 13), lo cual evidencia la falta de personal médico por habitantes en el departamento de Baja Verapaz, ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de los pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 24, existiendo 1 enfermera por cada 10,055 habitantes, según la Guía de Indicadores Priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 168, siendo 1 auxiliar de enfermería por 1,436 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 13).

El departamento cuenta con 868 promotores de salud (1 promotor por 278 habitantes), en la Guía de Indicadores Priorizados, el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento sobre el ideal propuesto.

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 24 técnicos en salud (1 técnico por 10,055 habitantes), 13 laboratoristas (1 laboratorista por 18,563 habitantes), 2 odontólogos (1 odontólogo por 120,662 habitantes), 2 psicólogos (1 psicólogo por 120,662 habitantes), 1 trabajadores sociales (1 trabajador por 241,322 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre este personal de salud por habitante (tabla 13).

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del departamento de Baja Verapaz cuenta con un Hospital Regional, un Centro de Salud tipo A, 7 Centros de Salud tipo B, 34 Puestos de Salud, 61 Unidades Mínimas y 0 Centros de Convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles (tabla 14).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- cubre a los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores. El departamento cuenta con una infraestructura en la cual no se brinda tratamiento a los pacientes con VIH y SIDA, por lo que se les refieren a nivel central. La población afectada que es cubierta por el IGSS no tiene acceso a nivel departamental a los servicios para su atención (tabla 14).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 36 clínicas privadas (tabla 14).

El sector privado no lucrativo está integrado por organizaciones no gubernamentales, Baja Verapaz cuenta con una ONG específica para VIH y SIDA, se trata de PLAN que se encuentra trabajando dentro del departamento desde el 2005 (tabla 14).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q 4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.20% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 71.6% de la población total del departamento de Baja Verapaz es pobre y 31.01% extremadamente pobre (tabla 15). Estos datos difieren de los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional evidenciando mayor pobreza dentro de este departamento.

La situación antes señalada es muy importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, quienes carecen de recursos económicos y tienen limitado apoyo social, lo cual los hace más vulnerables. Además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH y SIDA. La pobreza se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y otras. La nutrición deficiente asociada a VIH y SIDA disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana, aumentando así la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de Baja Verapaz según el PNUD tiene un *Índice de Desarrollo Humano* bajo en 0.477 (tabla 15), siendo mucho menor al de la República de Guatemala, en 0.663, que se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite el progreso del país, provocando un estancamiento e incluso un retroceso en el desarrollo humano, por ello es importante detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de Baja Verapaz cuenta con 13 partidos políticos (tabla 16)

La organización social de Baja Verapaz esta conformada por 438 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 8 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 16). Según Gobernación Departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose en el departamento una diferencia de 12 COMUDES para el estándar. Estas entidades están integrados por representantes de las distintas comunidades del departamento, es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud de la Situación de VIH y SIDA y su prevención. De manera que se priorice la enfermedad y se formulen conjuntamente proyectos para la educación de los habitante. De modo que se apoye una respuesta social organizada, con pertinencia cultural, que cuente con la participación de los sectores de educación, salud, medios de comunicación y de los otros grupos que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Baja Verapaz es de 38.46% (61.54% alfabetas) (tabla 20), estos indicadores están en desventaja en comparación a los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre el VIH y SIDA y su prevención. Asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es vital tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención a fin de que sean efectivos.

El departamento cuenta con 1,158 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 17), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad

para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH y SIDA y otras de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 74,459 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 18). Este número de estudiantes representa 30.85% del total de la población, dato importante ya que se puede utilizar este recurso para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Baja Verapaz cuenta con 1,226 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 19), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano trascendental que podría apoyar y liderar las actividades que persiguen disminuir y controlar el VIH y SIDA en el departamento.

Trabajo: La *Tasa de Empleo* actual del Departamento es de 40.47%, menor a la tasa nacional que es de 53.82%. El porcentaje de *Población Económicamente Activa* (PEA) para el 2006 fue de 67.06% dato que permite conocer que la población posee algún tipo de trabajo asalariado, siendo el *Ingreso Promedio Mensual* de Q2,113.06, el cual es menor al calculado a nivel nacional de Q2,326.19. Es importante tomar en consideración estos datos, ya que la PEA es el grupo más afectado por el VIH y SIDA, lo que repercute en el avance del departamento, puesto que al aumentar la mortalidad e incapacidad por esta causa, hay una perdida significativa de la fuerza de trabajo. Esta situación disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.
Entre las *actividades económicas principales* se encuentran los oficiales, agricultores y artesanos. Los *productos agrícolas principales* son el maíz, fríjol y café. Los *productos artesanales principales* son los utensilios de barro. Lo anterior concuerda con los datos

nacionales que evidencian que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y se capacite a la población a modo de mejorar la calidad de vida de las personas, lo cual se reflejará en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 21).

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Baja Verapaz es de Q10,848,704.00, el cual representa 2.2% del total del presupuesto de la nación para las distintas Áreas de Salud de Q491,293,744.83. En el área se tiene establecido un monto de Q20,564.00 para el programa de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q812,079.00, lo cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación para las distintas Áreas de Salud.

6.4. DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

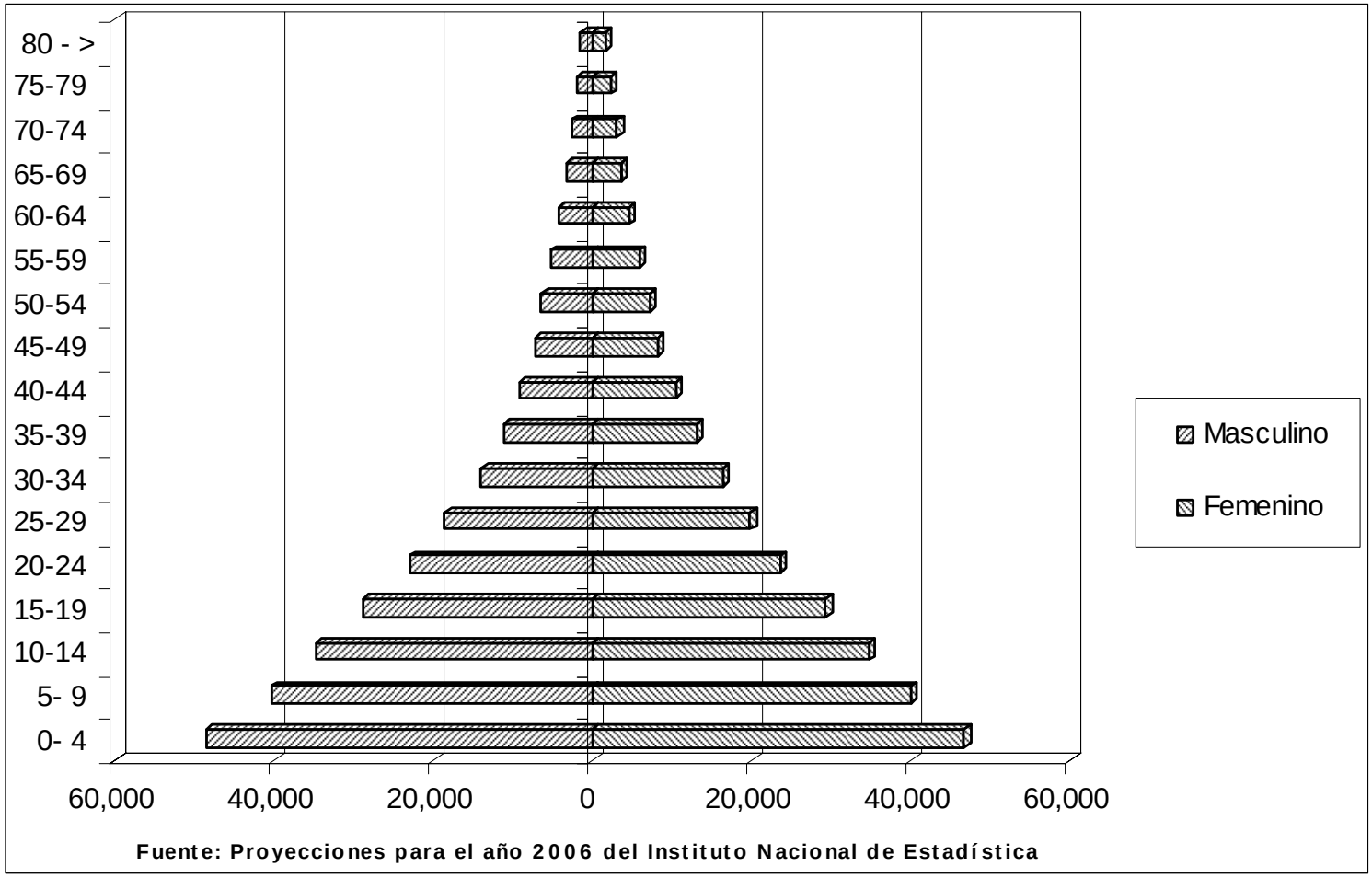
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	48,402	46,655	95,058
5- 9	40,354	39,857	80,211
10-14	34,767	34,700	69,467
15-19	28,909	29,356	58,265
20-24	22,874	23,525	46,399
25-29	18,494	19,811	38,305
30-34	13,896	16,329	30,225
35-39	11,149	13,210	24,359
40-44	9,122	10,552	19,674
45-49	7,229	8,294	15,523
50-54	6,361	7,196	13,557
55-59	5,283	5,790	11,073
60-64	4,172	4,658	8,830
65-69	3,296	3,591	6,886
70-74	2,636	3,078	5,714
75-79	2,004	2,319	4,323
80 y más	1,441	1,642	3,083
Total	260,387	270,564	530,951

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	271 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.33%
Población migrante[1]	26,547

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chimaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																	3	1		1	1	1							4	3
SIDA																														

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Chimaltenango en el año 2006.

Tabla 4
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH			1	1				2
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de Chimaltenango. Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA													1												1	
Total													1												1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Chimaltenango en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.19 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	4:3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	111,500	21
Indígena	419,451	79
Total	530,951	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel	X	
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Cluj		X
Chortí		X
Xinca	X	
Garífuna	X	
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	17	8.95
Templos no católicos[2]	90	47.37
Altares para ritos mayas[3]	83	43.68
Total	190	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	9	90	1	10	10
Tabaquismo	2	100			2
Drogas ilícitas	1	100			1
Total	12		1		13

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chimaltenango,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	31	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	110	100
Masculino		
Total	110	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	697	49
Masculino	725	51
Total	1,422	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Chimaltenango, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	58	1 médico por 9,154 habitantes
Enfermeras	32	1 enfermera por 6,592 habitantes
Auxiliares de enfermería	182	1 aux. de enfermería por 2,917 habitantes
Técnicos en salud rural	25	1 técnico en salud rural 21,238 habitantes
Laboratoristas	23	1 laboratorista 23,085 habitantes
Odontólogos	2	1 odontólogo por 265,476 habitantes
Psicólogos	0	no aplica
Trabajadores sociales	25	1 trabajador social por 21,238 habitantes
Promotores de salud	1,063	1 promotor de salud por 499 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chimaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	0
Hospitales distritales[1]	1
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	0
Centros de salud tipo B[1]	14
Puestos de salud[1]	56
Unidades mínimas[1]	91
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	10
Clínicas privadas[1]	64
Clínicas comunitarias[1]	205
Centros de diagnóstico[1]	1
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chimaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	59.4%
Pobreza extrema	13.5%
Índice de desarrollo humano	0.618

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	15
COCODES$_2$	56
COMUDES$_2$	16

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Chimaltenango, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Chimaltenango, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	301	90	391
Primaria[1]	363	108	471
Básicos[1]	104	117	221
Diversificado[1]	17	75	92
Superior[2]			
Total	785	390	1,175

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Chimaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	12,929	2,606	15,535
Primaria[1]	80,399	12,315	92,714
Básicos[1]	5,465	8,753	14,218
Diversificado[1]	2,118	5,534	7,652
Superior[2]			
Total	100,911	29,208	130,119

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Chimaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	469	130	599
Primaria[1]	2,550	552	3,102
Básicos[1]	262	816	1,078
Diversificado[1]	91	632	723
Superior[2]			
Total	3,372	2,130	5,502

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Chimaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	227,485	79.48
Analfabeta	58,731	20.52
Total mayores de 15 años	286,216	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Chimaltenango, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	99.4 %
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio, industria manufacturera textil y alimenticia, construcción, servicios comunales, sociales y personales
Productos agrícolas principales[3]	Arveja china
Productos artesanales principales[3]	Ladrillo de barro, vasijas de barro
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 359.20
Población económicamente activa[2]	66.99%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Chimaltenango, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Chimaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 2,242,335.09
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Chimaltenango, año 2006

NOTA: En el área de salud de Chimaltenango no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO CHIMALTENANGO

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Chimaltenango de acuerdo a las dimensiones Biológica, Estilos de Vida, Atención en Salud y Socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano y su constitución como individuo es el objetivo de esta dimensión que abarca las siguientes subdimensiones:

Demografía: La totalidad de la población del departamento es de 530,951 habitantes, 51% es de sexo femenino (tabla 1). 83% de la población es menor de 39 años, por lo que es importante señalar que 83.2% de los casos de VIH y SIDA en Guatemala se encuentra en la población comprendida de 20 a 39 años, lo que hace necesaria la implementación de programas de prevención y educación sexual en este grupo de edad principalmente (101). La *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de base ancha lo que indica que existe una tasa de crecimiento poblacional elevada; dicha pirámide es de tipo expansivo, común en los países en vías de desarrollo. La *densidad demográfica* (tabla 2) es de 271 habitantes por kilómetro cuadrado, la cual es mayor comparada con la de la República de Guatemala, la cual es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado.

Los indicadores demográficos como el porcentaje mujeres en edad fértil y el número de migrantes son determinantes porque presentan a dos grupos poblacionales de alto riesgo en la adquisición de VIH o SIDA debido a que sus variaciones permiten deducir sobre la toma de decisiones y gestión de programas destinados a prevenir la propagación del VIH y SIDA, orientándose según existan cambios en estas poblaciones dadas sus características propias y variaciones a través del tiempo.

En Chimaltenango el *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 29.33%, lo anterior es de suma importancia debido a que según la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006 se reportaron un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran comprendidas en el rango de edad de 10 a 49 años, estas mujeres se encuentran en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

La *población migrante* reportada por el área de salud del departamento de Chimaltenango representa 5% del total de los habitantes (tabla 2), dato importante ya que se considera que la migración conduce al aparecimiento de conductas de riesgo lo que predispone a la infección por VIH, debido a que esta población regresa a sus lugares de origen con una alta probabilidad de producir nuevas infecciones. No se poseen datos con respecto al número de migrantes infectados, sin embargo se debe tener en cuenta que aunque Chimaltenango no es parte de la ruta comercial del país (la franja que más casos de VIH reporta) (88). Por lo que es necesario reforzar medidas en cuanto a prevención en dicha población y detener así la propagación de la enfermedad.

En lo referente a *morbilidad*, en el departamento de Chimaltenango, el área de Salud reportó un total de siete casos de VIH (tabla 3), 57% pertenece al sexo masculino y 43% al sexo femenino; el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 25 a 39 años, lo que concuerda con la literatura consultada la cual considera éste rango de edad el más vulnerable a la adquisición de VIH (101). La tasa de morbilidad es de 1.32 casos por 100,000 habitantes, más baja que la reportada a nivel nacional en el Programa Nacional para Prevención de ITS y SIDA en el 2006 (88) la cual estimó una tasa de 91.72 casos por 100,000 habitantes; estas diferencias puede deberse a varios factores, como el que no se tome en cuenta los casos que se refieran a la ciudad capital o al evidente subregistro en cuanto a esta enfermedad. No se reportó *morbilidad asociada* a SIDA. Se reportaron, además, dos casos de VIH en las *mujeres embarazadas* del departamento (tabla 4).

En cuanto a *mortalidad* en el departamento de Chimaltenango según el área de salud, se reportó un caso (tabla 5), comprendido en el grupo de 25-39 años. No se reportaron muertes por VIH en embarazadas, en menores de un año ni en el grupo de 1 a 4 años durantel el período .

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) es de 0.19 por 100,000 habitantes, cifra menor en relación a 2.2 x 100,000 habitantes según las boletas de notificación de infección por VIH y SIDA de las todas las áreas de salud, esto puede deberse a que no se tomen en cuenta los casos que se refieren a la ciudad capital para el tratamiento y al subregistro de la enfermedad.

La razón de masculinidad (tabla 6) es de 4:3, dato que es mayor a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2 (10,13). Esto puede deberse a que los hombres presentan más conductas de riesgo que las mujeres; a pesar de esto en el departamento hay una mayor identificación de casos del sexo femenino respecto a lo reportado a nivel nacional, esto debido a que la población femenina es la que más consulta a los servicios de salud, tanto en demanda de atención materno infantil, como en cuanto a otras causas de morbilidad. Esta tendencia es importante dado que evidencia que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto de crear nuevos programas de prevención en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH, así como las formas de prevención de la misma, considerando las acciones de promoción de salud tanto en los servicios como fuera de los mismos.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectiva.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. En el departamento de Chimaltenango, según el Ministerio de Cultura y Deportes, en el Mapa lingüístico y distribución de idiomas 79% de los habitantes *son*

indígenas y 21% *no indígenas* (tabla 7), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad, por lo que es necesaria la creación de programas de prevención destinados a las poblaciones que hablan algún idioma maya, en este caso kaqchiquel (tabla 8) que es el predominante después del español.

En el departamento de Chimaltenango, según la Conferencia Episcopal, hay 8.95% de los templos católicos, 47.37% de templos no católicos y 43.68% de altares para ritos mayas (tabla 9).

En cuanto a la *situación de consumo de alcohol y drogas ilícitas* (tabla 10) en el departamento de Chimaltenango, el área de salud reportó para el año 2006, 10 casos de alcoholismo, dos casos de tabaquismo y uno de consumo de drogas ilícitas no especificado, a este respecto es necesario aclarar que el subregistro es alto debido a que debido a que en Guatemala no existe ninguna institución encargada de recolectar información referente a adicciones y a que en las áreas de salud no existen instrumentos para notificación de este tipo morbilidad, es de mencionar además que a nivel nacional, según la Secretaría Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), sí se reporta el consumo de drogas tales como cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el

SIDA por lo que en el caso del departamento se deben hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Se estima existen alrededor de 31 *lugares dedicados al comercio sexual* (tabla 11) según el departamento de salud reproductiva del área de salud. Siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión del VIH la escasez de control de estos lugares no permite adoptar medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento adecuadamente. En estos lugares laboran aproximadamente 110 mujeres trabajadoras del comercio sexual -TCS- (tabla 12), esto es de suma importancia ya que las coloca no sólo como vulnerable a la infección sino como foco para nuevas infecciones y de esta forma se contribuye a la propagación de la enfermedad.

Los usuarios de *profilaxis sexual* (tabla 13), reportados en el área de Salud del departamento de Chimaltenango son en total 1,422, de los cuales 49% pertenecen al sexo femenino y 51% al sexo masculino, lo anterior representa únicamente a 0.5% de la población en edad reproductiva, cifra alarmante ya que refleja la gran cantidad de contactos sexuales sin condón, lo que a su vez incrementa sustancialmente el riesgo de infección.

Es importante destacar que se debe motivar la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino también como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido

a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

La disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios son parte de esta dimensión.

En cuanto a *personal dedicado a la salud*, en el departamento de Chimaltenango según el área de salud hay un total de 58 médicos, es decir que hay un médico por cada 5,154 personas (tabla 14), sin embargo según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), deben existir 14 médicos por cada 10,000 habitantes, a nivel de República en Guatemala hay un médicos por cada 9,489 habitantes, esto revela la deficiencia en los servicios médicos, lo cual influye de forma negativa en el diagnostico temprano y oportuno tratamiento, así como en la difusión de información en cuanto a prevención de la enfermedad.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 32, es decir una enfermera por cada 6,592 habitantes, lo que según la guía de indicadores priorizados refleja una baja cobertura en comparación al estándar calculado de tres enfermeras por 10,000 habitantes; al igual que el número de auxiliares de enfermería el cual es de 182, es decir un auxiliar de enfermería por 2,917 habitantes encontrándose por debajo del

estándar citado en la guía mencionada el cual es de cinco auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 14).

Cabe mencionar que en cuanto a educación en salud son de suma importancia los promotores de salud, ya que son quienes tienen acceso a las comunidades donde generalmente el médico no puede llegar, en el departamento hay un total de 1,063 es decir que hay un promotor de salud por cada 500 habitantes (tabla 14), esto supera las propuestas de la Guía de Indicadores Priorizados 2004, en donde se hace referencia a un estándar de un promotor por cada 1,200 habitantes, es necesario entonces dar capacitaciones a los mismos para que puedan brindar una mejor educación en salud y así mejorar el primer nivel de atención en salud.

Asimismo el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 25 técnicos en salud rural (un técnico por 21,238 habitantes), 23 laboratoristas (un laboratorista por 23,085 habitantes), dos odontólogos (un odontólogo por 265,476 habitantes), 25 trabajadores sociales (un trabajador por 21,238 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 14).

En cuanto a *infraestructura de servicios*, el proveedor principal de servicios de salud públicos para la población en general es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (tabla 15), en el departamento de Chimaltenango existen un Hospital Distrital, no hay Centros de Salud tipo A, 14 Centros de Salud tipo B, 56 Puestos de Salud, 205 Clínicas Comunitarias y 91 Unidades Mínimas; esto implica sobrecarga de personas

consultantes a los servicios de salud tomando en cuenta que se trata de personas de escasos recursos en la mayoría de los casos.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones de los trabajadores, el departamento cuenta con 10 clínicas del seguro social en la a pesar de contar con mayores recursos no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino que son referidos a nivel central.

El sector privado presta servicios a la población mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 64 clínicas y un centro de diagnóstico por imágenes (tabla 15).

No existen en Chimaltenango organizaciones no gubernamentales dedicadas específicamente al desarrollo de actividades para prevención y tratamiento del VIH SIDA.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

En esta dimensión se contemplan la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los habitantes acceder a mejores condiciones de vida.

Según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1,911.00 o menos.

En el departamento de Chimaltenango, según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, el porcentaje de pobreza es de 59.4% y el de extrema pobreza es de 13.5% (tabla 16), cifras que difieren de la realidad nacional en donde se estima que 56.2% de los hogares se encuentra en situación de pobreza y 16% de los hogares en extrema pobreza, esto es importante debido a que la situación económica es determinante en cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud y en caso de diagnosticarse como portador la probabilidad de poder optar a tratamiento antirretroviral, es directamente proporcional a la condición económica del mismo.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB *per cápita* en USSD).

El índice de desarrollo humano en Chimaltenango es de 0.618 (tabla 16) considerado por el PNUD como índice de desarrollo medio, al igual que el de la República de Guatemala (0.663), lo cual indica que la esperanza de vida, escolaridad y producto interno bruto han mejorado sustancialmente.

La o*rganización social y política* del departamento se compone de 56 COCODES y 16 COMUDES (tabla 17) así como 15 partidos políticos. La importancia de estas organizaciones radica en que los miembros son partes activas de la comunidad y logran priorizar sus necesidades gestionando proyectos para la resolución de su problemática por lo que es una herramienta clave para la educación de la comunidad sobre el VIH y SIDA.

La *disponibilidad de Recursos Humanos e Infraestructura dedicada a la Educación* se encuentra distribuida de la siguiente manera: 1,175 establecimientos educativos (tabla 18), 130,119 estudiantes inscritos (tabla 19) y 5,502 maestros (tabla 20). No se cuenta con establecimientos para educación superior. El acceso a la educación es de suma importancia ya que de esta forma se puede llegar a adolescentes y brindar información sobre prevención de la enfermedad.

El porcentaje de *analfabetismo* en el departamento es de 20.52% (tabla 21), esto es diferente al de la República de Guatemala que reportó 25.04% para el 2005 (67). Cifra que aún sigue siendo baja, lo que hace a este grupo especialmente vulnerable a contraer la infección debido a que no se les proporciona la información necesaria al respecto.

En el departamento de Chimaltenango, según la Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, la *tasa de empleo* es de 99.4%, *la población económicamente activa* es de 66.99% (tabla 22), sin embargo al ser esta población la más afectada por el VIH y SIDA se disminuyen así los días laborales y con ello disminuye a su vez el *ingreso mensual* (Q359.20 para este departamento) lo que

culmina en una calidad de vida deficiente, predisponiendo a padecer enfermedades oportunistas por falta de tratamiento, constituye además un alto costo social para la nación ya que al disminuir días laborales se disminuye el producto interno bruto afectando así directamente a la economía y contribuyendo aún más al subdesarrollo, pero por sobre todo afectando de forma negativa a la salud de la población más vulnerable.

Entre las actividades económicas principales se encuentran agricultura, caza, silvicultura, pesca y comercio (tabla 22), el producto agrícola principal es la arveja china. El producto artesanal principal es el ladrillo y las vasijas de barro. Es importante elaborar estrategias de empleo mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de disminuir la pobreza y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH SIDA.

En cuanto a Inversión en Salud, el presupuesto anual asignado al Área de Salud de Chimaltenango es de Q.2,242,335.09, lo cual representa únicamente 0.46% del total del presupuesto nacional para las distintas áreas de salud (Q.41,293,744.83), del cual no se tiene estimado ningún rubro para el programa de VIH y SIDA. A nivel nacional este programa recibe un total de Q.812,079.00, tan sólo 0.16% del presupuesto nacional destinado para las Áreas de Salud. Mientras no se considere prioritaria esta enfermedad en el departamento de Chimaltenango no podrá detenerse ni disminuirse la propagación de la epidemia.

6.5. DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

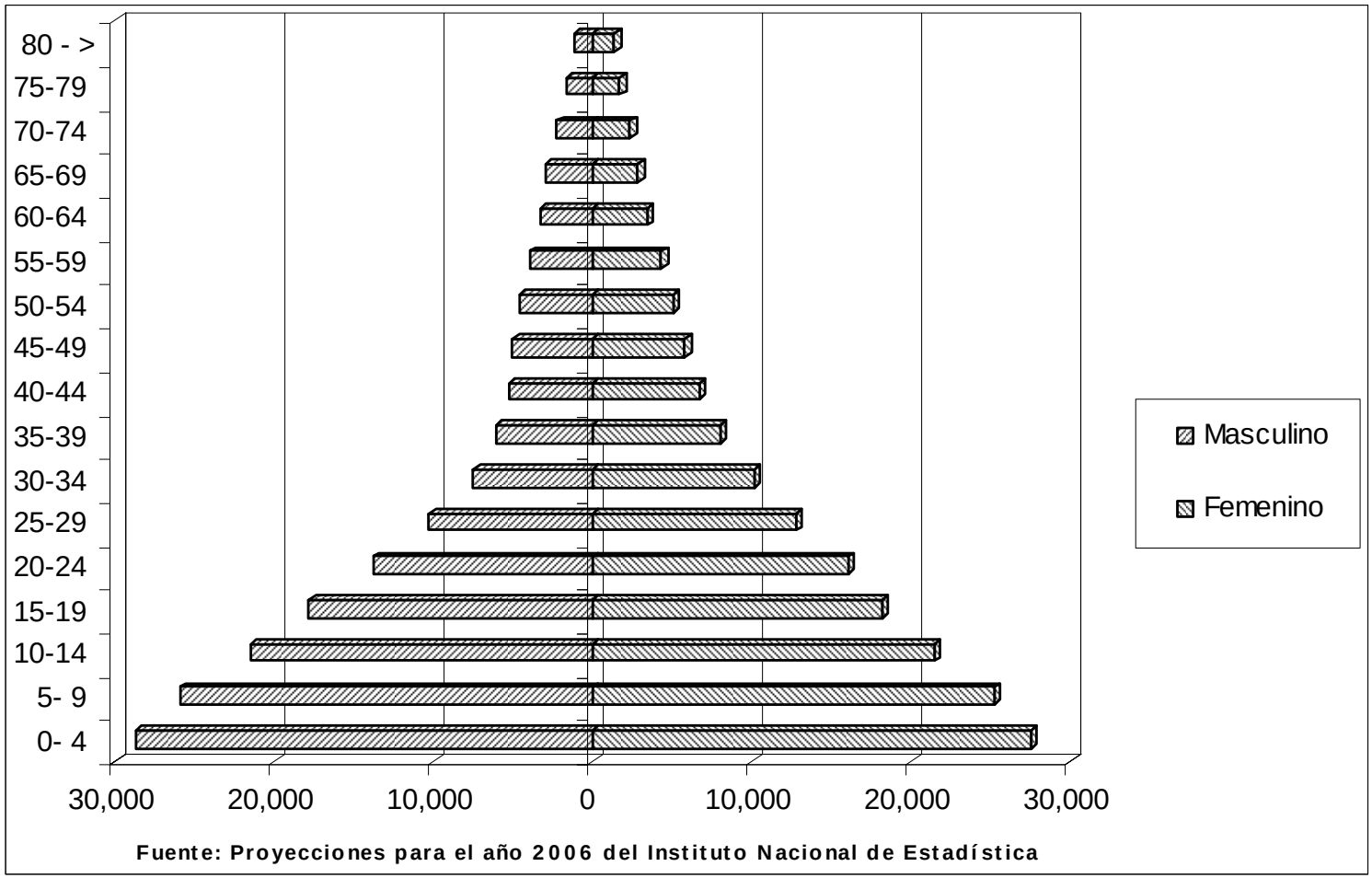
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	28,618	27,540	56,158
5- 9	25,870	25,187	51,057
10-14	21,500	21,402	42,903
15-19	17,763	18,195	35,958
20-24	13,788	16,105	29,893
25-29	10,236	12,819	23,055
30-34	7,462	10,194	17,656
35-39	6,007	8,059	14,066
40-44	5,273	6,737	12,010
45-49	4,981	5,838	10,819
50-54	4,623	5,044	9,667
55-59	3,950	4,349	8,300
60-64	3,270	3,439	6,710
65-69	2,917	2,871	5,787
70-74	2,189	2,360	4,549
75-79	1,579	1,736	3,315
80 y más	1,178	1,391	2,569
Total	161,204	173,265	334,469

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	142 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.77%
Población migrante[1]	10,870

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chiquimula, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1ª		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																3	2												2	3
SIDA															1	1	1	2		1									2	4

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chiquimula, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Neumonía recurrente											1	2		1							2	2
Diarrea > 30 días									1												1	
Encefalitis										1												1
Total									1	1	1	2		1							3	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chiquimula, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Chiquimula en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Neu-mo-nía													1										1		2	
Meni-ngitis											1												1		2	
Total											1		1										2		4	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chiquimula, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Chiquimula en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	1.2 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	2:3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Chiquimula, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	278,947	83.4
Indígena	55,522	16.6
Total	334,469	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí	X	
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	19	31.15
Templos no católicos[2]	39	63.93
Altares para ritos mayas[3]	3	4.92
Total	61	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	16	89	2	11	18
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	16	89	2	11	18

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chiquimula,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	3	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Chiquimula, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	44	100
Masculino		
Total	44	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Chiquimula, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	96	10.84
Masculino	790	89.16
Total	886	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Chiquimula, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	51	1 médico por 6,558 habitantes
Enfermeras	32	1 enfermera por 10,462 habitantes
Auxiliares de enfermería	150	1 aux. de enfermería por 2,230 habitantes
Técnicos en salud rural	20	1 téc. en salud rural por 116,723 habitantes
Laboratoristas	17	1 laboratorista por 19,675 habitantes
Odontólogos	4	1 odontólogo por 83,618 habitantes
Psicólogos	3	1 psicólogo por 111,490 habitantes
Trabajadores sociales	4	1 trabajador social por 83,617 habitantes
Promotores de salud	12	1 promotor de salud por 27,872 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chiquimula, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	2
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	2
Centros de salud tipo B[1]	11
Puestos de salud[1]	27
Unidades mínimas[1]	61
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	291
Clínicas del IGSS[2]	1
Clínicas privadas[1]	171
Clínicas comunitarias[1]	291
Centros de diagnóstico[1]	2
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chiquimula, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Miramundo

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	56.5%
Pobreza extrema	13.3%
Índice de desarrollo humano	0.56

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	19
COCODES$_2$	867
COMUDES$_2$	11

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Chiquimula, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Chiquimula, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	327	46	373
Primaria[1]	736	48	784
Básicos[1]	87	40	127
Diversificado[1]	10	31	41
Superior[2]	1	3	4
Total	1,161	168	1,329

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Chiquimula, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	9,746	1,417	11,163
Primaria[1]	55,654	4,692	60,346
Básicos[1]	6,333	3,947	10,280
Diversificado[1]	1,562	3,490	5,052
Superior[2]	674	225	889
Total	73,969	13,771	87,740

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Chiquimula, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	419	78	497
Primaria[1]	2,050	230	2,280
Básicos[1]	295	300	595
Diversificado[1]	101	262	363
Superior[2]	134	48	182
Total	2,999	918	3,917

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Chiquimula, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	116,658	63.28
Analfabeta	67,694	36.72
Total mayores de 15 años	184,352	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Chiquimula, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	67.3%
Actividad económica principal[2]	Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, trabajadores de los servicios de comercios y mercados, técnicos profesionales del nivel medio
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, frijol, arroz
Productos artesanales principales[3]	Utensilios de barro
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,273.80
Población económicamente activa[2]	67.94%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Chiquimula, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Chiquimula.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 22,424,451.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Chiquimula, año 2006

NOTA: En el área de salud de Chiquimula no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Chiquimula de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total del departamento de Chiquimula es de 334,469 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (51.9%). 81% de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada además de indicar que la *concentración poblacional* (tabla 2) es alta. ya que la de la República de Guatemala oscila entre las 118 personas por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento indica 142 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro "Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala", que reporta que la mayoría (83.2%) de los

casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Chiquimula la proporción de *Mujeres en Edad Fértil* es de 29.77% (tabla 2), la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de estas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Chiquimula reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye 3.2% de la población en dicho departamento, este dato es relevante, porque se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los

departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Aunque Chiquimula no se encuentra ubicado dentro de esta ruta es un departamento fronterizo, colinda al norte con Zacapa que si pertenece a dicha ruta, al este con Honduras y al sur con El Salvador lo que facilita el movimiento entre la población de los países (13).

En cuanto a la *morbilidad por VIH y SIDA* en Chiquimula el Área de Salud del departamento (tabla 3) reportó para el año 2006, 5 casos de VIH (2 casos de sexo masculino y 3 de sexo femenino) y 6 casos de SIDA lo que indica una tasa de 3.29 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 14.8 casos por 100,000 habitantes, según datos reportados por las Áreas de Salud de los diferentes departamentos de Guatemala. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (73,101).

Durante el año 2006 en el Área de Salud del departamento, no se reportaron *mujeres embarazadas o en puerperio* diagnosticadas con VIH y SIDA, es importante realizar las pruebas de tamízaje en este grupo, y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir así el riesgo de transmisión vertical.

Sobre la *morbilidad asociada a SIDA* (tabla 4)se reporta a la neumonía como la más frecuente (tabla 4), esto es similar a lo reportado a nivel nacional en el cual se señala a la neumonía por Pneumocystis jerovecki (anteriormente conocida como neumonía por Pneumocystis carinni), así como a las afecciones por histoplama capsulatum y coccidiodes responsables de la mayor cantidad de casos de infecciones del sistema respiratorio, sin

embargo en el caso del departamento no se cuenta con información sobre el agente causal de los casos neumonía que se asocian a los casos de SIDA (142).

En cuanto a la *mortalidad por VIH y SIDA* en el departamento (tabla 5) el Área de Salud reportó para el 2006, 4 muertes asociadas al SIDA, 2 de éstas fueron por neumonía y 2 por meningitis, todas las muertes ocurrieron en pacientes del sexo masculino, es importante destacar que 2 de las muertes ocurrieron en mayores de 70 años, lo cual es inusual ya que la mayoría de casos de VIH y SIDA se presentan en menores de 39 años.

No se analizan los datos de mortalidad en mujeres embarazadas, menores de un año y niños de 1 a 4 años por VIH y SIDA, dado que según el Área de Salud del departamento de Chiquimula no se reportan casos para el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) reportada por el área de salud para el departamento de Chiquimula es de 0.6 muertes x 100,000 habitantes, la cual es menor comparada con la tasa a nivel nacional que es de 2.2 muertes por 100,000 habitantes, según las boletas de notificación de infección por VIH SIDA de todas la Áreas de Salud del país en el 2006.

La razón de masculinidad (tabla 6) de pacientes con VIH para el departamento de Chiquimula para el año 2006 fue de 2:3, este dato difiere a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2. El predominio de casos de mujeres que padece de SIDA en el departamento puede deberse a una mayor identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno

infantil, a quienes como parte de su control prenatal se les realiza la prueba de VIH. De igual forma puede decirse que el fenómeno de la feminización de la epidemia está presente en este departamento. Esta tendencia es importante dado que evidencia, que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto de enfocar sus esfuerzos en evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH, así como las formas de prevención de la misma, considerando las acciones de promoción de salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de las enfermedades. Chiquimula está compuesto por 83.4% de *población no indígena* y 16.6% de población i*ndígena* (tabla 7), esto difiere de lo reportado a nivel nacional de donde se obtiene 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH porque los dos grupos poblacionales tienen cuidados y practicas sexuales diferentes, que ponen a un grupo

respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras de idioma, siendo los idiomas hablados en el departamento español y Chortí (tabla 8), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

En Chiquimula, según la conferencia Episcopal, 31% de los templos son católicos, 63.93% de templos no católicos y 4.92% de altares para ritos mayas (tabla 9).

Sobre la *situación de consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 10), se reportan 18 casos de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas, sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento A nivel nacional, según el SECCATID, existe el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Sobre lugares donde se realiza *comercio sexual* (tabla 11) únicamente se encuentran registrados 3 de estos (no hay datos de lugares clandestinos). Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Chiquimula hay 44 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo

(tabla 12), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad.

*La profilaxis sexua*l (tabla 13) que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Chiquimula, este atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado este método como medida preventiva. De los preservativos que se distribuyen como método de barrera para la prevención de la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, 89% fueron distribuidos a varones.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual es útil para disminuir la propagación del VIH y SIDA. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el programa de profilaxis sexual, que está dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como el VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En Chiquimula existen 51 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 6,558 personas (tabla 14), esto evidencia la escasez de personal médico por habitantes en el departamento, según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 32, existiendo 1 enfermera por cada 10,462 habitantes, según la Guía de Indicadores Priorizados, la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por cada 10,000 habitantes; no siendo así en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 150, siendo 1 auxiliar de enfermería por cada 2,230 habitantes, encontrándose dentro del estándar aceptable el cual es de 5 auxiliares por cada 10,000 habitantes (tabla 14).

El departamento cuenta con 12 promotores de salud (1 promotor por 27,873 habitantes), en la Guía de Indicadores Priorizados antes mencionada, el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento lejano al ideal propuesto.

Además el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 20 técnicos en salud (1 técnico por 116,723 habitantes), 17 laboratoristas (1 laboratorista por 19,675 habitantes), 4 odontólogos (1 odontólogo por 83,618 habitantes), 3 psicólogos (1 psicólogo por 111,490 habitantes), 4 trabajadores sociales (1 trabajador por 83,618 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 14).

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general. El departamento de Chiquimula cuenta con 2 Hospitales regionales, 2 Centros de Salud tipo A, 2 Centros de Salud tipo B, 27 Puestos de Salud, 61 unidades mínimas, 291 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente con VIH y SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 15).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 1 infraestructura en la cual no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por

lo que la población cubierta por el IGSS no tiene accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH y SIDA observada en el sector público (tabla 15).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario. En Chiquimula existen 171 clínicas privadas y 2 centros de diagnóstico (tabla 15), sin embargo al tomar en cuenta que 56.5% de sus pobladores son pobres, es baja la proporción de la población que tiene acceso a estos servicios.

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG), en Chiquimula no existen ONGs dedicadas específicamente al desarrollo de actividades para prevención y tratamiento del VIH y SIDA, Chiquimula posee una ONG: la Asociación de Desarrollo Miramundo en Ipala, que como parte de su ayuda a la población del departamento distribuye información sobre enfermedades de transmisión sexual, pero no específicamente dedicada al VIH y SIDA (tabla 15).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00

por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.20% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 56.5% de la población total del departamento de Chiquimula es pobre y 13.3% extremadamente pobre (tabla 16). Estos datos son similares a los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional.

La situación antes señalada es muy importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más devastadores entre los pobres, los cuales carecen de recursos económicos y poseen un apoyo social limitado lo cual los hace mas vulnerables a adquirir la infección, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención contra el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencia alta en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición deficiente tan común en personas de escasos recursos y ésta asociada a la infección por VIH disminuye la calidad de vida y aumenta la mortalidad por esta causa.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

Según el PNUD, el departamento de Chiquimula tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.56 (tabla 16) con un Desarrollo Humano bajo, siendo menor que el de la república de Guatemala (0.663) que se interpreta como un nivel de desarrollo medio. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e incluso un retroceso en dicho indicador, es por esto la importancia de detener y disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto por las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de Chiquimula cuenta con 19 partidos políticos (tabla 17).

Su organización social esta compuesta por 887 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 11 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 17), según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose una diferencia de 29 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las distintas comunidades de Chiquimula, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y la importancia de su prevención, priorizando la enfermedad y formulando proyectos en conjunto para la educación de los habitantes y para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de los sectores educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Chiquimula es 36.72% (63.28% de alfabetas) (tabla 21), estos indicadores son moderadamente más altos en comparación con los reportados a nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 1,329 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 18), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 87,740 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 19), considerando que es 26.23% del total de la población se hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Chiquimula cuenta con 3,919 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 20), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de la reducción y control de la propagación del VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: Chiquimula es un departamento con una *tasa de empleo* de 67.8%, el ingreso promedio mensual es de Q.1,273.00 y *la población económicamente activa* es de 67.94% (tabla 22), estos datos difieren de los datos reportados a nivel nacional donde la tasa de empleo es de 53.8% , el ingreso mensual es de Q.2,326.19, y la PEA es 67.94%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que si esta es afectada, se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país generando más pobreza y menos acceso a la educación en salud.

Entre las actividades económicas principales se encuentran las oficiales, los operarias y las artesanales. Los productos agrícolas principales son el maíz, fríjol y arroz. El producto artesanal principal son los utensilios de barro. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencian que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 22).

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Chiquimula es de Q. 22.424.45, el cual representa 0.054% del total del presupuesto de la nación de Q. 491,293,744.83. En el área de salud no se tiene establecido ningún monto para el programa de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q. 812,079 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación de las áreas de salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al área de salud del departamento de Chiquimula ya que la enfermedad afecta a sus pobladores y existen casos no registrados, hasta que las autoridades encargadas no tomen esta infección por VIH y al SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio de detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.6. DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

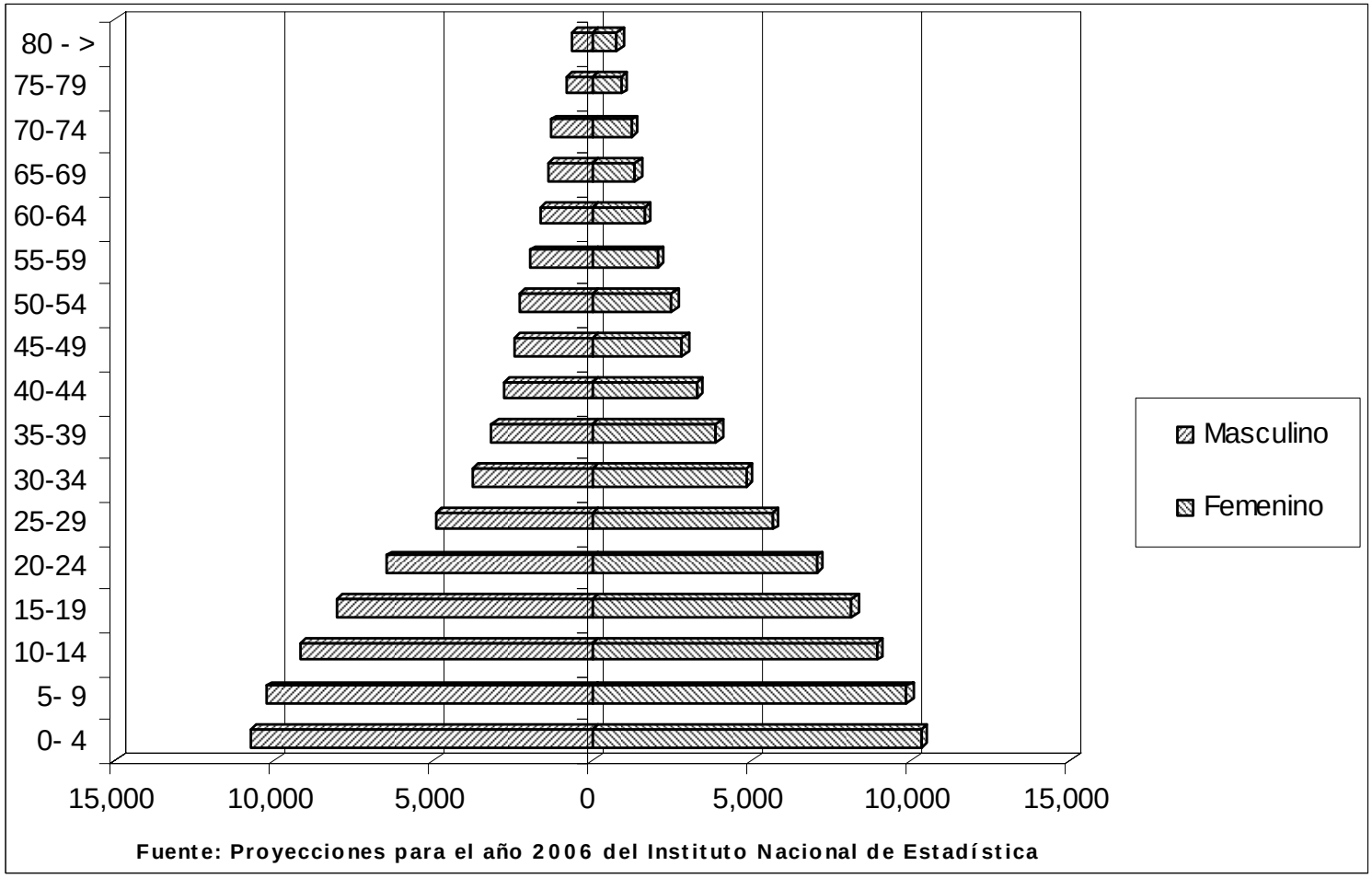
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	10,751	10,337	21,088
5- 9	10,264	9,860	20,123
10-14	9,164	8,941	18,105
15-19	8,050	8,147	16,197
20-24	6,453	7,061	13,514
25-29	4,887	5,680	10,567
30-34	3,765	4,806	8,570
35-39	3,158	3,899	7,057
40-44	2,782	3,290	6,073
45-49	2,447	2,815	5,262
50-54	2,310	2,491	4,801
55-59	1,970	2,052	4,022
60-64	1,611	1,645	3,256
65-69	1,405	1,363	2,768
70-74	1,287	1,210	2,497
75-79	834	888	1,722
80 y más	680	770	1,449
Total	71,819	75,253	147,072

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	77 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30%
Población migrante[1]	1,435

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de El Progreso, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH															1	2	4	7	1	1									6	10
SIDA															1		1	1											2	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de El Progreso, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de El Progreso en el año 2006.

Tabla 4
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH			1					1
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de El Progreso, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sx. de des-gaste															1			1							1	1
Dia-rrea cróni-ca																	1								1	
Total															1		1	1							2	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de El Progreso, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de El Progreso en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.04 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	3:5

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de El Progreso, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	139,088	98
Indígena	2,984	2
Total	142,072	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	27	25
Templos no católicos[2]	78	74
Altares para ritos mayas[3]	1	1
Total	106	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	52	84	10	16	62
Tabaquismo	179	87	26	13	205
Drogas ilícitas	2	100			2
Total	233		36		269

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de El Progreso,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	14	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de El Progreso, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	57	89
Masculino	7	11
Total	64	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de El Progreso, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	133	98.52
Masculino	2	1.48
Total	135	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de El Progreso, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	16	1 médico por 9,192 habitantes
Enfermeras	8	1 enfermera por 18,384 habitantes
Auxiliares de enfermería	68	1 aux. de enfermería por 2,163 habitantes
Técnicos en salud rural	17	1 téc. en salud rural por 8,651 habitantes
Laboratoristas	6	1 laboratorista por 24,512 habitantes
Odontólogos	0	no aplica
Psicólogos	0	
Trabajadores sociales	4	1 trabajador social por 36,768 habitantes
Promotores de salud	153	1 promotor de salud por 961 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de El Progreso, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	1
Centros de salud tipo B[1]	7
Puestos de salud[1]	34
Unidades mínimas[1]	21
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	1
Clínicas privadas[1]	31
Clínicas comunitarias[1]	0
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de El Progreso, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	45.4%
Pobreza extrema	8.6%
Índice de desarrollo humano	0.648

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	14
COCODES[2]	180
COMUDES[2]	5

Fuente: [1]Delegación Departamental de El Progreso, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de El Progreso, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	128	18	146
Primaria[1]	240	20	260
Básicos[1]	30	20	50
Diversificado[1]	3	29	32
Superior[2]		2	2
Total	401	89	490

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de El Progreso, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	4,710	531	5,241
Primaria[1]	25,367	1,929	27,296
Básicos[1]	3,386	1,367	4,753
Diversificado[1]	224	2,143	2,367
Superior[2]	0	316	316
Total	33,687	6,286	39,973

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de El Progreso, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	189	29	218
Primaria[1]	879	96	975
Básicos[1]	151	128	279
Diversificado[1]	22	227	249
Superior[2]	0	27	27
Total	1,241	507	1,748

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de El Progreso, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	61,429	70
Analfabeta	26,327	30
Total mayores de 15 años	87,756	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de El Progreso, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	93.4%
Actividad económica principal[2]	Agricultura caza y pesca, explotación de minas y canteras, industria manufacturera textil y alimenticia, electricidad, gas y agua, construcción
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, frijol, tomate, pepino, cebolla, chile pimiento, café
Productos artesanales principales[3]	Cerámica tradicional, cerería, cestería, cuero, hierro, hojalatería, instrumentos musicales, muebles, pirotecnia, sombreros, tejido de algodón, trenzas
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 2,346.90
Población económicamente activa[2]	72%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de El Progreso, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de El Progreso.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q. 26,169,924.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q.275,000.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud El Progreso, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de El Progreso de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de El Progreso es de 147,072 habitantes (tabla 1), con un ligero predominio del sexo femenino (51%). El 78% de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual es característico de poblaciones en desarrollo porque la predominancia de personas jóvenes y alta tasa de crecimiento. La *concentración poblacional* (tabla 2) es baja ya que en la República de Guatemala es de 118 personas por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento indica 77 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En El Progreso la proporción *de Mujeres en Edad Fértil* es de 30%. La unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reportó que hay 2,880 mujeres infectadas con VIH y SIDA y de estas el 82% se encuentran en edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de El Progreso reportados por el Área de Salud (tabla 2) para el año 2006 constituyen el 0.98% de la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que atraviesan la ruta comercial del país, ubicados desde Izabal pasando por ciudad de Guatemala y terminando en Tecún Uman. El Progreso se encuentra ubicado dentro de dicha ruta por lo que se hace necesario tener un mejor conocimiento del movimiento de migración y con ello tomar acciones adecuadas.

La *morbilidad por VIH y SIDA* en El Progreso según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 16 casos de VIH (6 casos de sexo masculino y 10 de sexo femenino) y 3 casos de SIDA (2 de sexo masculino y 1 de sexo femenino), que indica una tasa de 12.92 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

Durante el año 2006, en el Área de Salud se reportó 1 caso de VIH en mujeres embarazadas o en puerperio estando comprendida en mujeres de 25-29 años (tabla 4). Es importante realizar pruebas de tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir así el riesgo de transmisión vertical.

No se analiza el dato sobre *morbilidad asociada a SIDA en menores de un año así como en el grupo entre los 1 a 4 años*, ya que el Área de Salud del departamento no se reportaron casos durante el periodo de estudio.

En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA en el departamento (tabla 5), el Área de salud reportó para el 2006, 3 muertes asociadas al SIDA, 2 de estas fueron por desgaste crónico (1 masculino y 1 femenino) y 1 por diarrea crónica de sexo masculino, todas las defunciones anteriores son enfermedades prevenibles lo que demuestra la necesidad de una detección temprana de la enfermedad y su tratamiento bajo un enfoque integral desarrollando protocolos de manejo para la prevención y tratamiento de dichas enfermedades.

No se analizan los datos de *mortalidad en mujeres embarazadas, menores de un año y niños de 1 a 4 años* por VIH y SIDA, dado que según el Área de Salud del departamento de El Progreso no se reportan casos para el periodo de estudio

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) reportada por el Área de Salud de El Progreso es de 2.04 muertes x 100,000 habitantes, la cual es similar comparada con la encontrada a nivel nacional el cual es de 2.2 muertes por x 100,000 según las boletas de notificación por VIH de todas las Áreas de Salud (62).

La *razón de masculinidad* (tabla 6) de pacientes con VIH para el departamento de El Progreso para el año 2006 fue de 3:5, dato que es diferente a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2 (13). El mayor predominio de casos de mujeres que padece de SIDA en el departamento puede deberse a una mayor identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno infantil, a quienes como parte de su control prenatal se les realiza la prueba de VIH. De igual forma puede decirse que el fenómeno de la feminización de la epidemia está presente en este departamento (10). Esta tendencia es importante dado que evidencia, que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto de evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH, así como las formas de prevención de la misma, considerando las acciones de promoción de salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos generados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. El Progreso está compuesto por 98% de población no indígena y el 2% son indígenas (tabla 7), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. El idioma hablado en el departamento es el español (tabla 8), pero por razones culturales parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

En el departamento de El Progreso *los templos religiosos y altares mayas* se distribuyen así:, el 25% de los templos son católicos, 74% de templos son no católicos y 1% son altares para ritos mayas (tabla 9).

Sobre el *consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 10), se reportan un total de 62 casos de alcoholismo, 205 casos de tabaquismo, 2 casos de

consumo de drogas ilícitas. Esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según SECCATID, se informó el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Los lugares dedicados al comercio sexual (tabla 11), reportados por el área de Salud de El Progreso fueron 14. Es preocupante el poco control del comercio sexual en el departamento siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Las *personas dedicadas al comercio sexual* reportadas son 57 mujeres y 7 hombres, desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad (tabla 12).

La *profilaxis sexual* (tabla 13) que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en El Progreso, este atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general , utilizado este método como medida preventiva. De los preservativos que se distribuyen como método de barrera para la prevención de la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, 98.56% fueron distribuidos a mujeres.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Con respecto al *Personal dedicado a la salud e*n El Progreso existen un total de 16 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 9,192 habitantes (tabla 14), lo cual evidencia la falta de personal médico por habitantes en el departamento de El Progreso ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

El número de enfermeras graduadas en el departamento es de 8, existiendo 1 enfermera por cada 18,384 habitantes, según la guía de indicadores priorizados 2004 la

cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 68, existiendo 1 auxiliar de enfermería por 2,163 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes.

El departamento cuenta con 153 promotores de salud (1 promotor por 961 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes colocando al departamento con una adecuada cobertura para la población, por lo que es necesario dar una buena educación a los promotores para que estos logren llevar a las comunidades un buen plan educacional preventivo y aprovechar este recurso humano valioso.

El departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 17 técnicos en salud (1 técnico por 8,651 habitantes), 6 laboratoristas (1 laboratorista por 24,512 habitantes), 0 odontólogos, 0 psicólogos, 4 trabajadores sociales (1 trabajador por 36,768 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre este personal de salud por habitante.

Con respecto a la *Infraestructura de servicios e*l Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de El Progreso cuenta con 1 Hospital Regional, 1 Centro de Salud tipo A, 7 Centros de Salud tipo B, 34 Puestos de Salud, 21 unidades mínimas, no cuenta con centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad

Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de más escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores del estado; el departamento cuenta con 1 infraestructura en la cual no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de VIH SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central, por lo que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público.

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 31 clínicas privadas. No cuenta con centros de diagnóstico por imágenes.

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales, El Progreso no cuenta con una institución específica para VIH SIDA.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Según “la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo el 55.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1,911.00 o menos, incluyéndose el 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, el 45.4 % de la población total del departamento de El Progreso se encuentra pobre y el 8.6% (tabla 16), estos datos son diferentes a los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional, en donde hay un mayor porcentaje de pobladores en extrema pobreza.

La situación antes señalada es muy importantes porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace mas vulnerables, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de El Progreso según el PUND tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.648 (tabla 16) interpretándose como desarrollo humano medio siendo ligeramente mayor que el de la República de Guatemala (0.635) que se interpreta como desarrollo humano medio también. La alta prevalencia de VIH SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, es por esto la importancia de detener y disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de El Progreso cuenta con 14 partidos políticos. La organización social de El Progreso esta compuesta por 180 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 5 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 17). Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose una diferencia de 3 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formulando conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales

como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

*E*l porcentaje de *analfabetas* en el departamento de El Progreso es del 30% (70% alfabetas) (tabla 21), estos indicadores son ligeramente mas altos en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan el 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

La *Infraestructura y Recursos Humanos dedicados a la Educación* se distribuye así en El Progreso (tablas 18,19,20): 490 centros dedicados a la educación (sector público y privado); para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual. Asimismo se encuentran inscritos 39,973 estudiantes reportados en el año 2006, considerando que es el 27.18% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de El Progreso cuenta con 1,748 maestros tanto del sector público como del sector privado, como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas para disminuir y contralar el HIV SIDA en el departamento.

Condiciones de *Trabajo:* El Progreso es un departamento con una *tasa de empleo* del 93.4% (tabla 22), con un ingreso promedio mensual de Q2,346.90 y una *población económicamente activa* de 72% (tabla 22), datos que son similares a los encontrados a nivel nacional donde el ingreso mensual es de Q.2,326.19, y PEA de 69.85%, en lo que respecta a la tasa de empleo nacional (53.82%), esta es menor a la encontrada en el departamento. Dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran agricultura, caza y pesca, explotación de minas y canteras, los productos agrícolas principales son el maíz, fríjol, tomate, pepino, cebolla, chile pimiento, café. El producto artesanal principal es la cerámica tradicional, cerería, cestería, cuero. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que la actividad económica principal es la agricultura. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 22).

Inversión en salud (tabla 23): *e*l *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de El Progreso es de Q26, 169,924, el cual representa un 5.32% del total del presupuesto de la nación que es de Q491,293,744.83. En el Área de Salud se tiene establecido para el programa de VIH y SIDA un total de Q275, 000.00 que corresponde a un 1.05% del

presupuesto total, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q812,079 el cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de El Progreso, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.7. DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

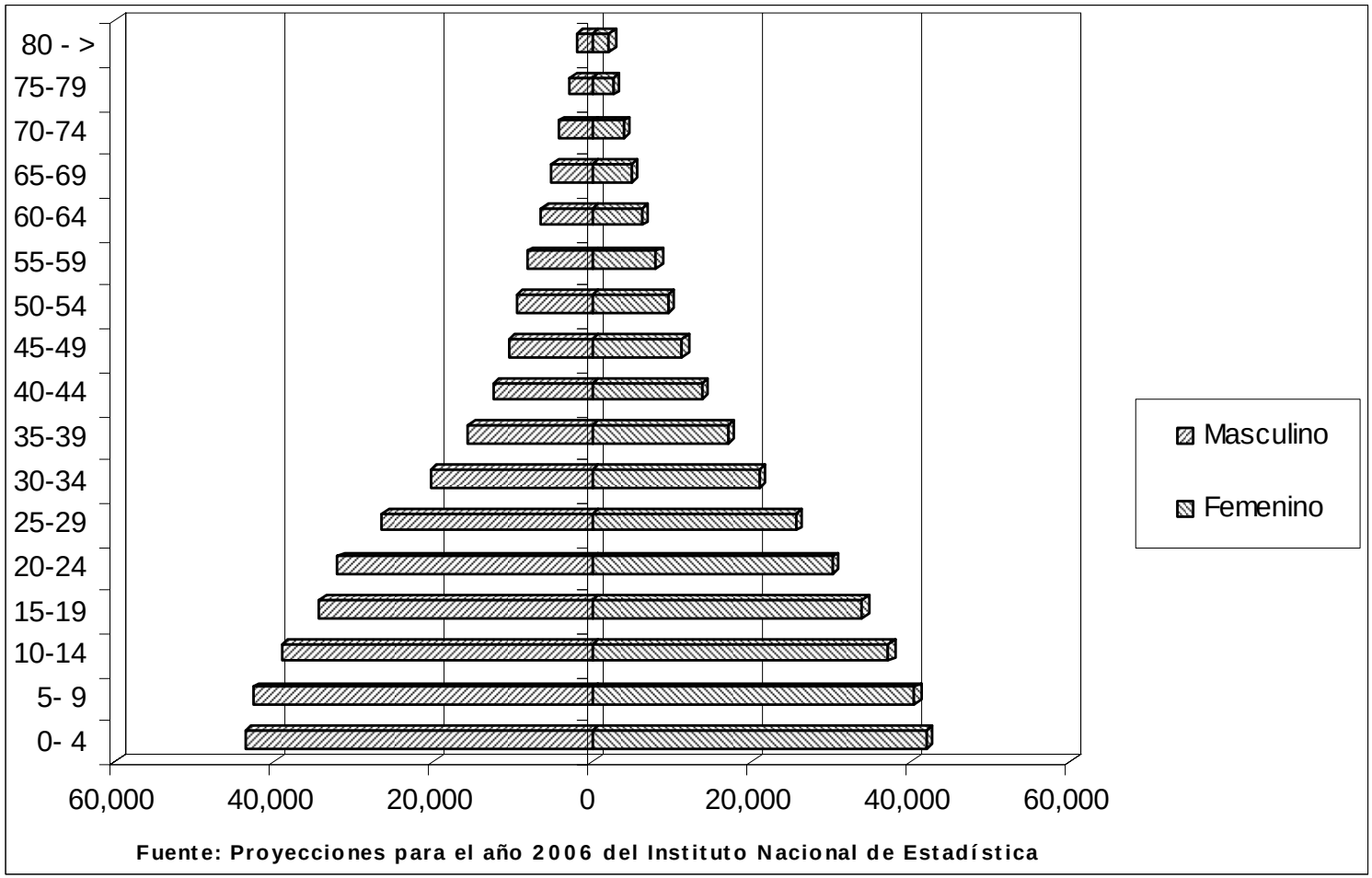
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	43,487	41,913	85,400
5- 9	42,579	40,499	83,078
10-14	39,098	37,205	76,304
15-19	34,255	33,934	68,189
20-24	31,909	30,153	62,062
25-29	26,393	25,478	51,870
30-34	20,220	20,935	41,156
35-39	15,589	17,043	32,632
40-44	12,470	13,705	26,175
45-49	10,548	11,266	21,814
50-54	9,540	9,510	19,050
55-59	8,296	8,033	16,329
60-64	6,416	6,195	12,611
65-69	5,092	4,806	9,898
70-74	4,309	3,965	8,274
75-79	2,823	2,695	5,518
80 y más	2,050	2,117	4,167
Total	315,074	309,453	624,527

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	143 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30.38%
Población migrante[1]	30,079

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Escuintla, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH								2					2	4	3	5	8	11	2	3	1	1						1	16	27
SIDA							2	7					1	3	2	9	13	21	5	9	4	7	1	2		3			28	61

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Escuintla, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA y casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Escuintla en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 4
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Neumonía						1							3		1										4	1
TB. pulmonar											1		1	1											2	1
D.P.C												1	1		1										2	1
Bronquitis											1		1												2	
Choque séptico													1												1	
Diarrea													1												1	
TB. ganglionar													1												1	
SIDA sin especificar													3						1						4	
VIH sin especificar												1	4		1										5	1
Total						1					1	3	16	1	4				1						22	4

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Escuintla, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Escuintla en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 5
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	4.16 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	2:3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Escuintla, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 6
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	584,558	93.6
Indígena	39,969	6.4
Total	624,527	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 7
Idiomas hablados en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiché		X
Kaqchiquel	X	
Tzutuhil		X
Mam		X
Keqchí		X
Pocomam	X	
Pocomchí		X
Achí		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 8
Templos y altares religiosos del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	20	46.65
Templos no católicos[2]	250	58.14
Altares para ritos mayas[3]	160	37.21
Total	430	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 9
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	97	96.04	4	3.96	101
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	97	96.04	4	3.96	101

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Escuintla, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 10
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	28	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Escuintla, año 2006

Tabla 11
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	1,950	94.67
Masculino	110	5.33
Total	2,060	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Escuintla, año 2006

Tabla 12
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	1,950	94.66
Masculino	110	5.34
Total	2,060	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Escuintla, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 13
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	43	1 médico por 14,524 habitantes
Enfermeras	16	1 enfermera por 39,033 habitantes
Auxiliares de enfermería	100	1 aux. de enfermería por 6,245 habitantes
Técnicos en salud rural	9	1 téc. en salud rural por 69,392 habitantes
Laboratoristas	13	1 laboratorista por 48,041 habitantes
Odontólogos	4	1 odontólogo por 156,132 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 624,527 habitantes
Trabajadores sociales	2	1 trabajador social por 312,264 habitantes
Promotores de salud	2	1 promotor de salud por 312,264 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Escuintla, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 14
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	2
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	1
Centros de salud tipo B[1]	15
Puestos de salud[1]	37
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	8
Clínicas privadas[1]	11
Clínicas comunitarias[1]	12
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	5

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Escuintla, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Fundación Barcelona, Fernando Iturbide, Blanco y Negro, Gente Positiva, Plan Internacional

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 15
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	35.15%
Pobreza extrema	4.32%
Índice de desarrollo humano	0.616

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 16
Organización política y social del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	21
COCODES$_2$	430
COMUDES$_2$	13

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Escuintla, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Escuintla, año 2006

4.3) Educación

Tabla 17
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	379	99	478
Primaria[1]	417	147	564
Básicos[1]	48	136	184
Diversificado[1]	12	118	130
Superior[2]	1	2	3
Total	857	502	1,359

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Escuintla, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 18
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	16,192	3,222	19,414
Primaria[1]	94,290	14,130	108,420
Básicos[1]	6,743	9,770	16,513
Diversificado[1]	1,550	9,428	10,978
Superior[2]	450	400	750
Total	119,225	36,950	156,175

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Escuintla, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	535	168	703
Primaria[1]	2,753	607	3,360
Básicos[1]	234	733	967
Diversificado[1]	87	677	764
Superior[2]	30	55	85
Total	3,639	2,240	5,879

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Escuintla, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Alfabetismo en la población del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	286,215	75.37
Analfabeta	93,531	24.63
Total mayores de 15 años	379,746	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Escuintla, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 21
Indicadores de trabajo del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	33%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, silvicultura y pesca, comercio por mayor y menor, restaurantes y hoteles, industria manufacturera textil
Productos agrícolas principales[3]	Caña de azúcar, legumbres, tubérculos, cereales, cebollas, flores, café
Productos artesanales principales[3]	Tejidos
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,500.00
Población económicamente activa[2]	73%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Escuintla, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 22
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Escuintla.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 30,019,311.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Escuintla, año 2006

NOTA: En el área de salud de Escuintla no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

La presente Discusión de Resultados se realiza en base a la caracterización del VIH y SIDA en el departamento de Escuintla, de acuerdo a las dimensiones que mejor describen el perfil de necesidades y condiciones de vida de esta población las cuales son: Dimensión Biológica, Dimensión Estilos de Vida, Dimensión Atención en Salud y Dimensión Socioeconómica.

Esta caracterización de la población de Escuintla y del VIH y SIDA como problema de impacto a nivel mundial es una forma de hacer investigación en la cual se describen y explican problemas con el fin de poderlos comprender, abordar y resolver. Combatir el VIH y SIDA es uno de los objetivos incluidos dentro de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, acordado por los países miembros de las Naciones Unidas para el año 2015 (109).

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La *población total* de Escuintla es de 624,527 habitantes (tabla 1), el 50.45% son de sexo masculino y el 49.55 % es de sexo femenino. El 80 % de esta población es menor de 39 años y la pirámide poblacional (gráfica 1) es de base ancha. La *densidad de población* en Escuintla es de 143 habitantes por Km2, mostrando

paridad con los datos a nivel nacional, cuyo promedio de densidad demográfica es de 118 habitantes por Km2. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Escuintla el *porcentaje de Mujeres en Edad Fértil* es de 30.38% (tabla 2), la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006 reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres, y de éstas el 82% se encuentra comprendido en los rangos de edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Escuintla reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituyen 30,079 personas; este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de

riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos, pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que transitan en este departamento. La ubicación geográfica de Escuintla lo hace un departamento de alto riesgo para contraer la infección por VIH.

Según datos del Área de Salud del departamento de Escuintla, se reportaron para el año 2006, 43 casos de VIH (16 casos de sexo masculino y 27 de sexo femenino, tabla 3) y 89 casos de SIDA (28 de sexo masculino y 61 de sexo femenino, tabla 3). Debe compararse este número de casos con los encontrados en otros departamentos del sur y de las rutas comerciales del país, para evaluar la verdadera prevalencia de esta enfermedad respecto a otras regiones del país.

No se cuenta en el área de salud del departamento un registro que indique la morbilidad asociada al SIDA, por lo tanto no se analiza en este informe.

El área de salud de Escuintla reportó, durante el año 2006, 26 *muertes asociadas al SIDA*, cinco de éstas fueron por neumonía, tres por tuberculosis, tres por DPC, cinco por SIDA sin especificar y cuatro por infección por VIH sin especificar (tabla 4). Las muertes se concentran más en la población de 25 a 39 años, aunque se encuentra una persona fallecida en el grupo etáreo de 60 a 69 años. Los pacientes de sexo masculino resultan abrumadoramente con mayor mortalidad que las mujeres.

No se analizan los datos de mortalidad en mujeres embarazadas, menores de un año y niños de 1 a 4 años por VIH y SIDA, dado que según el Área de Salud del departamento de Escuintla no se reportan casos durante el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 5) reportada por el área de salud de Escuintla para el departamento es de 4.16 muertes x 100,000 habitantes.

La razón de masculinidad de pacientes con VIH para el departamento de Escuintla para el año 2006 fue de 2:3 (tabla 5), dato que es diferente a lo reportado a nivel nacional, ya que en Guatemala dicha razón es de 4:2. Esta tendencia es importante dado que evidencia que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto dentro como fuera de los servicios de salud.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. En Escuintla, 93.6% (tabla 6) de la población es ladina; el resto de los pobladores es de raza indígena; esto difiere de lo reportado a nivel nacional (54.85% de no indígenas), donde los porcentajes de población son similares. Esta subdimeision es muy imporante en la adquisiciòn de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen pràcticas sexuales y cuidados de su salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en sitauciòn de mayor o menor riesgo para adquirir la enfermedad.Esto se da por una de dos razones: las prácticas que ponen en mayor riesgo la adquisición de VIH son practicadas con mayor frecuencia por los ladinos o, por razones de cultura y barreras del idioma, los indígenas no consultan a los centros de salud y por esto no se detectan más casos de VIH o de SIDA en pobladores de raza indígena, de los cuales se encuentran en Escuintla los idiomas kaqchiquel y poqomam, especialmente en los municipios del norte del departamento (San Vicente Pacaya, tabla 8).

En el departamento Escuintla, según la conferencia Episcopal de Guatemala, el 4% de los templos son católicos, 58.14% de templos no católicos y un 37.21% de altares para ritos mayas (tabla 9).

Sobre la *situación de consumo de drogas en el departamento* durante el año 2006 (tabla 10), se reporta un total de 101 casos de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas, sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento. A nivel nacional, según la Secretaría Contra Las Adicciones y El Trafico Ilícito de Drogas, sí se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack,

cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para la adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

En Escuintla se encuentran registrados 28 lugares en los que se realiza comercio sexual (tabla 10). El control del las personas trabajadoras del sexo es llevado a cabo por la Fundación Barcelona, la cual se encuentra únicamente en tres de los once municipios del departamento (Escuintla, San José y Santa Lucia Cotzumalguapa). Se encuentran reportadas 2,060 personas como trabajadores del sexo (tabla 11), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debido a que quien tiene el control de los demás departamentos es el sistema de salud nacional. Debe mejorarse la detección de estas personas ya que deben realizarse pruebas de VIH de manera frecuente por encontrarse en alto riesgo de adquisición y transmisión de esta enfermedad.

La profilaxis sexual que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Escuintla ya que no sólo los trabajadores del sexo se encuentran dentro de este programa, sino que la población en general utiliza este método como medida preventiva. El 94.67% de los anticonceptivos distribuidos por la fundación Barcelona se brinda a la población femenina trabajadora del sexo, el resto a la población masculina (tabla 12). No se cuenta con datos sobre pacientes que los reciban para planificación familiar. Es importante la difusión del uso

del preservativo, no sólo como método anticonceptivo, sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

En Escuintla existen 43 médicos, esto permite que haya un médico por cada 14,524 personas (tabla 13), lo cual evidencia la escasez de personal médico por habitantes en el departamento de Escuintla; según la Organización Panamericana de la Salud el estándar de médicos por habitante es de 14 por 10,000. A nivel nacional hay 1 médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 16, existiendo una enfermera por cada 14,524 habitantes (tabla 13), que según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de tres enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 100, siendo un auxiliar de enfermería por 6,245 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de cinco auxiliares por 10,000 habitantes.

El departamento cuenta con dos promotores de salud (un promotor por 156,132 habitantes, tabla 13), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de un promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento lejos del ideal propuesto.

Asimismo, el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 9 técnicos en salud (1 técnico por 69,392 habitantes), 13 laboratoristas (1 laboratorista por 48,141 habitantes), no hay odontólogos, un psicólogo (1 psicólogo por 624,524 habitantes), 2 trabajadores sociales (1 trabajador por 312,263 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 13).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Escuintla cuenta con dos Hospitales Nacionales, un Centro de Salud tipo A, 15 Centros de Salud tipo B, 37 Puestos de Salud, (tabla 14), lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afectada debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las

contribuciones obligatorias de los trabajadores y patronos; el departamento cuenta con ocho clínicas en las cuales no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población cubierta por el IGSS no tiene accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 14).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 11 clínicas privadas (tabla 14).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza y el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo el 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose el 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, el 35.15 % de la población total del departamento de Escuintla se encuentra

pobre y el 4.32% extremadamente pobre (tabla 15). Estos datos son similares a los reportados por la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN) a nivel nacional.

Debe tomarse en cuenta que Escuintla es uno de los departamentos con mayor cantidad de industrias en su región (caña de azúcar), por lo que los indicadores antes mencionados no son un real reflejo de lo que pasa con la población general. Esta condición económica disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención del VIH y SIDA. Además las condiciones de pobreza y extrema pobreza se relacionan con una nutrición deficiente, lo cual en caso de contraer el VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana para llegar a desarrollar SIDA es menor, aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB *per cápita* en USSD). Escuintla, con un índice de desarrollo humano en 0.616, puntea como un Desarrollo Humano medio (tabla 16). Esto disminuye las posibilidades de una correcta información en cuanto al VIH, las formas de transmisión y el acceso al tratamiento en caso de contraer la infección.

Organización social y política: El departamento de Escuintla cuenta con 21 *partidos políticos* (tabla 16). La *organización social* de Escuintla está compuesta por 430 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 13 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 16). Según Gobernación Departamental por cada 22 COCODES

debe haber un COMUDE, encontrándose una diferencia de 33 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta de la población organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos comunitarios que conforman al departamento.

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Escuintla es del 24.63% (tabla 20), un cuarto de la población no sabe leer y escribir; estos indicadores son similares en comparación con los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan el 25.04% (74.96% alfabetas), este nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo. Se debe tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 1,359 *centros dedicados a la educación* (sector público y privado) (tabla 17); para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH y SIDA, asi como de transmisión sexual.

Además se encuentran inscritos en el departamento 156,175 *estudiantes* en el año 2006 (tabla 18); considerando que es el 24.99% del total de la población hace notar la

importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Escuintla cuenta con 5,879 *maestros* tanto del sector público como del sector privado (tabla 19), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de la disminuir y controlar el VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: La *tasa de empleo* en el departamento de Escuintla es de 33%, el *ingreso promedio mensual* de Q.1,500.00, y *población económicamente activa* el 73%, (tabla 22); éstas son menores en comparación a nivel nacional la cual consiste en 75.4% de tasa de empleo, un ingreso mensual de Q.2,329.16, y PEA de 69.85%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran agricultura, silvicultura y pesca, así como el comercio por mayor y menor. Los productos agrícolas principales son la siembra de la caña de azúcar, tubérculos, cereales, cebollas, legumbres y café. El producto artesanal principal son los tejidos (tabla 21). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencian que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y

mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Escuintla es de Q. 30, 019,311 (tabla 22), el cual representa un 6.11% del total del presupuesto de la nación otrogado a las Áreas de salud de la República, que es de Q 491, 293,744.83. En el área de salud no se tiene estipulado ningún rubro para el programa de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q. 812,079 el cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación de las áreas de salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al área de salud del departamento de Escuintla, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.8. DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

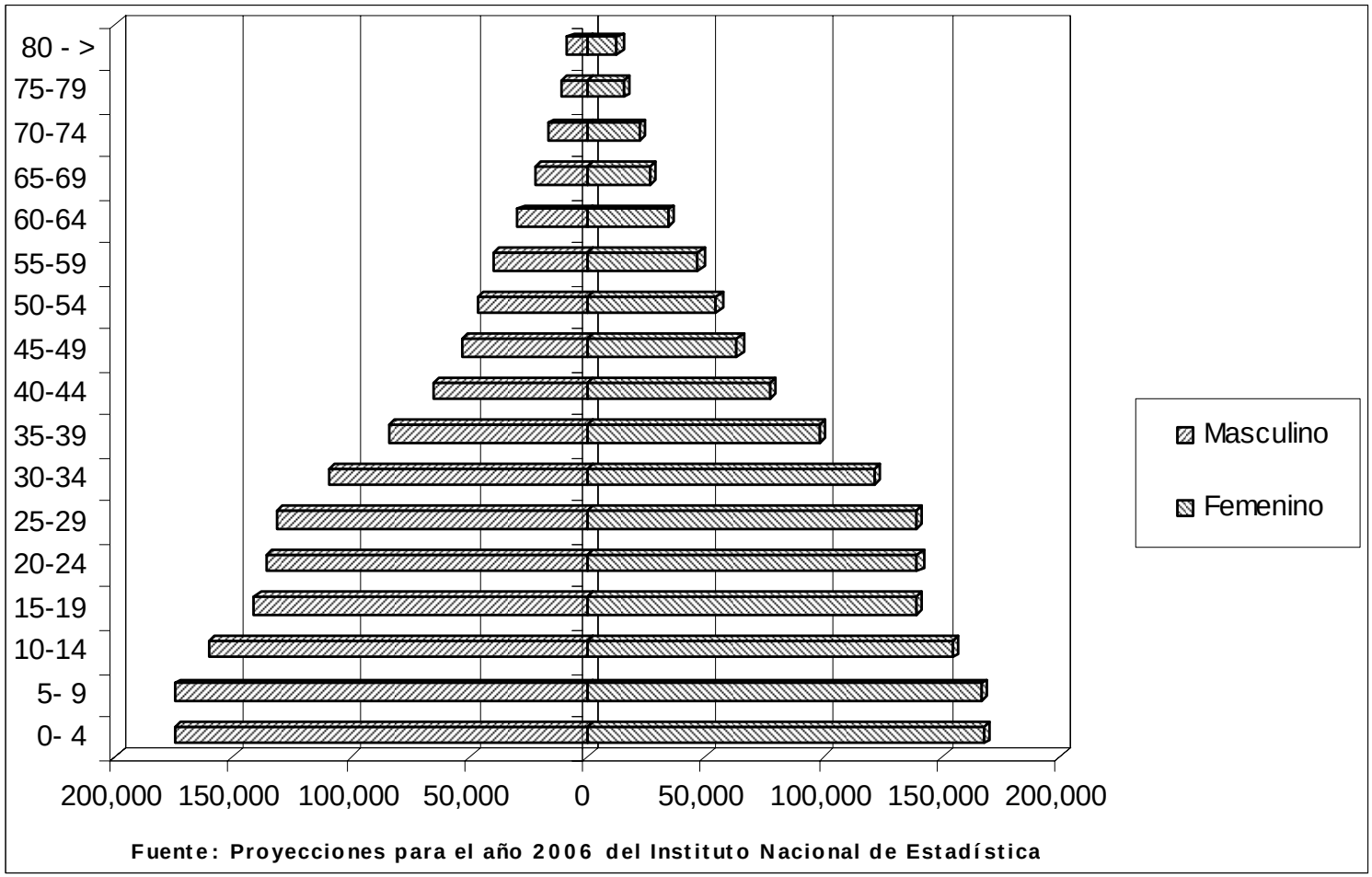
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	174,085	167,531	341,616
5- 9	174,197	166,998	341,195
10-14	159,730	154,273	314,004
15-19	140,710	138,965	279,675
20-24	135,847	139,638	275,485
25-29	130,976	139,064	270,040
30-34	109,258	121,044	230,303
35-39	84,184	98,043	182,227
40-44	65,210	77,088	142,298
45-49	53,161	63,592	116,753
50-54	46,355	54,541	100,896
55-59	39,601	46,833	86,434
60-64	29,367	34,354	63,722
65-69	21,868	26,500	48,368
70-74	16,963	21,800	38,763
75-79	11,264	15,501	26,765
80 y más	8,288	12,833	21,120
Total	1,401,063	1,478,601	2,879,664

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	1,298 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	32.35%
Población migrante[1]	143,720

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																1	2	1	1										3	2
SIDA						3	1						2	1		1	6	3	3	1				1						12	10

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

Tabla 4
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Guatemala Noroccidente 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																														
SIDA						1	1						1				2	1											4	2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Guatemala Noroccidente, Año 2006

Tabla 5
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Guatemala Sur 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																														
SIDA						1										1	2		3										5	2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Guatemala Sur, Año 2006

Tabla 6
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Guatemala Nororiente 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																														
SIDA						1							1	1				1											1	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Guatemala Nororiente, Año 2006

Tabla 7
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Guatemala Central 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																1	2	1	1										3	2
SIDA																	2	1		1				1					2	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Guatemala Central, Año 2006

Tabla 8
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA							1				2	2	1	1				1			4	4
Síndrome de infección aguda por VIH										1	2	1	1								3	2
Meningitis debida a herpes zoster	1	3																			3	1
Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias											1		1								2	
Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especifica										1	1										1	1
Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por Pneumocystis carinii							1															1
Total	1	3					2	1		1	6	3	3	1				1			13	9

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

Tabla 9
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH	2	8	5	1	1			17
2	SIDA	7	38	16	5	1	1		68

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 10
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA		1				1					2		13	5	2	1	3	2		1					20	11
Demencia por VIH											1		1												2	
Neumonía por Pneumocistis carinii												1														1
Infecciones múltiples													1												1	
Síndrome de infección aguda por VIH																	1								1	
Total		1				1					3	1	15	5	2	1	4	2		1					24	12

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, debido a que no se reportaron casos en las Áreas de Salud de Guatemala en el año 2006.

Tabla 11
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	SIDA		1		100	1
Total			1		100	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

Tabla 12
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 – 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	SIDA		1		100	1
Total			1		100	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 13
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA departamental	1.25 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad por SIDA Guatemala Central	0.92 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad por SIDA Guatemala Noroccidente	0 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad por SIDA Guatemala Nororiente	3.72 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad por SIDA Guatemala Sur	1.42 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	12.58 x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH departamental	3:2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de Áreas de Salud de Guatemala, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 14
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	2,419 414	84
Indígena	460,250	16
Total	2, 879, 664	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 15
Idiomas hablados en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel	X	
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam	X	
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 16
Templos y altares religiosos del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	114	4.35
Templos no católicos[2]	2,500	95.45
Altares para ritos mayas[3]	5	0.19
Total	2,619	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 17
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	77	74.04	27	25.96	104
Tabaquismo	147	75	49	25	196
Drogas ilícitas	83	76.15	26	23.85	109
Total	307	75.06	102	24.94	409

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Guatemala,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 18
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	388	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Guatemala, año 2006

Tabla 19
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	1, 917	83.24
Masculino	386	16.76
Total	2,303	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Guatemala, año 2006

Tabla 20
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino		
Masculino	12,528	100
Total	12,528	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Guatemala, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 21
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	127	1 médico por 22,675 habitantes
Enfermeras	43	1 enfermera por 66,969 habitantes
Auxiliares de enfermería	237	1 aux. de enfermería por 12,150 habitantes
Técnicos en salud rural	57	1 téc. en salud rural por 50,520 habitantes
Laboratoristas	47	1 laboratorista por 61,269 habitantes
Odontólogos	32	1 odontólogo por 89,990 habitantes
Psicólogos	11	1 psicólogo por 261,788 habitantes
Trabajadores sociales	19	1 trabajador social por 151,561 habitantes
Promotores de salud	522	1 promotor de salud por 5,517 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 22
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	8
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	6
Centros de salud tipo A[1]	2
Centros de salud tipo B[1]	23
Puestos de salud[1]	86
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	19
Clínicas privadas[1]	133
Clínicas comunitarias[1]	59
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	14

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Fundación Visión Mundial, Asociación Integral de Salud, OASIS, Gente Positiva, FUNDSIDA, CRS-VIDA, Casa Alianza, Gente Nueva, FUNDAMACO, IDEI, Fundación Barcelona, Proyecto Payaso, Clínica Familiar Luis Ángel García, Hospicio San José

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 23
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	14.2%
Pobreza extrema	1.6%
Índice de desarrollo humano	0.795

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 24
Organización política y social del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	19
COCODES$_2$	167
COMUDES$_2$	10

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Guatemala, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Guatemala, año 2006

4.3) Educación

Tabla 25
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	684	1,177	1,861
Primaria[1]	911	1,174	2,085
Básicos[1]	174	1,182	1,356
Diversificado[1]	53	850	903
Superior[2]	1	14	15
Total	1,823	4,397	6,220

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Guatemala, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 26
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	49,536	54,662	104,198
Primaria[1]	288, 275	141,611	429,886
Básicos[1]	36,074	107,080	159,328
Diversificado[1]	16,081	74,804	90,885
Superior[2]	84,440	30,756	115,196
Total	474,406	408,913	883,319

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Guatemala, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 27
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,433	2,903	4,336
Primaria[1]	7,602	6,758	14,360
Básicos[1]	2,094	8,323	10,417
Diversificado[1]	772	6,285	7,057
Superior[2]	3,112	4,497	7,609
Total	15,013	28,766	43,779

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Guatemala, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 28
Alfabetismo en la población del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	1,709,815	90.81
Analfabeta	173,034	9.19
Total mayores de 15 años	1,882,849	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Guatemala, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 29
Indicadores de trabajo del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	89.13%
Actividad económica principal[2]	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas, operarios de instalaciones y maquinas y montadores, técnicos profesionales de nivel medio, empleados de oficina
Productos agrícolas principales[3]	Café, maíz, fríjol
Productos artesanales principales[3]	Tejidos
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 2,597.04
Población económicamente activa[2]	76.29%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Guatemala, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 30
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Guatemala.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud Central	Q. 23,445,489.00
Asignado al área de salud Noroccidente	Q. 28,484,354.00
Asignado al área de salud Nororiente	Q. 22,128,292.00
Asignado al área de salud Sur	Q. 8,493,133.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Áreas de Salud Guatemala, año 2006

NOTA: En las áreas de salud de Guatemala no existe un presupuesto específico para programas de VIH, los programas son financiados por ONG.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

A continuación se analizaran los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Guatemala de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total del departamento de Guatemala es de 2, 879, 664 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (51.35%), con el 79.6% de la población menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada, además de indicar que la *concentración poblacional* (tabla 2) es alta ya que, la de la República de Guatemala oscila entre las 118 personas por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento indica 1,298 habitantes por kilometro cuadrado, siendo este departamento el que posee más habitantes por kilometro cuadrado, debido al área metropolitana. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la

mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En el departamento de Guatemala la proporción de *Mujeres en Edad Fértil* es de 32.35% (tabla 2), muy similar a la que se observa a nivel nacional la cual es de 30.36%, la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas el 82% se encuentran comprendidas en edad fértil, lo cual las constituye en un grupo de riesgo, dado que son un grupo vulnerable para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Guatemala reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 es de 143,720 (tabla 2), constituyendo el 4.9% de la población del departamento, este dato es importante porque los migrantes debido a la pobreza, la violencia, la inaccesibilidad a servicios de salud, las violaciones y la exposición a gran cantidad de trabajadoras del sexo, son un grupo asequible de padecer la infección por VIH. Además de encontrarse en

situaciones de vivienda y laborales inestables, lo cual implica acceso limitado a información confiable y apta culturalmente sobre el VIH y SIDA, así como a los servicios de salud. Mientras más aumenta la migración, menos puede delimitarse la problemática, y la epidemia se vuelve más generalizada, esta población está inclinada a ser un grupo no sólo de riesgo, si no que un propagador de la infección al regresar a su lugar de origen con la posibilidad de transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos específicos, como es el caso de los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que atraviesan la ruta comercial del país, que surca desde Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán, que son lugares con una alta prevalencia de VIH y SIDA (14,102).

El departamento de Guatemala tiene cuatro áreas de salud: Guatemala central que la constituye la región metropolitana, Guatemala Noroccidente ubicada en el municipio de Mixco, Guatemala Nororiente en Santa Catarina Pínula y Guatemala Sur en Amatitlán, La *morbilidad por VIH y SIDA* en Guatemala según las Áreas de Salud del departamento (tablas 3, 4, 5, 6, 7), reportó para el año 2006, 5 casos de VIH (3 casos de sexo masculino y 2 de sexo femenino) y 22 casos de SIDA, lo que indica una tasa de 0.94 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 91.73 casos por 100,000 habitantes, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos (23,101).

Sobre la *Morbilidad asociada a SIDA (tabla 8)* reporta el Síndrome de Infección aguda por VIH, como primera causa, seguido de infección por micobacterias (tuberculosis), y neumonía por pneumocystis jerovecki (tabla 8), a nivel nacional se observa que las causas no especificas, ocupan el primer lugar seguidas por la infección por herpes, y síndrome de desgaste, y como sexta causa, la neumonía sin agente etiológico.

En el año 2006 en las Áreas de Salud del departamento se reportaron 17 mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH y 67 con SIDA, habiendo una mayor proporción en mujeres de 20 a 29 años, a nivel de república se observa un total de 201 mujeres embarazadas o en puerperio con VIH y 69 con SIDA, es un dato de suma importancia por el hecho que las mujeres embarazadas con un buen seguimiento y tratamiento pueden prevenir la transmisión vertical, al igual q las mujeres puerperas informadas (tabla 9).

En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA (tabla 10,11, 12) según las Áreas de salud del Departamento de Guatemala se reportaron para el 2006, 36 muertes asociadas al SIDA, 2 de estas fueron por demencia secundaria a SIDA, 1 por neumonía por pneumocystis jerovecky, 1 por infección múltiple, y 1 por síndrome de infección aguda por VIH. 24 de las muertes ocurrieron en pacientes del sexo masculino y 12 en el sexo femenino. En la población menor de un año se registró una muerte al igual que en pacientes de 1 a 4 años de edad ambos de sexo femenino. A nivel nacional la primera causa descrita es SIDA, seguida por tuberculosis y neumonía sin agente etiológico.

No se analizan los datos de mortalidad en mujeres embarazadas, dado que según las Áreas de Salud del departamento de Guatemala no reportan casos para el período de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 13) reportada por el área de salud para el departamento de Guatemala es de 1.25 muertes x 100,000 habitantes, la cual es menor comparado con la tasa a nivel nacional que es de 2.2 muertes por 100,000 habitantes, según las boletas de notificación de infección por VIH SIDA de todas la Áreas de Salud del país en el 2006.

La razón de masculinidad (tabla 13) de pacientes con VIH para el departamento de Guatemala para el año 2006 fue de 1.2:1, dato que es diferente a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 1:1, manteniéndose el predominio masculino en el departamento, aunque de forma leve, teniendo en cuenta que las actitudes y los comportamientos de los hombres tienen importancia crítica para las acciones de prevención, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto de evitar la enfermedad en ambos grupos de población, para lo cual deberá informar a las usuarios y usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA, así como las formas de prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud como en los servicios como fuera de los mismos.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. Guatemala está compuesto por 84% de población no indígena y el 16% son indígenas (tabla 14), a nivel nacional en donde se notifica un total de 54.85% de no indígenas, se observa que en el departamento el porcentaje de personas no indígenas es mayor. Según el estudio de la OMS en el país hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento español, Kaqchiquel y Pocomam (tabla 15), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

En el departamento de Guatemala, según la conferencia Episcopal, el 4.35% de los templos son católicos, 95.45% de templos no católicos y un 0.19% de altares para ritos mayas (tabla 16)

Sobre la *situación consumo de drogas* en el departamento de Guatemala durante el año 2006 (tabla 17), reportó 109 casos de consumo de drogas ilícitas, también fueron reportados un total de 104 casos de alcoholismo. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que se deben planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Sobre *lugares en donde se realiza comercio sexual* (tabla 18) se encuentran registrados 388 lugares. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el Departamento de Salud Reproductiva, de las Áreas de Salud de Guatemala, hay 2,303 personas trabajadoras comerciales del sexo (tabla 19), predominando el sexo femenino con un 83.24%, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA, por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad.

La *profilaxis sexual* (tabla 20) que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el área de salud reproductiva de las Áreas de Salud en Guatemala, este atiende a las trabajadoras y trabajadores del sexo y a la población en general, utilizando este método como medida preventiva. 12, 528 personas utilizan preservativos como método de profilaxis sexual siendo distribuida en un 100% dentro de la población masculina.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de

enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En Guatemala existen un total de 127 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 22,675 personas (tabla 21), lo cual evidencia la falta de personal médicos por habitantes en el departamento de Guatemala ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En este departamento, el número de enfermeras graduadas es de 43, existiendo 1 enfermera por cada 66,969 habitantes que, según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; la misma problemática se ve reflejada en el recurso de auxiliares de

enfermería ya que se cuentan 237 en el departamento de Guatemala, siendo 1 auxiliar de enfermería por 12,150 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 21).

El departamento cuenta con 522 promotores de salud (1 promotor por 5,517 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitante, colocando al departamento lejos del ideal propuesto.

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 57 técnicos en salud rural (1 técnico por 50,520 habitantes), 47 laboratoristas (1 laboratorista por 61,270 habitantes), 32 odontólogos (1 odontólogo por 89,990 habitantes), 11 psicólogos (1 psicólogo por 261,788 habitantes), 19 trabajadores sociales (1 trabajador por 151,561 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 21).

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Guatemala cuenta con 14 Hospitales Nacionales, dentro de los cuales tenemos a los hospitales de referencia nacional, también cuenta con 2 Centros de Salud tipo A, 23 Centros de Salud tipo B, 86 Puestos de Salud, 0 unidades mínimas, 0 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, y una recarga en los niveles superiores de atención en salud. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, que no son cubiertos por ningún seguro social de salud, los programas de atención para personas que padecen VIH y SIDA, son escasos y no cuentan con el suficiente recurso

humano y económico, para atender a la población del departamento y la referida por el resto de la república. Así se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con VIH y SIDA ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implican su seguimiento y tratamiento. (tabla 22).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 19 clínicas de atención, esta institución además posee programas para pacientes con VIH y SIDA, pero es sobrecargada al recibir a los pacientes departamentales del resto del país, ya que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atenciòn de pacientes infectados, esto hace que la atención sea inadecuada (tabla 22).

El sector privado lucrativo presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 133 clínicas privadas, y centros de diagnóstico por imágenes, de los cuales no existen datos de su número total por el departamento (tabla 22).

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales, Guatemala consta de 14 ONG específicas para VIH SIDA, las cuales son las que prestan la mayoría de atención a la población, y es la que cuenta con mejores programas de prevención, a pesar de su notable función estas no son capaces de cubrir con las necesidades de la población que padece está enfermedad (tabla 22)

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según “la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza y el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo el 55.9% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose el 15.7% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, el 14.2 % de la población total del departamento de Guatemala se encuentra pobre y el 1.6% extremadamente pobres (tabla 23). Estos datos difieren de los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional, evidenciando que la situación de pobreza es mas acentuada en el área rural que dentro de este departamento.

La situación antes señalada es muy importante porque El VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace mas vulnerables, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis, una nutrición deficiente, lo cual en caso de contraer el VIH disminuye la calidad de vida,

presentando un periodo de ventana menor para llegar a desarrollar SIDA, aumentando la morbilidad y mortalidad de dicha enfermedad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de Guatemala según el PUND tiene un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.795 (tabla 23) con un desarrollo humano medio siendo mayor que el de la República que posee un puntaje de 0.635, se debe mencionar que el departamento de Guatemala tiene regiones en las cuales el IDH disminuye, y que la presencia de un IDH alto comparado con el país, es debido a los recursos que tiene la región metropolitana. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activa retrasa la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, es por esto la importancia de detener y disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de Guatemala cuenta con 19 partidos políticos (tabla 24).

La organización social de Guatemala esta compuesta por 167 COCODEs (Comité Comunitario del Desarrollo) y 10 COMUDEs (Consejo Municipal del Desarrollo)(tabla 24), Según gobernación departamental por casa 22 COCODES debe haber 1

COMUDE, encontrándose un sobrante de 2 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Guatemala es del 9.19% (90.81% alfabetas) (tabla 28), estos indicadores son bajos en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan el 25.04% (74.96% alfabetas) con lo que podemos afirmar que este departamento esta en ventaja, con respecto al promedio del país. Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre el VIH y cómo prevenirlo, el sistema de educación debe de impartir información enfocada en una sexualidad sana y las formas de adquirir enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 6,220 *centros dedicados a la educación* (sector público y privado) (tabla 25), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual. Asimismo se encuentran inscritos 883,319 *estudiantes* reportados en el año 2006 (tabla 26), considerando que es el 30.67% del

total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Guatemala cuenta con 43,779 *maestros* tanto del sector público como del sector privado (tabla 27), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de la disminuir y controlar el HIV SIDA en el departamento.

*Trabajo: Gu*atemala es un departamento con una *tasa de empleo* del 89.13%, con un *ingreso promedio mensual* de Q 2,597.04 y la *población económicamente activa* de 76.29% (tabla 29), estos indicadores son elevados en comparación a la del nivel nacional, los cuales consisten en 53.82% de tasa de empleo, un ingreso mensual de Q.2,326.19, y PEA de 69.85%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, operarios de instalaciones y maquinas y montadores, técnicos profesionales de nivel medio, empleados de oficina. Los productos agrícolas principales son el café, maíz y frijol y el producto artesanal principal son los tejidos. Estos datos coinciden con los datos a nivel nacional donde las

actividades económicas principales son la agricultra y el comercio. Es importante elaborar estrategias de empleo mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de disminuir la pobreza y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH SIDA (tabla 29).

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado a las cuatro Áreas de Salud de Guatemala es de Q 82, 551, 268, el cual representa un 16.8% del total del presupuesto de la nación para las areas de salud de Q. 491, 293, 744.83. En el área de salud no se tiene establecido ningún monto para el programa de VIH y SIDA, cabe mencionar que el área central es la única que reporta un presupuesto para los programas de VIH y SIDA, que es otorgado por una ONG, esto repercute en la atención dada a las demás regiones del departamento, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q. 812,079 el cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación de las áreas de salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al área de salud del departamento de Guatemala, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.9. DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

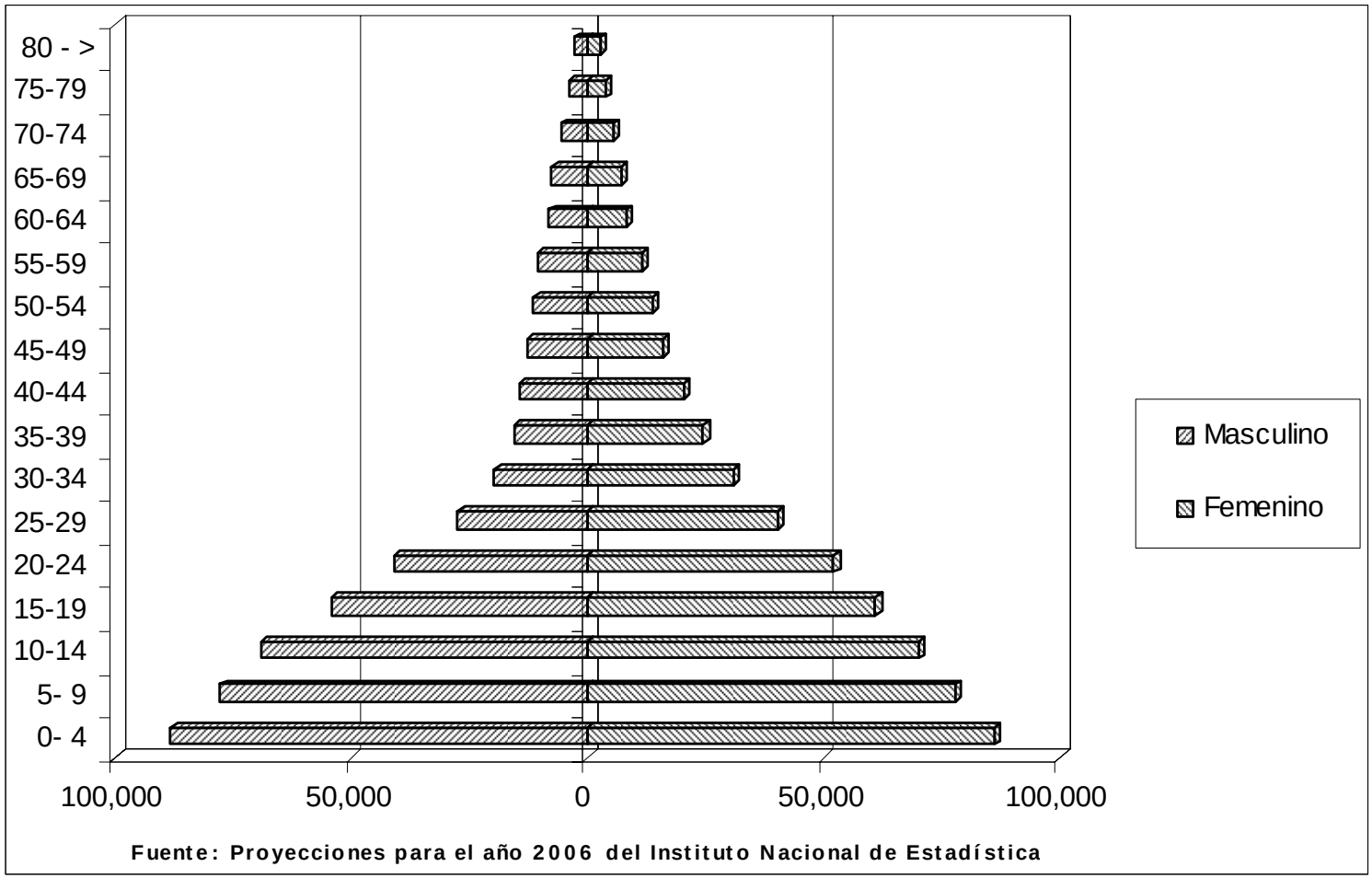
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	88,037	86,153	174,190
5- 9	77,572	77,709	155,280
10-14	68,816	70,292	139,108
15-19	53,947	61,004	114,951
20-24	40,957	52,133	93,090
25-29	27,301	40,317	67,617
30-34	19,580	30,933	50,512
35-39	15,470	24,531	40,001
40-44	14,387	20,379	34,766
45-49	12,682	16,026	28,708
50-54	11,351	13,657	25,008
55-59	10,414	11,398	21,812
60-64	7,987	8,307	16,294
65-69	7,455	7,285	14,740
70-74	5,531	5,622	11,153
75-79	3,826	4,050	7,877
80 y más	2,578	2,788	5,367
Total	467,890	532,584	1,000,474

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	137 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	31.55%
Población migrante[1]	103,684

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Huehuetenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																		2												2
SIDA							1								2						2								5	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA y casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Huehuetenango en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 4
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Inespecífica			1																						1	
Total			1																						1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, y menores de un año, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Huehuetenango en el año 2006.

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 - 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	SIDA	1		100		1
Total		1		100		1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.10 x 100,00 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	5:2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	350,166	35
Indígena	650,308	65
Total	1,000,474	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiché		X
Kaqchiquel		X
Tzutuhil		X
Mam	X	
Keqchí		X
Pocomam		X
Pocomchí		X
Achí		X
Cluj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	21	16.2
Templos no católicos[2]	100	76.9
Altares para ritos mayas[3]	9	6.9
Total	130	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	40	70.18	15	26.31	55
Tabaquismo	2	3.51			2
Drogas ilícitas					
Total	42	73.69	15	26.31	57

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Huehuetenango,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	20	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	70	100
Masculino	0	0
Total	70	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	130	88.4
Masculino	17	11.5
Total	147	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Huehuetenango, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	36	1 médico por 27,791 habitantes
Enfermeras	36	1 enfermera por 27,791 habitantes
Auxiliares de enfermería	200	1 aux. de enfermería por 5,002 habitantes
Técnicos en salud rural	31	1 téc. en salud rural por 32,273 habitantes
Laboratoristas	10	1 laboratorista por 100,047 habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por 1,000,474 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 1,000,474 habitantes
Trabajadores sociales	5	1 trabajador social por 200,095 habitantes
Promotores de salud	2,857	1 promotor de salud por 350 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Huehuetenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	2
Centros de salud tipo B[1]	14
Puestos de salud[1]	75
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	12
Clínicas privadas[1]	87
Clínicas comunitarias[1]	331
Centros de diagnóstico[1]	31
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Huehuetenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	72%
Pobreza extrema	12%
Índice de desarrollo humano	0.523

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	32
COCODES$_2$	12
COMUDES$_2$	586

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Huehuetenango, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Huehuetenango, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,004	48	1,052
Primaria[1]	1,380	61	1,441
Básicos[1]	91	94	185
Diversificado[1]	11	67	78
Superior[2]	1	4	5
Total	2,487	274	2,761

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Huehuetenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	29,719	1,576	31,295
Primaria[1]	178,637	9,275	187,912
Básicos[1]	8,315	10,373	18,688
Diversificado[1]	1,731	8,560	10,291
Superior[2]	671	2,047	2,718
Total	219,073	31,831	250,904

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Huehuetenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,197	74	1,271
Primaria[1]	5,264	343	5,607
Básicos[1]	463	576	1,039
Diversificado[1]	76	423	499
Superior[2]	40	142	182
Total	7,040	1,558	8,598

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Huehuetenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	292,542	55
Analfabeta	239,354	45
Total mayores de 15 años	531,896	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Huehuetenango, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	92.8%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio, servicios comunales, sociales y comunales, construcción
Productos agrícolas principales[3]	Café, caña de azúcar, tabaco, chile, yuca, achiote
Productos artesanales principales[3]	Textiles
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 800.00
Población económicamente activa[2]	67 %

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Huehuetenango, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Huehuetenango.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q.61,929,938.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Huehuetenango, año 2006

NOTA: En el área de salud de Huehuetenango no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Huehuetenango de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Huehuetenango es de 1, 000,474 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (53%). El 83% de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es similar a la de la República de Guatemala la cual es de 118 personas por kilómetro cuadrado, mientras que la de este departamento es de 137 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes (tabla 2). Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Huehuetenango la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 31.55%. La unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en el país, de los cuales hay un total 2,880 mujeres y de estas el 82% se encuentran comprendidas en edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Huehuetenango reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2), constituyen el 10.36% de la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que atraviesan la ruta comercial del país la cual atraviesa desde Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Uman. Aunque Huehuetenango no pertenece a esta ruta es un departamento fronterizo con México facilitando el

movimiento poblacional entre países y colinda al sur con Quetzaltenango, el cual se encuentra en dicha ruta.

La *morbilidad* por VIH y SIDA en Huehuetenango según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 2 casos de VIH (2 casos de sexo femenino) y 5 casos de SIDA (5 de sexo masculino) que indica una tasa de 6.99 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA y casos en mujeres embarazadas y en puerperio y en menores de un año, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Huehuetenango en el año 2006. Es importante realizar las pruebas de tamizaje en este grupo, y con ello lograr una detección temprana de la infección, y disminuir así el riesgo de transmisión vertical.

En cuanto a la *mortalidad por VIH y SIDA* en el departamento (tabla 4) el Área de salud reportó para el 2006 1 muerte asociada al SIDA, la cual fue reportada como inespecífica. Con respecto a la mortalidad por SIDA de 1 a 4 años se reporto 1 muerte de sexo masculino con diagnóstico de SIDA aún sabiendo que la persona no fallece por la infección sino más bien por el déficit inmunológico que causa la enfermedad y predispone a contraer enfermedades oportunistas (tabla 5).

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) reportada por el Área de Salud de Huehuetenango es de 0.10 muertes x 100,000 habitantes, la cual es menor comparada con la encontrada a nivel nacional el cual es de 2.2 muertes por x 100,000 según las boletas de notificación por VIH de todas las Áreas de Salud (62).

La razón de masculinidad de pacientes con VIH para el departamento de Huehuetenango para el año 2006 fue de 5:2, dato que es similar a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2, ambos datos con un predominio en el sexo masculino. De igual forma el aumento de casos en mujeres dentro de la epidemia está presente en este departamento, ésta tendencia es importante dado que evidencia que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres ante lo cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de prevención de la misma, considerando acciones de promoción en salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. Huehuetenango está compuesto por 35% de población no indígena y el 65% son indígenas (tabla 7), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Esta subdimensión es muy importante en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas predominantes en el departamento el español y mam (tabla 8), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo, lo cual en este departamento es muy importante ya que como se observa es una población mayoritaria (143).

En el departamento Huehuetenango, el 16.2% de los *templos son católicos*, 76.9% *de templos no católicos* y un 6.9% de *altares para ritos mayas* (tabla 9).

Sobre La *Situación de consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 10), reportan un total de 55 casos de alcoholismo y 2 casos de tabaquismo. Esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un sub registro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según el SECCATID, se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el

SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Sobre lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 11) únicamente se encuentran registrados 20 lugares oficiales, pero según el personal de salud del departamento existen más lugares que operan clandestinamente. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Huehuetenango hay 70 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo, desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad (tabla 12).

La profilaxis sexual (tabla 13) que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Huehuetenango, este atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado este método como medida preventiva. De los preservativos que se distribuyen como método de barrera para la prevención de la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, 88.4% fueron distribuidos a mujeres.

Es importante destacar la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de

enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Con respecto al *Personal dedicado a la salud, e*n Huehuetenango existe un total de 36 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 27,791 personas (tabla 14), lo cual evidencia la falta de personal médicos por habitantes tanto en el departamento de Huehuetenango ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 médicos por cada 10,000 habitantes, y a nivel nacional es de 1 por 9,489, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento el número de enfermeras graduadas es de 36, existiendo 1 enfermera por cada 27,791 habitantes que según la guía de indicadores priorizados 2004 la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; lo mismo aplica para el caso en cuanto al número de auxiliares de

enfermería el cual es de 200, siendo 1 auxiliar de enfermería por 5,002 habitantes que según el estándar citado en la guía mencionada es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 14).

El departamento cuenta con 2,857 promotores de salud (1 promotor por 350 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento con una adecuada cobertura para la población, por lo que es necesario dar una buena educación a los promotores para que estos logren llevar a las comunidades un buen plan educacional preventivo y aprovechar este recurso humano valioso.

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 31 técnicos en salud (1 técnico por 32,273 habitantes), 10 laboratoristas (1 laboratorista por 100,047 habitantes), 1 odontólogo (1 odontólogo por 1, 000,474 habitantes), 1 psicólogo (1 psicólogo por 1, 000,474 habitantes), 5 trabajadores sociales (1 trabajador por 200,094 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 14).

Con respecto a la *Infraestructura de servicios* El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Huehuetenango cuenta con 1 Hospital regional, 2 Centros de Salud tipo A, 14 Centros de Salud tipo B, 75 Puestos de Salud, no cuenta con unidades mínimas ni centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser

referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de más escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad, ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 15)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 12 clínicas en las cuales no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 15).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 87 clínicas privadas, 31 centros de diagnóstico por imágenes. No existe en Huehuetenango ninguna Organización No Gubernamental específica para VIH SIDA.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Según “la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 72% de la población total del departamento de Huehuetenango se encuentra pobre y 12% extremadamente pobres (tabla 16). Estos datos son similares a los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional.

La situación antes señalada es muy importantes porque El VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace más vulnerables, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis.

La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de Huehuetenango tiene un índice de desarrollo humano de 0.523 de acuerdo al cual se clasifica con un Desarrollo Humano bajo, siendo menor que el de la república de Guatemala (0.635) que se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activa no permite la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, es por esto la importancia de detener y disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de Huehuetenango cuenta con 32 partidos políticos.

La organización social de Huehuetenango esta compuesta por 12 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 586 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo). Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose una diferencia de 40 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención,

priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento (tabla 17).

En cuanto a la *Educación e*l porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Huehuetenango es de 45% (55% alfabetas) (tabla 21), estos indicadores son altos en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas) un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 2,761 centros dedicados a la educación (sector público y privado), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 250,904 estudiantes reportados en el año 2006, considerando que es 25.09% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Huehuetenango cuenta con 8,598 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 20), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas para disminuir y controlar el HIV SIDA en el departamento.

Con respecto a la subdimensión de *Trabajo* Huehuetenango es un departamento con una tasa de empleo de 92.8% y una población económicamente activa de 67% con un ingreso promedio mensual de Q800, (tabla 22) estas última es menores en comparación a la del nivel nacional la cual consiste en 53.82% de tasa de empleo, un ingreso mensual de Q.2,326.19, y PEA de 69.85%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las actividades económicas principales se encuentran Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio por mayor y menor, los productos agrícolas principales son el café, caña de azúcar, tabaco, chile, yuca, achiote. El producto artesanal principal son los textiles. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 22).

Inversión en salud: el *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Huehuetenango es de Q 61, 929,938 el cual representa 12.6% del total del presupuesto de la nación

designado para las áreas de salud que es de Q. 491, 293, 744.83. En el Área de Salud no se tiene establecido ningún monto para el programa de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q. 812,079 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación de las áreas de salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de Huehuetenango, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.10. DEPARTAMENTO DE IZABAL

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

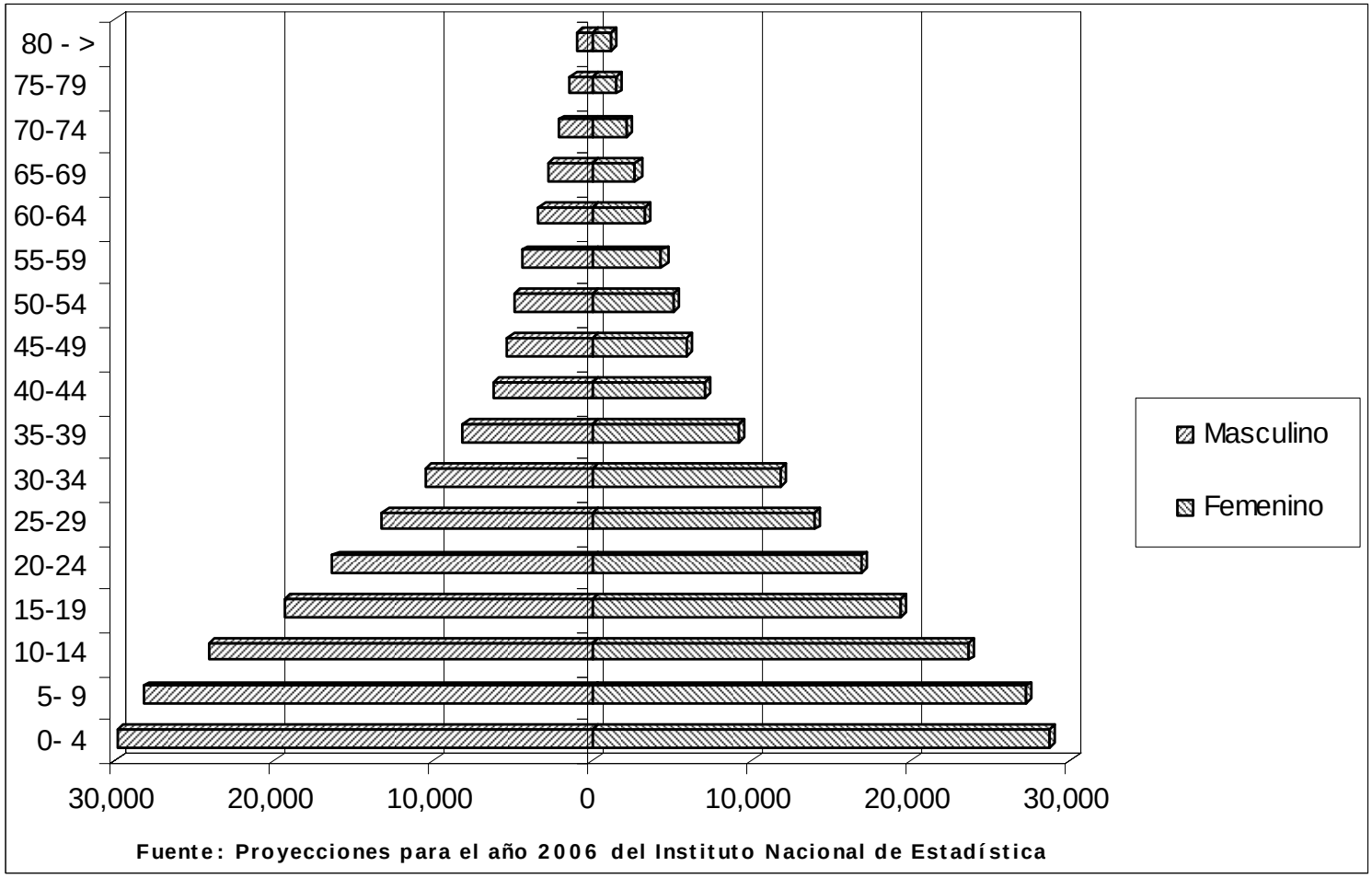
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	29,753	28,723	58,477
5- 9	28,173	27,221	55,394
10-14	24,054	23,619	47,673
15-19	19,320	19,291	38,611
20-24	16,314	16,882	33,196
25-29	13,197	13,927	27,124
30-34	10,465	11,763	22,229
35-39	8,090	9,229	17,319
40-44	6,228	7,095	13,323
45-49	5,326	5,925	11,251
50-54	4,946	5,090	10,036
55-59	4,424	4,362	8,786
60-64	3,349	3,276	6,626
65-69	2,762	2,715	5,477
70-74	2,175	2,168	4,343
75-79	1,408	1,514	2,922
80 y más	998	1,126	2,124
Total	180,983	183,926	364,910

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	41 habitantes por Km2
Mujeres en edad fértil[2]	29.52%
Población migrante[1]	36,729

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Izabal, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH							5	4	1			1	1	9	7	12	21	20	9	7	1	5	2	1					47	59
SIDA															5	2	28	11	8	3	2	2	4						47	18

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Herpes zoster sin complicaciones	2	6	5	6	6	6	5	7	8	7	9	19	6	13	8	5	1	2	5	4	55	75
Larva migrans visceral	7	5	5	3	1	2		1	1				1			1					15	12
Estado de infección asintomática por VIH		1	1	1				1		2	3	5	1								5	10
Esquizofrenia simple													1								1	
Herpes zoster con otras complicaciones		1																				1
Total	9	13	11	10	7	8	5	9	9	9	12	24	9	13	8	6	1	2	5	4	76	98

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH		3	5	2	1	1		12
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Herpes zoster ocular									1																1	
Enfermedad por VIH, resultante en multiples infecciones														1												1
Síndrome de infeccion aguda debida a VIH													1												1	
DLA + DHE		1																								1
DPC	1																								1	
Sepsis		1																								1
Neumonía		2		1																						3
Desconocida		1	1						1	1	2	1	4	3	3	3	2	1				1	1		14	11
Total	1	5	1	1					2	1	2	1	5	4	3	3	2	1				1	1		17	17

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Izabal en el año 2006.

Tabla 7
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Neumonía		2		66.6	2
2	Desconocida		1		33.3	1
Total			3		100	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

Tabla 8
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 - 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Diarrea Líquida Aguda		1		33	1
2	DPC severa	1		50		1
3	Neumonía		1		33	1
4	Sepsis		1		33	1
5	Desconocida	1		50		1
Total		2	3	100	100	5

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 9
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	9.32 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	36.52 x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	5:6

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Izabal, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 10
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	91,228	25
Indígena	273,682	75
Total	364,910	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 11
Idiomas hablados en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche	X	
Kaqchiquel		X
Tzutuhil		X
Mam		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca	X	
Garífuna	X	
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 12
Templos y altares religiosos del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	13	18.8
Templos no católicos[2]	50	72.4
Altares para ritos mayas[3]	6	8.6
Total	69	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

NOTA: No se presentan datos sobre consumo de drogas, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Izabal en el año 2006.

Tabla 13
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	17	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Izabal, año 2006

Tabla 14
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	67	100
Masculino		
Total	67	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Izabal, año 2006

NOTA: No se presentan datos sobre profilaxis sexual con preservativo, debido a que no se reportaron usuarios en el Área de Salud de Izabal en el año 2006.

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 15
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	6	1 médico por 60,818 habitantes
Enfermeras	35	1 enfermera por 10,426 habitantes
Auxiliares de enfermería	252	1 aux. de enfermería por 1,448 habitantes
Técnicos en salud rural	28	1 téc. en salud rural por 1,333 habitantes
Laboratoristas	22	1 laboratorista por 16,587 habitantes
Odontólogos	5	1 odontólogo por 72,982 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 364,910 habitantes
Trabajadores sociales	4	1 trabajador social por 91,228 habitantes
Promotores de salud	28	1 promotor de salud por 13,033 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Izabal, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 16
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	2
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	3
Centros de salud tipo B[1]	5
Puestos de salud[1]	32
Unidades mínimas[1]	42
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	8
Clínicas privadas[1]	76
Clínicas comunitarias[1]	18
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Izabal, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Médicos Sin Fronteras

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 17
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	52.12%
Pobreza extrema	16.84%
Índice de desarrollo humano	0.611

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 18
Organización política y social del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	12
COCODES$_2$	640
COMUDES$_2$	29

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Izabal, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Izabal, año 2006

4.3) Educación

Tabla 19
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	60	19	79
Primaria[1]	79	18	97
Básicos[1]	20	23	44
Diversificado[1]	5	25	29
Superior[2]			
Total	160	85	249

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Izabal, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	2,932	660	3,592
Primaria[1]	12,382	1,875	14,257
Básicos[1]	2,655	1,802	4,457
Diversificado[1]	401	2,049	2,450
Superior[2]			
Total	18,370	6,386	24,756

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Izabal, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	2,573	1,605	4,178
Primaria[1]	3,135	1,953	5,088
Básicos[1]	2,811	1,224	4,035
Diversificado[1]	1,575	1,551	3,126
Superior[2]			
Total	2,523	1,583	16,427

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Izabal, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 22
Alfabetismo en la población del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	270,032	74
Analfabeta	94,877	26
Total mayores de 15 años	364,909	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Izabal, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 23
Indicadores de trabajo del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	89.9%
Actividad económica principal[2]	Comercio, agricultura
Productos agrícolas principales[3]	Banano, arroz, maíz
Productos artesanales principales[3]	Redes de pesca, cestería
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 2,325.93
Población económicamente activa[2]	68%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Izabal, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 24
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Izabal.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q15,824,771.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Izabal, año 2006

NOTA: En el área de salud de Izabal no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE IZABAL

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Izabal de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano y su constitución como individuo son el objetivo de esta dimensión que abarca las siguientes subdimensiones:

Demografía: La totalidad de la población del departamento es de 364,910 habitantes, con predominio del sexo femenino con un 50.4% (tabla 1). El 82% de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica1) es de tipo expansivo lo que indica que existe una tasa de crecimiento poblacional y una tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es de 41 habitantes por kilómetro cuadrado la cual es baja comparada con la de la República de Guatemala que es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección por VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Los indicadores demográficos como la proporción de mujeres en edad fértil y el número de migrantes son claves porque representan a dos grupos de población de alto riesgo en la adquisición de VIH y SIDA en gran magnitud y porque sus variaciones a través de los años permiten dirigir los programas de educación en salud de una manera más efectiva.

Izabal tiene una *proporción de Mujeres en Edad Fértil* de 29.52% (tabla 2). La Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reportó un total de "9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de estas el 82% se encuentran comprendidas en edad fértil", esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH (26).

La *población migrante* para Izabal representa un 10% del total de los habitantes (tabla 2), dato importante, ya que se considera la migración como un factor significativo en el aparecimiento de conductas de riesgo que predisponen a la adquisición de VIH, además esta población regresa a sus lugares de origen con que aumenta la probabilidad de propagación de la enfermedad en sus respectivas comunidades. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros son una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA", que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Izabal pertenece a esta ruta por lo que es una población en riesgo (13).

En el departamento de Izabal fueron reportados por el Área de Salud 171 casos de VIH y SIDA como *morbilidad* prioritaria (tabla 3), (94 los casos corresponden al sexo masculino y 77 al sexo femenino); el grupo de edad con mayor número de casos se encuentra entre los 20 a 39 años, concordando con la literatura consultada la cual considera éste rango de edad el más vulnerable a la adquisición de VIH. Este número de pacientes infectados da una tasa de 46.86 casos por 100,000 habitantes, menor a la que se reportó para la República de Guatemala en el Programa Nacional para Prevención de ITS y SIDA en el 2006 (88) la cual estimó una tasa de 91.73 casos por 100,000 habitantes; esta diferencia puede deberse a varios factores, como el que no se tome en cuenta los casos que se refieran a la ciudad capital o que exista subregistro por falta de identificación de casos.

La morbilidad asociada a SIDA más frecuente fue el Herpes Zóster sin complicaciones, en un 43.1% de los casos (tabla 4), una manifestación cutánea de Herpes Simple, un virus que se asocia frecuentemente a inmunocompromiso.

Las *Mujeres embarazadas o en puerperio con VIH y SIDA* (tabla 5) reportadas por el Área de Salud fueron 12, no se tiene información si estas reciben terapia antiretroviral para evitar la transmisión vertical. Es importante realizar pruebas de tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir el riesgo de transmisión vertical.

La *mortalidad* en el departamento de Izabal según el Área de Salud fue de 34 decesos asociados a SIDA (tabla 6), en un 74% la causa de mortalidad fue desconocida, la

distribución de los casos corresponde 17 del grupo masculino y 17 del grupo femenino, el grupo etáreo con mayor número de muertes es el de los 25 a 39 años.

Las causas de *mortalidad por VIH en embarazadas* no se comentan ya que, no se reportaron casos en el periodo de estudio.

Se reportaron 3 casos de muertes asociadas a SIDA en *menores de un año* para el departamento de Izabal por el Área de Salud (tabla 7), de éstos 2 presentaron neumonía, la cual es una infección respiratoria que con frecuencia complica los casos de VIH, ya que los patógenos asociados son atípicos y de difícil tratamiento, por lo que en situaciones avanzadas terminan con la muerte; el otro caso fue reportado como causa desconocida.

En el *grupo etáreo de 1 a 4 años* se reportaron 5 muertes (tabla 8), dos de sexo masculino y 3 de sexo femenino; se encontraron como causas de muerte frecuentemente asociadas: la neumonía, desnutrición proteico calórica severa, diarrea liquida aguda, sepsis y causa desconocida; un caso para cada diagnóstico respectivamente.

En ambos grupos etáreos el modo más frecuente de infección es la transmisión vertical debido a que el contacto con secreciones cervicovaginales y la sangre materna en el momento del parto permiten la transmisión del virus al recién nacido, por lo que se hace evidente la necesidad de informar sobre este tipo de transmisión a la mujer embarazada con VIH, de modo que inicie tratamiento antiretroviral oportunamente, así como un

control prenatal estricto que favorecerá tanto a madre e hijo en la lucha contra la infección.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* en el departamento de Izabal es de 9.32 por 100,000 habitantes (tabla 9), dato que es mayor al 2.2 x 100,000 habitantes reportado por las Boletas de Notificación de Infección por VIH y SIDA para toda la República en el 2006; dato que apoya la trascendencia de la infección en este departamento. *La Tasa de Mortalidad Infantil asociada a SIDA* (tabla 9) es de 36.52 por 100,000 habitantes, este dato refleja la problemática en el departamento por lo que la gestión de programas dirigidos a este grupo de edad así como en el de mujeres en edad fértil es fundamental para detener la propagación del virus.

La razón de masculinidad (tabla 10) es de 5:6 lo que evidencia que en este departamento la mujer es la más afectada por el VIH siendo distinto con la razón de masculinidad para la República de Guatemala la cual considera esta razón como 4:2; esto pone de manifiesto que la enfermedad no es exclusiva de grupos minoritarios como homosexuales o trabajadores comerciales del sexo sino también afecta a mujeres heterosexuales las cuales por factores socioeconómicos y culturales se ven obligadas a mantener vida sexual activa sin poder negociar uso de preservativo. El hecho de que la población femenina esté siendo afectada en mayor número por el VIH y SIDA, predice el efecto multiplicador de la enfermedad y un mayor riesgo de transmisión vertical de la misma (18, 96).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Los Estilos de Vida en los habitantes de un lugar dan idea de los riesgos que se autogeneran dependiendo de las formas de conducta, costumbres, hábitos y formas de comportamiento tanto individual como colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento, por lo que las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. En Izabal el 75% de los habitantes son *indígenas* y el 25% son no *indígenas* (tabla 10), diferente a la distribución del país dónde los no indígenas representan el 54.5% de los habitantes. Las barreras idiomáticas, pueden representar una dificultad en la comunicación, en Izabal se hablan quiché, garífuna, xinca y otros (tabla 11). La situación de estos grupos respecto del VIH y SIDA no se conoce bien. Las condiciones de vida y salud en que la mayoría de los pueblos indígenas se desenvuelven son precarias y se derivan, en gran parte, de la destrucción gradual del ecosistema asociado a la presencia de desastres y fenómenos naturales, es importante mencionar que la población garífuna presente en este departamento es la tercera etnia más afectada en el país representando un 8% de los casos notificados sin embargo son las poblaciones ladina y maya donde se han reportado la mayoría de los casos en un 75% y 22% respectivamente (1, 138, 156, 183).

Los *Templos y altares religiosos* encontrados en Izabal se distribuyen así (tabla 12): 18.8% católicos, 72.4% templos no católicos y 8.6% altares mayas.

Con respecto a los *Hábitos de consumo de alcohol y drogas ilícitas,* en el departamento de Izabal no reportó ningún caso en el 2006 según el Área de Salud. Esta situación no debe interpretarse como que no existe consumo estas y otro tipo de drogas sino como que existe un subregistro o falta de estudios al respecto, ya que a nivel nacional si se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, la marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis (17).

Los *Lugares dedicados al comercio sexual* (tabla 13) registrados son 17 para todo el departamento, no teniéndose información de la existencia de otros; siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión del VIH, la falta de control del comercio sexual no permite adoptar medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento adecuadas. El Área de Salud registró a 67 mujeres como trabajadoras del sexo (tabla 14), no conociéndose el número de hombres trabajadores sexuales en Izabal. El registro de las personas que se dedican al comercio sexual es determinante en la lucha contra el VIH ya que en este departamento se reporta una prevalencia del VIH en un 11% en los trabajadores sexuales (14,96).

No se tienen datos de los Usuarios de *Profilaxis Sexual*, sin embargo es importante mencionar la importancia del preservativo tanto como método anticonceptivo así como método de barrera en la prevención de enfermedades de trasmisión sexual y en especial de VIH y SIDA.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

La disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios son parte de esta dimensión.

El *Recurso Humano dedicado a la salud* (tabla 15) en el área médica para todo el departamento suma 6 médicos, lo que indica una razón de 1 médico por cada 60,818 habitantes, esto orienta a pensar que no existe ni un solo médico para 10,000 habitantes cuando el estándar para América Latina es de al menos 14 médicos por cada 10,000 habitantes. En la República de Guatemala se encuentra 1 por cada 9,489; lo cual representa un menor número de médicos para cubrir las necesidades de la población.

El número de enfermeras graduadas es de 35 (1 enfermera por 10,426 habitantes) (tabla 15), según la Guía de Indicadores Priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; en cuanto a auxiliares de enfermería se encuentra 6 por cada 10,000 habitantes (1 auxiliar de enfermería por 1448 habitantes), teniendo como estándar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 5 por cada 10,000 se considera satisfactorio.

Respecto a los Promotores de Salud se tiene un déficit marcado de personal, ya que hay 1 promotor para 13,033 habitantes, cuando la Guía de Estándares Priorizados en salud sugiere que haya 1 para 1,200 habitantes.

Otro personal de salud importante existente en Izabal son: 28 Técnicos en Salud Rural (1 técnico en salud rural por 13,033 habitantes), 22 Laboratoristas (1 laboratorista por 16,587 habitantes), 5 Odontólogos (1 odontólogo por 72,982 habitantes), 4 Trabajadores Sociales (1 trabajador social por 91,228 habitantes) y 1 Psicólogo (1 psicólogo por 364,910 habitantes). No se cuenta con estándares para comparar a este personal de salud.

La *Infraestructura de Servicios de* Izabal está compuesta de la siguiente forma (tabla 15): 2 Hospitales Regionales, 3 Centros de Salud tipo A, 5 Centros de Salud tipo B, 32 Puestos de Salud, 42 Unidades Mínimas y 18 clínicas comunitarias; lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente viviendo con VIH y SIDA, por lo que la persona afectada debe de ser referida a la ciudad capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son personas de escasos recursos, se encuentran en desventaja con respecto a los capitalinos, ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 16).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 76 clínicas privadas. No se encuentran centros de diagnóstico por imágenes (tabla 16).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 8

infraestructuras en las cuales no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA, sino que son referidos a nivel central, por lo que la población afectada cubierta por el IGSS no tiene acceso a nivel departamental a sus servicios (tabla 16).

La *Organización no gubernamental* (tabla 16) que trabaja programas para pacientes con VIH y SIDA es Médicos Sin Fronteras los cuales trabajan en conjunto con los Hospitales Nacionales, en ocasiones brindando pruebas específicas para VIH en los pacientes diagnosticados (Conteo de Carga Viral, CD4) así como al sufragar algunos tratamientos antiretrovirales tras la previa selección por Trabajadores Sociales de esta organización (13).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

En esta dimensión se contemplan la distribución de los bienes y servicios que permiten a los habitantes acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según “la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la pobreza general se define como un ingreso anual de Q 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo el 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como pobreza extrema el ingreso anual de Q1,911.00 o menos, incluyéndose el 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, el 52.12% de la población total del departamento de Izabal se encuentra pobre y el 16.84% es extremadamente pobre (tabla 17), datos que poco se diferencian las estadísticas nacionales antes mencionadas.

La situación antes señalada es muy importante porque El VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, quienes carecen de recursos económicos y tienen limitado apoyo social, lo cual los hace más vulnerables. Además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención de VIH y SIDA; se acompaña de niveles bajos de salud por lo que la población presenta incidencias altas en otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y otras. La nutrición deficiente inherente a la pobreza, en caso de contraer VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana para el desarrollar SIDA es menor, aumentando también la mortalidad.

El Índice de Desarrollo Humano es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

Izabal con un *Índice de Desarrollo Humano* en 0.611, se clasifica como medio al igual que la República de Guatemala (0.635) que también se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite el progreso del país provocando un estancamiento e incluso un

retroceso en el desarrollo humano, por este motivo es necesario detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio (70).

Organización social y política: El departamento de Izabal cuenta con 12 partidos políticos (tabla 18).

La *Organización social y política* del departamento se compone de 640 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 29 COMUDES (Consejo Municipal del desarrollo) (tabla 18). Según Gobernación Departamental por cada 22 Comités Comunitarios de Desarrollo debe existir 1 Consejo Municipal de Desarrollo, encontrándose este departamento con un estándar satisfactorio. Estas entidades están integrados por representantes de las distintas comunidades del departamento, es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud de la Situación de VIH y SIDA y su prevención. De manera que se priorice la enfermedad y se formulen conjuntamente proyectos para la educación de los habitante. De modo que se apoye una respuesta social organizada, con pertinencia cultural, que cuente con la participación de los sectores de educación, salud, medios de comunicación y de los otros grupos que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de analfabetas en el departamento es del 26 % (84% alfabetas) (tabla 22), es similar a los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre VIH y SIDA y su prevención. Asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es indispensable tomar en

cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención a fin de que sean efectivos.

En Izabal hay 249 centros dedicados a la educación (tabla 19) (sector público y privado), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar en ellos programas de educación sexual y preventiva para enfermedades de transmisión sexual como el VIH y SIDA y otras.

Los estudiantes inscritos para el 2006 en Izabal fueron 24,756 (tabla 20), considerando que es el 6.78% del total de la población, refleja la importancia de utilizar el recurso descrito para desarrollar acciones de promoción y educación en salud dentro de la población.

El departamento de Izabal cuenta con 16,427 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 21), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano significativo que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades que persiguen disminuir y controlar el VIH y SIDA en el departamento.

Trabajo: La *Tasa de Empleo en Izabal es* del 89.90 % (tabla 23), mayor a la de la República de Guatemala que se encuentra en 53.82%, Las condiciones de trabajo para este departamento determinan que el porcentaje de *Población Económicamente Activa* (PEA) para el 2006 fuera del 68% menor ligeramente al dato reportado para República estimado en 69.85%. El *Ingreso Económico Mensual* por familia es de Q2,325.93 (tabla

23) similar al dato a nivel nacional estimado en Q2,326.19 (88). En la Guatemala el 94% de los casos de VIH y SIDA, hasta ahora reportados, pertenecen a la población económicamente activa, es decir que casi todas las personas que adquieren el VIH en nuestro país pertenecen a la población con capacidad de producir, lo cual repercute en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Situación que disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

La *actividad económica principal* en el departamento es el comercio y la agricultura (tabla 23). Los productos agrícolas principales son el banano el arroz y el maíz (tabla 23). Los productos artesanales principales son las redes de pesca y la cestería (tabla 23). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y se capacite a la población a modo de mejorar la calidad de vida de las personas, lo cual se reflejará posteriormente a través de una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud Izabal Q 15,824,771.00 (3.22% del presupuesto general de la nación asignado para las distintas Áreas de Salud) (tabla 24). En el Área de Salud no se tiene estipulado ningún presupuesto específico de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q812,079.00, el cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación.

Es importante que se destine un presupuesto específico para VIH y SIDA al Área de Salud del Departamento de Izabal, puesto que, con 9.32 casos por 100,000 habitantes,

con casos de mortalidad infantil y en niños de 1 a 4 años debido al SIDA, se debería contemplar con mucha seriedad la necesidad de hacer una fuerte campaña de prevención y tratamiento, considerando las repercusiones económicas y sociales que este departamento podría enfrentar si no se detiene a tiempo la evolución de la epidemia y sin asignar dicho presupuesto, se estará lejos de cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio de detener y disminuir dicha epidemia.

6.11. DEPARTAMENTO DE JALAPA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

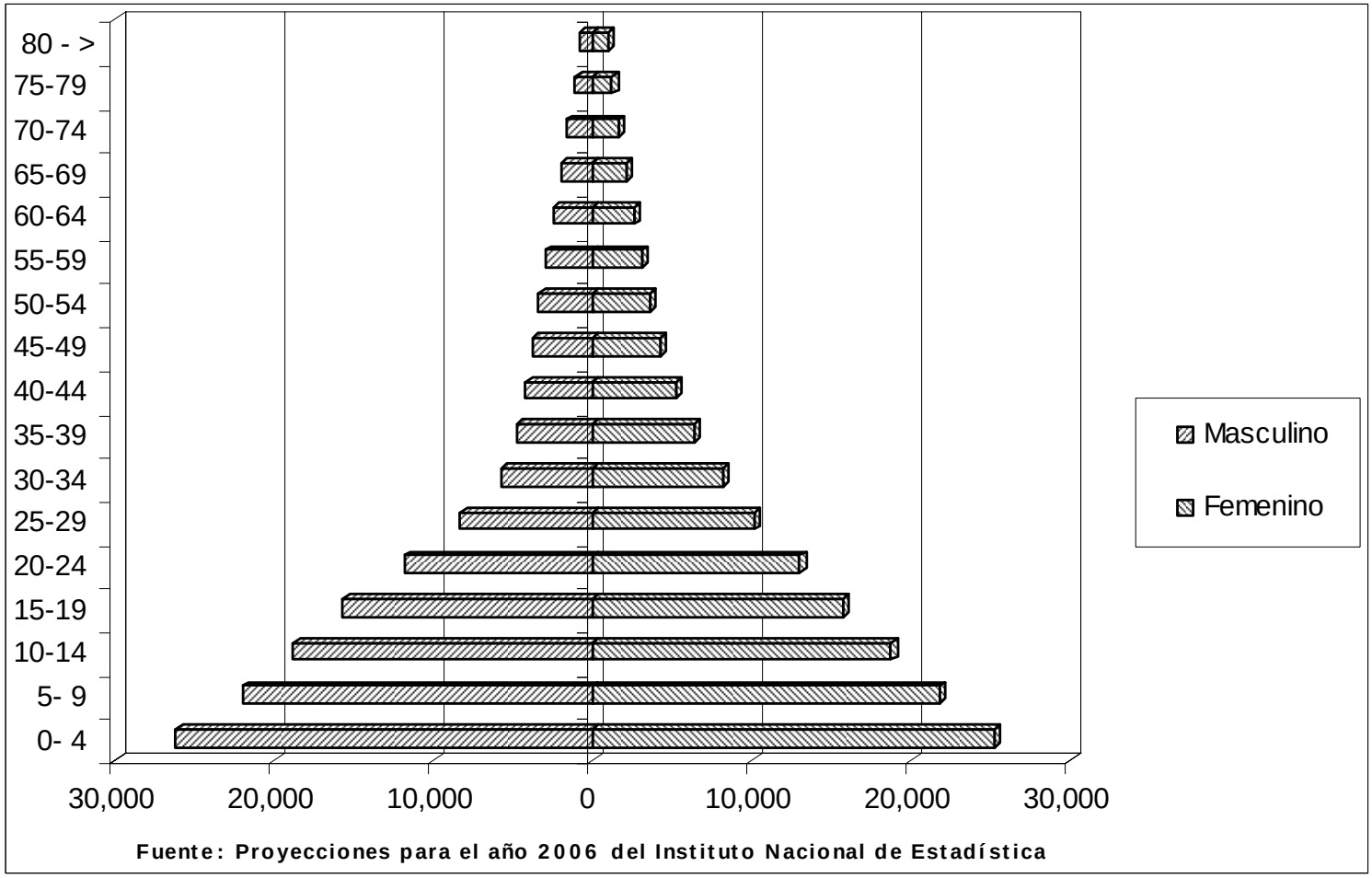
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	26,138	25,245	51,383
5- 9	21,894	21,795	43,689
10-14	18,762	18,751	37,513
15-19	15,622	15,699	31,321
20-24	11,790	13,029	24,820
25-29	8,291	10,157	18,448
30-34	5,786	8,163	13,949
35-39	4,699	6,361	11,061
40-44	4,197	5,223	9,419
45-49	3,720	4,225	7,945
50-54	3,375	3,608	6,983
55-59	2,939	3,125	6,065
60-64	2,450	2,673	5,123
65-69	1,982	2,152	4,134
70-74	1,602	1,664	3,265
75-79	1,078	1,217	2,294
80 y más	819	1,037	1,855
Total	135,145	144,123	279,268

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	136 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30.24%
Población migrante[1]	7,150

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Jalapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH															3	1	4	6		1									7	8
SIDA																														

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jalapa, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Síndrome de desgaste									3	1	4	6		1							7	8
Diarrea > 30 días									2	1	3	6		1							5	8
Herpes simple > 30 días											1	2		1							1	3
Total									5	2	8	14		3							13	19

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jalapa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Jalapa en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tuber-culosis pulmo-nar													1												1	
Total													1												1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jalapa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Jalapa en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.36 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	7:8

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jalapa, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	232,854	83.38
Indígena	46,414	16.62
Total	279,268	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam	X	
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna	X	
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	13	31.70
Templos no católicos[2]	9	21.95
Altares para ritos mayas[3]	19	46.35
Total	41	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

NOTA: No se presentan datos sobre consumo de drogas, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Jalapa en el año 2006.

Tabla 10
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	12	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Jalapa, año 2006

Tabla 11
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	190	100
Masculino		
Total	190	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Jalapa, año 2006

Tabla 12
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Jalapa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	181	92.35
Masculino	15	7.65
Total	196	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Jalapa, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE JALAPA

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la situación de VIH y SIDA en el Departamento de Jalapa, de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como a sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total del departamento de Jalapa es de 279,268 habitantes (tabla1), con predominio del sexo femenino (51.6 %). El 83.14 % de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo, lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada, además de indicar que la *concentración poblacional* es alta (tabla 2) ya que, la de la República de Guatemala es de 118 personas por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento es de 136 habitantes por kilómetro cuadrado. Es por estas características de la población que se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes, son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindar información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Jalapa la *proporción* de *mujeres en edad fértil* es de 30.24% (tabla 2), la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reportó un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en el país, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas el 82% se encuentran comprendidas en el grupo de edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Jalapa, reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye el 2.6% de la población, este dato es relevante, ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y luego al regresar a su lugar de origen pueden transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos, pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA", que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, ésta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Jalapa colinda con Guatemala y El Progreso que pertenecen a dicha ruta.

La *morbilidad por VIH y SIDA* en Jalapa, según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 15 casos de VIH (7 casos de sexo masculino y 8 de sexo femenino) no se reportaron casos de SIDA como tal, pero si de enfermedades asociadas a SIDA (13 casos de sexo masculino y 19 de sexo femenino). Alcanzando un tasa de 16.8 casos por 100,000 habitantes, bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien a que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

En el año 2006 en las Áreas de Salud del departamento, no se reportaron mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH y SIDA, es importante realizar las pruebas de tamizaje en este grupo, y con ello lograr una detección temprana de la infección, y disminuir así el riesgo de transmisión vertical

En cuanto a *morbilidad asociada a SIDA* (tabla 4), se reportaron un total de 32 casos, de los cuales el 46.9% corresponde a Síndrome de desgaste, el 40.6% a Diarrea mayor de 30 días y un 12.5% a Herpes simple mayor de 30 días.

Tasa de mortalidad específica por SIDA: En el 2006 el Área de Salud del departamento de Jalapa, reportó únicamente una muerte, lo que arroja una tasa de mortalidad especifica de 0.36 X 100,000 habitantes (tabla 6), la cual es menor que la de nivel nacional, que es de 2.2 muertes por 100,000 habitantes según las boletas de notificación de infección por VIH SIDA, de todas las Áreas de Salud del país en el 2006.

La razón de masculinidad (tabla 6), en pacientes infectados con VIH en Jalapa, es de 7:8, esto difiere de lo reportado a nivel nacional, donde la razón de masculinidad es de 4:2 (13). El predominio de casos de mujeres que padece de SIDA en el departamento, podría estar relacionado con una mayor identificación de casos, por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno infantil y a quienes se les realiza la prueba de VIH, como parte de su control prenatal. Esta tendencia es importante dado que evidencia, que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto de evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberán informar a las usuarios de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH, así como las formas de prevención de la misma, considerando las acciones de promoción de salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades La población indígena es minoría en el departamento de Jalapa con un 16.62%, mientras que a la población no indígena alcanza un 83.38% (tabla 7), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se reporta un total de 54.85% de no

indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, ya que los dos grupos poblacionales tienen prácticas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento español pocoman y garífuna (tabla 8), algunos indígenas no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

En el departamento de Jalapa los *templos y altares religiosos* (tabla 9) se distribuyen: el 31.70% de los templos son católicos, el 21.95% no católicos como también 46.35% de altares para ritos mayas.

Sobre la *situación de consumo de drogas en el departamento* (tabla 10), durante el año 2006 en el departamento, no se reportaron casos de alcoholismo, tabaquismo y/o uso de drogas ilícitas, esto no debe ser interpretado como inexistencia del consumo de drogas, ya que debe tomarse en cuenta el subregistro o falta de estudios en el departamento. A nivel nacional, según el SECCATID, se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para la adquisición del VIH y el SIDA, por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas, y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

En cuanto a lugares donde se realiza *comercio sexual* (tabla 10), se estima que existen aproximadamente 12 lugares. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo ésta la principal vía de transmisión del VIH en Guatemala. Según el Área de Salud del departamento de Jalapa hay 190 mujeres dedicadas al comercio sexual (tabla 11) no hay datos de personas de sexo masculino que se dediquen a esta actividad. Debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad.

En cuanto a *profilaxis sexual,* el área de Salud de Jalapa reportó un total de 196 usuarios de los cuales el 92.35% corresponden al sexo femenino y el 7.65% al sexo masculino (tabla 12). Las relaciones sexuales sin preservativo incrementan sustancialmente el riesgo de infección, es por esta razón que es esencial que los sistemas de educación en salud difundan la información del preservativo, no sólo como método anticonceptivo, sino también como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el Programa de Profilaxis Sexual que está dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son examinadas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual, así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: El departamento de Jalapa cuenta con 26 médicos, habiendo 1 médico por cada 10,741 personas (tabla 13), lo cual evidencia la escasez de personal médicos por habitantes, ya que según la PAHO, el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento hay 65 auxiliares de enfermería, es decir una enfermera por 4,296 habitantes (tabla 13), lo anterior no cumple con los estándares de la Guía de Indicadores Priorizados y Estandarizados en Salud año 2004, el cual es de 5 por cada 10,000 habitantes. Jalapa cuenta con 656 promotores de salud, es decir un promotor de salud por cada 426 habitantes (tabla 13), esto supera las propuestas de la Guía de Indicadores Priorizados 2004 en donde se hace referencia a un estándar de 1 promotor por cada 1200 habitantes, es entonces necesario aprovechar al máximo este recuso para que puedan brindar una mejor educación en salud y así mejorar la medicina de primer nivel.

Asimismo el departamento cuenta con el siguiente personal de salud (tabla 13): 18 técnicos en salud (1 técnico por 15,515 habitantes), 5 laboratoristas (1 laboratorista por

55,854 habitantes), 2 odontólogos (1 odontólogo por 137,634 habitantes), 0 psicólogos, 2 trabajadores sociales (1 trabajador por 137,634 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre este personal de salud por habitante.

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Jalapa cuenta con un Hospital Regional, un Centro de Salud tipo A, 7 Centros de Salud tipo B, 24 Puestos de Salud, 0 Unidades Mínimas, 24 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afectada debe de ser referida a la ciudad capital, centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad, ya que éstos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 14).

El sector privado presta servicios a la población mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 96 clínicas privadas (tabla 14).

El sector privado no lucrativo está integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG), en Jalapa no existen ONGs dedicadas específicamente al desarrollo de actividades para prevención y tratamiento del VIH SIDA (tabla 14).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q.4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo el 56.20% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose el 16% de los guatemaltecos dentro de este grupo.

En el departamento de Jalapa según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, el porcentaje de pobreza es de 72% y el de pobreza extrema es de 30% (tabla 15). Estos datos difieren de los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional evidenciando mayor pobreza dentro del departamento.

La situación antes señalada es muy importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado, lo cual los hace más vulnerables, además la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD). El departamento de Jalapa según el PNUD tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.53 (tabla 15) con un Desarrollo Humano bajo, siendo menor que el de la República de Guatemala (0.663) que se interpreta como un nivel medio.

Organización social y política (tabla 16)*:* El departamento de Jalapa cuenta con 13 partidos políticos, 276 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 7 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo), Según Gobernación Departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose una diferencia de 5 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones están integradas por representantes de las distintas comunidades del departamento, es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, y deben formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes, para promover programas de prevención en la población.

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Jalapa es del 35% (65% Alfabetas) (tabla 21), estos indicadores son altos en comparación de los presentados a nivel nacional donde los analfabetas alcanzan el 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el

nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que éstos sean efectivos.

Jalapa cuenta con 839 centros educativos (tabla 17), con 73,727 estudiantes inscritos (tabla 18), el número de maestros en el departamento es de 2,980 (tabla 19). Para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual, asimismo las personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de disminuir y controlar el VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: La *Tasa de Empleo* actual es de 92%, mayor a la tasa nacional que es de 53.82%; su *actividad económica principal* es la agricultura y la silvicultura, concordando con los datos del país que identifican a la agricultura y el comercio como las *actividades económicas* más importantes; el *producto agrícola* principal es el maíz.

El porcentaje de *Población Económicamente Activa* (PEA) para el 2006 fue del 66% dato que permite conocer que la población posee algún tipo de trabajo asalariado, siendo el ingreso promedio mensual de Q.2, 326.19, similar al calculado a nivel nacional. Lo anterior es importante al considerar ya que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Inversión en salud: El presupuesto anual asignado al Área de Salud del departamento de Jalapa es de Q. 17, 304,703.00, el cual representa un 3.52% del total del presupuesto de la nación asignado a las distintas Áreas de Salud Q491,293,774.83. En el área de salud no se tiene establecido ningún monto para el programa de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q 812,079.00 el cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación asignado para las distintas Áreas de Salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al Área de Salud del Departamento de Jalapa, ya que como se observa la enfermedad está presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.12. DEPARTAMENTO DE JUTIAPA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

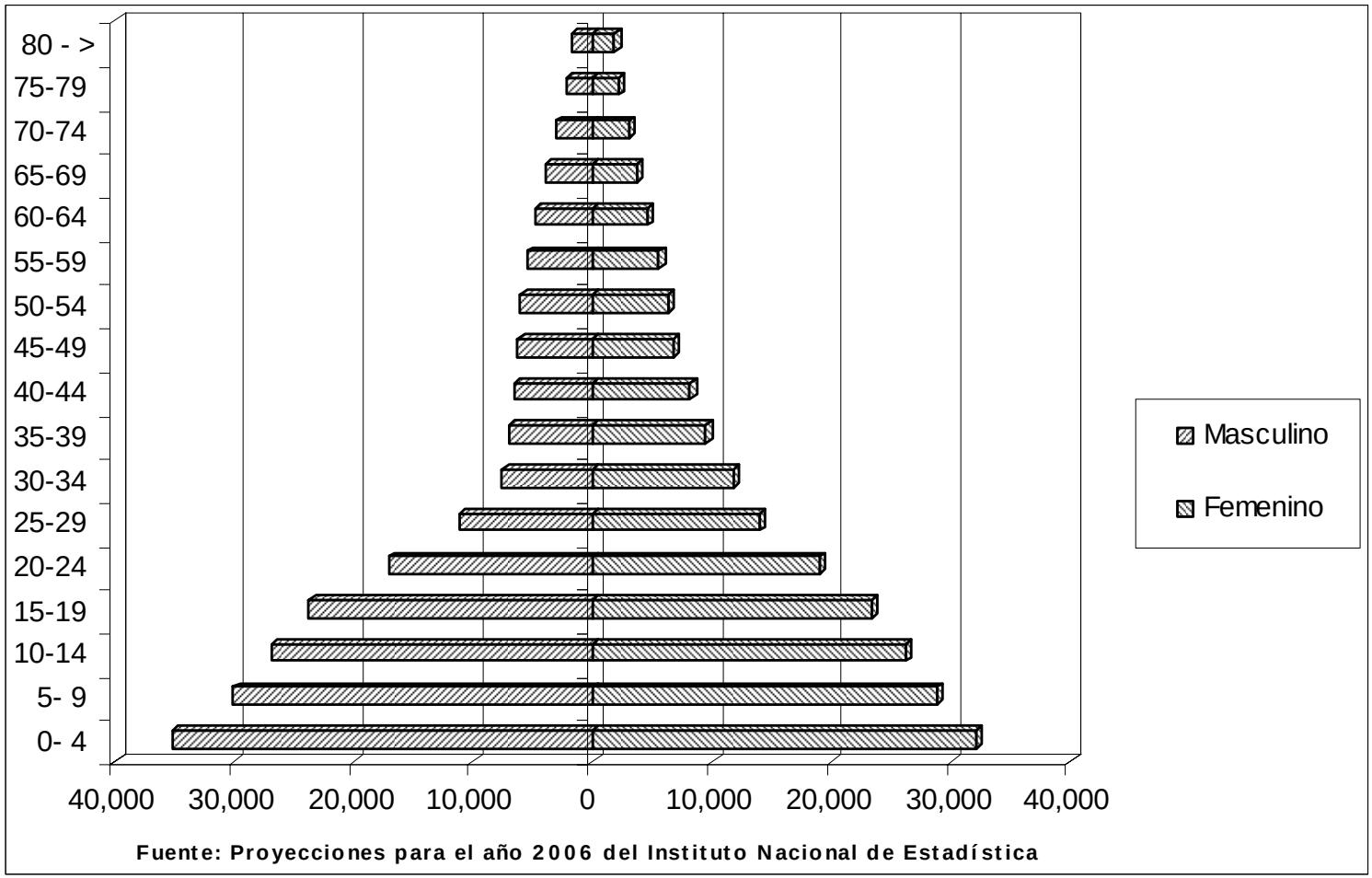
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	35,101	32,163	67,264
5- 9	30,060	28,907	58,966
10-14	26,899	26,161	53,059
15-19	23,726	23,312	47,038
20-24	16,980	18,980	35,961
25-29	11,069	14,014	25,083
30-34	7,518	11,810	19,328
35-39	6,955	9,522	16,476
40-44	6,540	8,172	14,712
45-49	6,234	6,842	13,077
50-54	6,007	6,298	12,305
55-59	5,528	5,550	11,078
60-64	4,737	4,616	9,353
65-69	3,895	3,674	7,569
70-74	3,105	3,070	6,174
75-79	2,211	2,133	4,344
80 y más	1,768	1,882	3,650
Total	198,333	207,106	405,439

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	127 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.30%
Población migrante[1]	24,050

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Jutiapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1ª		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH													1		2	1	8	9	2	4	3								16	14
SIDA													1		2	1	8	9	2	4	3								16	14

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jutiapa, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sx Desgaste																	5	3	5	4	10	7
Diarrea													1	1	3	2	4	4			8	7
Tb pulmonar																1	3	2	3	3	6	6
Candidiasis														1	2	2		2	3	1	5	6
Neumonía																	1		1	2	2	2
Herpes simple													1								1	
Total													2	2	5	5	13	11	12	10	32	28

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jutiapa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Jutiapa en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sx de desga-ste													3												3	
Total													3												3	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jutiapa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Jutiapa en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.74 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	8:7

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Jutiapa, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	385,167	95
Indígena	20,272	5
Total	405,439	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	21	20.39
Templos no católicos[2]	82	79.61
Altares para ritos mayas[3]		
Total	103	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	32	94			32
Tabaquismo					
Drogas ilícitas	2	6			2
Total	34				34

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Jutiapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	45	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Jutiapa, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	1,497	100
Masculino		
Total	1,497	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Jutiapa, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	2,995	100
Masculino		
Total	2,995	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Jutiapa, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	58	1 médico por 6,990 habitantes
Enfermeras	31	1 enfermera por 13,078 habitantes
Auxiliares de enfermería	223	1 aux. de enfermería por 1,818 habitantes
Técnicos en salud rural	14	1 téc. en salud rural por 28,960 habitantes
Laboratoristas	16	1 laboratorista por 25,340 habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por 405,439 habitantes
Psicólogos	0	no aplica
Trabajadores sociales	2	1 trabajador social por 202,720 habitantes
Promotores de salud	441	1 promotor de salud por 919 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Jutiapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	3
Centros de salud tipo B[1]	12
Puestos de salud[1]	55
Unidades mínimas[1]	117
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	64
Clínicas del IGSS[2]	3
Clínicas privadas[1]	117
Clínicas comunitarias[1]	64
Centros de diagnóstico[1]	1
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Jutiapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	66.2%
Pobreza extrema	24%
Índice de desarrollo humano	0.556

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	17
COCODES$_2$	276
COMUDES$_2$	11

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Jutiapa, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Jutiapa, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	294	27	321
Primaria[1]	695	6	701
Básicos[1]	72	54	126
Diversificado[1]	6	52	58
Superior[2]	1	3	4
Total	1,068	142	1,210

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Jutiapa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	7,872	3939	11,811
Primaria[1]	69,402	15,428	84,830
Básicos[1]	4,120	13,873	17,993
Diversificado[1]	790	7,211	8,001
Superior[2]	920	860	1,780
Total	83,104	41,311	124,415

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Jutiapa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	247	152	399
Primaria[1]	2,067	531	2,598
Básicos[1]	169	614	783
Diversificado[1]	34	444	478
Superior[2]	62	91	153
Total	2,579	1,832	4,411

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Jutiapa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	158,869	70.25
Analfabeta	67,279	29.75
Total mayores de 15 años	226,149	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Jutiapa, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	53.21%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura, pesca, minas y canteras, industria manufacturera textil y alimenticia, electricidad gas y agua, construcción, comercio
Productos agrícolas principales[3]	Frijol, café
Productos artesanales principales[3]	Calzado
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q1,200.00
Población económicamente activa[2]	68.87%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Jutiapa, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Jutiapa.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 47,546,204.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q10,031.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Jutiapa, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE JUTIAPA

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Jutiapa de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano y su constitución como individuo son el objetivo de esta dimensión que abarca las siguientes subdimensiones:

Demografía: La totalidad de la población del departamento es de 405,439 habitantes, con predominio del sexo femenino en 51.08% (tabla 1). El 79.7% de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de base ancha, lo que indica que existe una tasa de crecimiento poblacional y población infantil elevadas; esto es característico de una pirámide de tipo expansivo común en los países en desarrollo. La *densidad demográfica* (tabla 2) es de 127 habitantes por kilómetro cuadrado, la cual es mayor comparada con la de la República de Guatemala que es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado. En el país el 83.2% de los casos de VIH y SIDA se localiza en la población comprendida entre los 20-39 años, lo que implica la implementación de programas de prevención y educación sexual en este grupo de edad principalmente (101).

Los indicadores demográficos como el porcentaje de mujeres en edad fértil y el número de migrantes son determinantes porque presentan a dos grupos poblacionales de alto riesgo en la adquisición de VIH y SIDA. Sus variaciones permiten deducir sobre la toma de acciones y gestión de programas destinados a prevenir la propagación de la epidemia, orientándose según existan cambios dadas sus características propias y variaciones a través del tiempo.

En Jutiapa la *proporción de mujeres en edad fértil* es de 29.30% (tabla 2), lo que indica la importancia de la información en cuanto a la transmisión vertical del VIH ya que en el 2006 fue reportado por la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas el 82% se encuentran en edad fértil; si se toman las medidas preventivas y de tratamiento necesarias se reducirá el número de recién nacidos infectados así como el número de mujeres con riesgo de contraer la infección ya que se toma al sexo femenino como factor multiplicador de la enfermedad (26).

La *población migrante* reportada por el área de salud de Jutiapa representa un 5.93 % del total de los habitantes (tabla 2), dato importante ya que la epidemia del SIDA considera la migración como un factor agregado al aparecimiento de conductas de riesgo que predisponen a la adquisición de VIH ya que, esta población regresa a sus lugares de origen con la alta probabilidad de propagación de la enfermedad a sus respectivas comunidades. No se poseen datos de país con respecto al número de migrantes infectados, se debe tener en cuenta que aunque Jutiapa no es parte de la Ruta Comercial del país (conocida como la franja que más casos de VIH reporta), éste departamento es fronterizo, colinda con El Salvador, lo que facilita el movimiento de la

población entre los países, por lo que las medidas que en este grupo se tomen son importantes en la lucha contra la epidemia (88).

Se reportó por el área de Salud 60 casos de VIH y SIDA como morbilidad prioritaria en el departamento de Jutiapa (tabla 3), el 53% pertenecen al sexo masculino y el 47% al sexo femenino; el grupo de edad con mayor número de casos se encuentra entre los 25 a 39 años concordando con la literatura consultada la cual considera este rango de edad como el más vulnerable a la adquisición de VIH (101).

Este número personas infectadas arroja una tasa de 14.79 casos por 100,000 habitantes, más baja que la que se reportó para la república de Guatemala en el Programa Nacional para Prevención de ITS y SIDA en el 2006, la cual estimó una tasa de 91.73 casos por 100,000 habitantes; estas diferencias pueden deberse a varios factores como, el que no se tome en cuenta los casos que se refieran a la ciudad capital, que exista subregistro por falta de identificación de casos, o bien que las acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto a prevención estén siendo ineficaces (88).

La morbilidad asociada a SIDA más frecuente fue el síndrome de desgaste en un 28% de los casos, seguida por diarrea líquida mayor de 30 días (25%) y tuberculosis pulmonar (20%) (tabla 4), todas son manifestaciones sistémicas asociadas frecuentemente a inmunocompromiso. No se reportan casos de diagnóstico de VIH en las *mujeres embarazadas* del departamento en el periodo de estudio (tabla 5).

La *mortalidad* en el departamento de Jutiapa según el área de salud fue de tres casos asociados a SIDA (tabla 5), en el 100% la causa de muerte fue el Síndrome de

Desgaste, la totalidad de los casos corresponde al sexo masculino y el grupo etáreo con mayor número de muertes es el de 25 a 39 años. La mortalidad por *VIH en embarazadas* no se comenta ya que no se reportaron casos durante el periodo de estudio.

No se reportan casos de *mortalidad en menores de un año* y tampoco en el grupo *de 1 a 4 años* en el área de salud en el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) es de 0.74 por 100,000 habitantes, dato que es menor al 2.2 x 100,000 habitantes a nivel nacional, según las Boletas de Notificación de Infección por VIH y SIDA de las todas las áreas de salud, esto puede deberse a que no se tomen en cuenta los casos que se refieren a la ciudad capital para el tratamiento y a la falta de identificación de casos nuevos que conllevan a subregistro de información.

La razón de masculinidad es de 8:7 (tabla 6), dato diferente a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2. Lo anterior concuerda con mayor número de hombres por mujeres infectadas aunque de igual modo, el fenómeno de feminización de la epidemia está presente en este departamento por lo que los servicios de salud tienen el reto de informar a las usuarias sobre los factores de riesgo que favorecen la infección por VIH, considerando acciones de prevención y promoción dentro como fuera de los servicios (11, 14, 96).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida en los habitantes de un lugar dan idea de los riesgos que se generan dependiendo de las formas de conducta, costumbres, hábitos y formas de comportamiento tanto individual como colectiva.

El 95% de los habitantes es *no indígena* y el 5% es *indígena* (tabla 7), diferente con los datos a nivel nacional los cuales reportan 54.85% de no indígenas; las diferencias étnicas y culturales influyen en la adquisición de ciertas patologías por lo que es relevante tomar en cuenta este dato en la creación de programas destinados a las poblaciones que no hablan español, aunque se reporte que en Jutiapa sólo existe población que habla español (tabla 8). La situación de estos grupos respecto del VIH y SIDA no se conoce bien, sin embargo es la población no indígena donde se han reportado la mayoría de los casos en un 75%, es significativo trabajar con cada grupo étnico llevando la información en cuanto a la prevención de VIH se refiere ya que sus hábitos y formas de conducta en algunos casos les hace más susceptibles en la adquisición de la enfermedad (1, 138, 156, 183).

Los *templos y altares religiosos* en Jutiapa se distribuyen de la siguiente manera (tabla 9): 20.39% templos católicos, 79.61% templos no católicos y ningún altar para ritos mayas.

Los *hábitos de consumo de alcohol y drogas ilícitas* (tabla 10) en el departamento de Jutiapa para el área de salud en el año 2006 reportan 32 casos de alcoholismo y dos casos de consumo de drogas ilícitas, no especificando la vía de administración, sin

embargo esto no significa que no hayan más personas que no abusen de estas sustancias, por lo que el que no se identifiquen casos manifiesta la necesidad de mejorar la calidad del registro de pacientes ya que es conocido que el consumo de alcohol y drogas por vía parenteral principalmente pueden llevar a adoptar conductas de riesgo que conduzcan a adquirir VIH y SIDA. La Secretaría Contra las Adicciones y el Trafico Ilícito de Drogas (SECCATID) reportó para la República de Guatemala el consumo de drogas como cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis (17).

Los *lugares dedicados al comercio sexual* (tabla 11) registrados por el área de salud para todo el departamento son 45; siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión del VIH, la escasez de control de estos lugares no permite adoptar medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento adecuadamente. El área de salud registró a 1,497 mujeres trabajadoras del comercio sexual (tabla 12), desconociéndose el número de hombres dedicados a este servicio; debido a la cantidad de trabajadoras sexuales es necesario brindar información sobre prevención ya que esta es una población susceptible de enfermedad.

Los *Usuarios de Profilaxis Sexual* (tabla 13), reportados en el área de Salud para Jutiapa son 2,995 de los cuales el 100% son mujeres, el programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla como usuarios tanto a las personas que se encuentran en planificación familiar como a las que se dedican al comercio sexual, a ambas poblaciones se debe informar de los beneficios del uso del preservativo en las relaciones sexuales como preventivo de la infección del VIH así como de otras enfermedades de transmisión sexual; Asimismo las

trabajadoras comerciales del sexo son vistas periódicamente en los servicios de salud con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

La disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios son parte de esta dimensión.

El *Recurso humano dedicado a la salud* (tabla 14) en el área médica para todo el departamento suma 58 médicos, lo que indica una razón de un médico por 6,990 habitantes, esto orienta a pensar que existen aproximadamente 1.4 médicos para 10,000 habitantes cuando el estándar para América Latina es de al menos 14 médicos por cada 10,000 habitantes y en la República de Guatemala se encuentran uno por cada 9,489; lo que sugiere deficiencia de médicos para cubrir las necesidades de la población. Las auxiliares de enfermería se encuentran con una razón de 5.5 por cada 10,000 habitantes (un auxiliar de enfermería por 1,818 habitantes), teniendo como estándar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cinco por cada 10,000 lo que se considera satisfactorio para cubrir las demandas de la población. Los promotores de Salud tienen una razón de 2.72 para 1,200 habitantes (un promotor por 919 habitantes), mayor a lo que indica la guía de estándares priorizados en salud sugiere que haya uno para 1,200 habitantes, por lo que este recurso humano puede ser bien empleado en programas de salud sexual y reproductiva, llegando a todas las comunidades del

departamento. Otro personal de salud importante existente en Jutiapa son 31 Licenciadas en Enfermería (1 licenciada por 13,079 habitantes), 14 Técnicos en Salud Rural (un técnico por 28,960 habitantes), 16 Laboratoristas (un laboratorista por 25,340 habitantes), un Odontólogo (un odontólogo por 405,439 habitantes) y dos Trabajadores Sociales (un trabajador social por 202,720 habitantes). No hay psicólogos para el área de salud. No se hacen comparaciones con el personal anteriormente citado para el personal anteriormente citado.

Infraestructura de Servicios en Jutiapa: El proveedor principal de servicios de salud públicos para la población en general es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (tabla 18), en este departamento hay un Hospital Regional, tres Centros de Salud tipo A, 12 Centros de Salud tipo B, 55 Puestos de Salud, 64 clínicas comunitarias y 117 unidades mínimas; esto implica sobrecarga de personas consultantes a los servicios de salud tomando en cuenta que se trata de personas de escasos recursos en la mayoría de los casos. Existen 117 clínicas privadas y un centro de diagnóstico por imagen; se cuenta con tres clínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a las que tienen derecho de servicio los trabajadores del sector público y privado del país, pero cuando existen casos diagnosticados de VIH se refieren al nivel central para tratamiento y seguimiento ya que a nivel departamental no se cuenta con recursos para atenderles, lo que manifiesta centralización de servicios. No se cuenta con datos de *organizaciones no gubernamentales* dedicadas a programas de VIH y SIDA en el departamento en el periodo de estudio.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

En esta dimensión se contemplan la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los habitantes acceder a mejores condiciones de vida.

Según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y el Instituto Nacional de Estadística, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo al 66.2 % de la población de Jutiapa (tabla 16); asimismo el 24% se encuentra en la categoría de e*xtrema pobreza* lo que indica que el ingreso anual de esta población es de Q.1911.00 o menos. A nivel nacional estos datos indican que en Guatemala el 56.2 % de la población está en pobreza y el 16% dentro de extrema pobreza.

Esta situación socioeconómica es significativa por el hecho de que el VIH y SIDA tienen efectos más graves en la población pobre, que carecen de recursos económicos y que tienen limitaciones sociales importantes, además que esto implica menor acceso a la educación y por lo tanto menor información sobre los métodos de prevención de esta enfermedad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición elaborada por el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) que permite conocer el mejoramiento en la calidad de vida de una población; la cual le da al departamento de Jutiapa (tabla 16) en el 2005 un puntaje de 0.556 como departamento de desarrollo humano medio siendo menor al de Guatemala como República que tiene un punteo de 0.663 que también se interpreta como desarrollo humano medio (70).

La *Organización social y política* del departamento se compone de 276 COCODES y 11 COMUDES, (tabla 17) así como 17 partidos políticos. Según Gobernación departamental por cada 22 Comités Comunitarios de Desarrollo debe existir y un Consejo Municipal de Desarrollo encontrándose en el estándar satisfactorio. La importancia de estas organizaciones radica en que los miembros al ser partes activas de la comunidad logran priorizar sus necesidades gestionando proyectos para la resolución de su problemática por lo que es una herramienta clave para la educación de comunidad sobre el VIH y SIDA.

La *disponibilidad de Recursos Humanos e Infraestructura dedicada a la Educación* está de la siguiente manera (tablas 18,19,20): existen 1,210 centros educativos los cuales son piezas elementales en el desarrollo de las comunidades y dadores de información. Los estudiantes inscritos son 124,415, tanto en el sector público como en el privado así como 4,411 maestros. Los recursos humanos y de infraestructura deben aprovecharse para cumplir con los objetivos del milenio en cuanto a VIH se refiere; en esto los educadores tienen mucha importancia ya que se debe llevar información clara y concisa adecuada a la edad y condiciones del alumno para que el mensaje sea interpretado y puesto en practica.

El porcentaje de *analfabetas* en el departamento es del 29.75 % (tabla 21), este porcentaje indica que una cantidad considerable de personas mayores de 15 años no saben leer y escribir; menor al de la República de Guatemala que reportó 25.04% para el 2005 (80). En esta población es más difícil la difusión de la información por lo que se debe tomar en cuenta esta limitante.

La *Tasa de Empleo en Jutiapa es de 53.21*%, menor a la de la nacional que es de 53.8% (tabla 22); la *actividad económica principal* es la agricultura (tabla 22) al igual que en los datos nacionales donde ésta y el comercio son las actividades que mueven al país. Sus *productos agrícolas principales* son el fríjol y el café. Las condiciones de trabajo para este departamento determinan que el porcentaje de *Población Económicamente Activa* (PEA) para el 2006 fuera del 68.87% menor ligeramente al de la república de Guatemala que es de 69.85%, dato que permite conocer que la población posee algún tipo de trabajo asalariado. En la república de Guatemala el 94% de los casos de VIH y SIDA hasta ahora reportados, pertenecen a la población económicamente activa, es decir que casi todas las personas que adquieren el VIH en nuestro país pertenecen a la población con capacidad de producir, indicando el enorme impacto social que ocasiona además de que este departamento se encuentra entre los de más actividad económica y comercial de la República lo que de por sí le agrega como más vulnerable a la adquisición del VIH. El ingreso económico mensual por familia es de Q.1200.00 menor al que se estima para la república de Guatemala Q. 2,326.19 (88).

La *Inversión en Salud* del departamento de Jutiapa se distribuye así: del *presupuesto anual* que se asigna al Área de Salud de Jutiapa (tabla 23) Q 47,546,204.00 representando el 9.6% del presupuesto general de la nación para las distintas Áreas de Salud, se contempla para programas de VIH y SIDA Q10,031.00; dato preocupante, ya que si no se identifican casos adecuadamente esta cantidad económica es insuficiente tomando en cuenta que el monto total debe dividirse tanto en prevención como en la compra de medicamentos para los pacientes que sí se tienen reportados.

6.13. DEPARTAMENTO DE PETÉN

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

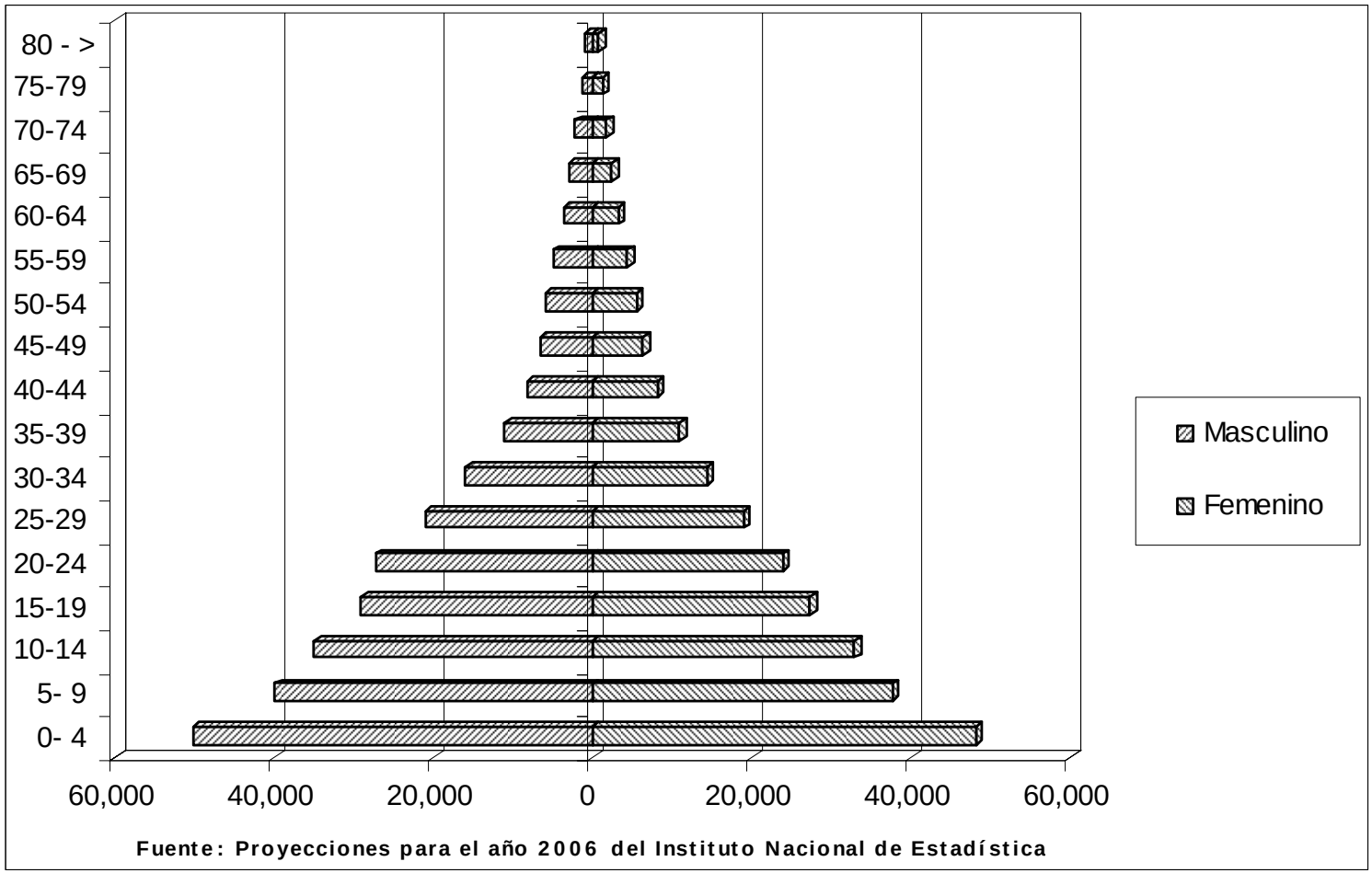
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	50,179	48,155	98,334
5- 9	39,781	37,602	77,383
10-14	34,868	32,911	67,779
15-19	28,957	27,312	56,269
20-24	27,111	23,896	51,007
25-29	20,934	19,023	39,957
30-34	15,884	14,467	30,351
35-39	11,020	10,959	21,979
40-44	8,284	8,170	16,454
45-49	6,632	6,413	13,046
50-54	5,851	5,519	11,370
55-59	4,969	4,418	9,387
60-64	3,592	3,233	6,825
65-69	2,841	2,455	5,296
70-74	2,172	1,823	3,994
75-79	1,407	1,229	2,636
80 y más	971	805	1,777
Total	265,453	248,390	513,843

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	16 habitantes por Km2
Mujeres en edad fértil[2]	28%
Población migrante[1]	15,532

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Petén, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH			6		3	2	18	19	13	17	16	10	10	52	28	70	29	101	22	33	9	15	3	9	3	3	9	6	169	337
SIDA							1										2	2	1	1	1								5	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Petén, año 2006

Tabla 4
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Petén Norte 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH			6		1	2	8	10	6	10	10	6	7	24	24	31	25	66	18	24	8	14	3	8	2	3	7	4	125	202
SIDA																	1		1		1								3	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Petén Norte, Año 2006

Tabla 5
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Petén Suroriental 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH					2		10	9	6	5	5	2	1	24	2	38	4	33		9		1		1			2		32	122
SIDA																	1												1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Petén Suroriental, Año 2006

Tabla 6
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el
Área de Salud Petén Suroccidental 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH									1	2	1	2	2	4	2	1		2	4		1				1			2	12	13
SIDA							1											2		1									1	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Petén Suroccidental, Año 2006

Tabla 7
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
No específica	16	10	10	12	8	8	4	8	6	11	9	15	5	23	5	10	2	6	7	4	72	107
Herpes Zoster sin complicaciones	4	2	1	5	6	3	1	3	1	2	4	5	2		4	1			3	1	26	22
SIDA			1								2	2	1	1	1						5	3
Trastorno psicótico agudo y transitorio no específico							1	2			1		2							2	4	4
Total	20	12	12	17	14	11	6	13	7	13	16	22	10	24	10	11	2	6	10	7	107	136

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Petén, año 2006

Tabla 8
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH	9	17	25	7	8	3		69
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Petén, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 9
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Síndrome de Infección aguda debido a VIH										1		2		1												4
Estado de infección asintomática por VIH											1							1							1	1
Total										1	1	2		1				1							1	5

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Petén, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en las Áreas de Salud de Petén en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 10
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	1.17 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	1:2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Petén, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 11
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	379,216	73.8
Indígena	134,627	26.2
Total	513,843	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 12
Idiomas hablados en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiché		X
Kaqchiquel	X	
Tzutuhil	X	
Mam	X	
Keqchi	X	
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 13
Templos y altares religiosos del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	15	24
Templos no católicos[2]	35	55
Altares para ritos mayas[3]	13	21
Total	63	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 14
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	60	66.67	30	33.33	90
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	60	66.67	30	33.33	90

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Petén,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 15
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	23	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Petén, año 2006

Tabla 16
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	75	100
Masculino		
Total	75	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Petén, año 2006

Tabla 17
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	9,710	100
Masculino		
Total	9,710	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Petén, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 18
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	159	1 médico por 3,232 habitantes
Enfermeras	28	1 enfermera por 18,352 habitantes
Auxiliares de enfermería	226	1 aux. de enfermería por 2,274 habitantes
Técnicos en salud rural	36	1 téc. en salud rural por 14,273 habitantes
Laboratoristas	18	1 laboratorista por 28,547 habitantes
Odontólogos	3	1 odontólogo por 171,281 habitantes
Psicólogos	2	1 psicólogo por 256,922 habitantes
Trabajadores sociales	2	1 trabajador social por 256,922 habitantes
Promotores de salud	2,014	1 promotor de salud por 255 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Petén, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 19
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	2
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	1
Centros de salud tipo B[1]	11
Puestos de salud[1]	43
Unidades mínimas[1]	28
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	47
Clínicas del IGSS[2]	3
Clínicas privadas[1]	96
Clínicas comunitarias[1]	0
Centros de diagnóstico[1]	107
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Petén, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Christian Children

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 20
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	62.6%
Pobreza extrema	13%
Índice de desarrollo humano	0.61

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 21
Organización política y social del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	11
COCODES$_2$	134
COMUDES$_2$	4

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Petén, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Petén, año 2006

4.3) Educación

Tabla 22
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	347	110	457
Primaria[1]	852	34	886
Básicos[1]	89	58	147
Diversificado[1]	7	56	63
Superior[2]	1		1
Total	1,296	258	1,554

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Petén, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 23
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	2,631	14,640	17,271
Primaria[1]	10,644	84,636	95,280
Básicos[1]	1,041	6,977	8,018
Diversificado[1]	5,240	2,441	7,681
Superior[2]	1,854		1,854
Total	21,410	108,694	130,104

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Petén, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 24
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	632	42	674
Primaria[1]	2,898	156	3,054
Básicos[1]	388	366	754
Diversificado[1]	75	423	498
Superior[2]			
Total	3,993	987	4,980

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Petén, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 25
Alfabetismo en la población del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	164,370	60.8
Analfabeta	105,976	39.2
Total mayores de 15 años	270,346	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Petén, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 26
Indicadores de trabajo del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	86.40 %
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza , silvicultura y pesca, comercio
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, fríjol negro, tomate, naranja, limón, plátano, piña, aguacate, chile habanero, corozo, arroz
Productos artesanales principales[3]	Morrales, pitos, lazos, redes y hamacas con fibra de maguey. Madera: muebles de todo tipo, guitarras y contrabajos, jarros y juguetes típicos
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 2,398.52
Población económicamente activa[2]	66%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Petén, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 27
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Petén.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado a las áreas de salud	Q20,890,087.00
Asignado en las áreas de salud para programas de VIH	Q52,287.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Áreas de Salud Petén, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE PETÉN

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Petén de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Petén es de 513,843 habitantes, con un predominio del sexo masculino 52% (tabla 1). 86% de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* de tipo expansivo (gráfica 1), caracteriza a una población con proporción elevada de jóvenes y una rápida tasa de crecimiento, ya que su base es ancha. La *concentración poblacional* (tabla 2) es de 16 habitantes por kilómetro cuadrado, baja comparada con la de la República de Guatemala que reporta 118 habitantes por kilómetro cuadrado; esto puede deberse a la extensión territorial del departamento que es el más grande del país. Las características poblacionales indican que la mayoría de los habitantes son jóvenes y por tanto se encuentran en una etapa de mayor actividad sexual tomándose esto como factor de riesgo para la adquisición de VIH y SIDA ya que, según el libro ”Exclusión Social y VIH-SIDA: Guatemala”, 83.2% de los casos reportados se incluyen entre los 20-39 años (101).

La proporción de mujeres en edad fértil así como el número de migrantes también son indicadores demográficos importantes ya que representan dos grupos poblacionales susceptibles a la adquisición de VIH y SIDA debido a que sus variaciones a lo largo del tiempo y características propias proporcionan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más eficaz.

La *proporción de Mujeres en Edad Fértil* en Petén es de 28% (tabla 2), en este grupo la información de la transmisión vertical del VIH es de suma importancia así como las pruebas de detección para determinar infección en las mujeres que se encuentren embarazadas ya que, se pueden someter a tratamiento antiretroviral oportuno como a la resolución adecuada del parto. La Unidad Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran en edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de *migrantes* (tabla 2) del departamento de Petén reportados por las tres áreas de Salud para el año 2006 constituyen 3% de la población; este dato es importante por las conductas de riesgo que predisponen a contraer el virus y porque luego esta población regresa a su lugar de origen con la posibilidad de transmitir dicha infección. No se tienen datos de migrantes infectados para la República sin embargo, el departamento aunque no es parte de la ruta comercial de país (donde más casos de VIH se reportan), colinda con al norte con México, al este con Belice y al sur con Alta Verapaz facilitando el movimiento entre la población de dichos países (69,14).

El departamento de Petén tiene tres áreas de Salud: Petén Suroriental ubicada en el municipio de Poptún, Petén Norte ubicada en San Benito y Petén Suroccidental ubicada en Sayaxché. Para el año 2006, la *morbilidad por VIH y SIDA* reportada por las tres áreas de salud en conjunto fue de 514 casos (tablas 3,4,5,6) , de los cuales 171 son de sexo masculino y 343 de sexo femenino lo que indica una tasa de 100 casos por 100,000 habitantes, la cual es mayor a la tasa reportada a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. De estos datos se infiere primero que la feminización de la epidemia ha aumentado debido a factores culturales, socioeconómicos, incluyendo la falta de potestad al momento de tener relaciones sexuales para el uso del preservativo por la pareja. Luego que existe subregistro de información que se ha estimado en el país en 50%, cosa que es alarmante en la lucha por la detención de la propagación del virus (4,86,96,142).

Se reportó como mayor *morbilidad asociada a SIDA* (tabla 7), la consulta no específica de los pacientes con VIH, esto no da una idea de las patologías más comunes a las que se enfrentan los pacientes. Es preocupante ver que existen registradas para el departamento 69 casos de *VIH en mujeres embarazadas* (tabla 8), no conociéndose a ciencia cierta datos de si reciben o no terapia antirretroviral, vital en la atención de las pacientes para disminuir el riesgo de transmisión vertical a los no nacidos.

Se reportó 6 *muertes asociadas a SIDA* (tabla 9) en todo el departamento siendo el Síndrome de Infección Aguda debido a VIH el diagnóstico más frecuente de deceso; lo cual es ambiguo por lo que no se conocen las circunstancias más cercanas a la causa

de muerte. Los decesos fueron distribuidos de la siguiente manera: 5 Muertes en mujeres y 1 en hombres, esto es debido a que la morbilidad en mujeres es alta sin embargo no corresponde a la información a nivel nacional dónde se estima que la mortalidad en hombres es mayor (62).

Las *mortalidad por VIH en embarazadas, mortalidad por VIH en menores de un año así como mortalidad en niños de 1 a 4 años* ocasionadas por VIH o SIDA no se comentan debido a la ausencia de casos en el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 10) reportada entre las tres áreas de Salud es de 1.17 muertes x 100,000 habitantes la cual es menor de la encontrada a nivel nacional, de 2.2 x 100,000 habitantes según las Boletas de notificación de infección por VIH y SIDA de las todas las áreas de salud. *La razón de masculinidad* de pacientes con VIH para el departamento de Petén del año 2006 fue de 1:2 algo distinto a lo que ocurre en todo el país ya que la razón de masculinidad para la República de Guatemala para el 2005 fue de 4:2 (13).

El aumento de casos en el sexo femenino puede deberse a una mayor identificación de los mismos ya que, durante el control prenatal se realizan pruebas de detección de VIH, lo que facilita el registro así como el brindar el tratamiento oportuno a las afectadas. Los servicios de salud tienen el compromiso de evitar que se propague la transmisión de la infección por lo que su deber es informar sobre la prevención de esta mortal enfermedad a toda la población.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a los riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes cultura, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son clave en su comportamiento, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de distintas enfermedades. Petén se compone en 73.8% *no indígena* y 26.2% de población *indígena* (tabla 11), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en dónde se reporta un total de 54.8% de no indígenas; la importancia del dato radica en que según la OMS "en Guatemala la mayoría de los casos reportados positivos para VIH, 69% eran no indígenas y 28% indígenas. Aún así, las poblaciones mayas representan la mayoría de los casos de VIH y SIDA en 8 de los 22 departamentos de Guatemala, y se ha detectado el VIH en estas poblaciones en todos los departamentos del país, una preocupación seria dado que estos grupos ya soportan altos niveles de pobreza y mortalidad materna, así como un acceso muy limitado a los servicios de salud". La carencia de programas sobre el VIH y SIDA en los diferentes idiomas mayas crea una barrera que dificulta el acercamiento a estas comunidades con el fin de explicar sobre la enfermedad así como su progresivo avance ya que sólo en este departamento se hablan español, tzutuhil, mam, keqchí, poqomam y maya itzá (tabla 12) (143).

En el departamento de Petén los *templos y altares religiosos* (tabla 13) se distribuyen: 24% de los templos son católicos, 55% son no católicos y 21% son altares para ritos mayas.

Los *Hábitos de consumo de alcohol y drogas ilícitas (*tabla 14) indican a 90 personas alcohólicas reportadas por las Áreas de Salud del departamento (66% de sexo masculino y 34% de sexo femenino), este dato no es exacto ya que en la morbilidad Prioritaria de las Memorias de Vigilancia Epidemiológicas sólo se reportan casos de etilismo crónico y complicado que llegan a Centros y Puestos de salud u Hospitales no tomando en cuenta los bebedores frecuentes que no consultan. No se reportan casos de usuarios de drogas ilícitas sin embargo esto no significa que no exista consumo de estas en el departamento, ya que SECCATID a nivel nacional, reporta el consumo de drogas tales como cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. Siendo esto un factor importante para adquirir VIH y SIDA por las conductas de riesgo adoptadas. Tomando en cuenta esto se deberán realizar estudios que permitan caracterizar los hábitos de consumo de la población y con ello planificar acciones sanitarias adecuadas de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Los *lugares dedicados al comercio sexual* (tabla 15) registrados son 23 para todo el departamento, no conociéndose datos de la existencia de más lugares. El contacto sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH por lo que poco control en cuanto al comercio sexual no permite adoptar medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento adecuadas. Fueron reportadas por las áreas de salud de Petén 75 mujeres como *trabajadoras del sexo* (tabla 16*)*, no teniéndose datos si existen más o de la población masculina trabajadora del sexo por lo que se debe mejorar el registro de las personas que se dediquen a esta actividad ya que es importante realizar pruebas de detección de VIH así como de otras enfermedades de transmisión sexual con el fin de controlar la epidemia.

El área de Salud Reproductiva de Petén informó 9,710 *usuarios de profilaxis sexual* (tabla 17) siendo distribuida 100% de los casos a mujeres; se debe aclarar que no solo las trabajadoras del sexo están en este programa sino también población en general en edad reproductiva que se encuentran en el programa de anticoncepción en las distintas áreas de salud. Es importante la difusión de la información del preservativo no sólo como método de anticoncepción sino como barrera para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

La disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios son parte de esta dimensión.

El *Recurso humano dedicado a la salud* en el área médica para todo el departamento suma 159 médicos (tabla 18), lo que indica una razón de 1 médico por 3,232 habitantes, esto orienta a pensar que existen aproximadamente 3 médicos para 10,000 habitantes cuando el estándar para América Latina es de al menos 14 médicos por cada 10,000 según la PAHO y en Guatemala se registran 1 por cada 9,489 habitantes.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 28 (1 enfermera por cada 18,352 habitantes) que según la Guía de Indicadores Priorizados esta muy por debajo del estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes, Las auxiliares de enfermería existen un total de 226, (1 auxiliar por 2,274 habitantes), equivalentes a 4

por cada 10,000 habitantes, que es inferior a los esperado según el estándar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que es de 5 por cada 10,000.

Los promotores de Salud actualmente tienen una razón de 1 promotor por cada 255 habitantes razón que supera la esperada por la Guía de Indicadores Priorizados obtenida que establece que debe existir 1 promotor por 1,200 habitantes y este recurso humano puede utilizarse para dirigir programas de salud sexual y reproductiva a las comunidades más alejadas del departamento.

También se dispone de el siguiente personal de salud (tabla 18): 36 Técnicos en Salud Rural (1 Técnico por 14,273 habitantes), 18 Laboratoristas (1 laboratorista por 28,547 habitantes), 3 Odontólogos (1 odontólogo por 171,281 habitantes), 2 Psicólogos (1 psicólogo por 256,922 habitantes) y 2 Trabajadores Sociales (1 trabajador social por 256,922 habitantes), no pudiéndose realizar comparaciones ya que no se cuenta un estándar establecido.

Hay 3 clínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a la que tienen derecho de servicios las personas afiliadas y trabajadoras de las organizaciones del estado sin embargo, los pacientes VIH positivos que se registran son referidos al nivel central para atención lo que demuestra que no se ha logrado cubrir la totalidad de la demanda nacional, en principio por el factor geográfico y luego por la centralización de los servicios (13).

En cuanto a la *infraestructura de servicios* (tabla 19) se dispone de: 2 Hospitales Regionales, 1 Centro de Salud tipo A y 11 tipo B; 96 son clínicas privadas dato que

pone de manifiesto que los servicios públicos de salud en cuanto a número son menores, siendo de esta manera, las personas deben pagar por servicios médicos y de salud ya que en la mayoría de ocasiones los puestos, centros y Hospitales nacionales se encuentran con sobrecarga de pacientes y carencia de medicamentos entre otros insumos.

En Petén existe una institución no gubernamental que tiene programas para el VIH y SIDA, Christian Children, la cual apoya al área de Salud de Sayaxché (Petén suroccidental), principalmente llevando a la población información y en algunos casos tratamiento a los pacientes ahí registrados.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

En esta dimensión se contemplan la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los habitantes acceder a mejores condiciones de vida.

Según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su informe Final de Mapas de Pobreza y el Instituto Nacional de Estadística (INE): El término *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.20% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1,911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

En el departamento de Petén 62.60% de su población entra dentro de la categoría de pobreza y 13% como pobreza extrema (tabla 20), comparado con los datos nacionales estas proporciones son mayores en este departamento. Esta determinante socioeconómica indica que el acceso a la información es baja por lo que se disminuye la probabilidad de conocer sobre la realidad de la epidemia. Esta amalgama de situaciones propicia que los habitantes no tengan acceso a una adecuada educación, alimentación y adquisición de bienes y servicios, ocasionando aumenten las conductas de riesgo tanto por ignorancia como a consecuencia de su situación económica.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición elaborada por el PNUD que permite conocer el mejoramiento en la calidad de vida de una población; la cual le da al departamento de Petén en el 2005 un puntaje de 0.61 (tabla 20) como departamento de desarrollo humano medio siendo menor al de Guatemala como República que tiene un punteo de 0.663 que también se interpreta como desarrollo humano medio (70).

La *Organización social y política* del departamento se compone de 134 COCODES y 4 COMUDES así como 11 partidos políticos (tabla 21). Según Gobernación departamental por cada 22 Comités Comunitarios de Desarrollo debe existir y 1 Consejo municipal de Desarrollo encontrándose una diferencia de 2 COMUDES para el estándar establecido. Estas organizaciones son importantes en la difusión de la información de VIH y SIDA a la población ya que por estar formadas por líderes comunitarios permite un mayor acercamiento a la población así como en la formulación de soluciones con respecto a las distintas problemáticas que en la comunidad se presenten.

La Educación en Petén está integrada por los siguientes *recursos humanos e infraestructura dedicada a la Educación* (tablas 22,23,24): 1,554 establecimientos dedicados a la educación (sector privado y público), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles; dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para la difusión de la información en cuanto a salud reproductiva y VIH se refiere. Los estudiantes inscritos en estos niveles suman 130,104 (25.31%) de la población del departamento.

Se cuenta con 4,980 maestros tanto del sector público como privado, siendo personas encargadas de la educación son un recurso humano importante ya que como líderes de sus comunidades pueden apoyar y liderar actividades preventivas relacionadas con el SIDA. No se tiene información de las Extensiones Universitarias tanto públicas como las privadas únicamente el dato de 1,854 alumnos inscritos en el Centro Universitario de Petén perteneciente a la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estos datos evidencian que es posible tener un acercamiento con la población estudiantil con el fin de brindarles una información adecuada al nivel educativo en el conocimiento de la enfermedad.

El porcentaje de *analfabetas* en el departamento es de 39.2% (tabla 25), es mayor al de la República de Guatemala 25.04%, este porcentaje indica que una cantidad considerable de personas mayores de 15 años no saben leer y escribir, esto es una limitante para la adecuada transmisión de información sobre el VIH y SIDA (80).

Las condiciones de trabajo para Petén son las siguientes (tabla 26): La *Tasa de Empleo* actual es de 86.4% mayor a la tasa nacional de 53.82%; su *actividad económica principal* es la agricultura concordando con los datos del país que identifican

a la agricultura y el comercio como las *actividades económicas* más importantes; los *productos agrícolas* principales son el maíz, el frijol negro y tomate. Las condiciones de trabajo para este departamento determinan que el porcentaje de *Población Económicamente Activa* (PEA) para el 2006 fue de 66% menor al de la nación que fue de 69.85%, dato que permite conocer que la población posee algún tipo de trabajo asalariado; en la República de Guatemala 94% de los casos de VIH y SIDA, hasta ahora reportados, pertenecen a la población económicamente activa, es decir que casi todas las personas que adquieren el VIH en nuestro país pertenecen a la población con capacidad de producir, indicando el enorme impacto social que ocasiona la morbimortalidad por VIH limitando el desarrollo socioeconómico de sus familias, tomando en cuenta que en promedio se percibe por familia Q2,398.52 menor al de la nación que es de Q2,329.16.

Para *Inversión en Salud* en el departamento de Petén (tabla 27), se asignó del presupuesto General de la Nación: Q20,890,087.00 que representa 0.423% del presupuesto asignado para las distintas Áreas de Salud, esta cantidad debe distribuirse en las tres áreas de salud del departamento. Se conoce únicamente el dato que asigna el Área de Salud de Petén Sur Oriental a programas de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, que es de Q52,287. No se contempla un monto específico para estos programas en las otras áreas de salud, ya que dependen de la priorización de programas a nivel central para asignar una cantidad al programa de VIH y SIDA. Mientras no se considere esta una morbilidad significativa para el departamento no se podrá detener el avance de la epidemia.

6.14. DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

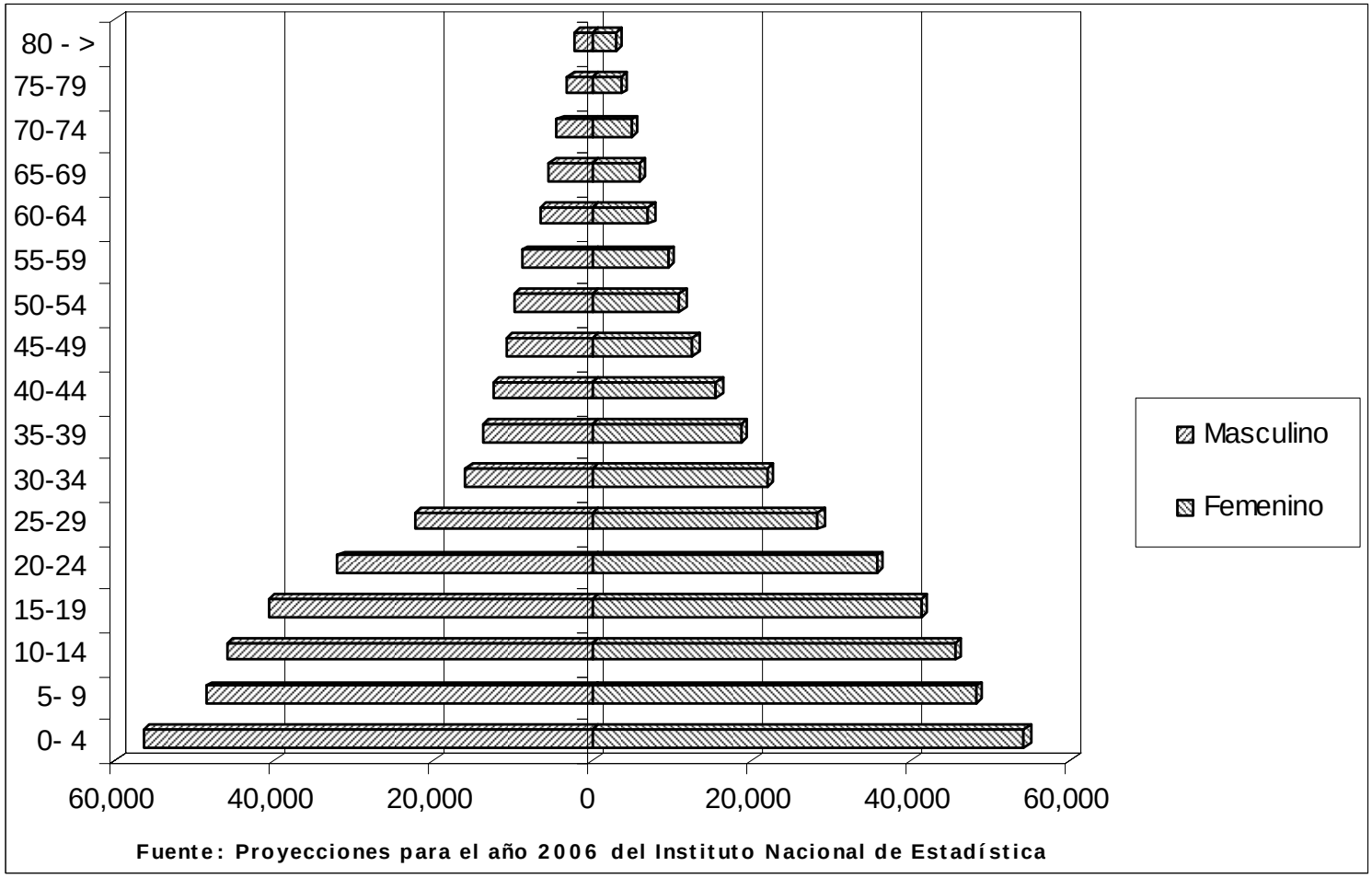
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	56,306	54,204	110,511
5- 9	48,550	48,054	96,603
10-14	45,916	45,505	91,421
15-19	40,693	41,168	81,861
20-24	31,936	35,631	67,568
25-29	22,262	28,375	50,636
30-34	15,862	22,057	37,918
35-39	13,677	18,577	32,254
40-44	12,410	15,591	28,001
45-49	10,755	12,604	23,358
50-54	9,819	11,020	20,839
55-59	8,869	9,571	18,440
60-64	6,456	7,080	13,536
65-69	5,384	5,792	11,177
70-74	4,375	4,982	9,357
75-79	3,094	3,678	6,772
80 y más	2,211	2,837	5,048
Total	338,576	366,724	705,300

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	336 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	31%
Población migrante[1]	33,521

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH				1	5	3	6			1	3	1	4	4	10	9	28	19	12	7	8	3	5	1	2	2	1		84	51
SIDA														4	5	8	25	21	2	3	5	4	4	1			3	1	44	42

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA								4	5	8	25	21	2	3	5	4	4	1	3	1	41	42
Total								4	5	8	25	21	2	3	5	4	4	1	3	1	41	42

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH	9	12	17	13	3	1		55
2	SIDA								0

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Histo-plas-mosis												1	5				3	1						1	8	3
Tb pul-mo-nar			1						1				3		1	1	2								8	1
PCP			1									1	1	1	1										3	2
Sx Dia-rréico											1	1	2												3	1
Neu-mo-nía				1											1	1	1								2	2
Me-nin-gitis														2		1									0	3
Toxo-plas-mosis	1									1							1								2	1
Cripto-coco-sis													1		2										3	0
Candi-diasis															1							1			1	1
Tb Extra-pulm.											1			1											1	1
Otras	1	2						1	1		2	1	13	6	7	4	3			1			1	1	28	16
Total	2	2	2	1				1	2	1	4	4	25	10	13	7	10	1		1		1	1	2	59	31

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Quetzaltenango en el año 2006.

Tabla 7
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Paro caridiopulmonar	1		100		1
2	Toxoplasmosis	1		100		1
3	Sin dx. Específico		2	0	100	2
Total		2	2			4

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

Tabla 8
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 - 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Bronconeumonía		1		100	1
2	Tb Pulmonar	1		100		1
Total		1	1			2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 9
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	12.76 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	26.5 x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	8:5

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 10
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	282,120	40
Indígena	423,180	60
Total	705,300	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 11
Idiomas hablados en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche	X	
Kaqchiquel	X	
Mam	X	
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 12
Templos y altares religiosos del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	35	4.1
Templos no católicos[2]	751	88
Altares para ritos mayas[3]	67	7.9
Total	853	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 13
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	649	82	139	18	788
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	649	82	139	18	788

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 14
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	36	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

Tabla 15
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	140	100
Masculino		
Total	140	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

Tabla 16
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	470	100
Masculino		
Total	470	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 17
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	240	1 médico por 2,939 habitantes
Enfermeras	126	1 enfermera por 5,598 habitantes
Auxiliares de enfermería	429	1 aux. de enfermería por 1,644 habitantes
Técnicos en salud rural	20	1 téc. en salud rural por 35,265 habitantes
Laboratoristas	35	1 laboratorista por 20,151 habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por 705,300 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 705,300 habitantes
Trabajadores sociales	1	1 trabajador social por 705,300 habitantes
Promotores de salud	592	1 promotor de salud por 1,191 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 18
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	1
Centros de salud tipo A[1]	0
Centros de salud tipo B[1]	16
Puestos de salud[1]	60
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	13
Clínicas del IGSS[2]	6
Clínicas privadas[1]	0
Clínicas comunitarias[1]	0
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	3

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: World Vision, Global Fund, IDEI

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 19
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	50.8%
Pobreza extrema	11.2%
Índice de desarrollo humano	0.65

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 20
Organización política y social del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	19
COCODES[2]	328
COMUDES[2]	24

Fuente: [1]Delegación Departamental de Quetzaltenango, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de Quetzaltenango, año 2006

4.3) Educación

Tabla 21
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	411	121	532
Primaria[1]	578	171	749
Básicos[1]	75	147	222
Diversificado[1]	17	121	138
Superior[2]	1	5	6
Total	1,082	565	1,647

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Quetzaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 22
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	16,699	4,090	20,789
Primaria[1]	121,811	15,999	137,810
Básicos[1]	9,674	13,470	23,144
Diversificado[1]	5,795	15,005	20,800
Superior[2]	8,701	5,200	13,901
Total	162,680	53,764	216,444

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Quetzaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 23
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	594	224	818
Primaria[1]	3,785	813	4,598
Básicos[1]	486	1,075	1,561
Diversificado[1]	274	1,103	1,377
Superior[2]	12	19	31
Total	5,625	3,215	8,354

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Quetzaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 24
Alfabetismo en la población del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	316,996	78
Analfabeta	89,769	22
Total mayores de 15 años	406,765	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Quetzaltenango, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 25
Indicadores de trabajo del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	95.25%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, industria manufacturera textil, comercio, construcción, servicios comunales sociales
Productos agrícolas principales[3]	Café, trigo, papa
Productos artesanales principales[3]	Trajes típicos, jaspe, muebles, mimbre, marimbas
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,939.56
Población económicamente activa[2]	70.63%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Quetzaltenango, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 26
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 2,651,050.85
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 56,926.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Quetzaltenango, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Quetzaltenango de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total del departamento de Quetzaltenango es de 705,300 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (51.9%). 80.64% de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es alta ya que, la de la República de Guatemala es de 118 personas por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento indica 336 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Indicadores demográficos importantes son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes, útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Quetzaltenango la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 31% (tabla 2). La unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006 un total 2,880 mujeres infectadas con VIH y SIDA; y de éstas 82% se encontraron en edad fértil incluyendo a esta población en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Quetzaltenango reportados en el Área de Informática del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituyen 4.7% de la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Quetzaltenango es un

departamento que se encuentra en dicha ruta por lo que es necesario tener un mejor conocimiento en lo que respecta a la población migrante.

La *morbilidad por VIH y SIDA* en Quetzaltenango según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 135 casos de VIH (84 casos de sexo masculino y 51 de sexo femenino) y 86 casos de SIDA que indica una tasa de 31.33 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

En cuanto a la morbilidad por SIDA, se reportaron 83 casos los cuales son descritos como SIDA, aún sabiendo que la persona no enferma por la infección sino más bien por el déficit inmunológico que causa la enfermedad y predispone a contraer enfermedades oportunistas.

Durante el año 2006 se informaron de 55 casos de VIH en mujeres embarazadas o en puerperio encontrándose entre los 15 y 44 años, es importante realizar pruebas de tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir así el riesgo de transmisión vertical.

En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA en el departamento (tabla 6) el Área de Salud reportó para el 2006, 90 muertes asociadas al SIDA, entre las causas se reportó histoplasmosis, tuberculosis pulmonar, síndrome diarreico, neumonía, meningitis,

toxoplasmosis, criptococosis, candidiasis, tuberculosis extra pulmonar. En cuanto a la mortalidad en menores de 1 año se reportaron 4 muertes por PCP, toxoplasmosis, y 2 sin diagnóstico específico. En el grupo etáreo de 1 a 4 años se reportaron 2 muertes secundarias a bronconeumonía y tuberculosis pulmonar.

No se analizan los datos de mortalidad en mujeres embarazadas, VIH y SIDA, dado que según el Área de Salud del departamento de Quetzaltenango se reportan casos para el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 9) reportada por el Área de Salud de Quetzaltenango para el departamento es de 12.76 muertes x 100,000 habitantes, la cual es mayor comparada con la encontrada a nivel nacional el cual es de 2.2 muertes por x 100,000 según las boletas de notificación por VIH de todas las Áreas de Salud (62).

La *razón de masculinidad* (tabla 10) de pacientes con VIH para el departamento de Quetzaltenango para el año 2006 fue de 8:5, dato que es similar a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2 (13). Aun así existe un aumento de casos de mujeres que padece de SIDA en el departamento lo cual puede deberse a una mayor identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno infantil, a quienes como parte de su control prenatal se les realiza la prueba de VIH. Esta tendencia es importante dado que evidencia el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de

prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto en los servicios como fuera de los mismos.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos generados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. Quetzaltenango está compuesto por 40% de población no indígena y 60% son indígenas (tabla10), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento español y quiche, kaqchiquel, mam (tabla 11), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

En el departamento Quetzaltenango, 4.1% de los templos son católicos, 88% de templos no católicos y 7.9% de altares para ritos mayas (tabla 12)

La *Situación de consumo de alcohol y drogas ilícitas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 13), reportan un total de 788 casos de alcoholismo. Esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según el SECCATID, se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Sobre lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 14) únicamente se encuentran registrados de 36 lugares, lo cual puede ser explicado por un subregistro de estos lugares. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el Área de Salud hay 140 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo, desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y su control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad

La profilaxis sexual (tabla 16) que se ofrece a través de preservativos ha sido difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Quetzaltenango, este atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado este método como medida preventiva. Durante el año 2006 se distribuyeron 470 preservativos como método de barrera, todos a pacientes de sexo femenino.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Con respecto al *Personal dedicado a la salud e*n Quetzaltenango existen un total de 240 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 2,939 personas (tabla 17), evidenciando la falta de personal médico por habitantes en el departamento de Quetzaltenango ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14

por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 126, existiendo 1 enfermera por cada 5,598 habitantes que, según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 429, siendo 1 auxiliar de enfermería por 1,644 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 17).

El departamento cuenta con 592 promotores de salud (1 promotor por 1,191 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento con una adecuada cobertura para la población, por lo que es necesario dar una buena educación a los promotores para que estos logren llevar a las comunidades un buen plan educacional preventivo y aprovechar este recurso humano valioso.

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 20 técnicos en salud (1 técnico por 35,265 habitantes), 35 laboratoristas (1 laboratorista por 20,151 habitantes), 1 odontólogo (1 odontólogo por 705,300 habitantes), 1 psicólogo (1 psicólogo por 705,300 habitantes), 1 trabajador social (1 trabajador por 705,300 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante.

En cuanto a la *Infraestructura de servicios e*l Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Quetzaltenango cuenta con 1 Hospital regional, 0 Centros de Salud tipo A, 16 Centros de Salud tipo B, 60 Puestos de Salud, 0 unidades mínimas, 13 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 18).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 6 clínicas en las cuales no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 18).

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales, Quetzaltenango consta de 3 ONG`s específicas para VIH SIDA, las cuales son IDEI, WORLD VISION, THE GLOBAL FUND.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Según “la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, SEGEPLAN”, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 50.8% de la población total del departamento de Quetzaltenango se encuentra pobre y 11.2% extremadamente pobres (tabla 19). Estos datos son similares a los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional.

La situación antes señalada es muy importante porque El VIH y SIDA tiene efectos más graves en las personas que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace mas vulnerables, además la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de Quetzaltenango según el PUND tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.65 (tabla 19) con un Desarrollo Humano medio, siendo similar que el de la república de Guatemala (0.663) que se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activa no permite la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, es por esto la importancia de detener y disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

*Organización social y política: e*l departamento de Quetzaltenango cuenta con 19 partidos políticos. La organización social de Quetzaltenango esta compuesta por 328 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 24 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 20). Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose los COMUDES adecuados para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

Con lo que respecta a la *Educación* el porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Quetzaltenango (tabla 24) es de 22% (78% alfabetas), estos indicadores son similares a los encontrados a nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.19% (74.81% alfabetas) un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

La *Infraestructura y Recursos humanos dedicados a la Educación* en Quetzaltenango se distribuye así: Cuenta con 1,647 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 21), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual. Asimismo se encuentran inscritos 216,444 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 22), considerando que es 30.6% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Quetzaltenango cuenta con 8,354 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 23), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de la disminuir y contralar el HIV SIDA en el departamento.

En cuanto a la subdimensión d*e trabajo* (tabla 25) Quetzaltenango es un departamento con una tasa de empleo del 95.25%, mayor a lo encontrado a nivel de República la cual corresponde a 53.82%. La población económicamente activa es de 70.63% similar a la PEA de la República la cual corresponde a 69.85%. El ingreso promedio mensual en el departamento es de Q1, 939.56, estos datos son menores en comparación a los encontrados a nivel nacional donde el ingreso mensual de Q.2, 326.19. Dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran agricultura, industria manufacturera textil, comercio, los productos agrícolas principales son el café, trigo, papa. Los *productos artesanales* principal son los trajes típicos, jaspe, muebles. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 25).

La *Inversión en salud* en Quetzaltenango se distribuye así: del *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Quetzaltenango es Q2,651,050.85 que representa un 0.007% del total del presupuesto de la nación de Q491,293,744.83. En el Área de Salud hay establecido un total de Q 56,926.00 para el programa de VIH y SIDA el cual representa 2.14% del total del presupuesto destinado al Área de Salud , a nivel nacional

dicho programa recibe un total de Q 812,079 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de Quetzaltenango, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.15. DEPARTAMENTO DE QUICHÉ

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

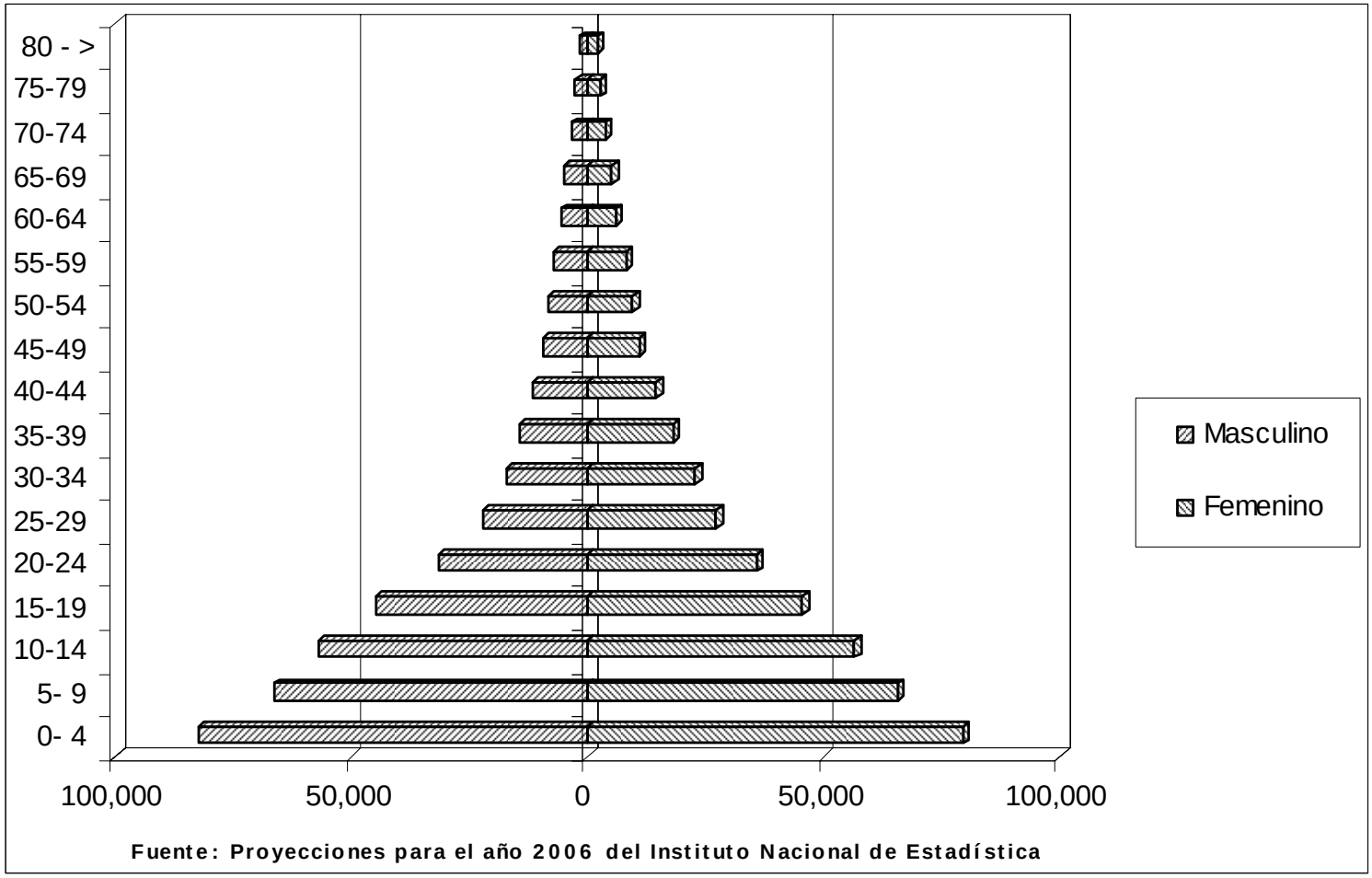
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	82,430	79,475	161,905
5- 9	66,350	65,496	131,846
10-14	56,763	56,533	113,297
15-19	44,604	45,493	90,097
20-24	31,589	35,840	67,429
25-29	22,018	27,394	49,412
30-34	17,186	22,903	40,089
35-39	14,460	18,116	32,576
40-44	11,709	14,601	26,310
45-49	9,433	11,197	20,630
50-54	8,262	9,611	17,873
55-59	7,288	8,106	15,393
60-64	5,542	6,099	11,640
65-69	4,784	5,216	10,000
70-74	3,513	3,846	7,359
75-79	2,443	2,658	5,102
80 y más	1,659	2,067	3,727
Total	390,032	414,651	804,683

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	79 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	46.85%
Población migrante[1]	251,339

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Quiché, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH										1					7	4	19	15	1	1	1								28	21
SIDA																	1												1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Quiché, año 2006

Tabla 4
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo
en el Área de Salud de Ixcán 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39ª		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																					1								1	
SIDA																														

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Ixcán, año 2006

Tabla 5
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo
en el Área de Salud de Ixil 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																	1	1											1	1
SIDA																	1												1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Ixil, año 2006

Tabla 6
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo
en el Área de Salud de Quiché 2006.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH										1					7	4	18	14	1	1									26	20
SIDA																														

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quiché, año 2006

Tabla 7
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Diarrea mayor de 30 días											1										1	
Total											1										1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quiché, año 2006

Tabla 8
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH			1	1				2
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Quiché, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 9
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Neumonía														1												1
Total														1												1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Quiché, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en las Áreas de Salud de Quiché en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 10
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.12 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	4:3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de Quiché, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 11
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	96,552	12
Indígena	708,131	88
Total	804,683	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 12
Idiomas hablados en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche	X	
Keqchi	X	
Pocomchi	X	
Chuj	X	
Kaqchiquel	X	
Tzutuhil	X	
Mam	X	
Achi	X	
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Poqomam		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 13
Templos y altares religiosos del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	22	3.42
Templos no católicos[2]	600	93.31
Altares para ritos mayas[3]	21	3.26
Total	643	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 14
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	119	100			119
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	119	100			119

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Quiché,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 15
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	40	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quiché, año 2006

Tabla 16
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	62	100
Masculino		
Total	62	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quiché, año 2006

Tabla 17
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino		
Masculino	1,711	100
Total	1,711	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quiché, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 18
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	47	1 médico por 17,121 habitantes
Enfermeras	29	1 enfermera por 27,748 habitantes
Auxiliares de enfermería	233	1 aux. de enfermería por 3,454 habitantes
Técnicos en salud rural	62	1 téc. en salud rural por 12,979 habitantes
Laboratoristas	16	1 laboratorista por 50,293 habitantes
Odontólogos	3	1 odontólogo por 268,228 habitantes
Psicólogos	4	1 psicólogo por 201,171 habitantes
Trabajadores sociales	6	1 trabajador social por 134,114 habitantes
Promotores de salud	3,152	1 promotor de salud por 255 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Quiché, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 19
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	4
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	1
Centros de salud tipo B[1]	18
Puestos de salud[1]	82
Unidades mínimas[1]	148
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	610
Clínicas del IGSS[2]	3
Clínicas privadas[1]	23
Clínicas comunitarias[1]	397
Centros de diagnóstico[1]	8
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de Quiché, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 20
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	84.6%
Pobreza extrema	33.2%
Índice de desarrollo humano	0.508

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 21
Organización política y social del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	9
COCODES$_2$	518
COMUDES$_2$	15

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Quiché, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Quiché, año 2006

4.3) Educación

Tabla 22
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,552	36	1,588
Primaria[1]	1,307	29	1,336
Básicos[1]	47	118	165
Diversificado[1]	8	45	53
Superior[2]	1	3	4
Total	2,915	231	3,146

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Quiché, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 23
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	47,145	1,178	48,323
Primaria[1]	127,434	3,568	131,002
Básicos[1]	2,951	15,527	18,478
Diversificado[1]	2,034	4,933	6,967
Superior[2]	175	1,586	1,761
Total	179,739	26,792	206,531

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Quiché, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 24
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,844	56	1,900
Primaria[1]	4,534	143	4,677
Básicos[1]	160	823	983
Diversificado[1]	98	308	406
Superior[2]	20	96	116
Total	6,656	1,426	8,082

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Quiché, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 25
Alfabetismo en la población del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	209,991	52.81
Analfabeta	187,644	47.19
Total mayores de 15 años	397,636	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Quiché, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 26
Indicadores de trabajo del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	97%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, frijol, arroz y café
Productos artesanales principales[3]	Textiles
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 2,453.78
Población económicamente activa[2]	63.50 %

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Quiché, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 27
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Quiché.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q15,824,771.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Áreas de Salud Quiché, año 2006

NOTA: En las áreas de salud de Quiché no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE QUICHÉ

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento Quiché de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Quiché es de 804,683 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (51.53 %). El 85.33% de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* es de tipo expansivo (gráfica 1) lo cual indica la existencia de población joven y una tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es inferior a la de la de la República de Guatemala, la cual es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado, mientras que la de este departamento es de 79 habitantes por kilómetro cuadrado, debido a la gran extensión territorial del departamento. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Dentro de los indicadores demográficos importantes de analizar se encuentran la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes que hay en el departamento. Estos indicadores son útiles porque representan 2 grupos de población afectados por el VIH y SIDA en gran magnitud y porque sus variaciones a través de los años permiten dirigir los programas de educación en salud de una manera más efectiva. En Quiché la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 46.85% (tabla 2). La Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reportó un total de "9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de estas el 82% se encuentran comprendidas en edad fértil", esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH (26).

El número total de *migrantes* del departamento de Quiché reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye el 31.23%, de la población en dicho departamento, este dato es levante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA", que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Aunque Quiché no se encuentra ubicado dentro de esta ruta, colinda con Petén, un departamento fronterizo (13).

La *morbilidad* por VIH y SIDA en Quiché según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 49 casos de VIH (28 casos de sexo masculino y 21 de sexo femenino) y 1 caso de SIDA lo que indica una tasa de 6.21 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital. (23,101).

En el año 2006 según el Área de salud se reportaron 2 casos de VIH y SIDA en *mujeres embarazadas o en puerperio* (tabla 8). Es importante realizar pruebas de tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir el riesgo de transmisión vertical.

La única *morbilidad asociada a SIDA* en el departamento de Quiché fue la diarrea mayor de 30 días (tabla 7). Aparentemente la causa por la cual solo se detectó una patología se debe a dos razones, la primera la mayoría de los pacientes son referidos como se expuso anteriormente y la segunda los reportes de estos pacientes en las distintas Áreas de Salud no registran morbilidades asociadas a SIDA o al menos aquellas que fueron proporcionadas en las áreas del departamento. Es importante hacer notar que la diarrea es una de las principales enfermedades asociadas al SIDA y además de ser un criterio diagnóstico de SIDA en los pacientes VIH positivos.

En el año 2006 en cuanto a *mortalidad,* fue reportada 1 muerte asociadas al SIDA, debida a neumonía en una mujer de 26 años (tabla 9). Esta situación pude ser

alarmante, primero porque solo se reportó una muerte probablemente porque otras personas originarias del departamento murieron fuera de el y segundo por que a pesar de ser un solo caso, se trata de una mujer joven en edad fértil, que pudo ser infectada varios años atrás. Otro aspecto a resaltar es que al tratarse de la muerte temprana de una paciente joven, nos damos cuenta, uno que el diagnóstico pudo no ser lo suficientemente temprano y dos que en el caso contrario el tratamiento no fue recibido. Dada las condiciones del departamento, la tendencia es a pensar que dentro de el, una persona infectada no recibe el tratamiento adecuado, y que además no se cuenta con el equipo necesario para controlar estos casos en un hospital.

No se analizan los datos de mortalidad en mujeres embarazadas, menores de un año y niños de 1 a 4 años por VIH y SIDA, dado que según el Área de Salud del departamento de Quiché no se reportan casos para el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla10) reportada por el Área de salud de Quiché es de 0.12 muertes x 100,000 habitantes, esta es diferente a la tasa a nivel nacional que es de 2.2 muertes x 100,000 habitantes, según las boletas de notificación de VIH y SIDA de todas las Áreas de Salud. Esta tasa es menor en relación a la tasa a nivel nacional debido a que en este se reportan menos casos de VIH y SIDA en comparación con otros departamentos.

La *razón de masculinidad* de pacientes con VIH (tabla 10) para el departamento de Quiché para el año 2006 fue de 4:3, esto se presenta de manera diferente a como se da a nivel nacional ya que en Guatemala dicha razón de masculinidad es de 4:2. La mayor cantidad de casos reportados en el departamento de Quiché difiere de otros

departamentos como Quiché en donde la mayoría son mujeres, esto puede deberse a asuntos culturales o una menor asistencia del género femenino por sus ocupaciones, puede ser que en este departamento los hombres consulten más. Sin embargo dado a la posibilidad de subregistro esta razón podría no ser exacta y sería susceptible a revalorarse en caso de que se pudiera evitar el subregistro.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. Quiché está compuesto por 88% de población indígena y el 12% son no indígenas (tabla11), esto difiere de lo reportado a nivel nacional (54.83% de no indígenas) donde los porcentajes de población de ambos son más equitativos. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Esta subdimensión es muy importante en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen prácticas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los principales idiomas hablados en el departamento español (en menor proporción), ixil, quiché, kekchí, poqomchí, mam, chuj, achí, tzutuhil y kakchiquel

(tabla 12), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

Sobre la *situación de consumo de drogas en* el departamento durante el año 2006 (tabla 14), se reportan un total de 119 casos de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional si se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, la marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis (17). El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Los lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 15) se encuentran registrados 40 lugares. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de hay 62 mujeres (tabla 16) que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo, desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad. En el Área de salud de Ixcán es donde se lleva un mejor control de estas prácticas, y según los conocimientos de la persona a cargo 6 de las 8 personas dedicadas a esta práctica, acuden a control en el Centro de

Salud. En los municipios que pertenecen al Área de Santa Cruz de Quiché, ya que para los municipios del Área Ixil no se encontró ningún registro según el encargado. Se desconoce si existen más personas que se dediquen a están práctica bajo el anonimato.

La profilaxis sexual (tabla 17) que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Quiché, este atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado este método como medida preventiva. De los condones que se distribuyen como método de barrera tanto para la prevención de la transmisión de enfermedades venéreas como para la anticoncepción, 100% fueron distribuidos a varones, esto indica que no sólo se incluyen dentro del programa de profilaxis sexual a la población en general.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En Quiché existen 47 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 17,121 personas (tabla 18), lo cual evidencia la falta de personal médico por habitantes en el departamento de Quiché, ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 29, existiendo 1 enfermera por cada 27,748 habitantes (tabla 18), según la guía de indicadores priorizados la cobertura no es adecuada en relación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; en cuanto al número de auxiliares de enfermería existen 233, 1 auxiliar de enfermería por 3,454 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada, el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes.

El departamento cuenta con 3,152 promotores de salud (1 promotor por 255 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento en buena posición (tabla 18).

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 62 técnicos en salud (1 técnico por 12,979 habitantes), 16 laboratoristas (1 laboratorista por 50,293 habitantes), 3 odontólogos (1 odontólogo por 268,228 habitantes), 4 psicólogos (1 psicólogo por 201,171 habitantes), 6 trabajadores sociales (1 trabajador por 134,114 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre este personal de salud por habitante (tabla 18).

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Quiché cuenta con 4 Hospitales Regionales, 1 Centros de Salud tipo A, 18 Centros de Salud tipo B, 82 Puestos de Salud, 148 unidades mínimas, 610 centros de convergencia, (tabla 19) lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH y SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad, en comparación con los capitalinos, ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 3 infraestructuras en las cuales no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de

VIH y SIDA, sino que son referidos a nivel central por lo que la población afectada cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para su atención (tabla 19).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 23 clínicas privadas, 8 centros de diagnóstico por imágenes (tabla 19).

En Quiché no existe una ONG específica para VIH y SIDA.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permite a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según “la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la pobreza general se define como un ingreso anual de Q4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo el 56.20 % de la población guatemalteca. Asimismo, se define como pobreza extrema el ingreso anual de Q1,911.00 o menos, incluyéndose el 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, el 84.6% de la población total del departamento de Quiché se encuentra pobre y el 33.2% extremadamente pobre (tabla 20).

La situación antes señalada es muy importantes porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace más vulnerables, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas de otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el período de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

Quiché con un *Índice de Desarrollo Humano* bajo en 0.508 (tabla 20) menor que el de la república de Guatemala (0.663), que se interpreta como un nivel medio. Se encuentra entre los 7 departamentos con menor índice en Guatemala. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite el progreso del país provocando su estancamiento e incluso su retroceso, es por esto importante detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de Quiché cuenta con 9 partidos políticos (tabla 21).

La organización social de Quiché esta compuesta por 518 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 15 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 21), los cuales están integrados por representantes de las distintas comunidades del departamento. Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, en este departamento se cumple, puesto que hay aproximadamente 23 COCODES por cada COMUDE. Es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de analfabetas en el departamento de Quiché es de 47.19% (alfabetas 52.81%) (tabla 25) estos indicadores son bajos en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan el 25.04% (74.96% alfabetas) un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y como prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 3,146 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 22), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 206,531 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 23), considerando que es el 25.68% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Quiché cuenta con 8,082 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 24), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en cuanto a prevención y control del VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: Quiché es un departamento con una tasa de empleo del 97 % y una población económicamente activa de 63.5% con un ingreso promedio mensual de Q2,453.78.00 (tabla 26) estas difieren poco en comparación a la del nivel nacional la cual consiste en 53.82% de tasa de empleo, un ingreso mensual de Q2,326.19, y PEA de 69.85%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las actividades económicas principales se encuentran la agricultura, caza, selvicultura y pesca, los productos agrícolas principales son el maíz, fríjol, arroz y café. El producto artesanal principal son los textiles (tabla 26). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Quiché es de Q15,824,771.00 (tabla 27), el cual representa un 3.22% del total del presupuesto de la nación designado a las distintas Áreas de Salud de Q491,293,744.83. En el Área de salud no se tiene estipulado ningún presupuesto para el programa de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total Q812,074.00 el cual representa el 0.16% del presupuesto general de la nación.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de Quiché, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH y SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir su propagación.

6.16. DEPARTAMENTO DE RETALHULEU

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

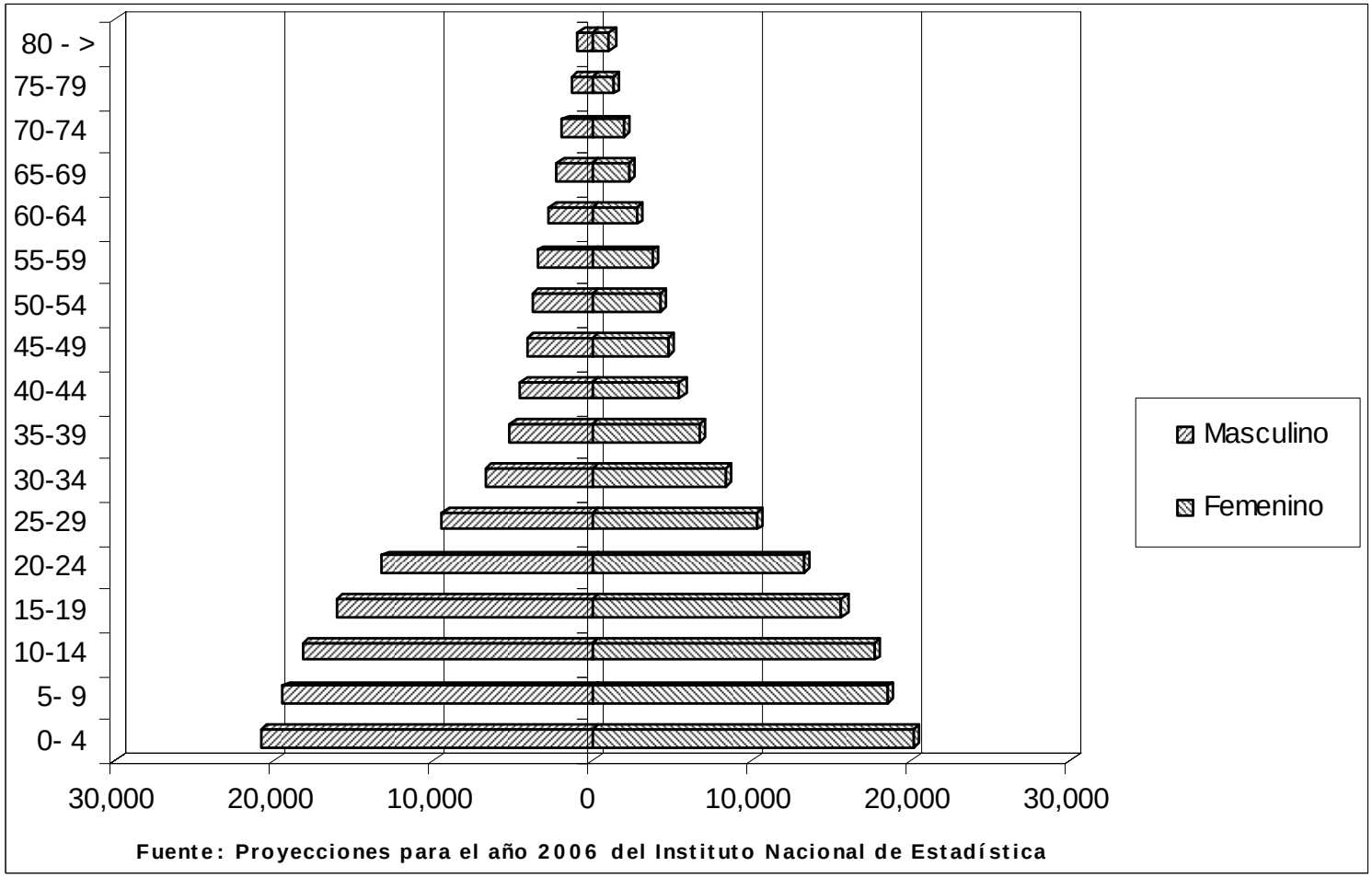
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	20,834	20,145	40,979
5- 9	19,396	18,549	37,944
10-14	18,191	17,715	35,905
15-19	16,032	15,633	31,665
20-24	13,172	13,237	26,410
25-29	9,412	10,347	19,760
30-34	6,709	8,382	15,092
35-39	5,147	6,771	11,918
40-44	4,494	5,478	9,972
45-49	4,073	4,749	8,822
50-54	3,784	4,273	8,057
55-59	3,432	3,747	7,180
60-64	2,696	2,799	5,495
65-69	2,211	2,238	4,449
70-74	1,902	1,918	3,820
75-79	1,304	1,365	2,669
80 y más	886	1,048	1,934
Total	133,676	138,395	272,071

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	148 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30.25%
Población migrante[1]	8,162

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Retalhuleu, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH													1	2	4	5	10	7	3	4		1	1						19	19
SIDA													1	2	1	1	3	4	2		1		1		1				10	7

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Retalhuleu en el año 2006.

Tabla 4
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH	8	6	2	3	1			20
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA										3	1		8	1	3	3	1								13	7
Síndrome diarréico													1												1	
Bronconeumonía				1																						1
TB diseminada											1														1	
Candidiasis esofágica																					1				1	
TB pulmonar													1		1										2	
Histoplasmosis													1				1								2	
Total				1						3	2		11	1	4	3	2				1				20	8

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Retalhuleu en el año 2006.

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Ascitis	1		100		1
Total		1		100		1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

Tabla 7
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 - 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	Bronconeumonía		1		100	1
Total			1		100	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 8
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	10.29 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	14.22 x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	1:1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 9
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	181,471	67
Indígena	90,600	33
Total	272,071	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 10
Idiomas hablados en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam	X	
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 11
Templos y altares religiosos del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	16	3.6
Templos no católicos[2]	239	53.83
Altares para ritos mayas[3]	189	42.57
Total	444	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 12
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	216	72	86	28	302
Tabaquismo	1	100			1
Drogas ilícitas	1	100			1
Total	218		86		304

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Retalhuleu,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 13
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	35	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

Tabla 14
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	35	100
Masculino		
Total	35	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

Tabla 15
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	2,292	100
Masculino		
Total	2,292	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Retalhuleu, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 16
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	52	1 médico por 5,232 habitantes
Enfermeras	37	1 enfermera por 7,353 habitantes
Auxiliares de enfermería	177	1 aux. de enfermería por 1,537 habitantes
Técnicos en salud rural	6	1 téc. en salud rural por 45,345 habitantes
Laboratoristas	13	1 laboratorista por 20,928 habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por 272,071 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 272,071 habitantes
Trabajadores sociales	1	1 trabajador social por 272,071 habitantes
Promotores de salud	364	1 promotor de salud por 747 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Retalhuleu, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 17
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	0
Centros de salud tipo B[1]	11
Puestos de salud[1]	31
Unidades mínimas[1]	5
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	5
Clínicas del IGSS[2]	10
Clínicas privadas[1]	65
Clínicas comunitarias[1]	60
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Retalhuleu, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Fernando Iturbide

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 18
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	55.3%
Pobreza extrema	10.9%
Índice de desarrollo humano	0.632

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 19
Organización política y social del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	14
COCODES[2]	274
COMUDES[2]	6

Fuente: [1]Delegación Departamental de Retalhuleu, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de Retalhuleu, año 2006

4.3) Educación

Tabla 20
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	252	33	285
Primaria[1]	271	53	324
Básicos[1]	58	48	106
Diversificado[1]	11	44	55
Superior[2]	1	2	3
Total	593	180	773

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Retalhuleu, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	9,000	1,082	10,082
Primaria[1]	50,020	3,835	53,855
Básicos[1]	8,935	2,931	11,866
Diversificado[1]	2,416	3,138	5,554
Superior[2]	680	457	1,137
Total	71,051	11,443	82,494

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Retalhuleu, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 22
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	345	72	417
Primaria[1]	1,636	221	1,857
Básicos[1]	126	313	439
Diversificado[1]	105	306	411
Superior[2]	22	23	45
Total	2,234	935	3,169

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Retalhuleu, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 23
Alfabetismo en la población del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	120,762	76.8
Analfabeta	36,480	23.2
Total mayores de 15 años	157,242	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Retalhuleu, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 24
Indicadores de trabajo del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	96.42%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, comercio por mayor y menor, servicios comunales, sociales y personales, industria manufacturera textil, construcción
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, frijol
Productos artesanales principales[3]	Cerería, cestería, cuero, escobas, hierro, instrumentos musicales, lana, muebles, petate, pirotecnia, plata, sombreros, teja de barro, trenzas
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,931.47
Población económicamente activa[2]	71%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Retalhuleu, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 25
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Retalhuleu.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 13,215,297.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 372,480.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Retalhuleu, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE RETALHULEU

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Retalhuleu de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano como tal y su constitución como individuo son el objetivo principal de esta dimensión, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Retalhuleu es de 272,071 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (51%). 81% de la población es menor a 39 años y la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es alta ya que, la de la República de Guatemala es de 118 personas por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento indica 146 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Retalhuleu la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 30.25% (tabla 2). La unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en el país, de los cuales hay un total 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Retalhuleu reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) para el año 2006 constituyen 3%, de la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Dado que Retalhuleu se encuentra dentro de esta ruta es importante conocer sobre esta población.

La *morbilidad por VIH y SIDA* en Retalhuleu según el Área de Salud del departamento (tabla 3) reportó para el año 2006, 38 casos de VIH (19 casos de sexo masculino y 19 de sexo femenino) y 17 casos de SIDA (10 de sexo masculino y 7 de sexo femenino) que indica una tasa de 20.21 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital y del Hospital Nacional de Coatepeque (23,101).

En el Hospital Nacional de Retalhuleu se realizan pruebas de tamizaje a las mujeres embarazadas que asisten a dicho centro, durante el año 2006 se realizaron 20 diagnósticos de VIH en mujeres embarazadas, las cuales son referidas al Hospital Nacional de Coatepeque para el tratamiento correspondiente. A pesar de contar con la posibilidad de realizar tamizaje a mujeres embarazadas es necesario implementar programas educacionales para informar la importancia de realizar dicha prueba, ya que en el área rural muchas mujeres acostumbran a llevar control prenatal con comadronas o en el peor de los casos no llevan ningún control y con una detección temprana se puede disminuir la transmisión vertical (tabla 4).

No se analiza el dato de morbilidad asociada a VIH, dado que según el Área de Salud del departamento de Retalhuleu no se reportan casos para el periodo de estudio.

En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA en el departamento (tabla 5) el Área de Salud reportó para el 2006, 28 muertes asociadas al SIDA, dicha información se obtuvo en el Hospital Regional de Coatepeque ya que los pacientes de Retalhuleu positivos

para el virus son referidos a este centro para su control y tratamiento. Del total de muertes, 20 de estas fueron catalogadas como SIDA (13 casos masculinos y 7 femeninos), aún sabiendo que la persona no fallece por la infección sino más bien por el déficit inmunológico que causa la enfermedad y predispone a contraer enfermedades oportunistas. Se reportaron 2 muertes por tuberculosis pulmonar (2 casos masculinos), 2 muertes por histoplasmosis pulmonar, 1 muerte por candidiasis esofágica, 1 muerte por síndrome diarreico, 1 muerte por tuberculosis diseminada, 1 muerte por bronconeumonía, todas las defunciones anteriores son secundarias a enfermedades oportunistas, lo que demuestra la necesidad de una detección temprana de la enfermedad y su tratamiento bajo un enfoque integral desarrollando protocolos de manejo para la prevención y tratamiento de dichas enfermedades oportunistas. Con respecto a la mortalidad infantil, se reporto 1 muerte por ascitis de sexo masculino menor de un año, 1 muerte por bronconeumonía de sexo femenino de 1 a 4 años (tabla 6 y 7).

No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, en el año 2006 debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Retalhuleu

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 8) reportada por el Área de Salud de Retalhuleu para el departamento es de 10.29 muertes x 100,000 habitantes, la cual es mayor comparada con la encontrada a nivel nacional el cual es de 2.2 muertes por x 100,000 según las boletas de notificación por VIH de todas las Áreas de Salud.

La razón de masculinidad de pacientes con VIH para el departamento de Retalhuleu para el año 2006 fue de 1:1, dato que es diferente a lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2 (13). Se evidencia un aumento de casos en mujeres, esta tendencia es importante dado que evidencia el VIH y SIDA ya no es una

enfermedad exclusivamente de hombres ante lo cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerador de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades, Retalhuleu esta compuesto por 67% de población no indígena y 33% son indígenas (tabla 9), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento español y mam (tabla 10), parte de la población

indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

En Retalhuleu se encuentra 3.6% de templos católicos, 53.83% de templos no católicos y 42.57% de altares para ritos mayas.

Sobre la *Situación de consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 12), se reportan un total de 302 casos de alcoholismo, 1 caso de tabaquismo y 1 caso de consumo de drogas ilícitas. Existe un existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según el SECCATID, se reporta consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

Sobre lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 13) únicamente se encuentran registrados 35 lugares, aunque según los trabajadores de la salud, existen lugares que no se reportan y operan clandestinamente dado a que prestan servicios personas menores de edad. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el Área de Salud del departamento hay 35 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo (tabla 14), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta

actividad, debe mejorarse la detección de estas personas y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA.

La profilaxis sexual que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Retalhuleu, este atiende a las trabajadoras del sexo y la población en general. Durante el año 2006 se distribuyeron 2,292 preservativos como método de barrera, todos a pacientes femeninos.

Es importante destacar la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

En cuanto al *Personal dedicado a la salud e*n Retalhuleu existen 52 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 5,232 personas (tabla 16), lo cual evidencia la falta

de personal médico por habitantes en el departamento de Retalhuleu ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento el número de enfermeras graduadas es de 37, existiendo 1 enfermera por cada 7,353 habitantes que, según la guía de indicadores priorizados 2004 la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no existen auxiliares de enfermería reportados en el Área de Salud por lo que no cumple con en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 16).

El departamento cuenta con 364 promotores de salud (1 promotor por 747 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento con una adecuada cobertura para la población, por lo que es necesario dar una buena educación a los promotores para que estos logren llevar a las comunidades un buen plan educacional preventivo y aprovechar este recurso humano valioso.

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 6 técnicos en salud (1 técnico por 45,345 habitantes), 13 laboratoristas (1 laboratorista por 20,928 habitantes), 1 odontólogos (1 odontólogo por 272,071 habitantes), 1 psicólogos (1 psicólogo por 272,071 habitantes), 1 trabajador social (1 trabajador social

por 272,071 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante.

Con respecto a la *Infraestructura de servicios* el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Retalhuleu cuenta con 1 Hospital Regional, 0 Centros de Salud tipo A, 11 Centros de Salud tipo B, 31 Puestos de Salud, 5 unidades mínimas, 5 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida al Hospital Nacional de Coatepeque o a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de más escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 10 clínicas en las cuales no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a los lugares antes mencionados por lo que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 17)

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 65 clínicas privadas. No cuenta con centros diagnósticos por imágenes.

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales, Retalhuleu consta de una ONG específica para VIH SIDA llamada Fernando Iturbide (tabla 17).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que les permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Según “la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 55.3 % de la población total del departamento de Retalhuleu se encuentra pobre y 10.9% extremadamente pobres (tabla 18).

Estos datos son similares a los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional.

La situación antes señalada es muy importantes porque El VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social limitado lo cual los hace más vulnerables, además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH, se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis, La nutrición deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de Retalhuleu según el PUND tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.632 (tabla 18) interpretándose como desarrollo humano medio, siendo similar que al de la República de Guatemala (0.663) que se interpreta también como desarrollo medio. La alta prevalencia de VIH SIDA sobre todo en personas jóvenes y activas} no permite la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, es por esto la importancia de detener y disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

*Organización social y política: e*l departamento de Retalhuleu cuenta con 14 partidos políticos.

La organización social de Retalhuleu esta compuesta por 274 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 6 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo), (tabla 19), Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, encontrándose una diferencia de 6 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

En cuanto a la *Educación* el porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Retalhuleu es de 23.2% (76.8% alfabetas) (tabla 23), estos indicadores son similares en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas) un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 773 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 20), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 82,494 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 21), considerando que es 31.05% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Retalhuleu cuenta con 3,169 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 22), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de disminuir y controlar el HIV SIDA en el departamento.

Con respecto al *Trabajo* Retalhuleu es un departamento con una tasa de empleo del 96.42% y una población económicamente activa de 71%(tabla 24) estos datos son similares en comparación a nivel nacional los cuales consisten en 53.82% de tasa de empleo y PEA de 69.85%, el ingreso promedio mensual en el departamento es de Q1,931.47 menor al ingreso mensual a nivel nacional que es de Q.2,326.19, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las actividades económicas principales se encuentran agricultura, comercio por mayor y menor, los productos agrícolas principales son el maíz, frijol. El producto artesanal principal cerería, cestería, cuero. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 24).

En lo que respecta a *Inversión en salud,* el *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Retalhuleu es de Q 13, 215,297, el cual representa un 2.69% del total del presupuesto de la nación asignado para las distintas Áreas de salud de Q 491,293,744.83. En el Área de Salud se tiene establecido para el programa de VIH y SIDA un presupuesto de Q 372,480 que corresponde al 2.81% del presupuesto asignado al Área de Salud, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q812,079.00 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación para las distintas Áreas de Salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de Retalhuleu, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.17. DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

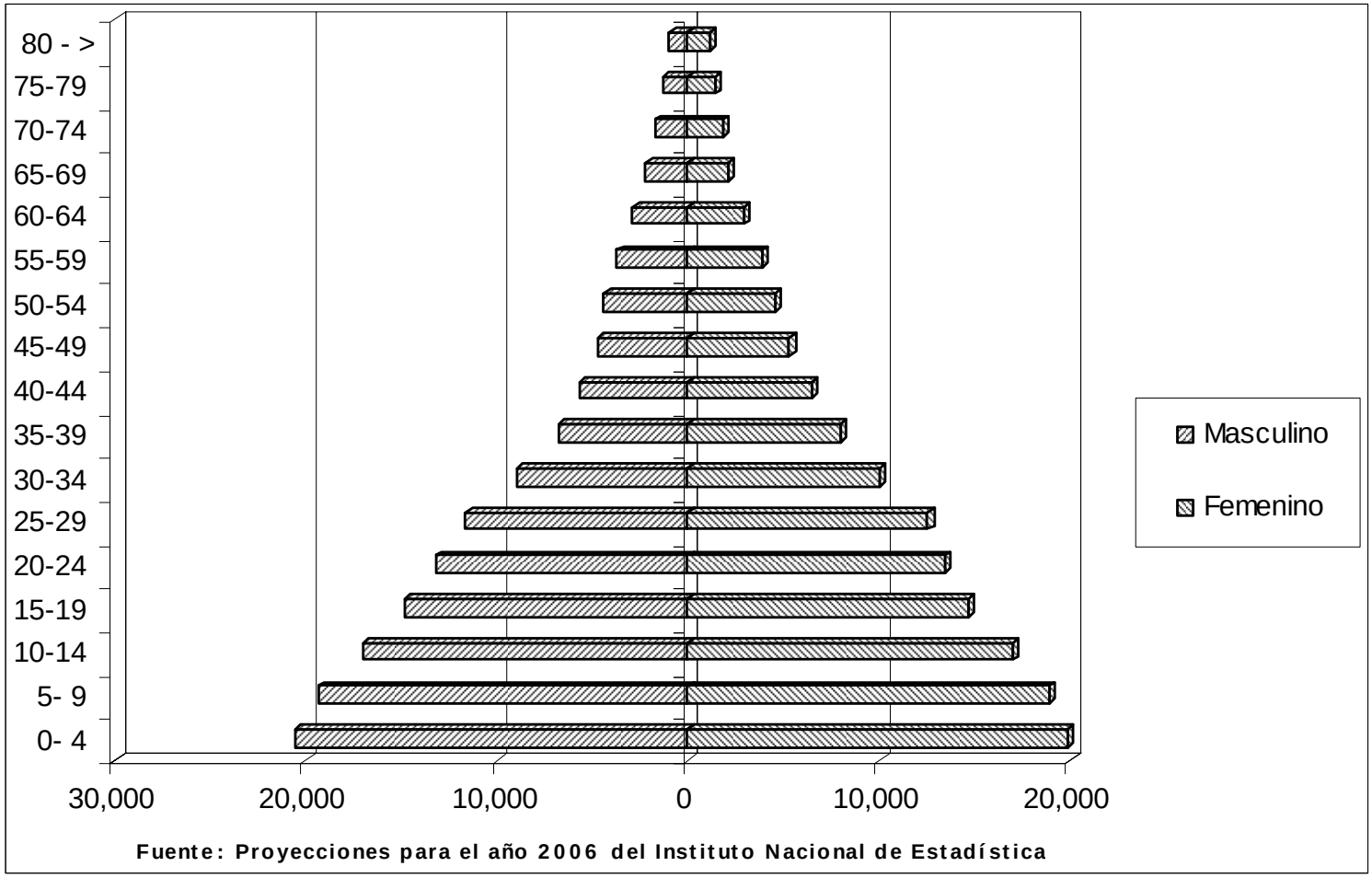
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	20,577	19,821	40,398
5- 9	19,299	18,891	38,190
10-14	17,020	16,959	33,979
15-19	14,876	14,667	29,543
20-24	13,211	13,468	26,679
25-29	11,633	12,535	24,168
30-34	8,948	9,975	18,923
35-39	6,807	8,005	14,813
40-44	5,688	6,459	12,148
45-49	4,766	5,324	10,090
50-54	4,386	4,567	8,953
55-59	3,693	3,829	7,522
60-64	2,869	2,915	5,784
65-69	2,187	2,121	4,308
70-74	1,730	1,853	3,583
75-79	1,291	1,426	2,717
80 y más	982	1,110	2,093
Total	139,967	143,924	283,891

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	614 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30.78%
Población migrante[2]	14, 541

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sacatepéquez, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																2	1	3	1	1	1	1							3	7
SIDA												1	1				4	2	3	1		1							8	5

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Sacatepéquez, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA y casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Sacatepéquez en el año 2006.

1.3) Mortalidad

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Sacatepéquez en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 4
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	3:7

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Sacatepéquez, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 5
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	165,793	58.4
Indígena	118,098	41.6
Total	283,891	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 6
Idiomas hablados en el Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel	X	
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 7
Templos y altares religiosos del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	18	23.68
Templos no católicos[2]	10	13.16
Altares para ritos mayas[3]	48	63.16
Total	76	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

NOTA: No se presentan datos sobre consumo de drogas, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Sacatepéquez en el año 2006.

Tabla 8
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	17	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Sacatepéquez, año 2006

Tabla 9
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	150	97
Masculino	4	3
Total	154	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Sacatepéquez, año 2006

Tabla 10
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	150	97.4
Masculino	4	2.6
Total	154	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Sacatepéquez, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 11
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante		
Médicos	77	1 médico por	3,687	habitantes
Enfermeras	47	1 enfermera por	6,040	habitantes
Auxiliares de enfermería	209	1 aux. de enfermería por	1,358	habitantes
Técnicos en salud rural	13	1 téc. en salud rural por	21,837	habitantes
Laboratoristas	22	1 laboratorista por	12,904	habitantes
Odontólogos	7	1 odontólogo por	40,556	habitantes
Psicólogos	3	1 psicólogo por	94,630	habitantes
Trabajadores sociales	8	1 trabajador social por	35,486	habitantes
Promotores de salud	235	1 promotor de salud por	1,208	habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sacatepéquez, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 12
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	0
Hospitales distritales[1]	2
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	4
Centros de salud tipo B[1]	0
Puestos de salud[1]	17
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	1
Clínicas privadas[1]	67
Clínicas comunitarias[1]	38
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	2

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sacatepéquez, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Asociación Amor, Bienestar, Salud y Progreso (AABSYP),Tecnología para la Salud

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 13
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	36.1%
Pobreza extrema	5.3%
Índice de desarrollo humano	0.708

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 14
Organización política y social del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	7
COCODES[2]	80
COMUDES[2]	16

Fuente: [1]Delegación Departamental de Sacatepéquez, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de Sacatepéquez, año 2006

4.3) Educación

Tabla 15
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	113	108	221
Primaria[1]	106	120	226
Básicos[1]	49	108	157
Diversificado[1]	16	83	99
Superior[2]	1	3	4
Total	285	422	707

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Sacatepéquez, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 16
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	6,533	3,000	9,533
Primaria[1]	35,948	9,845	45,793
Básicos[1]	7,934	5,406	13,340
Diversificado[1]	2,038	4,660	6,698
Superior[2]	3,250	5,792	9,042
Total	55,703	28,703	84,406

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Sacatepéquez, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 17
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	241	204	445
Primaria[1]	1,041	547	1,588
Básicos[1]	374	768	1,142
Diversificado[1]	77	694	771
Superior[2]	135	256	391
Total	1,868	2,469	4,337

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Sacatepéquez, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 18
Alfabetismo en la población del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	60,340	84.6
Analfabeta	26,383	15.4
Total mayores de 15 años	171,324	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Sacatepéquez, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 19
Indicadores de trabajo del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	20.38%
Actividad económica principal[2]	Artesanos, empleados de oficina, comercio, labores agropecuarias
Productos agrícolas principales[3]	Maíz, fríjol, café, zanahoria, ejote, aguacate
Productos artesanales principales[3]	Cerámica, orfebrería, cerería, muebles y tejidos
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,750.21
Población económicamente activa[2]	72.32%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Sacatepéquez, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 20
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Sacatepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q.1,575,026.52
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Sacatepéquez, año 2006

NOTA: En el área de salud de Sacatepéquez no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN RESULTADOS DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Sacatepéquez de acuerdo a las dimensiones biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objetivo principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo, la cual incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: El departamento de Sacatepéquez cuenta con una población total de 283,891 habitantes (tabla 1) con un predominio del sexo femenino (50.7%). 79.9 % de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual indica existencia de población joven y tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es alta comparada con la de la República de Guatemala la cual oscila en 118 habitantes por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento es de 614 habitantes por kilómetro cuadrado. La mayor parte de la población es menor de 39 años, lo anterior es de suma importancia ya que según lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindar información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia de VIH y SIDA de manera más efectiva.

En Sacatepéquez la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 30.78% (tabla 2), la unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en el país, de los cuales hay un total 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Sacatepéquez reportados en la Memoria de Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituyen 5.12%, de la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección debido a que esta población regresa a su lugar de origen con la alta probabilidad de transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera una población en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que atraviesan la ruta comercial del país, esta inicia en el departamento de Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Aunque

Sacatepéquez no pertenece a dicha ruta es un departamento que colinda con Guatemala y Escuintla, los cuales se encuentran en dicha ruta (13).

La *morbilidad por VIH y SIDA* en Sacatepéquez según el Área de Salud del departamento (tabla 3), reportó para el año 2006 10 casos de VIH (30% corresponde al sexo masculino y 70% al sexo femenino) y 13 casos de SIDA. Lo anterior arroja una tasa de 8.10 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto puede deberse a que existe subregistro de casos o bien a que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

No se comenta la *morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas por VIH SIDA así como en menores de un año y de 1 a 4 años* debido a la ausencia de casos dentro del periodo de estudio.

La razón de masculinidad (tabla 4) para el departamento de Sacatepéquez para el año 2006 fue de 3:7, lo que difiere de lo reportado a nivel nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2.

El fenómeno de la feminización de la epidemia está presente en este departamento. Esta tendencia es importante dado que evidencia el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la

infección del SIDA así como las formas de prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto en los servicios como fuera de los mismos (10).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

En el departamento de Sacatepéquez la población no indígena es predominante con 58.4% mientras que la indígena representa 41.6% (tabla 5) siendo similar a lo reportado a nivel nacional en donde se reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento español y kaqchikel (tabla 6), parte de la población indígena no consulta a los servicios de salud lo cual explica la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

El porcentaje de *templos católicos* en el departamento de Sacatepéquez es de 23.68%, templos no católicos es de 13.16%, y altares para ritos mayas 63.16% (tabla 7).

Los *hábitos de consumo de drogas y sustancias ilícitas* (tabla 8) en este departamento según el Área de Salud no se reporto ningún caso, sin embargo según SECCATID, a nivel nacional sí se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello crear y promover acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

En cuanto a los *lugares de comercio sexual* en el departamento de Sacatepéquez según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud (tabla 9), se estima que los lugares dedicados al comercio sexual son 17 y que las *personas dedicadas al comercio sexual* son en total 154 de los cuales 97% corresponden al sexo femenino y 3% al sexo masculino (tabla 9) , por lo que debe mejorarse la detección y control de la enfermedad en esta población por ser de alto riesgo para adquirir y trasmitir esta enfermedad.

Según el departamento de Salud Reproductiva del área de salud de Chimaltenango, el total de usuarios de *profilaxis sexual* es de 154, de estos 97.4% corresponden al sexo femenino y 2.6% al sexo masculino (tabla 10). Es importante destacar que se debe motivar la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino también como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del

sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

En cuanto al *personal dedicado a la salud* el departamento de Sacatepéquez hay un total de 77 médicos es decir 1 médico por cada 3,688 habitantes (tabla 11) sin embargo según la PAHO, deben existir 14 médicos por cada 10,000 habitantes, a nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489 habitantes, esto revela la deficiencia en los servicios médicos, lo cual afecta tanto, al diagnostico y oportuno tratamiento, así como a la difusión de la información sobre prevención de la infección.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 47, existiendo 1 enfermera por cada 60,040 habitantes que, según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 209, siendo 1 auxiliar de enfermería por 1,358 habitantes, cifra que supera al estándar cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 11).

El departamento cuenta con 235 promotores de salud es decir 1 promotor por 1,208 habitantes, lo cual es adecuado según la guía de indicadores priorizados ya que el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, por lo que es de suma importancia hacer uso de este recurso como proveedores de educación hacia la población y fortalecer así el primer nivel de atención en salud.

Asimismo el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 13 técnicos en salud (1 técnico por 21,837 habitantes), 22 laboratoristas (1 laboratorista por 12,904 habitantes), 7 odontólogos (1 odontólogo por 40,556 habitantes), 3 psicólogos (1 psicólogo por 94,630 habitantes), 8 trabajadores sociales (1 trabajador por 35,486 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 11).

En cuanto a *infraestructura de servicios* en el departamento de Sacatepéquez, es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento cuenta con 2 hospitales distritales así como con 4 centros de salud tipo A y no cuenta con centros de Salud tipo B, 17 puestos de salud (tabla 12), lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afectada debe de ser referida a la Ciudad Capital. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 12).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 1 infraestructura en la cual no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central, lo cual implica una serie de gastos que la población afectada no esta en la capacidad de solventar, por lo que es necesario la implementación de programas que permitan recibir tratamiento a nivel departamental tanto en el sector público como privado (tabla 12).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 67 clínicas privadas, no cuenta con centros de diagnóstico por imágenes (tabla 12).

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG), en el departamento de Sacatepéquez existen 2 ONGs dedicadas específicamente al desarrollo de actividades para prevención y tratamiento del VIH y SIDA, las cuales son: Asociación Amor, Bienestar, Salud y Progreso (AABSYP) y Tecnología para la Salud (TPS) .

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, SEGEPLAN", se define pobreza general como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona y como pobreza extrema el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos.

En el departamento de Sacatepéquez según el informe nacional de desarrollo humano 2005 el porcentaje de pobreza es de 36.1%, pobreza extrema de 5.3% (tabla 13), estos datos difieren al los reportados a nivel nacional en donde se estima que 56.2% de los hogares se encuentra en situación de pobreza y 16% de los hogares en extrema pobreza, encontrándose menos pobreza y pobreza extrema en este departamento, esto es importante debido a que la situación económica es determinante en cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud y en caso de diagnosticarse como portador la probabilidad de poder optar a tratamiento antirretroviral, es directamente proporcional a la condición económica del mismo.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

El departamento de Sacatepéquez según el PUND tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.708 (tabla 13) con un Desarrollo Humano alto, comparado con el de la república de Guatemala (0.663) que se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas afecta de forma negativa el desarrollo no solo del departamento sino del país, es por

esto necesario detener la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

En cuanto a *organización social y política* el departamento de Sacatepéquez cuenta con un total de 7 partidos políticos, 80 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 16 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 14). Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe existir 1 COMUDE, encontrándose un sobrante de 12 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención. Se deben formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes respecto a VIH y SIDA.

El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Sacatepéquez es de 15.4% (84.6% alfabetas) (tabla 18), estos indicadores son mayores respecto a los reportados a nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información por lo que es de suma importancia crear más programas de educación y de prevención en cuanto a la enfermedad.

La *disponibilidad de Recursos Humanos e Infraestructura dedicada a la Educación* se encuentra distribuida de la siguiente manera: 707 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 15), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 84,406 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 16), y 4,337 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 17). El acceso a la educación es de suma importancia ya que de esta forma se puede llegar a adolescentes y brindar información sobre prevención de la enfermedad.

En el departamento de Sacatepéquez según la Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, la *tasa de empleo* es de 20.38%, la *población económicamente activa* en el departamento es de 72.32% (tabla 19) sin embargo al ser esta población la mas afectada por el VIH y SIDA se disminuyen así los días laborales y con ello disminuye a su vez el ingreso mensual (Q.1,750.21 aproximadamente) lo que culmina en una calidad de vida deficiente, reduciendo así las oportunidades de tratamiento, constituye además un alto costo social para la nación ya que al disminuir días laborales se disminuye el producto interno bruto afectando así directamente la economía y contribuyendo aún más al subdesarrollo, pero por sobretodo afectando de forma negativa la salud de la población mas vulnerable.

En el departamento la *actividad económica principal* es la artesanía empleados de oficina y la agricultura, siendo los principales productos agrícolas maíz, fríjol y café. *Los productos artesanales* más importantes son la cerámica y la orfebrería. Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 19).

Con respecto a *Inversión en salud* el *presupuesto anual* asignado al Área de Salud del departamento de Sacatepéquez es de Q.1, 575,026.52 el cual representa 0.32% del total del presupuesto de la nación para las distintas Áreas de Salud (Q.491,293,744.83). En el Área de Salud no se tiene establecido ningún monto para el programa de VIH y SIDA, sin embargo a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q812, 079.00 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación. Mientras no se considere prioritaria esta enfermedad en el departamento de Sacatepéquez no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.18. DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

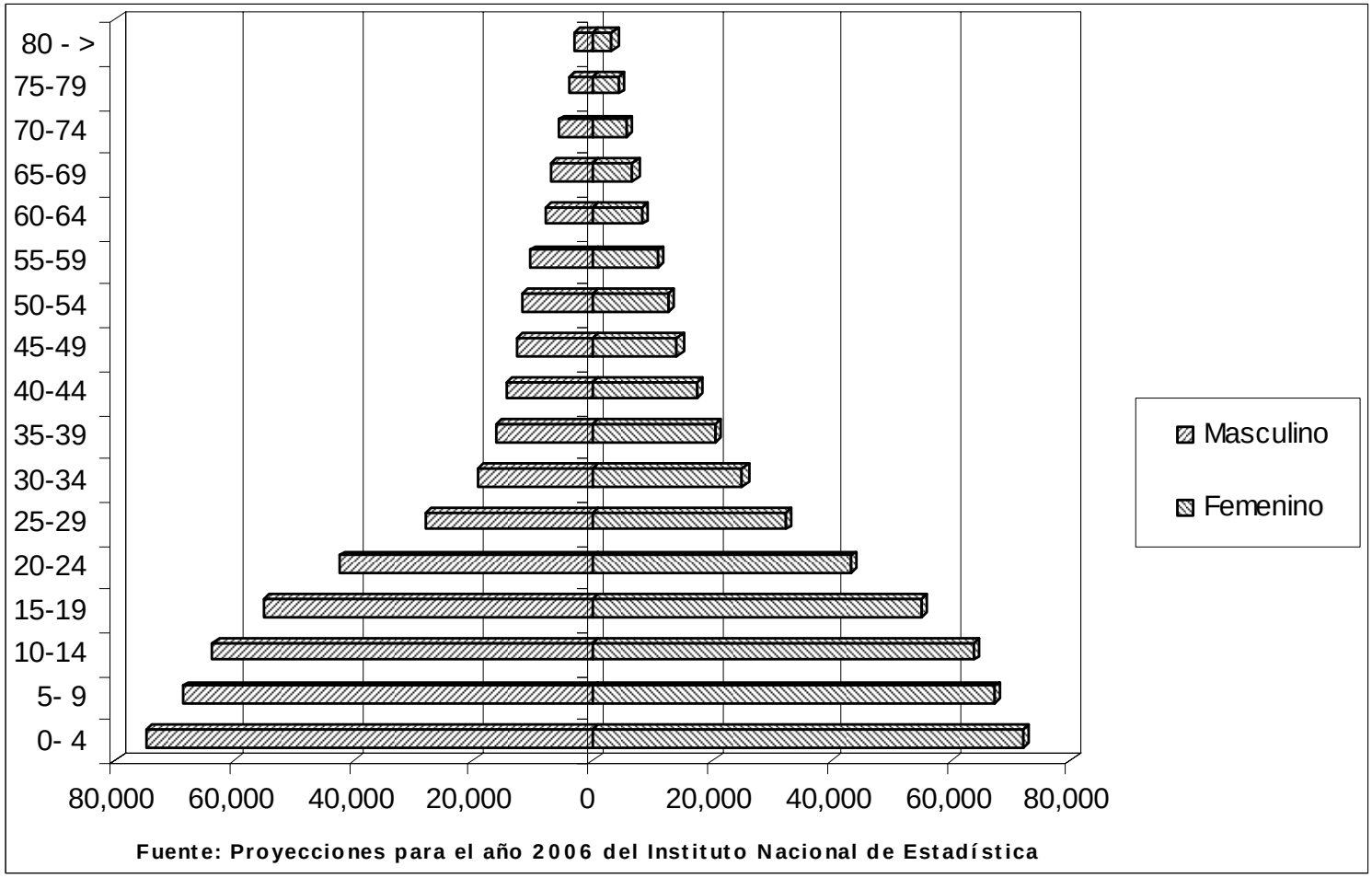
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	74,803	72,214	147,018
5- 9	68,653	67,366	136,019
10-14	63,503	63,828	127,332
15-19	54,982	55,092	110,075
20-24	42,272	43,124	85,396
25-29	27,874	32,351	60,224
30-34	19,317	25,100	44,417
35-39	16,211	20,395	36,606
40-44	14,558	17,441	31,999
45-49	12,772	14,240	27,012
50-54	11,935	12,679	24,614
55-59	10,571	10,861	21,432
60-64	7,980	8,154	16,134
65-69	7,064	6,825	13,889
70-74	5,736	5,786	11,522
75-79	4,031	4,246	8,277
80 y más	2,956	3,323	6,280
Total	445,219	463,026	908,245

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	239 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.90%
Población migrante[1]	163,484

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de San Marcos, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH					1	1	2		2				2	6	5	12	30	16	16	10	10	5	3		2		2		75	50
SIDA						1	1						1	2	1	7	21	4	6	8	5	3	1		2		2		40	25

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de San Marcos, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Neumonía recurrente		1					1			3	6	1	2	1	1	1			2		12	7
Síndrome de desgaste										2	5	1	5	1		1					10	5
Diarrea > 30 días									1	1	5		1	2	1						8	3
TB										1	2	1	1	2			1		2		6	4
Candidiasis oro-esofágica											2			1	1						3	1
Herpes simple > 30 dias											1			1							1	1
Meningitis												1			1						1	1
Flujo vaginal								1								1					0	2
Otitis crónica supurativa			1																		1	0
Secreción uretral															1						1	0
Neumocitosis								1													0	1
Total		1	1				1	2	1	7	21	4	9	8	5	3	1		4		43	25

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de San Marcos, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH	2	3	2	1				8
2	SIDA								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de San Marcos, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA												1	9	2	1	1	1								11	4
TB pul-mo-nar																1	2						1		3	1
Neu-mo-nía															1										1	
Neu-moci-tosis										1																1
Total										1		1	9	2	2	2	3						1		15	6

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de San Marcos, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de San Marcos en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 7
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.31 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	3:2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de San Marcos, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 8
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	544,947	60
Indígena	363,298	40
Total	908,245	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 9
Idiomas hablados en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Tzutuhil		X
Mam	X	
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca	X	
Garífuna	X	
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 10
Templos y altares religiosos del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	340	19.9
Templos no católicos[2]	1,253	73.2
Altares para ritos mayas[3]	118	6.9
Total	1,711	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

NOTA: No se presentan datos sobre consumo de drogas, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de San Marcos en el año 2006.

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	43	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de San Marcos, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	135	100
Masculino		
Total	135	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de San Marcos, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	1,653	95.9
Masculino	69	4.1
Total	1,722	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de San Marcos, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	99	1 médico por 9,174 habitantes
Enfermeras	66	1 enfermera por 13,761 habitantes
Auxiliares de enfermería	360	1 aux. de enfermería por 2,523 habitantes
Técnicos en salud rural	36	1 téc. en salud rural por 25,229 habitantes
Laboratoristas	23	1 laboratorista por 39,489 habitantes
Odontólogos	17	1 odontólogo por 53,426 habitantes
Psicólogos	0	no aplica
Trabajadores sociales	4	1 trabajador social por 227,061 habitantes
Promotores de salud	1,355	1 promotor de salud por 670 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de San Marcos, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	0
Centros de salud tipo B[1]	20
Puestos de salud[1]	82
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	2
Clínicas del IGSS[2]	19
Clínicas privadas[1]	130
Clínicas comunitarias[1]	429
Centros de diagnóstico[1]	56
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	8

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de San Marcos, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Cruz Roja, Casa de la Mujer, EducaVida, Global Fund, Pastoral de la Salud, Proyecto Vida, A.A.S.D.I.M.A., A.A.S.D.I.P.A.

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	73.1%
Pobreza extrema	25%
Índice de desarrollo humano	0.583

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	25
COCODES[2]	125
COMUDES[2]	7

Fuente: [1]Delegación Departamental de San Marcos, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de San Marcos, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	668	39	707
Primaria[1]	898	88	986
Básicos[1]	68	63	131
Diversificado[1]	6	59	65
Superior[2]	2	6	8
Total	1,642	255	1,897

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de San Marcos, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	21,605	1,577	23,182
Primaria[1]	144,212	7,334	151,546
Básicos[1]	28,023	5,935	33,958
Diversificado[1]	4,960	9,003	13,963
Superior[2]	3,000	2,413	5,413
Total	201,800	26,262	228,062

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de San Marcos, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	918	69	987
Primaria[1]	4,219	368	4,587
Básicos[1]	369	411	780
Diversificado[1]	81	647	728
Superior[2]	58	123	181
Total	5,645	1,618	7,263

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de San Marcos, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	361,060	72.52
Analfabeta	136,817	27.48
Total mayores de 15 años	497,877	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de San Marcos, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	91,22%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio
Productos agrícolas principales[3]	Café y maíz blanco
Productos artesanales principales[3]	Tejidos y cerámica
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,735.35
Población económicamente activa[2]	68.84%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de San Marcos, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de San Marcos.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 3,440,150.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud San Marcos, año 2006

NOTA: En el área de salud de San Marcos no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de San Marcos de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de San Marcos es de 908,245 habitantes (tabla 1), con un predominio del sexo femenino (50.98%). 82.26% de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* es de tipo expansivo (gráfica 1) lo cual indica la existencia de una población joven y una tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es de 240 habitantes por kilómetro cuadrado siendo mayor a la de la República de Guatemala, que es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población, se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección por VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro "Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala", que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Dentro de los indicadores demográficos importantes para analizar se encuentran, la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes que hay en el departamento. Estos indicadores son útiles porque representan 2 grupos de población afectados por el VIH y SIDA en gran magnitud y porque sus variaciones a través de los años permiten dirigir los programas de educación en salud de una manera más efectiva. En San Marcos la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 29.90% (tabla 2). La Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología (26) para el año 2006, reportó un total de "9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil", esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de *migrantes* del departamento de San Marcos reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2), constituye 18%, de la población de dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera que pueden existir, dentro de este grupo, conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA", que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán, esta última es una ciudad perteneciente a San Marcos (13).
La *morbilidad* por VIH y SIDA en San Marcos según el Área de Salud del departamento (tabla 4), reportó para el año 2006, 125 casos de VIH (75 casos de sexo masculino y 50

de sexo femenino) y 65 casos de SIDA (40 de sexo masculino y 25 de sexo femenino) lo que indica una tasa de 20.91 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 40.86 casos por 100,000 habitantes, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien a que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

La *morbilidad asociada a SIDA* con mayor frecuencia registrada en los pacientes con SIDA fue la neumonía recurrente sin asociarse a un patógeno en específico (tabla 5), esto es similar a lo reportado a nivel nacional, lo cual señala a la neumonía por Pneumocystis jiroveci (anteriormente conocido como Pneumocystis carinii), así como a las causadas por Histoplasma capsulatum y Coccidioides responsables de la mayor cantidad de casos de infección del sistema respiratorio, sin embargo en el caso del departamento no se cuenta con información sobre el agente causal de los casos neumonía que se asocian a los casos de SIDA (142).

En el año 2006 según el Área de Salud se reportaron 8 *mujeres embarazadas o en puerperio* diagnosticadas con VIH y 0 con SIDA, estando la mayor proporción en las mujeres de 20 a 24 años (tabla 6). Es importante realizar pruebas de tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir el riesgo de transmisión vertical.

En el año 2006, en cuanto a *mortalidad,* fueron reportadas 21 muertes asociadas al SIDA, 4 de estas fueron por Tuberculosis, 15 no especifican enfermedad, 1 caso se asocio a neumonía no especificada y 1 a neumonía por Pneumocystis jiroveci, las 15

muertes fueron en pacientes del sexo masculino, 1 de ellas en mayores de 70 años, la mayoría de casos fueron entre los 25 y los 39 años, edad productiva y reproductiva en el caso de las mujeres (tabla 7). Estas muerte evidencia la posible falta de tratamiento o fallo del mismo en pacientes con VIH, o bien un diagnóstico tardío de la enfermedad.

No se analizan los datos de *mortalidad en mujeres embarazadas, menores de un año y niños de 1 a 4 años por VIH y SIDA*, dado que según el Área de Salud del departamento de San Marcos no se reportan casos para el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 8) reportada por el Área de Salud de San Marcos es de 2.3 muertes x 100,000 habitantes, muy similar la tasa a nivel nacional que es de 2.2 muertes x 100,000 habitantes.

La *razón de masculinidad* de pacientes (tabla 8) con VIH para el departamento de San Marcos para el año 2006 fue de 3:2, esto se presenta de manera ligeramente diferente a como se da a nivel nacional, ya que en Guatemala dicha razón de masculinidad es de 4:2. La mayor cantidad de hombres reportados en el departamento de San Marcos puede ser por que estos consulten más que las mujeres probablemente por razones culturales, o porque realmente estos presentan verdaderamente una mayor tasa de infección que las mujeres por mayor exposición a los factores de riesgo para adquirir el virus.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por lo que las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. En San Marcos está compuesto por 40% de población indígena y 60% son no indígenas (tabla 8), esto difiere de lo reportado a nivel nacional (54.83% de no indígenas) donde los porcentajes de población de ambos son más equitativos. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Esta subdimensión es muy importante en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen tanto prácticas y cuidados en cuanto a salud sexual como reproductiva, muy diferentes, lo que pone a un grupo respecto a otro, en una situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento español, mam, xinca y garífuna (tabla 9), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

Sobre la *situación de consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006, no se reportan casos, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino más bien como un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional si se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos,

sustancias inhaladas, la marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis (17). El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar el consumo de otras drogas y con ello planificar las acciones sanitarias correspondientes (17).

Sobre lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 11), se encuentran registrados 43 lugares. Es preocupante el poco control de dichos lugares siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de San Marcos hay 135 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo (tabla 12), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna de los casos de VIH y SIDA por ser esta una población de alto riesgo de adquirir y transmitir la enfermedad.

La *profilaxis sexual* (tabla 13) que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de San Marcos, este atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado este método como medida preventiva. De los condones que se distribuyen como método de barrera tanto para la prevención de la transmisión de enfermedades venéreas como para la anticoncepción, 95.9% fueron distribuidos a varones y el resto a mujeres, esto indica que no sólo se incluyen dentro del programa de profilaxis sexual a las trabajadoras del sexo, sino también a la población en general.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social contempla para ello el programa de profilaxis sexual dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual como el VIH y SIDA a fin de contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En San Marcos existen 99 médicos, representando 1 médico por cada 9,174 personas. Lo cual evidencia la falta de personal médico por habitantes en el departamento de San Marcos ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000, (tabla14). A nivel de República, en Guatemala hay 1 médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores (tabla14).

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 66, existiendo 1 enfermeras por cada 13,761 habitantes, según la guía de indicadores priorizados la

cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; lo mismo sucede en el caso del número de auxiliares de enfermería el cual es de 360, siendo 1 auxiliar de enfermería por 2,523 habitantes encontrándose inferior al estándar citado que es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes (tabla14).

El departamento cuenta con 1,719 promotores de salud (1 promotor por 528 habitantes) (tabla14), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento en buena posición. Esto demuestra que existe recurso humano disponible para incluir dentro de las estrategias de prevención y control de la epidemia de VIH y SIDA.

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 36 técnicos en salud (1 técnico por 25,229 habitantes), 23 laboratoristas (1 laboratorista por 39,489 habitantes), 17 odontólogos (1 odontólogo por 53,426 habitantes), 0 psicólogos (0 psicólogo por habitantes), 4 trabajadores sociales (1 trabajador por 227,061 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 14).

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de San Marcos cuenta con 1 Hospital Regional, 0 Centros de Salud tipo A, 20 Centros de Salud tipo B, 82 Puestos de Salud, 61 unidades mínimas y 291 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles.

Además el departamento no cuenta con el tratamiento para el paciente con VIH y SIDA, por lo que la persona afectada debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son personas de escasos recursos, se encuentran en desventaja con respecto a los capitalinos, ya que los primeros no siempre están en las posibilidades de cubrir los gastos que implica el traslado a los centros de referencia (tabla 15).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 19 infraestructuras en las cuales no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA, sino que se les refiriere al nivel central, por lo que la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para su atención (tabla 15).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 130 clínicas privadas y 56 centros de diagnóstico por imágenes (tabla 15).

El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG), en San Marcos existen 8 ONG`s específicas para VIH y SIDA. Las cuales son: Proyecto Vida, IGSS, Pastoral de la Salud, AASDIPA (Asociación de Acción Social y Desarrollo Integral de Pajapita), ASDIMA (Asociación de Acción Social y Desarrollo Integral de Malacatán), Educavida, Cruz Roja y Casa de la Mujer (tabla15).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según “la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la pobreza general se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.20% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como pobreza extrema el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

La situación antes señalada es muy importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, quienes carecen de recursos económicos y quienes tienen apoyo social limitado, lo cual los hace más vulnerables. Además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH y SIDA, se acompaña de niveles bajos de salud, presentando la población incidencias altas de otras enfermedades como las de transmisión sexual y la tuberculosis. La nutrición deficiente asociada al VIH y SIDA disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 73.1% de la población total del departamento de San Marcos se encuentra pobre y 25% de la misma es extremadamente pobre (tabla16).

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

San Marcos tiene un *Índice de Desarrollo Humano* en 0.583 clasificado como bajo (tabla 16), menor al de la República de Guatemala, en 0.635, que se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite el progreso del país provocando un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, por lo que detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio, cobra gran importancia dentro del departamento.

Organización social y política: El departamento de San Marcos cuenta con 25 partidos políticos (tabla 17).

La organización social de San Marcos esta compuesta por 125 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 7 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 17), los cuales están integrados por representantes de las distintas comunidades del departamento. Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, en este departamento hay 17 COCODES por COMUDE. Es necesario que como autoridades, estos tengan conocimiento sobre la magnitud de la epidemia de VIH y SIDA y su prevención, priorizándola dentro sus agendas de trabajo, a fin de formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes. De manera que se apoye una respuesta social organizada, con pertinencia cultural, y que cuente con la

participación de los demás sectores como educación y salud, medios de comunicación y otros grupos, quienes conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de analfabetas en el departamento de San Marcos es de 27.48%, (tabla 21) estos indicadores son similares a los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.19% (74.81% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información el VIH y SIDA y su prevención, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de todas las personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención, a fin de que sean efectivos.

El departamento cuenta con 1,897 *centros dedicados a la educación* (sector público y privado) (tabla 18), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y SIDA y otras.

Asimismo se encuentran inscritos 228,062 *estudiantes* reportados en el año 2006 (tabla 19), considerando que es 25.11% del total de la población, se reconoce la importancia de utilizar este recurso descrito para desarrollar con ellos acciones de promoción y educación en salud.

El departamento de San Marcos cuenta con 7,263 *maestros* tanto del sector público como del sector privado (tabla 20), como personas encargadas de la educación de la población, constituyen un recurso humano importante que podría apoyar y liderar las

actividades antes descritas, con la finalidad de disminuir y controlar el VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: San Marcos presenta una *tasa de empleo* de 91,22% y una *población económicamente activa* de 68.84%, con un *ingreso promedio mensual* de Q1,735.35 (tabla 16). Estas tasas difieren en comparación con el total de la República, donde la tasa de empleo esta muy por debajo a la de este departamento, con 53.82%. El ingreso promedio mensual es menor al nacional que es de Q2,326.19. A diferencia de lo anterior a nivel nacional, la PEA no se diferencia significativamente a la departamental puesto que es de 69.85%. Estos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH y SIDA, lo cual tiene repercusiones importantes en el desarrollo del departamento, ya que tras causar un aumento en la mortalidad y la incapacidad, se pierde fuerza de trabajo. Esto a su vez disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran la agricultura, caza, silvicultura, pesca y comercio, los *productos agrícolas principales* son el café y maíz blanco. Los *productos artesanales principales* son los tejidos y la cerámica. (tabla 22). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y se capacite a la población a modo de mejorar la calidad de vida de las personas, lo cual se traducirá en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de San Marcos es de Q 3,440,150.00, el cual representa 0.009% del total del presupuesto de la nación de

Q. 37,703,952,843 (tabla 23). En el Área de Salud de este departamento no se encuentra funcionando ningún programa específico de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q19,655,137 el cual representa 0.05% del presupuesto general de la nación.

Es importante que se destine un presupuesto específico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de San Marcos, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados. Hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH y SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio respecto a detener y disminuir la epidemia.

6.19. DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

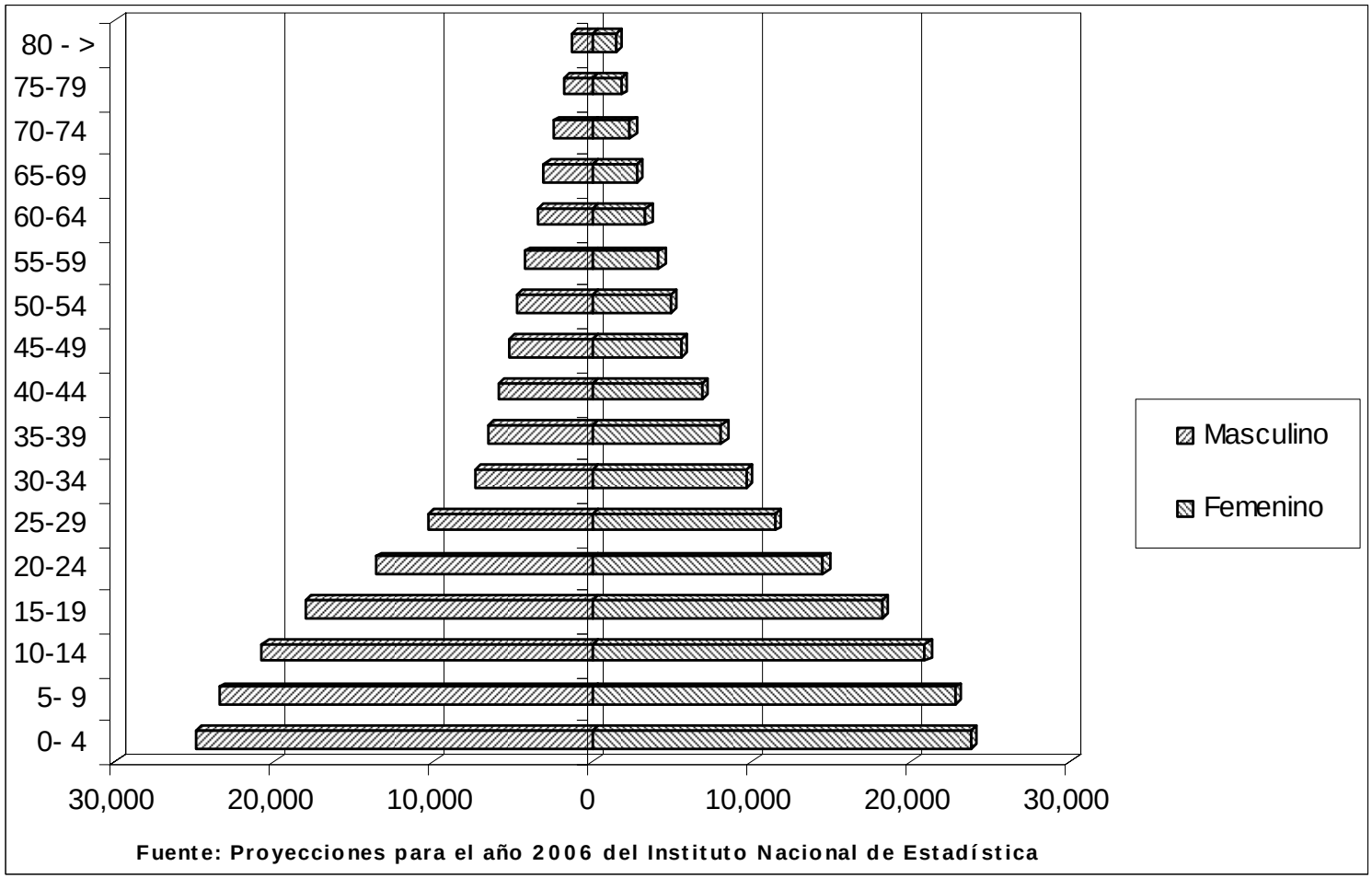
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	24,956	23,779	48,734
5- 9	23,385	22,746	46,131
10-14	20,713	20,874	41,586
15-19	18,000	18,198	36,198
20-24	13,607	14,490	28,097
25-29	10,366	11,433	21,799
30-34	7,400	9,620	17,019
35-39	6,572	8,092	14,664
40-44	5,946	6,865	12,811
45-49	5,282	5,625	10,907
50-54	4,787	4,861	9,648
55-59	4,303	4,187	8,490
60-64	3,473	3,344	6,817
65-69	3,016	2,782	5,798
70-74	2,496	2,399	4,894
75-79	1,806	1,750	3,556
80 y más	1,344	1,470	2,814
Total	157,449	162,514	319,963

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	109 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.75%
Población migrante[1]	28, 916

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Santa Rosa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH															5		5				1								11	0
SIDA																	2		1										3	0

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Síndrome de desgaste									2		6		1								9	
Diarrea > 30 dias									2				1								3	
Candidiasis oro- esofágica											2		1								3	
Toxoplasmosis cerebral											2										2	
Citomegalo-virus									2												2	
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar									1		1										2	
Lesiones en piel											2										2	
Onicomicosis											1										1	
Neumonía recurrente													1								1	
Neurológico											1										1	
Total									7		15		4								26	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Santa Rosa en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SIDA													2		2						1				5	
Neumonía y Bronconeumonía													2												2	
Total													4		2						1				7	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Santa Rosa en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.19 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	Sólo se reportaron masculinos

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	297,566	93
Indígena	22,397	7
Total	319,963	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca	X	
Garífuna	X	
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	11	6.4
Templos no católicos[2]	157	91.3
Altares para ritos mayas[3]	4	2.3
Total	172	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

NOTA: No se presentan datos sobre consumo de drogas, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Santa Rosa en el año 2006.

Tabla 10
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	34	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

Tabla 11
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	140	92.1
Masculino	12	7.9
Total	152	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

Tabla 12
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino		
Masculino	6,762	100
Total	6,762	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Santa Rosa, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 13
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	49	1 médico por 6,530 habitantes
Enfermeras	12	1 enfermera por 26,664 habitantes
Auxiliares de enfermería	106	1 aux. de enfermería por 3,019 habitantes
Técnicos en salud rural	6	1 téc. en salud rural por 53,327 habitantes
Laboratoristas	1	1 laboratorista por 319,963 habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por 319,963 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 319,963 habitantes
Trabajadores sociales	6	1 trabajador social por 53,327 habitantes
Promotores de salud	1,229	1 promotor de salud por 260 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Santa Rosa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 14
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	2
Centros de salud tipo B[1]	12
Puestos de salud[1]	54
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	96
Clínicas del IGSS[2]	3
Clínicas privadas[1]	55
Clínicas comunitarias[1]	95
Centros de diagnóstico[1]	3
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Santa Rosa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Ayuda al Planeta

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 15
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	40.2%
Pobreza extrema	15.7%
Índice de desarrollo humano	0.604

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 16
Organización política y social del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	19
COCODES$_2$	149
COMUDES$_2$	10

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Santa Rosa, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Santa Rosa, año 2006

4.3) Educación

Tabla 17
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	252	23	275
Primaria[1]	510	51	561
Básicos[1]	17	47	64
Diversificado[1]	4	39	43
Superior[2]	783	160	943
Total	252	23	1,886

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Santa Rosa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 18
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	9,032	623	9,655
Primaria[1]	61,405	3,660	65,065
Básicos[1]	3,077	4,245	7,322
Diversificado[1]	498	3,845	4,343
Superior[2]	263	1,340	1,603
Total	74,275	13,713	87,988

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Santa Rosa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	323	41	364
Primaria[1]	1,893	198	2,091
Básicos[1]	117	314	431
Diversificado[1]	34	356	390
Superior[2]	2,367	909	3,276
Total	4,734	1818	6,552

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Santa Rosa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Alfabetismo en la población del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	134,881	73.5
Analfabeta	48,630	26.5
Total mayores de 15 años	183,511	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Santa Rosa, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 21
Indicadores de trabajo del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	35.4%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca
Productos agrícolas principales[3]	Caña de azúcar, café (cereza), maíz blanco, frutas, frijol negro, maicillo
Productos artesanales principales[3]	Tejidos de algodón, cohetería, cestería
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,922.44
Población económicamente activa[2]	70%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2] Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Santa Rosa, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 22
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Santa Rosa.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q. 23,000,000.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Santa Rosa, año 2006

NOTA: En el área de salud de Santa Rosa no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Santa Rosa de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ser humano y su constitución como individuo son el objetivo de esta dimensión que abarca las siguientes subdimensiones:

Demografía: La totalidad de la población del departamento es de 319,963 habitantes, con predominio del sexo femenino 50.79% (tabla 1). 79.45% de la población es menor de 39 años, la *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de base ancha lo que indica que existe una tasa de crecimiento poblacional y proporción infantil elevadas; esto es característico de una pirámide de tipo expansivo común en los países en desarrollo. La *densidad demográfica* (tabla 2) es de 109 habitantes por kilómetro cuadrado la cual es menor comparada con la de la República de Guatemala la cual es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características para el departamento y a que en nuestro país 83.2% de los casos de VIH y SIDA se encuentran ubicados en la población de 20-39 años los programas de prevención y educación sexual deben ser dirigidos a este grupo de edad principalmente (101).

Los indicadores demográficos como el porcentaje mujeres en edad fértil y el número de migrantes son determinantes porque representan a dos grupos poblacionales de alto riesgo para la adquisición de VIH o SIDA, por lo que sus variaciones deberían tomarse en cuente para la toma de decisiones y gestión de programas destinados a prevenir la propagación del VIH y SIDA, orientándose según existan cambios en estas poblaciones dadas sus características propias y variaciones a través del tiempo.

En Santa Rosa la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 29.75% (tabla 2) lo que indica la importancia de dar educación en salud a este grupo en cuanto a la forma de transmisión sexual y la transmisión vertical del VIH, ya que según la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología, para el año 2006 un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en la República de Guatemala, de los cuales 2,880 son mujeres y de éstas 82% se encuentran en edad fértil por lo que si se toman las medidas preventivas y de tratamiento necesarias dirigidas a este grupo se reducirá el número de recién nacidos infectados así como el número de mujeres en edad fértil infectadas ya que, se toma al sexo femenino como factor multiplicador de la enfermedad (26).

La *población migrante* reportada por el Área de Salud de Santa Rosa representa 9% del total de los habitantes (tabla 2), dato importante ya que la epidemia del SIDA considera la migración como un factor agregado al aparecimiento de conductas de riesgo que predisponen a la adquisición de VIH ya que, esta población regresa a sus lugares de origen con la alta probabilidad de propagación de la infección a sus respectivas comunidades. No se poseen datos de país con respecto al número de migrantes infectados sin embargo se debe tener en cuenta que aunque Santa Rosa no es parte de la Ruta Comercial del país (conocida como la franja que más casos de VIH reporta),

éste departamento si colinda con Escuintla, departamento que tiene alta prevalencia de casos de VIH así como con Jutiapa que es frontera con El Salvador, por lo que las medidas que en este grupo se tomen son importantes en la lucha contra la epidemia (14,69).

Se reportó por el Área de Salud 14 casos de VIH y SIDA como morbilidad prioritaria en el departamento de Santa Rosa (tabla 3), 100% pertenecen al sexo masculino. El grupo de edad con mayor número de casos se encuentra entre los 25 a 39 años, concordando con la literatura consultada la cual considera éste rango de edad como el más vulnerable a la adquisición de VIH (101). Este número personas infectadas da una tasa de 4.37 casos por 100,000 habitantes, la cual es más baja que a la que se reportó para este departamento en el Programa Nacional para Prevención de ITS y SIDA en el 2006 la cual estimó una tasa de 91.73 casos por 100,000 habitantes; es notorio que en este departamento no se han detectado casos en pacientes de sexo femenino sin embargo esto no significa que no existan mujeres infectadas; por el contrario estas diferencias pueden deberse a varios factores como, el que no se tome en cuenta los casos que se refieran a la ciudad capital, que exista subregistro por falta de detección de casos o bien que las acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto a prevención estén siendo llevadas con eficacia (88).

La morbilidad asociada a SIDA que se presentó con más frecuencia fue el Síndrome de Desgaste en 34.6% de los casos, seguida por Diarrea Líquida mayor de 30 días (11.5%) y Candidiasis Oroesofágica (11.5%) (tabla 4), todas las anteriores son manifestaciones sistémicas asociadas frecuentemente a inmunocompromiso. No se reportan casos de *morbilidad de VIH en las mujeres embarazadas* del departamento en

el periodo de estudio (tabla 5), lo cual puede significar que en el 2006 ninguna mujer VIH positiva quedó embarazada o que estas pacientes no acudan a control prenatal o bien, las que sí llevan este control no son reportadas al Área.

La *mortalidad* reportada en el Área de Salud del departamento de Santa Rosa fue de 7 casos de decesos asociados a SIDA (tabla 5), en 71% la causa de mortalidad fue SIDA (conociendo que estos pacientes no fallecen por esta causa sino por el déficit inmunológico que les predisponen a contraer enfermedades oportunistas). La distribución de los casos corresponde en 100% a el grupo masculino y el grupo etáreo con mayor número de muertes es el de los 25 a 49 años. Observando que el diagnóstico es ambiguo ya que no da una idea clara de los desencadenantes de la muerte. La mortalidad por VIH en embarazadas no se comenta ya que no se reportaron casos.

No se reportan casos de *mortalidad en menores de un año* al igual que en el grupo de *1 a 4 años* en el área de salud en el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) es de 2.19 por 100,000 habitantes, dato que es ligeramente menor al reportado para la república que es de 2.2 x 100,000 habitantes que según las Boletas de notificación de infección por VIH y SIDA en el 2006.

La razón de masculinidad (tabla 6), en el departamento de Santa Rosa no puede compararse con la población femenina debido a que no hay registrados casos de mujeres, por lo que es de suma importancia que la población de mujeres en edad fértil

sea informada, sugiriéndoles realizarse pruebas de diagnóstico, estén o no embarazadas ya que ser mujer no significa ausencia de susceptibilidad a la infección, y que la epidemia no es sólo exclusiva de homosexuales y trabajadores comerciales del sexo; además los datos a nivel de la República de Guatemala sugieren la feminización de la propagación del virus a través de relaciones heterosexuales por lo que es de suma importancia la identificación de casos en mujeres en este departamento (101).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Los Estilos de Vida en los habitantes de un lugar dan idea de los riesgos que se generan dependiendo de las formas de conducta, costumbres, hábitos y formas de comportamiento tanto individual como colectiva.

93% de los habitantes son *no indígenas* y 7% *son indígenas* (tabla 7) distinto a la distribución del país que indica que 54.85% de la población es no indígena; las diferencias étnicas y culturales influyen en la adquisición de ciertos problemas de salud por lo que es relevante tomar en cuenta este dato en la creación de programas destinados a las poblaciones que no hablan español ya que en este departamento se hablan también xinca, garífuna y otros idiomas (tabla 8). La situación de estos grupos respecto del VIH y SIDA no se conoce bien, sin embargo es la población no indígena donde se han reportado la mayoría de los casos en 75%, es probablemente por falta de detección en el grupo indígena por barreras culturales, de lenguaje y en algunos lugares por lo inaccesible que son estas poblaciones. Por lo cual es significativo trabajar con cada grupo étnico llevando la información en cuanto a la prevención de VIH

se refiere ya que sus hábitos y formas de conducta en algunos casos les hace más susceptibles en la adquisición de la enfermedad. (1, 138, 156, 183).

La distribución de *Templos y Altares* en el departamento es de la siguiente manera (tabla 9): Templos católicos 6.4%, templos no católicos 91.3% y altares mayas 2.3%.
En cuanto a los *Hábitos de consumo de alcohol y drogas ilícitas,* en el departamento de Santa Rosa no reportan ningún caso en el periodo de estudio para el área de Salud, sin embargo esto no significa que no hayan personas que no abusen de estas sustancias y el que no se identifiquen casos manifiesta la necesidad de mejorar la calidad del registro de pacientes ya que es conocido que el consumo de alcohol y drogas por vía parenteral, representan conductas de riesgo que conduzcan a adquirir VIH y SIDA.

Los *Lugares dedicados al comercio sexual* (tabla 10) registrados son 34 para todo el departamento, no conociéndose si existen más. Siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión del VIH la escasez de control de estos lugares no permite adoptar medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento adecuadamente. El área de salud registró a 152 personas trabajadoras del comercio sexual de las cuales 140 son mujeres y 12 son hombres (tabla 11), dato interesante ya que en otros departamentos no se menciona el registro de hombres que venden servicios sexuales a otros hombres. El registro de las personas que se dedican al comercio sexual es determinante en la lucha contra el VIH principalmente si son del sexo masculino ya que uno de cada cinco mantiene relaciones sexuales, tanto con pareja masculina como femenina según la OPS /OMS en un estudio multicéntrico en el 2003. Esto señala la importancia de este grupo demográfico como puente epidemiológico, que podría estar contribuyendo a la diseminación de la epidemia de VIH hacia la población general (97).

Los *Usuarios de Profilaxis Sexual* (tabla 12), reportados en el área de Salud para Santa Rosa son 6,762 de los cuales 100% fueron reportados como condones masculinos, debido a que el Ministerio de Salud solo proporciona este tipo de condón, además los registros proporcionados no separan cuantos del total los solicitaron mujeres y cuantos los solicitaron los hombres, además es un total que incluye los que se dieron para planificación familiar, ya que tampoco habían datos exclusivos de los que se dieron al programa de profilaxis sexual. Es importante mencionar que se debe informar sobre el preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el programa de profilaxis sexual que está dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

La disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios son parte de esta dimensión.

El *Recurso humano dedicado a la salud* (tabla13*)* en el área médica para todo el departamento suma 49 médicos, lo que indica una razón de 1 médico por 6,530 habitantes, esto orienta a pensar que existen aproximadamente 1.5 médicos para

10,000 habitantes cuando el estándar para América Latina es de al menos 14 médicos por cada 10,000 habitantes y en la República de Guatemala se encuentran 1 por cada 9,489; lo que sugiere deficiencia de médicos para cubrir las necesidades de la población. Las auxiliares de enfermería se encuentran con una razón de 3 por cada 10,000 habitantes (1 auxiliar de enfermería 3019 habitantes), teniendo como estándar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 5 por cada 10,000 lo que se considera insatisfactorio para cubrir las demandas de la población. Los promotores de Salud tienen una razón de 4 para 1,200 habitantes (1 promotor por 260 habitantes), mayor a lo que indica la guía de estándares priorizados en salud sugiere que haya 1 para 1200 habitantes, por lo que este recurso humano puede ser bien empleado en programas de salud sexual y reproductiva, llegando a todas las comunidades del departamento. Otro personal de salud importante existente en Santa Rosa son 12 Licenciadas en Enfermería (1 licenciada en enfermería por 26,664 habitantes), 6 Técnicos en Salud Rural (1 técnico por 53,327 habitantes), 1 Laboratoristas (1 Laboratorista por 319,963 habitantes) 1 Odontólogos (1 odontólogo por 319,963 habitantes), 6 Trabajadores Sociales (1 trabajador social por 53,327 habitantes) y 1 psicólogo (1 psicólogo por 319,963); no hay estándares de comparación para el personal anteriormente citado.

En cuanto a la *Infraestructura de Servicios* (tabla 14)Santa Rosa posee 1 Hospital Regional, 2 Centros de Salud tipo A, 12 Centros de Salud tipo B, 54 Puestos de Salud y 95 clínicas comunitarias no hay unidades mínimas; esto implica sobrecarga de personas consultantes a los servicios de salud tomando en cuenta que se trata de personas de escasos recursos en la mayoría de los casos. Existen 55 clínicas privadas y 3 centros de diagnóstico por imagen; se cuenta con 3 clínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social las cuales ofrecen servicios a los trabajadores

estatales afiliados al servicio sin embargo a los pacientes VIH diagnosticados se les refiere al nivel central para tratamiento y seguimiento debido a la escasez de recursos a nivel departamental indicando centralización de servicios.

La *Oganización no gubernamental* que trabajó programas para pacientes con VIH y SIDA hasta el año 2006 fue llamada Ayuda al Planeta (tabla 14), esta trabajaba brindando pruebas específicas para VIH en los pacientes diagnosticados (Conteo de Carga Viral, CD4) así como sufragar algunos tratamientos antiretrovirales previa selección por Trabajadores Sociales de esta organización (13).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

En esta dimensión se contemplan la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los habitantes acceder a mejores condiciones de vida.

Según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y el Instituto Nacional de Estadística, la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo a 40.2% de la población de Santa Rosa (tabla 15); Asimismo 15.7% de los habitantes de este departamento se encuentran en la categoría de e*xtrema pobreza* comparado con los datos a nivel nacional que reporta en pobreza a 56.2% de la población guatemalteca y en extrema pobreza a 16%; lo que indica que el ingreso anual de esta población es de Q.1911.00 ó menos. Estos datos socioeconómicos nos permiten conocer las

deficiencias en la adquisición de una mejor calidad de vida para los habitantes del departamento e implicando de buena manera que existan deficiencias nutricionales y de información, en especial a lo que VIH se refiere, lo que les hace susceptibles a la enfermedad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición elaborada por el PNUD que permite conocer el mejoramiento en la calidad de vida de una población; el cual le asignó al departamento de Santa Rosal en el 2005 un puntaje de 0.604, lo cual se interpreta como departamento de desarrollo humano medio siendo menor al de Guatemala como República que tiene un punteo de 0.663 que también se interpreta como desarrollo humano medio (70).

La *Organización social y política* del departamento se compone de 149 COCODES y 10 COMUDES, (tabla 16) así como 19 partidos políticos. Según Gobernación departamental por cada 22 Comités Comunitarios de Desarrollo debe existir y 1 Consejo municipal de Desarrollo encontrándose en el estándar satisfactorio. La importancia de estas organizaciones radica en que los miembros al ser partes activas de la comunidad logran priorizar sus necesidades gestionando proyectos para la resolución de su problemática por lo que son una herramienta clave para la educación de comunidad sobre el VIH y SIDA.

La *disponibilidad de Recursos Humanos e Infraestructura dedicada a la Educación* está de la siguiente manera (tablas 17,18,19): 1,886 centros dedicados a la educación importantes facilitadores de información por parte del gobierno de la República. Los estudiantes inscritos en estos niveles suman 87,988 y los maestros son 6,552 para el

año 2005 (tomando en cuenta los sectores público y privado). Es importante utilizar todos los recursos disponibles para implementar campañas informativas sobre educación sexual y preventiva para el VIH y SIDA así como otras enfermedades de transmisión sexual. Estos datos permiten que se pueda tener un acercamiento con la población estudiantil con el fin de brindarles una información adecuada al nivel educativo en el conocimiento de la enfermedad y con ello alcanzar los objetivos del milenio.

El porcentaje de *analfabetas* en el departamento es de 26.5% (tabla 20), este porcentaje indica que una cantidad considerable de personas mayores de 15 años no saben leer y escribir; menor al de la República de Guatemala que reportó 25.04% para el 2005. En esta población es más difícil la difusión de la información por lo que se debe tomar en cuenta esta limitante (80).

En lo referente a la *Tasa de Empleo* en Santa Rosa es de 35.4% considerablemente baja comparada con la nacional que se estima en 53.82% (tabla 21); la *actividad económica principal* es la agricultura, concordando con los datos nacionales que toman a la agricultura y el comercio como las actividades económicas principales para el país; los productos agrícolas principales son la caña de azúcar y el café (cereza).

El porcentaje de *Población Económicamente Activa* (PEA) para el 2006 fuera de 70%, este dato es levemente más alto al obtenido a nivel de república que estima la PEA en 69.85%. En nuestro país 94% de los casos de VIH y SIDA, hasta ahora reportados, pertenecen a la población económicamente activa, es decir que casi todas las personas que adquieren el VIH en nuestro país pertenecen a la población con capacidad de

producir, indicando el enorme impacto social que ocasiona esta epidemia. El ingreso económico mensual por familia es de Q.1922.44 que también es bajo si lo comparamos con el del país que es de Q.2326.19 (88).

Del *presupuesto anual* que se asigna al Área de Salud de Santa Rosal (tabla 26) Q. 23,000,000 (4.68% del presupuesto general de la Nación destinado para las distintas Áreas de Salud), no se conoce cuanto se asigna en sí a programas de VIH y SIDA dato preocupante ya que si se considera la falta de identificación de casos en la población femenina que demográficamente es predominante en el departamento, aunado a la posibilidad de existencia de casos en la población infantil, es necesaria una adecuada disposición de recursos económicos tanto para campañas de prevención como de tratamiento en los casos nuevos que se identifiquen. Además se necesita un presupuesto establecido para dicho programa, con el fin de avanzar en cuanto al logro de las Metas del Milenio, de lo contrario no se podrá alcanzarlas.

6.20. DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

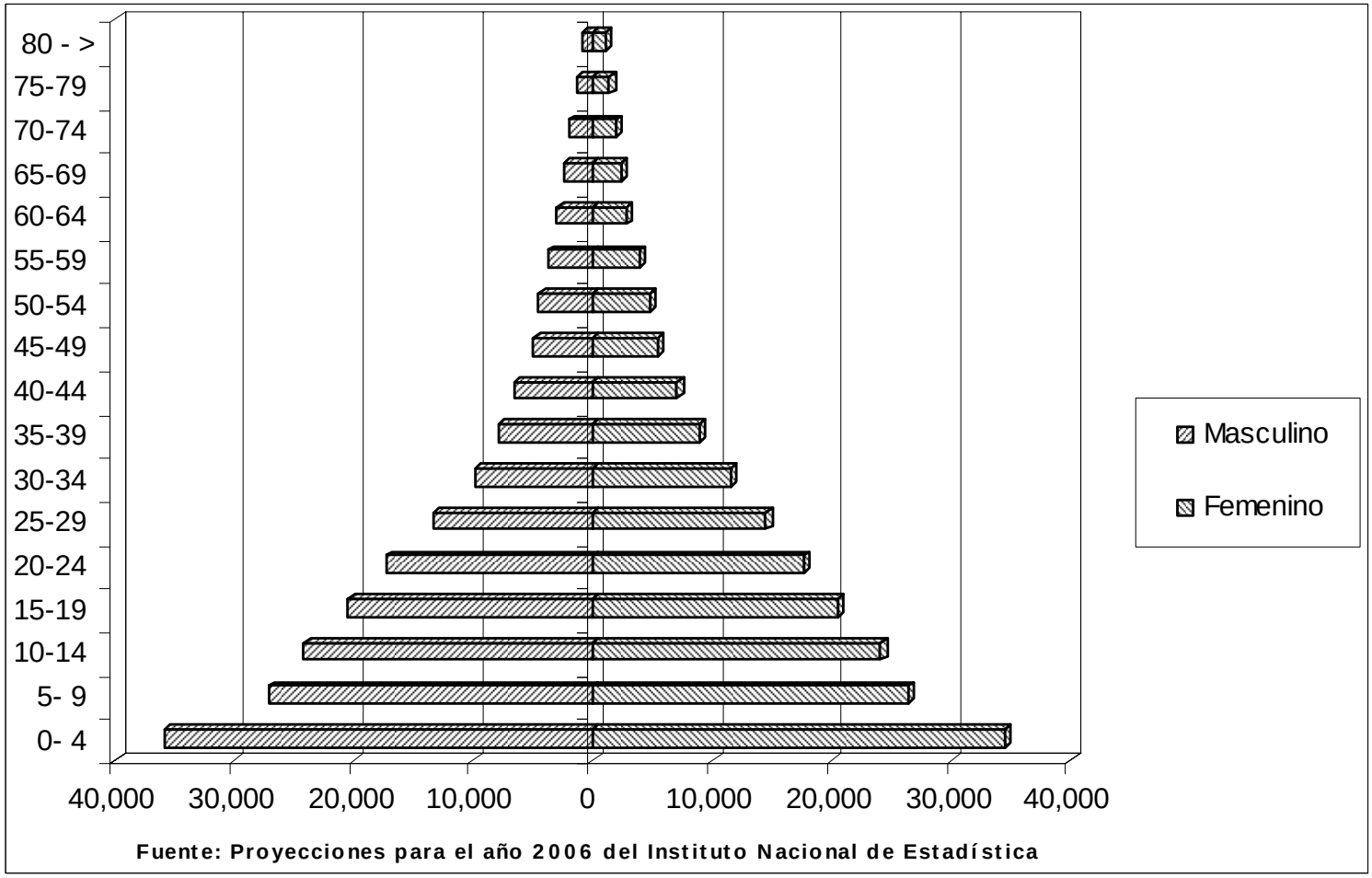
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	35,800	34,503	70,303
5- 9	27,011	26,497	53,507
10-14	24,130	24,164	48,295
15-19	20,391	20,533	40,924
20-24	17,195	17,664	34,859
25-29	13,278	14,497	27,775
30-34	9,879	11,546	21,425
35-39	7,787	8,940	16,727
40-44	6,483	7,120	13,603
45-49	4,921	5,398	10,319
50-54	4,506	4,741	9,246
55-59	3,752	3,922	7,674
60-64	2,964	2,900	5,864
65-69	2,434	2,366	4,800
70-74	1,971	1,912	3,883
75-79	1,319	1,402	2,722
80 y más	947	1,061	2,008
Total	184,768	189,167	373,935

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	356 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.37 %
Población migrante[1]	12,475

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sololá, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH															2		8	1		1									10	2
SIDA															1		7		1										9	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Sololá, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Síndrome de desgaste									1		7			1							8	1
Diarrea > 30 días									1		5	1									6	1
Neumonía recurrente									1		2	1									3	1
Herpes simple > 30 días											1										1	
Candidiasis oro-esofágica											2										2	
Total									3		17	2		1							20	3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Sololá, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en mujeres embarazadas y en puerperio debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Sololá en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Diarrea > 30 dias													1												1	
Total													1												1	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Sololá, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Sololá en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.27 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	5:1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Sololá, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	13,302	3.56
Indígena	360,633	96.44
Total	373,935	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiché	X	
Kaqchiquel	X	
Tzutuhil	X	
Mam		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros	X	

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	30	14.2
Templos no católicos[2]	176	83.0
Altares para ritos mayas[3]	6	2.8
Total	212	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	40	72.73	15	27.27	55
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	40	72.73	15	27.27	55

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sololá, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	11	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Sololá, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	55	100
Masculino		
Total	55	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Sololá, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	112	96.6
Masculino	4	3.4
Total	116	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Sololá, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	38	1 médico por 9,840 habitantes
Enfermeras	22	1 enfermera por 16,997 habitantes
Auxiliares de enfermería	109	1 aux. de enfermería por 3,431 habitantes
Técnicos en salud rural	25	1 téc. en salud rural por 14,957 habitantes
Laboratoristas	10	1 laboratorista por 37,394 habitantes
Odontólogos	2	1 odontólogo por 186,968 habitantes
Psicólogos	0	no aplica
Trabajadores sociales	2	1 trabajador social por 186,968 habitantes
Promotores de salud	8	1 promotor de salud por 46,742 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sololá, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	0
Centros de salud tipo B[1]	10
Puestos de salud[1]	33
Unidades mínimas[1]	44
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	187
Clínicas del IGSS[2]	2
Clínicas privadas[1]	22
Clínicas comunitarias[1]	187
Centros de diagnóstico[1]	6
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	6

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sololá, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: CARE, InterVida, Vivamos Mejor, APNACH, Ixim Achi, Proyecto Payasos

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	77.5%
Pobreza extrema	29.2%
Índice de desarrollo humano	0.579

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	28
COCODES[2]	354
COMUDES[2]	15

Fuente: [1]Delegación Departamental de Sololá, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental de Sololá, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	408	41	449
Primaria[1]	401	39	440
Básicos[1]	33	56	89
Diversificado[1]	7	40	47
Superior[2]	1	4	5
Total	850	180	1,030

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Sololá, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	13,814	903	14,717
Primaria[1]	66,150	4,306	70,456
Básicos[1]	2,858	4,627	7,485
Diversificado[1]	1,328	3,008	4,336
Superior[2]	124	1,271	1,395
Total	84,274	14,115	98,389

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Sololá, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	1,094	90	1,184
Primaria[1]	2,235	202	2,437
Básicos[1]	557	408	965
Diversificado[1]	108	318	426
Superior[2]	9	107	116
Total	4,003	1,125	5,128

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Sololá, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	162,392	80.46
Analfabeta	39,438	19.54
Total mayores de 15 años	201,830	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Sololá, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	91.9%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio, restaurantes y hoteles
Productos agrícolas principales[3]	Legumbres, tubérculos, cereales, caña de azúcar, cebolla, flores
Productos artesanales principales[3]	Tejidos, petate de tul, cerámica
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,200.00
Población económicamente activa[2]	66.89%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2] Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Sololá, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Sololá.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 18,199,914.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Sololá, año 2006

NOTA: En el área de salud de Sololá no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ

A continuación se analizan los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento de Sololá de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo.

En cuanto a los indicadores de *demografía* puede comentarse que la población total del departamento de Sololá es de 373,935 habitantes (tabla 1) con un predominio del sexo femenino (50.6%). 83.92% de la población es menor de 39 años. La *pirámide poblacional* (gráfica 1) es de tipo expansivo lo cual evidencia la existencia de una población joven y una tasa de crecimiento elevada; esto corresponde a la demografía general de la República y de los países en vías de desarrollo. La *concentración poblacional* (tabla 2) es alta, observando que en la República de Guatemala hay 118 personas por kilómetro cuadrado aproximadamente, mientras que en Sololá es de 356 habitantes por kilómetro. Dadas estas características de la población, se considera un grupo altamente vulnerable y con un elevado riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindar información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia de VIH y SIDA de manera más efectiva.

En el departamento de Sololá la *proporción* de *mujeres en edad fértil* es de 29.37% (tabla 2). La unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en la República, de los cuales hay un total 2,880 mujeres. De éstas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil, lo cual las constituye en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de *migrantes* del departamento de Sololá reportados por la Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Sololá para el año 2006 (tabla 2) constituye 3.3%. Este dato es importante, ya que esta población no sólo es un grupo de riesgo, si no que un propagador de la infección al regresar a su lugar de origen con la posibilidad de transmitir dicha enfermedad. En cuanto al número de migrantes infectados no se cuenta con datos específicos, sin embargo se toma como población de alto riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA", que corresponde a los departamentos que atraviesan la ruta comercial del país, que inicia en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán, ya que son lugares con una alta prevalencia de VIH y SIDA. Aunque Sololá no

se encuentre dentro de la ruta, colinda con Suchitepéquez y Quetzaltenango que se encuentran dentro de dicha ruta (13).

En cuanto a *morbilidad por VIH y SIDA* en el departamento de Sololá, según el área de salud del mencionado departamento para el año 2006, se reportaron 12 casos de VIH (10 casos del género masculino y 2 casos del género femenino). En cuanto a los casos de SIDA se reportaron un total de 9 casos (9 del género masculino y 0 del género femenino) (tabla 3). Esto indica una tasa de 3.48 x 100,000 habitantes, lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional la cual es de 91.73 casos por 100,000 habitantes, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros especializados en VIH de la ciudad capital. Es de hacer notar que los casos de SIDA no son reportados como pacientes infectados con VIH, lo cual aumenta el subregistro (23,101).

Respecto a *morbilidad asociada a SIDA* (tabla 4) se reportaron un total de 23 casos, de éstos 39% presentó Síndrome de desgaste, 30% Diarrea mayor de 30 días, 17% neumonía recurrente, 9% Candidiasis esofágica y 4% Herpes simple mayor de 30 días. Es importante mencionar que aún encontrándose en un departamento en el que no se les da tratamiento antirretroviral, las infecciones como neumonía y diarrea tienen porcentajes bastante bajos, lo cual podría indicar el éxito del manejo, pero también puede ser debido al subregistro que se acentúa por la referencia de los pacientes a nivel central para tratamiento. Sin embargo es preocupante que la morbilidad más asociada a SIDA sea el síndrome de desgaste, con 39%, el cual influye de manera negativa en cuanto a la calidad de vida de la persona infectada y disminuyendo de esta

forma su desarrollo físico, psicológico y económico. Es de hacer notar que a pesar que no se reporta ningún caso de SIDA en pacientes femeninas, sí se reportan morbilidades asociadas como síndrome de desgaste, diarrea mayor de 30 días y neumonía recurrente. Asimismo se reportan 20 casos de morbilidad asociada a SIDA en pacientes masculinos, mientras sólo se diagnosticaron como SIDA a 9 pacientes, y a 10 como infectados por VIH. Lo anterior revela error en el diagnóstico y clasificación de los pacientes, y orienta a que el personal de salud necesita mayor instrucción al respecto.

En el año 2006, en el área de salud del departamento, no se reportaron *mujeres embarazadas o en puerperio* diagnosticadas con VIH y SIDA. Es importante realizar las pruebas de tamizaje en este grupo, y con ello lograr una detección temprana de la infección, y disminuir así el riesgo de transmisión vertical.

En cuanto a *mortalidad por SIDA*, (tabla 5) en el departamento de Sololá según el Área de Salud, se reportó únicamente una defunción por causa de diarrea mayor de 30 días, con una *tasa de mortalidad especifica por SIDA* de 0.27 (tabla 6), sin embargo esta cifra no se considera confiable ya que existe un alto subregistro de la enfermedad y por lo general no se reportan las muertes asociadas a VIH y SIDA, sino que se reportan solo como sus complicaciones más frecuentes (neumonías o diarreas), provocando un gran vacío en cuanto a estadísticas se refiere. No se reportaron *muertes por SIDA en mujeres embarazadas, en menores de un año y en el grupo de 1 a 4 años*, por lo que no se comenta a este respecto.

La *razón de masculinidad* en pacientes infectados con VIH, en el departamento de Sololá según el Área de Salud, es de 5:1 (tabla 6) esto es mayor a lo reportado a nivel nacional en donde la razón de masculinidad es de 4:2. El predominio de casos en hombres puede deberse a que estos tienen más conductas de riesgo que la población del sexo femenino. En cuanto al número de mujeres diagnosticadas en el departamento puede deberse a identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de salud en demanda de atención materno-infantil, a quienes como parte de su control prenatal se les realiza la prueba de VIH (10,13).

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. La población indígena en el departamento de Sololá representa 96.44% mientras que la población no indígena únicamente 3.56% (tabla 7). Esto es sumamente importante ya que a nivel nacional de los casos reportados de VIH y SIDA, los de la población indígena constituyen 28% mientras que en la población no indígena 69% para el año 2005 (66). Según un estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Los factores culturales influyen en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen cuidados de salud y

prácticas sexuales distintas, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad (143). Debido a que la mayoría de la población en este departamento es indígena, es necesario que las campañas de promoción y prevención de la enfermedad sean adaptadas a su cultura, pero por sobre todo que se dirijan en los idiomas hablados en el departamento, los cuales son: quiché, tzutuhil y kaqchiquel (tabla 8), ya que actualmente las campañas de prevención realizadas a través de medios de comunicación social son realizadas en su mayoría en español lo que le dificulta a esta población el acceso a información.

En el departamento Sololá, 14.2% de los templos son católicos, 83% de templos no católicos y 2.8% de altares para ritos mayas (tabla 9).

Sobre el *consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 10), debido a que en Guatemala no existe ninguna institución encargada de recolectar información referente a las adicciones, y a que en las áreas de salud no existen instrumentos para notificación de este tipo morbilidad, el subregistro es alto. Es alarmante que un estudio realizado por la Secretaría de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) reportó que la edad promedio en que los jóvenes guatemaltecos inician el consumo de drogas ilícitas es entre los 12 y los 16 años. En cuanto a lo mencionando anteriormente en el departamento de Sololá, el Área de Salud reportó únicamente 55 casos de alcoholismo de los cuales 72.7% corresponde al sexo masculino y 27.3% al sexo femenino (tabla 10) colocando a esta población en un grupo de alto riesgo. Se presume que la ausencia de datos respecto al consumo de drogas ilícitas se debe al subregistro y a la falta de estudios en el departamento, más que a una ausencia real de este consumo.

En el departamento de Sololá, según el departamento de salud reproductiva del Área de Salud, existen 11 *lugares dedicados al comercio sexual* (tabla 11) en donde prestan sus servicios aproximado de 55 *trabajadoras comerciales del sexo*, todas del sexo femenino. Tomando en cuenta que la transmisión sexual, es la más frecuente en Guatemala, el poco control de estos lugares adquiere gran importancia, puesto que esta población es más susceptible a adquirir la infección y a transmitirla, de esta forma se aumenta la propagación de la enfermedad.

La *profilaxis sexual* (tabla 13) que se ofrece a través de preservativos ha sido escasamente difundida por el Departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Sololá, sin embargo se atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado el preservativo como medida preventiva. De los preservativos que se distribuyen como método de barrera para la prevención de la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, se reportaron únicamente 116 usuarios, esto representa tan sólo 0.05% de la población en edad reproductiva. 96.6% de los usuarios pertenecen al género femenino, lo que demuestra que no solo las trabajadoras del sexo, están dentro del programa de profilaxis sexual y que este se extiende a la población en general. Lo anterior es alarmante ya que nos indica que la mayoría de la población que se encuentra teniendo contactos sexuales, lo hacen sin uso de condón, lo cual representa mayores posibilidades de adquirir la infección.

Es importante destacar que la difusión de la información respecto al uso del condón debe ser no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las

trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta enfermedad. Debe tomarse en cuenta que sólo 3 distritos de salud del departamento reportan este dato, habiendo subregistro en el resto de municipios.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

En cuanto a *personal dedicado a la salud*, en el departamento de Sololá según el Área de Salud, hay un total de 38 médicos (tabla 14), es decir que hay un médico por cada 9,840 habitantes sin embargo esta cifra se encuentra por debajo de las normas establecidas, ya que según la PAHO, deben existir 14 médicos por cada 10,000 habitantes. A nivel de República, Guatemala cuenta con 1 médico por cada 9,489 habitantes, esto revela la deficiencia en los servicios médicos, lo cual influye de forma negativa en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, así como en la difusión sobre la prevención del contagio de la enfermedad.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 22, existiendo 1 enfermera por cada 16,997 habitantes que, según la Guía de Indicadores Priorizados es inferior al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes, igualmente las auxiliares de enfermería, cuyo número en el departamento es de 109 (tabla 14), es

decir una enfermera por cada 3,431 habitantes, siendo menor a lo establecido según la guía antes mencionada que señala deben existir 5 enfermeras auxiliares por cada 10,000 habitantes.

En cuanto a educación en salud y en relación a prevención, los promotores de salud adquieren gran importancia, ya que son quienes tienen acceso a las comunidades en donde generalmente el médico no puede llegar. En el departamento de Sololá, hay un total de 8 (tabla 14), lo que significa que hay un promotor de salud por cada 46,742 habitantes, siendo inferior a lo establecido en las normas establecidas por la Guía de Indicadores Priorizados 2004, la que indica debe existir 1 promotor por cada 1,200 habitantes.

Asimismo el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 25 técnicos en salud rural (1 por cada 14,957 habitantes), 10 laboratoristas (1 por cada 37,394 habitantes), 2 odontólogos (1 por cada 186,968 habitantes) y 2 trabajadores sociales (1 por cada 186,968 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para este tipo de recurso humano, por lo que no se comenta al respecto (tabla 14).

En el departamento de Sololá en cuanto a *infraestructura de servicios de salud*, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, se cuenta únicamente con un hospital regional, no cuenta con hospitales especializados, ni centros de salud tipo A, cuenta con 10 centros de salud tipo B, 33 puestos de salud, 44 unidades mínimas y 187 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento antirretoviral para el

paciente que vive con VIH y SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la ciudad capital, centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son personas de escasos recursos, se encuentran en desventaja con respecto a los capitalinos, ya que los primeros no siempre están en las posibilidades de cubrir los gastos que implica el traslado a los centros de referencia (tabla 15).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, existen 2 en el departamento de Sololá (tabla 15). Sin embargo en estos centros no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA, sino que se les refiriere al nivel central, por lo tanto la población cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para su atención.

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 22 clínicas privadas, 6 centros de diagnóstico (tabla 15).

El sector privado no lucrativo esta integrado por clínicas comunitarias, de las cuales existen 187, y por organizaciones no gubernamentales (ONG), en el departamento existen 6 (tabla 15), las cuales son: CARE, Intervida, Vivamos Mejor, APNACH, Ixim Achi y Proyecto Payaso. Es gracias a la existencia de estas instituciones lo que aumenta la cobertura tanto a programas de prevención y diagnóstico así como a tratamiento disminuyendo así el costo social que implican los medicamentos antirretrovirales para la nación.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según “la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la pobreza general se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.20% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como pobreza extrema el ingreso anual de Q.1,911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

La situación antes señalada es muy importante porque el VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, quienes carecen de recursos económicos y quienes tienen apoyo social limitado, lo cual los hace más vulnerables. Además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH y SIDA, se acompaña de niveles bajos de salud, presentando la población incidencias altas de otras enfermedades como las de transmisión sexual y la tuberculosis. La nutrición deficiente asociada al VIH y SIDA disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana aumentando la mortalidad.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 77.5% de la población total del departamento de Sololá se encuentra pobre y 29.2% de la misma es extremadamente pobre (tabla16).

El Índice de Desarrollo Humano es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

Sololá tiene un *Índice de Desarrollo Humano* en 0.579 clasificado como bajo (tabla 16), menor al de la República de Guatemala, en 0.635, que se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite el progreso del país provocando un estancamiento e incluso un retroceso de dicho indicador, por lo que detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio, cobra gran importancia dentro del departamento.

La *organización social y política* del departamento de Sololá está compuesta por 28 partidos políticos (tabla 17).

La organización social de Sololá esta compuesta por 354 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 15 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo), los cuales están integrados por representantes de las distintas comunidades del departamento. Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, en este departamento hay 23 COCODES por COMUDE. Es necesario que como autoridades, estos tengan conocimiento sobre la magnitud de la epidemia de VIH y SIDA y su prevención, priorizándola dentro sus agendas de trabajo, a fin de formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes. De manera que se apoye una respuesta social organizada, con pertinencia cultural, y que cuente con la

participación de los demás sectores como educación y salud, medios de comunicación y otros grupos, quienes conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de analfabetas en el departamento de San Marcos es de 19.54% (alfabetas 80.46%) (tabla 21) estos indicadores están mejor en comparación a los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.19% (74.81% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información el VIH y SIDA y su prevención, asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de todas las personas. Es de suma importancia tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención, a fin de que sean efectivos.
El departamento cuenta con 1,030 *centros dedicados a la educación* (sector público y privado) (tabla 18), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y SIDA y otras.

Asimismo se encuentran inscritos 98,389 (tabla 19) *estudiantes* reportados en el año 2006 (tabla 19), considerando que es 26.31% del total de la población, se reconoce la importancia de utilizar este recurso descrito para desarrollar con ellos acciones de promoción y educación en salud.

El departamento de Sololá cuenta con 5,128 *maestros* tanto del sector público como del sector privado (tabla 20), como personas encargadas de la educación de la población, constituyen un recurso humano importante que podría apoyar y liderar las

actividades antes descritas, con la finalidad de disminuir y controlar el VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: Sololá presenta una *tasa de empleo* de 91.9% % y una *población económicamente activa* de 66.89%, con un *ingreso promedio mensual* de Q1,200.00 (tabla 22). Estas tasas difieren en comparación con el total de la República, donde la tasa de empleo esta muy por debajo a la de este departamento, con 53.82%. El ingreso promedio mensual es menor al nacional que es de Q2,326.19. A diferencia de lo anterior a nivel nacional, la PEA no se diferencia significativamente a la departamental puesto que es de 69.85%. Estos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH y SIDA, lo cual tiene repercusiones importantes en el desarrollo del departamento, ya que tras causar un aumento en la mortalidad y la incapacidad, se pierde fuerza de trabajo. Esto a su vez disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

La *actividad económica principal* es la agricultura y el principal producto agrícola son las legumbres y tubérculos, los *productos artesanales principales* son los tejidos, el petate de tul y la cerámica (tabla 22). Es importante crear nuevas fuentes de empleo con el fin de disminuir los niveles de pobreza y de esta forma mejorar la calidad de vida, lo que a su vez representa la oportunidad de evitar la propagación de la infección por medio de los programas de educación en salud y prevención.

En lo referente a *inversión en salud*, el presupuesto anual asignado al Área de Salud de Sololá es de Q18,199,914.00, lo que representa únicamente 3.70% del presupuesto nacional para las distintas Áreas de Salud (Q491,293,744.83). En el departamento no

se tiene estimado ningún presupuesto específico para VIH y SIDA (tabla 23), mientras que a nivel nacional 0.16% del presupuesto es designado para este programa. Hasta que se considere prioritaria esta enfermedad en el departamento de Sololá, y se brinde un presupuesto específico para programas de educación, prevención, diagnóstico y tratamiento, se podrá detener y disminuir la propagación de la epidemia, uno de los objetivos del milenio de la OMS.

6.21. DEPARTAMENTO DE SUCHITEPÉQUEZ

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

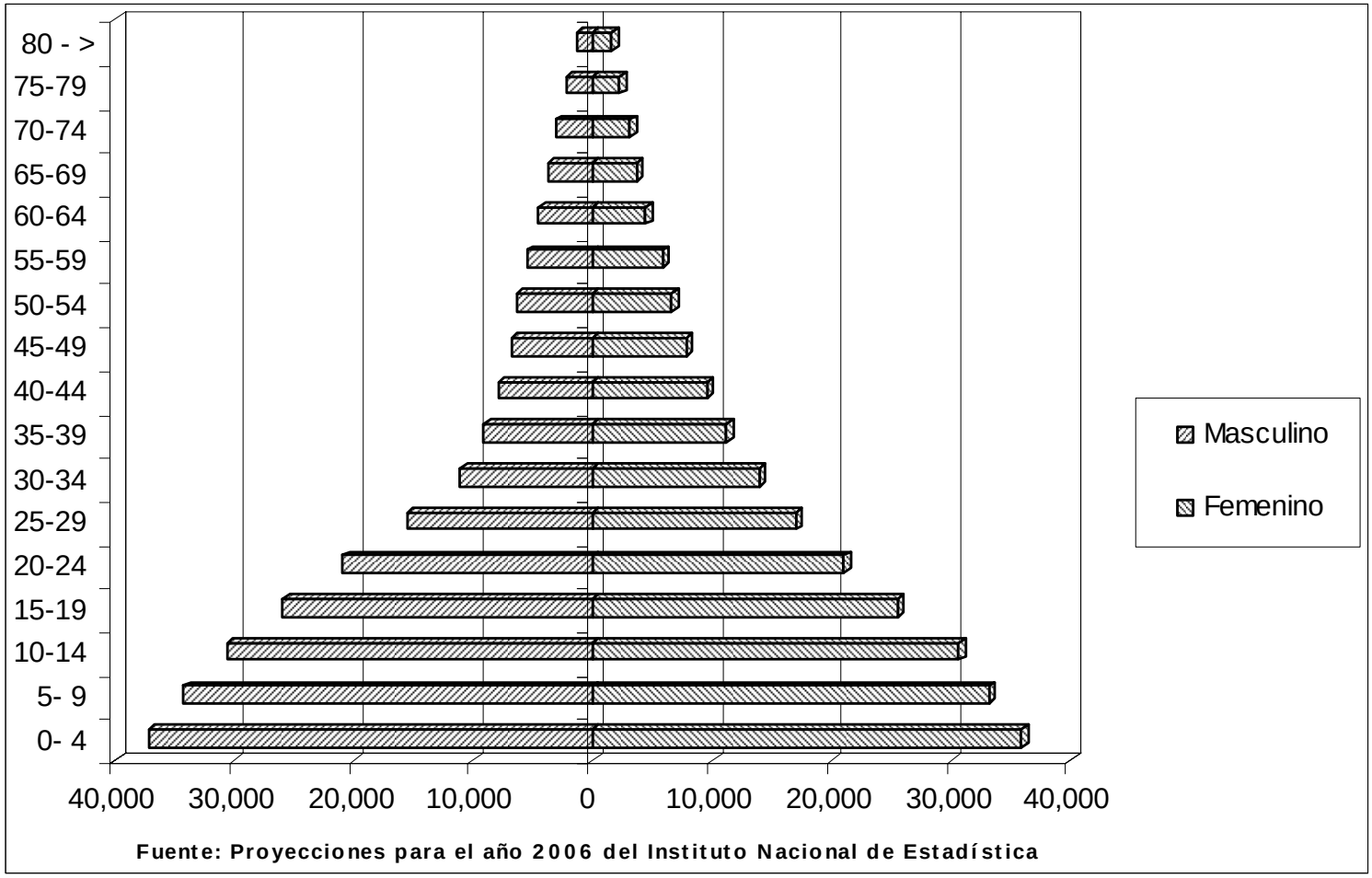
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	37,203	35,939	73,143
5- 9	34,185	33,237	67,422
10-14	30,599	30,684	61,283
15-19	25,856	25,523	51,379
20-24	20,834	21,059	41,893
25-29	15,512	17,016	32,528
30-34	11,004	13,914	24,918
35-39	9,038	11,260	20,299
40-44	7,809	9,533	17,341
45-49	6,781	7,806	14,587
50-54	6,352	6,684	13,036
55-59	5,489	5,877	11,366
60-64	4,487	4,471	8,958
65-69	3,755	3,750	7,505
70-74	3,034	3,160	6,193
75-79	2,177	2,278	4,454
80 y más	1,377	1,634	3,012
Total	225,492	233,825	459,317

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	191 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	29.78%
Población migrante[1]	46,304

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Suchitepéquez, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH	4		1			1		1					3	5	11	14	48	32	18	9	12	1	3		1		1		102	63
SIDA														3	2	6	16	12	10	3	9		1		1		1		40	24

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Síndrome de desgaste							1	2	4	5	9	7	7	1	2	1	1				24	16
Diarrea > 30 días								1	1	1	5	3			1						7	5
SDA y DHE										1	1	2	1	1	1		1				4	4
Neumonía											2	1			1						3	1
Fiebre de etiología a determinar							1		1		1										3	0
Tuberculosis											1		1		1						3	
Hepatopatía alcohólica											1		1	1							2	1
Candidiasis oro esofágica											1			1							1	1
DPC								1				1										2
Infección retroviral									1			1									1	1
Resto de causas con diagnóstico							1	1	2	2	5	6	1								9	9
Resto de causas sin diagnóstico	5	2							2	5	22	11	7	5	6		1		2		45	23
Total	5	2					3	5	11	14	48	32	18	9	12	1	3		1		102	63

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH			5	5	3			13
2	SIDA								0

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sx. Desgaste												1	1	1											1	2
Meningitis															1										1	0
Absceso pancreático														1											0	1
Tuberculosis																		1							0	1
Candidiasis oro – esofágica															1										1	0
SDA																							1		1	0
Sin Dx.											1		1	1											2	1
Total											1	1	2	3	2			1					1		6	5

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en puerperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Suchitepéquez en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 7
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.39 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	2:1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 8
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	195,669	43
Indígena	263,648	57
Total	459,317	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 9
Idiomas hablados en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche	X	
Kaqchiquel	X	
Mam	X	
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 10
Templos y altares religiosos del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	16	10
Templos no católicos[2]	151	89
Altares para ritos mayas[3]	1	1
Total	168	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 11
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	35	70	15	30	50
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	35	70	15	30	50

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Suchitepéquez,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 12
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	36	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

Tabla 13
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo
en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	6	100
Masculino		
Total	6	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

Tabla 14
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	8,932	100
Masculino		
Total	8,932	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Suchitepéquez, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 15
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante		
Médicos	26	1 médico por	17,666	habitantes
Enfermeras	15	1 enfermera por	30,621	habitantes
Auxiliares de enfermería	97	1 aux. de enfermería por	4,735	habitantes
Técnicos en salud rural	15	1 téc. en salud rural por	30,621	habitantes
Laboratoristas	11	1 laboratorista por	41,756	habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por	459,317	Habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por	459,317	Habitantes
Trabajadores sociales	2	1 trabajador social por	229,659	Habitantes
Promotores de salud	525	1 promotor de salud por	875	Habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Suchitepéquez, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 16
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	12
Centros de salud tipo B[1]	0
Puestos de salud[1]	39
Unidades mínimas[1]	1
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	1
Clínicas del IGSS[2]	6
Clínicas privadas[1]	185
Clínicas comunitarias[1]	87
Centros de diagnóstico[1]	7
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Suchitepéquez, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 17
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	64.7%
Pobreza extrema	15.9%
Índice de desarrollo humano	0.587

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 18
Organización política y social del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	11
COCODES$_2$	151
COMUDES$_2$	11

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Suchitepéquez, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Suchitepéquez, año 2006

4.3) Educación

Tabla 19
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	311	57	368
Primaria[1]	380	99	479
Básicos[1]	20	88	108
Diversificado[1]	5	73	78
Superior[2]	1		1
Total	717	317	1,034

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Suchitepéquez, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	14,356	1,439	15,795
Primaria[1]	78,141	6,803	84,944
Básicos[1]	3,103	5,549	8,652
Diversificado[1]	1,032	6,833	7,865
Superior[2]	1,407		1,407
Total	98,039	20,624	118,663

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Suchitepéquez, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	495	89	584
Primaria[1]	2,516	328	2,844
Básicos[1]	164	577	741
Diversificado[1]	69	609	678
Superior[2]	30		30
Total	3,274	1,603	4,877

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Suchitepéquez, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 22
Alfabetismo en la población del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	326,574	71.1
Analfabeta	132,743	28.9
Total mayores de 15 años	459,317	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Suchitepéquez, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 23
Indicadores de trabajo del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	8.75%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, industria, comercio
Productos agrícolas principales[3]	Café, azúcar, algodón, cacao, tabaco, hule
Productos artesanales principales[3]	Cerámica, cerería, cestería, cobre, cuero, escobas, imaginería, hojalatería, instrumentos musicales, jícaras y guacales, ladrillo
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q.1,561.75
Población económicamente activa[2]	69.40%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2] Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Suchitepéquez, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 24
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Suchitepéquez.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q18,379,810.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Suchitepéquez, año 2006

NOTA: En el área de salud de Suchitepéquez no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE SUCHITEPÉQUEZ

La presente Discusión de Resultados se realiza en base a la caracterización del VIH y SIDA en el departamento de Suchitepéquez de acuerdo a las dimensiones que mejor describen el perfil de necesidades y condiciones de vida de esta población las cuales son: Dimensión Biológica, Dimensión Estilos de Vida, Dimensión Atención en Salud y Dimensión Socioeconómica y sus respectivas subdimensiones.

Esta caracterización de la población de Suchitepéquez y de VIH y SIDA como problema de impacto a nivel mundial es una forma de hacer investigación en la cual se describen y explican problemas con el fin de poderlos comprender, abordar y resolver. Combatir el VIH y SIDA es uno de los objetivos incluidos dentro de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, acordado por los países miembros de las Naciones Unidas para el año 2015 (109).

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Suchitepéquez es de 459,317 habitantes (tabla 1), 49.09% son de sexo masculino y 50.91% es de sexo femenino. 80% de esta población es menor de 39 años y la pirámide poblacional (gráfica 1) es de base ancha. La *densidad de población* en Suchitepéquez es de 191 habitantes por Km2, mostrando leve paridad con los datos a nivel nacional, cuyo promedio de densidad demográfica es

de 142 habitantes por Km2. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Suchitepéquez el *porcentaje de Mujeres en Edad Fértil* es de 29.78% (tabla 2), la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres, y de éstas 82% se encuentra comprendido en los rangos de edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de migrantes del departamento de Suchitepéquez reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye el 46,304 personas; este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población

al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, ésta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán, San Marcos. La ubicación geográfica de Suchitepéquez lo hace un departamento de alto riesgo para contraer la infección por VIH.

Según datos del Área de Salud del departamento de Suchitepéquez, se reportaron para el año 2006, 165 casos de VIH (102 casos de sexo masculino y 63 de sexo femenino, tabla 3) y 64 casos de SIDA (40 de sexo masculino y 24 de sexo femenino, tabla 3).

El síndrome de desgaste fue la *morbilidad* mayormente encontrada en los pacientes con SIDA en el departamento de Suchitepéquez, seguida de la diarrea de más de 30 días de duración y la neumonía. Los pacientes del sexo masculino son más afectados que los del sexo femenino; el grupo etáreo más afectado se encuentra entre los 25 y 39 años, tanto en varones como en mujeres (tabla 4).

Se encuentran 13 *mujeres en edad fértil* o *en puerperio* con diagnóstico de VIH (tabla 5), por lo que se resalta la importancia del control prenatal y la realización de la prueba de detección de VIH a todas las pacientes embarazadas para una pronta profilaxis anteparto y el adecuado manejo de las mismas.

En el año 2006, según los datos del área de salud de Suchitepéquez fueron reportadas 11 *muertes asociadas al SIDA*, tres de éstas fueron por síndrome de desgaste, un paciente con meningitis, tuberculosis, absceso pancreático, candidiasis esofágica y SDA (tabla 6). Las muertes se concentran más en la población de 25 a 39 años, aunque se encuentra una persona fallecida en el grupo etáreo de mayores de 70 años. La mortalidad es prácticamente pareja en ambos sexos (6 hombres a 5 mujeres).

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 7) reportada por el área de salud de Suchitepéquez es de 2.39 muertes x 100,000 habitantes, la tasa de mortalidad específica para el año 2006 es de 4.16 muertes por cada 100,000 habitantes.

La razón de masculinidad de pacientes con VIH para el departamento de Suchitepéquez para el año 2006 fue de 2:1 (tabla 7), esto se presenta de manera similar a como se da a nivel nacional ya que en Guatemala dicha razón de masculinidad es de 4:2. Esta tendencia es importante dado que evidencia que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto dentro como fuera de los servicios de salud.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. En Suchitepéquez, 43% (tabla 8) de la población es ladina; el resto de los pobladores (57%) es de raza indígena; esto es similar a lo reportado a nivel nacional (54.85% de no indígenas), donde los porcentajes de población son similares. Esta subdimeision es muy importante en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen prácticas y cuidados de su salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor o menor riesgo para adquirir la enfermedad. Esto se da por una de dos razones: las prácticas que ponen en mayor riesgo la adquisición de VIH son practicadas con mayor frecuencia por los ladinos o, por razones de cultura y barreras del idioma, la mayoría de indígenas no consultan a los centros de salud y por esto no se detectan más casos de VIH o de SIDA en pobladores de raza indígena, de los cuales se encuentran en Suchitepéquez los idiomas k´iché kaqchiquel y mam (tabla 9).

En el departamento de Suchitepéquez, según la conferencia Episcopal de Guatemala, 10% de los templos son católicos, 89% de templos no católicos y 1% de altares para ritos mayas (tabla 10).

Sobre la *situación de consumo de drogas en el departamento* durante el año 2006 (tabla 11), se reportan únicamente un total de 50 casos de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas, sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según la Secretaría Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), si se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

En Suchitepéquez se encuentran registrados 36 lugares en los cuales se realiza comercio sexual, varios son los lugares que funcionan de manera clandestina (tabla 12). Se encuentran reportadas únicamente seis personas como trabajadores del sexo (tabla 13), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, Debe mejorarse la detección de estas personas, para realizárseles la prueba del VIH de manera frecuente por encontrarse en alto riesgo de adquisición y transmisión de esta enfermedad.

La profilaxis sexual que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud de Suchitepéquez ya que no sólo los trabajadores del sexo se encuentran dentro de este programa, sino que la población en general utiliza este método como medida preventiva. 100% de los anticonceptivos es distribuido a la población femenina trabajadora del sexo (tabla 14).

No se cuenta con datos sobre pacientes que los reciban para planificación familiar. Es importante la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo, sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

En Suchitepéquez existen 26 médicos, esto permite que haya un médico por cada 17,666 personas (tabla 15), lo cual evidencia la escasez de personal médico por habitantes en el departamento de Suchitepéquez ya que según la Organización Panamericana de la Salud OPS el estándar de médicos por habitante es de 14 por 10,000 habitantes. A nivel nacional hay un médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento el número de enfermeras graduadas es de 15, existiendo una enfermera por cada 30,621 habitantes, que según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 97, siendo un auxiliar de enfermería por 5,279 habitantes encontrándose en

el estándar citado en la guía mencionada el cual es de cinco auxiliares por 10,000 habitantes (tabla 15).

El departamento cuenta con 525 promotores de salud (un promotor por 87 habitantes, tabla 15).

Asimismo, el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 15 técnicos en salud (un técnico por 30,621 habitantes), 11 laboratoristas (un laboratorista por 41,756 habitantes), hay un odontólogo (uno por cada 459,317 habitantes), un psicólogo (un psicólogo por 459,317 habitantes), dos trabajadores sociales (un trabajador por 229,658 habitantes, tabla 15). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Suchitepéquez cuenta con un Hospital regional, 12 Centros de Salud tipo A, no hay Centros de Salud tipo B, 39 Puestos de Salud (tabla 16), lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente infectado por el VIH, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 16).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores y patronos; el departamento cuenta con seis clínicas en las cuales no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población cubierta por el IGSS no tiene accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 16).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario, de las cuales el departamento cuenta con 185 clínicas privadas (tabla 16).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 64.7% de la población total del departamento de Suchitepéquez se encuentra pobre y 15.9% es extremadamente pobre (tabla 17). Estos datos son similares a los reportados por la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN) a nivel nacional.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB *per cápita* en USSD). Suchitepéquez, con un índice de desarrollo humano en 0.587, se clasifica con un Desarrollo Humano medio (tabla 17) al igual que el índice del desarrollo de la nación que es de 0.663. Esto disminuye las posibilidades de una correcta información en cuanto al VIH, las formas de transmisión y el acceso al tratamiento en caso de contraer la infección.

Organización social y política: El departamento de Suchitepéquez cuenta con 11 *partidos políticos* (tabla 18).

La *organización social* de Suchitepéquez está compuesta por 151 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 11 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 18), Según Gobernación Departamental por cada 22 COCODES debe haber un COMUDE, encontrándose una diferencia de 9 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la

educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento

Educación: El porcentaje de *analfabetas* en el departamento de Suchitepéquez es de 28.9% (tabla 22); entre un cuarto y un tercio de la población no sabe leer y escribir; este nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo. Se debe tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 1,034 *centros dedicados a la educación* (sector público y privado, tabla 19); para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos 118,663 *estudiantes* en el año 2006 (tabla 20); considerando que es 25.83% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Suchitepéquez cuenta con 4,877 *maestros* tanto del sector público como del sector privado (tabla 21), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y

liderar las actividades antes descritas en pro de la disminuir y controlar el VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: La *tasa de empleo* en el departamento de Suchitepéquez es de 8.75%, el *ingreso promedio mensual* de Q.1,561.75, y *población económicamente activa* 69.4% (tabla 23); estas son menores en comparación a nivel nacional la cual consiste en 75.4% de tasa de empleo, un ingreso mensual de Q.2,329.16, y PEA de 69.85%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad.

Entre las actividades económicas principales se encuentran agricultura, industria y comercio. Los productos agrícolas principales son la siembra del café, azúcar, algodón, tabaco. El producto artesanal principal es la cerámica, tejidos (tabla 23). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Suchitepéquez es de Q. 18,379,810, el cual representa 3.74% del total del presupuesto de la nación de Q. 491,293,744.83 (tabla 24). En el área de salud no se tiene estipulado ningún rubro para el programa de VIH y SIDA; a nivel nacional dicho programa recibe un total de

Q.812,079 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación de las áreas de salud.

Es importante que se destine un presupuesto especifico para VIH y SIDA al área de salud del departamento de Suchitepéquez, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores sin contar con los casos no registrados, por lo que hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA.

6.22. DEPARTAMENTO DE TOTONICAPÁN

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

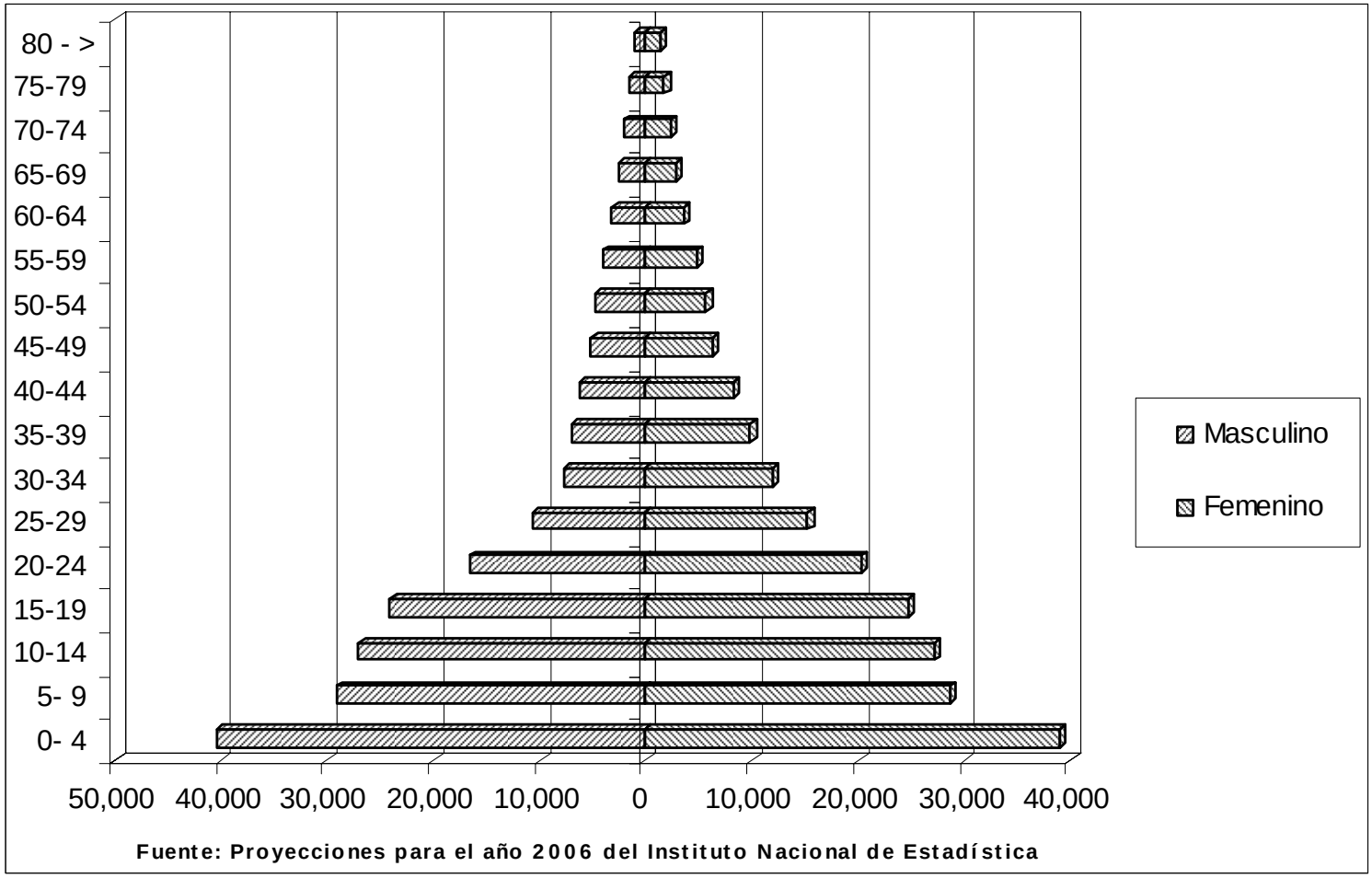
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	40,376	38,939	79,315
5- 9	29,067	28,715	57,781
10-14	27,014	27,221	54,234
15-19	24,019	24,791	48,810
20-24	16,615	20,287	36,902
25-29	10,692	15,250	25,941
30-34	7,772	11,949	19,720
35-39	6,891	9,892	16,782
40-44	6,153	8,341	14,494
45-49	5,134	6,374	11,509
50-54	4,714	5,697	10,412
55-59	4,021	4,804	8,825
60-64	3,190	3,537	6,727
65-69	2,615	2,854	5,469
70-74	2,021	2,449	4,470
75-79	1,500	1,733	3,233
80 y más	1,127	1,373	2,500
Total	192,919	214,205	407,124

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	390 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	47%
Población migrante[1]	21,810

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Totonicapán, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH													1		1	1	2		1	1	2								7	2
SIDA															1		2			1									3	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Totonicapán, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento de Totonicapán. Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Candidiasis Esofágica									1		1										2	
Síndrome de Desgaste														1								1
Diarrea > 30 días											1										1	
Total									1		2			1							3	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Totonicapán, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre casos en embarazadas o puérperas debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Totonicapán en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Totonicapán. Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Desconocida													2												2	
Total													2												2	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Totonicapán, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en pueperio, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Totonicapán en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.49 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	7:2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Totonicapán, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	22,392	5.5
Indígena	384,732	94.5
Total	407,124	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche	X	
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí		X
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	8	2.98
Templos no católicos[2]	250	93.2
Altares para ritos mayas[3]	10	3.73
Total	268	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	450	75	150	25	600
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	450	75	150	25	600

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Totonicapán,
Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	13	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Totonicapán, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre personas dedicadas al comercio sexual, debido a que no existen registros en el Área de Salud de Totonicapán en el año 2006.

Tabla 12
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	130	92.9
Masculino	10	7.1
Total	140	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Totonicapán, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 13
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	26	1 médico por 15,659 habitantes
Enfermeras	13	1 enfermera por 31,317 habitantes
Auxiliares de enfermería	118	1 aux. de enfermería por 3,450 habitantes
Técnicos en salud rural	26	1 téc. en salud rural por 15,659 habitantes
Laboratoristas	1	1 laboratorista por 407,124 habitantes
Odontólogos	0	no aplica
Psicólogos	0	
Trabajadores sociales	0	
Promotores de salud	0	

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Totonicapán, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 14
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospitales especializados[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	0
Centros de salud tipo B[1]	9
Puestos de salud[1]	25
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	1
Clínicas privadas[1]	38
Clínicas comunitarias[1]	64
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	1

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Totonicapán, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: Cuxlikel

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 15
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	85.62%
Pobreza extrema	55.62%
Índice de desarrollo humano	0.374

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 16
Organización política y social del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	14
COCODES$_2$	104
COMUDES$_2$	8

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Totonicapán, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Totonicapán, año 2006

4.3) Educación

Tabla 17
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	361	33	394
Primaria[1]	422	39	461
Básicos[1]	11	69	80
Diversificado[1]	5	13	18
Superior[2]		1	1
Total	799	155	954

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Totonicapán, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 18
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	6,743	6,630	6,630
Primaria[1]	73,181	8,204	8,204
Básicos[1]	1,631	3,480	3,480
Diversificado[1]	1,007	700	700
Superior[2]		358	358
Total	82,562	19,372	101,934

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Totonicapán, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	459	44	503
Primaria[1]	2,122	176	2,298
Básicos[1]	53	575	628
Diversificado[1]	44	113	157
Superior[2]		22	22
Total	2,678	930	3,608

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Totonicapán, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006, [2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Alfabetismo en la población del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	179,110	83.1
Analfabeta	36,684	16.9
Total mayores de 15 años	215,794	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Totonicapán, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 21
Indicadores de trabajo del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	62.94%
Actividad económica principal[2]	Industria manufacturera textil y alimenticia, agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio, restaurantes y hoteles
Productos agrícolas principales[3]	Trigo, maíz, fríjol, legumbres, frutas, ganado ovino
Productos artesanales principales[3]	Textiles, cerámica, madera
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 1,350.00
Población económicamente activa[2]	66.3%

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Totonicapán, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 22
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Totonicapán.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q1,486,523.65
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q4,227.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Totonicapán, año 2006

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE TOTONICAPÁN

La presente Discusión de Resultados se realiza en base a la caracterización del VIH y SIDA en el departamento de Totonicapán de acuerdo a las dimensiones que mejor describen el perfil de necesidades y condiciones de vida de esta población las cuales son: Dimensión Biológica, Dimensión Estilos de Vida, Dimensión Atención en Salud y Dimensión Socioeconómica.

Esta caracterización de la población de Totonicapán y del VIH y SIDA como problema de impacto a nivel mundial es una forma de hacer investigación en la cual se describen y explican problemas con el fin de poderlos comprender, abordar y resolver. Combatir el VIH y SIDA es uno de los objetivos incluidos dentro de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, acordado por los países miembros de las Naciones Unidas para el año 2015 (109).

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Totonicapán es de 407,124 habitantes (tabla 1), 47.19% son de sexo masculino y 52.81% es de sexo femenino. 83.3% de esta población es menor de 39 años y la pirámide poblacional (gráfica 1) es de base ancha. La densidad de población en Totonicapán es de 390 habitantes por Km2, mostrando mucha diferencia con los datos a nivel nacional, cuyo promedio de densidad

demográfica es de 118 habitantes por Km2. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección del VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Otros indicadores demográficos importantes de analizar son la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes. Estos indicadores son útiles porque representan a dos grupos de población afectados por el VIH y SIDA en una proporción importante y porque sus características y variaciones a través del tiempo permiten brindan información para tomar decisiones en la gestión de los programas de atención y en la priorización de acciones para enfrentar la epidemia del SIDA de manera más efectiva.

En Totonicapán el *porcentaje de Mujeres en Edad Fértil* es de 47% (tabla 2), la Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reporta un total de 9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres, y de éstas 82% se encuentra comprendido en los rangos de edad fértil, esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y SIDA (26).

El número total de *migrantes* del departamento de Totonicapán reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye 21,810 personas; este dato es relevante ya que se considera pueden existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta población al regresar

a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, ésta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán, San Marcos.

Según datos del Área de Salud del departamento de Totonicapán, se reportaron para el año 2006, 9 casos de VIH (7 casos de sexo masculino y 2 de sexo femenino, tabla 3) y 4 casos de SIDA (3 de sexo masculino y 1 de sexo femenino, tabla 3). Debe compararse este número de casos con los encontrados en otros departamentos del occidente y de las rutas comerciales del país, para evaluar la verdadera prevalencia de esta enfermedad respecto a otras regiones del país.

La candidiasis esofágica fue la primera cusa de *morbilidad asociada a SIDA*, seguido del síndrome de desgaste y de la diarrea de más de 30 días de duración. Los pacientes del sexo masculino son más afectados que los del sexo femenino; el grupo etáreo más afectado se encuentra entre los 25 y 39 años, tanto en varones como en mujeres (tabla 4).

No se cuentan en este informe mujeres en edad fértil, debido a que no hubo morbilidad en este grupo de población durante el período de estudio.

En el año 2006 fueron reportadas dos muertes asociadas al SIDA, ambas por causa desconocida (tabla 5). No se presentan resultados sobre mortalidad en embarazadas o

puérperas, menores de un año y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Totonicapán en el año 2006.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) reportada por el área de salud de Totonicapán es de 0.49 muertes x 100,000 habitantes.

La razón de masculinidad de pacientes con VIH para el departamento de Totonicapán para el año 2006 fue de 7:2 (tabla 6), esto se presenta de manera distinta a como se da a nivel nacional ya que en Guatemala dicha razón de masculinidad es de 4:2; la prevalencia sigue siendo mayor en el sexo masculino.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento. Las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. En Totonicapán, 5.5% (tabla 7) de la población es ladina, el resto de los pobladores (95%) es de raza indígena; esto es diferente a lo reportado a nivel nacional (54.85% de no indígenas), donde los porcentajes de población son similares. Esta tendencia es importante dado que evidencia que el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo cual los servicios de salud tienen el

reto para evitar la enfermedad en este grupo de población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto dentro como fuera de los servicios de salud. Esto se da por una de dos razones: las prácticas que ponen en mayor riesgo la adquisición de VIH son practicadas con mayor frecuencia por los ladinos o, por razones de cultura y barreras del idioma, los indígenas no consultan a los centros de salud y por esto no se detectan más casos de VIH o de SIDA en pobladores de raza indígena, de los cuales se encuentra en Totonicapán la etnia k´iché (tabla 8).

En el departamento de Totonicapán, según la conferencia Episcopal de Guatemala, 2.98% de los templos son católicos, 93.2% de templos no católicos y 3.73% de altares para ritos mayas (tabla 9).

Sobre la *situación de consumo de drogas en el departamento* durante el año 2006 (tabla 10), se reporta un total de 600 casos de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas, sino que existe un subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según la Secretaría Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), si se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para al adquisición del VIH y el SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados (17).

En Totonicapán se encuentran registrados 13 lugares en los cuales se realiza comercio sexual (tabla 11). No se encuentran en el área de salud registros en cuanto a trabajadoras del sexo registradas.

La *profilaxis sexual* que se ofrece a través de preservativos ha sido bien difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Totonicapán ya que no sólo los trabajadores del sexo se encuentran dentro de este programa, sino que la población en general utiliza este método como medida preventiva. 92.9% de los anticonceptivos es distribuido a la población femenina trabajadora del sexo, el resto (7.1%) a la población masculina (tabla 12). No se cuenta con datos sobre pacientes que los reciban para planificación familiar. Es importante la difusión de la información del preservativo, no sólo como método anticonceptivo, sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

En Totonicapán existen 26 médicos, esto permite que haya un médico por cada 15,658 personas (tabla 13), lo cual evidencia la escasez de personal médico por habitantes en el departamento de Totonicapán ya que según la OPS el estándar de médicos por habitante es de 14 por 10,000. A nivel nacional hay 9 médicos por cada 10,000

habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 13, existiendo una enfermera por cada 31,317 habitantes (tabla 13), que según la guía de indicadores priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 118, siendo 1 auxiliar de enfermería por 3,450 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de cinco auxiliares por 10,000 habitantes.

El departamento no cuenta con promotores de salud, odontólogos, psicólogos ni trabajadores sociales (tabla 13).

Asimismo, el departamento cuenta con el siguiente personal de salud: 26 técnicos en salud (1 técnico por 15,658 habitantes), 1 laboratorista (1 laboratorista por 407,124 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante (tabla 13).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Totonicapán cuenta con un Hospital Nacional, no hay Centros de Salud tipo A, hay 9 Centros de Salud tipo B, 25 Puestos de Salud (tabla 14), lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad

Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores y patronos; el departamento cuenta con una clínica en la cual no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población cubierta por el IGSS no tiene accesibilidad a nivel departamental a servicios para la atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 14).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 38 clínicas privadas (tabla 14).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en su Informe Final de Mapas de Pobreza, el Instituto Nacional de

Estadística (INE), la *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1,911 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 85.62% de la población total del departamento de Totonicapán se encuentra pobre y 55.62% extremadamente pobre (tabla 15). Estos datos son similares a los reportados por la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN) a nivel nacional, encontrándose un departamento pobre en términos generales.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB *per cápita* en USSD). Totonicapán, con un índice de desarrollo humano en 0.374, se clasifica con un Desarrollo Humano bajo (tabla 15). Éste es menor que el de la república de Guatemala (0.663), que se interpreta como un nivel medio. Esto disminuye las posibilidades de una correcta información en cuanto al VIH, las formas de transmisión y el acceso al tratamiento en caso de contraer la infección.

Organización social y política: El departamento de Totonicapán cuenta con 14 partidos políticos (tabla 16).

La organización social de Totonicapán está compuesta por 104 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 8 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 18), Según Gobernación Departamental por cada 22 COCODES debe haber un COMUDE, encontrándose una diferencia de 9 COMUDES para el estándar. Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales que conforman la organización social del departamento.

Educación: El *porcentaje de analfabetas* en el departamento de Totonicapán es de 16.9% (tabla 20); casi un cuarto de la población no sabe leer y escribir; estos indicadores son bajos en comparación de los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas), este nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el VIH y cómo prevenirlo. Se debe tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención para que estos sean efectivos.

El departamento cuenta con 954 *centros dedicados a la educación* (sector público y privado) (tabla 17); para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades como el VIH SIDA y de transmisión sexual.

Asimismo se encuentran inscritos en el departamento 101,934 *estudiantes* en el año 2006 (tabla 18); considerando que es el 25.03% del total de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

El departamento de Totonicapán cuenta con 3,608 *maestros* tanto del sector público como del sector privado (tabla 19), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades antes descritas en pro de la disminuir y controlar el VIH y el SIDA en el departamento.

Trabajo: La *tasa de empleo* en el departamento de Totonicapán es de 62.94%, el *ingreso promedio mensual* de Q.1,350.00, y *población económicamente activa* 66.3%, (tabla 21); éstas son menores en comparación a nivel nacional la cual consiste en 75.4% de tasa de empleo, un ingreso mensual de Q.2,329.16, y PEA de 69.85%, dichos datos son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran la industria manufacturera textil y alimenticia, agricultura y comercio. Los productos agrícolas principales son trigo, maíz, fríjol, legumbres, frutas, ganado. El producto artesanal principal constituye los textiles, cerámica (tabla 21). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso

al empleo y capacitación de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Totonicapán es de Q 1,486,523.65, el cual representa 0.003% del total del presupuesto de la nación de Q 491, 293,744.83. El presupuesto asignado para los programas de VIH y SIDA es de Q 4,227. A nivel nacional dicho programa recibe un total Q812,074.00 el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación.

6.23. DEPARTAMENTO DE ZACAPA

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

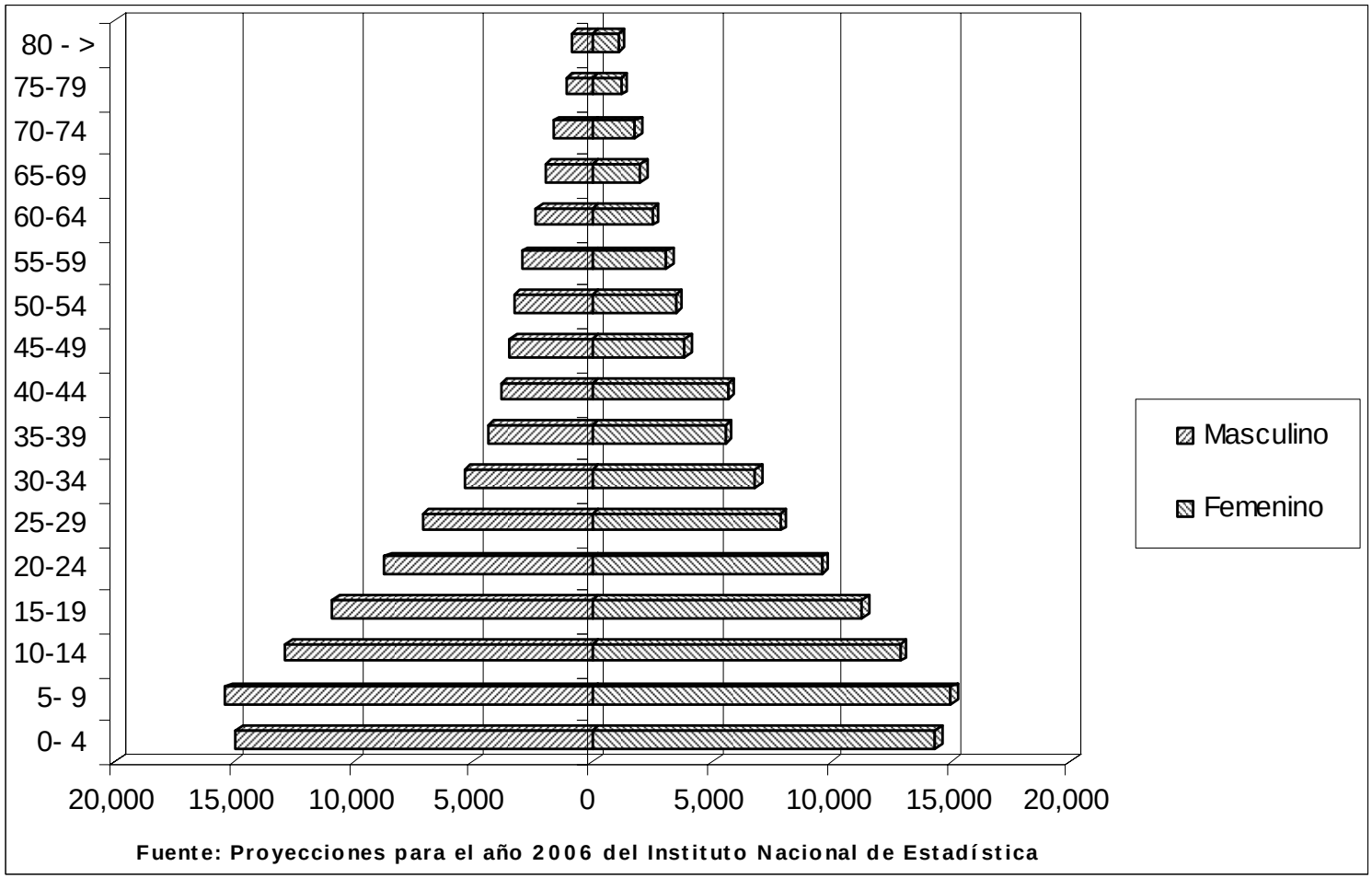
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4	14,894	14,345	29,239
5- 9	15,337	15,005	30,342
10-14	12,837	12,894	25,731
15-19	10,861	11,314	22,175
20-24	8,679	9,611	18,290
25-29	7,065	7,852	14,916
30-34	5,349	6,838	12,187
35-39	4,357	5,543	9,901
40-44	3,837	5,652	9,488
45-49	3,447	3,875	7,322
50-54	3,307	3,497	6,804
55-59	2,938	3,113	6,051
60-64	2,353	2,490	4,843
65-69	1,972	2,033	4,005
70-74	1,665	1,808	3,473
75-79	1,123	1,221	2,344
80 y más	909	1,068	1,976
Total	100,930	108,159	209,089

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	78 habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	30.41%
Población migrante[1]	20,908

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Zacapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH						1							9	5	12		22	17	5	4			2	3					50	30
SIDA																	1	1			3								4	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Zacapa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre morbilidad asociada a SIDA y casos en mujeres embarazadas o puérperas debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Zacapa en el año 2006.

1.3) Mortalidad

Tabla 4
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																										
SIDA		1											1	1			3								4	2
Total		1											1	1			3								4	2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Zacapa, año 2006

Tabla 5
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

	Grupo etáreo	< 1 año		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1	SIDA		1		100	1
Total			1		100	1

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Zacapa, año 2006

NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas o en puerperio, y niños de 1 a 4 años, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de Zacapa en el año 2006.

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 6
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.87 x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	20.61 x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	5:3

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Zacapa, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 7
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	199,889	96
Indígena	9,200	4
Total	209,089	100

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 8
Idiomas hablados en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No
Español	X	
Quiche		X
Kaqchiquel		X
Mam		X
Tzutuhil		X
Keqchi		X
Pocomam		X
Pocomchi		X
Achi		X
Chuj		X
Chortí	X	
Xinca		X
Garífuna		X
Otros		X

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 9
Templos y altares religiosos del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]	22	9.5
Templos no católicos[2]	133	57.5
Altares para ritos mayas[3]	76	33.0
Total	231	100

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 10
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol			1	100	1
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total			1	100	1

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Zacapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 11
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	23	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Zacapa, año 2006

Tabla 12
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	450	100
Masculino		
Total	450	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Zacapa, año 2006

Tabla 13
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino	2,641	100
Masculino		
Total	2,641	100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Zacapa, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 14
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos	67	1 médico por 3,121 habitantes
Enfermeras	40	1 enfermera por 5,227 habitantes
Auxiliares de enfermería	208	1 aux. de enfermería por 1,005 habitantes
Técnicos en salud rural	13	1 téc. en salud rural por 16,084 habitantes
Laboratoristas	18	1 laboratorista por 11,616 habitantes
Odontólogos	1	1 odontólogo por 209,089 habitantes
Psicólogos	1	1 psicólogo por 209,089 habitantes
Trabajadores sociales	4	1 trabajador social por 52,272 habitantes
Promotores de salud	9	1 promotor de salud por 23,232 habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Zacapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 15
Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	1
Hospitales distritales[1]	0
Hospital especializado[1]	0
Centros de salud tipo A[1]	2
Centros de salud tipo B[1]	9
Puestos de salud[1]	43
Unidades mínimas[1]	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	0
Clínicas del IGSS[2]	8
Clínicas privadas[1]	130
Clínicas comunitarias[1]	0
Centros de diagnóstico[1]	0
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA	0

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Zacapa, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 16
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	60%
Pobreza extrema	15%
Índice de desarrollo humano	0.64

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 17
Organización política y social del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos$_1$	15
COCODES$_2$	98
COMUDES$_2$	10

Fuente: $_1$Delegación Departamental de Zacapa, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
$_2$Gobernación Departamental de Zacapa, año 2006

4.3) Educación

Tabla 18
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	128	136	264
Primaria[1]	332	32	364
Básicos[1]	59	31	90
Diversificado[1]	11	29	40
Superior[2]		1	1
Total	530	229	759

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Zacapa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 19
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	4,322	4,483	8,805
Primaria[1]	22,174	14,366	36,540
Básicos[1]	3,320	4,848	8168
Diversificado[1]	2,514	1,514	4,028
Superior[2]		876	876
Total	32,330	26,087	58,417

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Zacapa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 20
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]	428	510	938
Primaria[1]	170	205	375
Básicos[1]	226	261	487
Diversificado[1]	324	101	452
Superior[2]		229	229
Total	1,148	1,306	2,454

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación de Zacapa, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 21
Alfabetismo en la población del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta	93,934	75.86
Analfabeta	29,842	24.11
Total mayores de 15 años	123,776	100

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Zacapa, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 22
Indicadores de trabajo del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	91%
Actividad económica principal[2]	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio
Productos agrícolas principales[3]	Cultivos de exportación (melón, sandia, tabaco y okra) y cultivo local (maíz, frijol, cebolla, tomate, chile dulce, mango, marañón, pepino)
Productos artesanales principales[3]	Cerámica tradicional, cerería, cestería, cobre, cuero, escobas, imaginería, hojalatería, instrumentos musicales, jícaras y guacales, ladrillo
Ingreso promedio mensual por familia[4]	Q 2,500.00
Población económicamente activa[2]	72 %

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento de Zacapa, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 23
Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Zacapa.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	Q 390,216.00
Asignado en el área de salud para programas de VIH	Q 0.00

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Zacapa, año 2006

NOTA: En el área de salud de Zacapa no existe un presupuesto específico para programas de VIH.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DEPARTAMENTO DE ZACAPA

A continuación se analizarán los resultados del estudio sobre la Situación de VIH y SIDA en el departamento Zacapa de acuerdo a las dimensiones: biológica, estilos de vida, atención en salud y socioeconómica, así como sus respectivas subdimensiones.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El objeto principal de esta dimensión es el ser humano en sí, se concentra en su constitución como individuo. Incluye las siguientes subdimensiones:

Demografía: La población total de Zacapa es de 209,089 habitantes (tabla 1) con un predominio del sexo femenino (51.73%). 77.85% de esta población es menor de 39 años y la *pirámide poblacional* es de tipo expansivo lo cual indica la existencia de una población joven y una tasa de crecimiento elevada. La *concentración poblacional* (tabla 2) es menor a la de la República de Guatemala, ya que esta es de 118 habitantes por kilómetro cuadrado mientras que la de este departamento es 78 habitantes por kilómetro cuadrado. Dadas estas características de la población se considera un grupo altamente vulnerable y con mayor riesgo de contraer la infección por VIH, lo cual apoya lo publicado en el libro “Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala”, que reporta que la mayoría (83.2%) de los casos reportados de VIH y SIDA en el país se encuentran en el grupo etáreo de 20-39 años (101).

Dentro de los indicadores demográficos importantes para analizar se encuentran, la proporción de mujeres en edad fértil y la cantidad de migrantes que hay en el departamento. Estos indicadores son útiles porque representan 2 grupos de población afectados por el VIH y SIDA en gran magnitud y porque sus variaciones a través de los años permiten dirigir los programas de educación en salud de una manera más efectiva. En Zacapa la proporción de *Mujeres en Edad Fértil* es de 30.41% (tabla 2). La Unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006, reportó un total de "9,743 casos de VIH y SIDA en Guatemala, de los cuales hay un total de 2,880 mujeres y de éstas 82% se encuentran comprendidas en edad fértil", esto incluye a dichas mujeres en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH (26).

El número total de migrantes del departamento de Zacapa reportados en la Memoria Informática de Labores del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituye 10% de la población en dicho departamento, este dato es trascendental, ya que se considera que dentro de este grupo poblacional pueden existir conductas de riesgo que los predisponen a contraer la infección y a trasmitirla al regresar a su lugar de origen. En cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA", que corresponde a los departamentos que se encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Zacapa pertenece a esta ruta y colinda por el sur con Chiquimula, un departamento fronterizo con Honduras y El Salvador, por lo que es una población en riesgo (13).

La *morbilidad* por VIH y SIDA en Zacapa, según el Área de Salud del departamento (tabla 3) para el año 2006, fue de 80 casos de VIH (50 casos de sexo masculino y 30 de sexo femenino) y 5 casos de SIDA lo que indica una tasa de 40.6 casos por 100,000 habitantes, similar a la tasa a nivel nacional, la cual fue de 40.86 casos por 100,000 habitantes para el año 2006, según el Programa Nacional de Prevención de VIH y SIDA. Esto podría deberse a que los estilos de vida en este departamento contribuyen a generar más casos, o a que más personas consulten a los diferentes servicios de salud. (23,101).

En el año 2006 según el Área de Salud no se reportaron *mujeres embarazadas o en puerperio* con diagnóstico de VIH y SIDA. Es importante realizar pruebas de tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir el riesgo de transmisión vertical.

Las *morbilidades asociadas a SIDA* no fueron reportadas en esta Área posiblemente por haber referido a sus pacientes, o porque no los subclasifican en las boletas que se generan.

En el año 2006, en cuanto a *mortalidad*, fueron reportadas 5 muertes asociadas al SIDA, 2 de estas fueron por neumonía y 2 por enfermedades del sistema nervioso central, las 4 muertes ocurrieron en pacientes del sexo masculino, y 1 en una paciente del sexo femenino; 3 casos ocurrieron en hombres entre los 50 y los 59 años (tabla 4). Este último dato fundamental dadas sus implicaciones, ya que la detección de la infección a esa edad obedece ya sea al período de ventana de la enfermedad o a un retraso en el diagnóstico, pero en cualquiera de los casos evidencia que no solo la

población joven representa un grupo de riesgo. En el resto del país la mayoría de casos de VIH y SIDA se presentan en menores de 39 años y la falta de tratamiento a pacientes con VIH en Guatemala predispone a que la muerte por SIDA sea a una edad temprana, como en el caso de los otros 2 pacientes que se ubicaban entre los 25 a los 39 años.

Hubo una sola muerte por SIDA en un menor de un año (tabla 5) en quien no se específico la causa directa, la transmisión fue vertical dada la edad del paciente. Al no ser correctamente especificada la causa directa, queda un vacío en la información.
No se analizan los datos de *mortalidad en mujeres embarazadas y niños de 1 a 4 años por VIH y SIDA*, dado que según el Área de Salud del departamento de Zacapa no se reportan casos para el periodo de estudio.

La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 6) reportada por el Área de Salud de Zacapa es de 2.39 muertes x 100,000 habitantes, similar a la tasa a nivel nacional que es de 2.2 muertes x 100,000 habitantes.

La *razón de masculinidad* de pacientes (tabla 6) con VIH para el departamento de Zacapa para el año 2006 fue de 5:3, esto se presenta de manera sin diferencias importantes en relación con la razón de masculinidad a nivel nacional que es de 4:2. La mayor cantidad de hombres reportados en el departamento de Zacapa puede ser no necesariamente porque hayan más hombres infectados sino que éstos podrían probablemente más acceso a los servicios de salud, o bien podrían estar más expuestos al riesgo.

DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

Esta dimensión se refiere a riesgos autogenerados de acuerdo a las formas de conducta de los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas de comportamiento individual y colectivo.

Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento, por lo que las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición de enfermedades. El departamento de Zacapa está compuesto en 4.4% por población indígena y en 95.6% por no indígenas (tabla 7), esto difiere de lo reportado a nivel nacional (54.83% de no indígenas) donde los porcentajes de población de ambos son más equitativos. Según el estudio de la OMS en Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena. Esta subdimensión es muy importante en la adquisición de VIH, porque los dos grupos poblacionales tienen prácticas y cuidados de salud sexual y reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas, siendo los idiomas hablados en el departamento el español y el chortí (tabla 8). Parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

Sobre la *situación de consumo de drogas* en el departamento durante el año 2006 (tabla 10), se reporta un total de 1 caso de alcoholismo, esto no debe interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un subregistro o falta de estudios al respecto, ya que a nivel nacional si se reporta el consumo de drogas

tales como los cigarrillos, sustancias inhaladas, la marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis (17).

El consumo de drogas es un factor de riesgo importante para la adquisición de VIH y SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Sobre lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 11) se encuentran registrados 23 lugares, pero se considera que existen sitios clandestinos. Es preocupante el poco control de estos lugares siendo la transmisión sexual la principal vía de infección en Guatemala. Según el departamento de Salud Reproductiva del Área de Salud de Zacapa hay 450 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo (tabla 12), desconociéndose si existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y transmitir esta enfermedad.

La profilaxis sexual que se ofrece a través de preservativos ha sido difundida por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Zacapa, pero es cuestionable si realmente todas las usuarias lo utilizan con esos fines, pues pareciera que la finalidad es más que todo de control de la natalidad, ya que 100% de las usuarias son mujeres y no hombres (tabla 13). Por lo tanto es importante la difusión de la información del

preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla el programa de profilaxis sexual que esta dirigido a las trabajadoras del sexo en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar enfermedades de transmisión sexual así como VIH y SIDA para contrarrestar el avance de esta enfermedad.

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

Esta dimensión se refiere a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Personal dedicado a la salud: En Zacapa existen un total de 67 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 3,121 personas (tabla 14), lo cual evidencia la falta de personal médico por habitantes en el departamento de Zacapa ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médico por cada 9,489 habitantes, este dato revela que no se cuenta

con el personal médico necesario para cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 40 , existiendo 1 enfermera por cada 5,227 habitantes (tabla 14), según la Guía de Indicadores Priorizados la cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el cual es de 208, siendo 1 auxiliar de enfermería por 1,005 habitantes encontrándose en el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000 habitantes.

El departamento cuenta con 9 promotores de salud (1 promotor por 23,232 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por 1,200 habitantes, colocando al departamento lejano al ideal propuesto (tabla 14).

Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 13 técnicos en salud (1 técnico por 16,084 habitantes) 18 laboratoristas (1 laboratorista por 11,616 habitantes), odontólogos (1 odontólogo por 209,089 habitantes), psicólogos (1 psicólogo por 209,089 habitantes), 4 trabajadores sociales (1 trabajador por 52,272 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar comparaciones sobre el personal de salud por habitante. (tabla 14).

Infraestructura de servicios: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento de Zacapa cuentan con 1 Hospital Regional, 2 Centros de Salud tipo A y 9 tipo B, 43 Puestos de Salud, O unidades mínimas y 0 centros de convergencia, lo cual implica una sobrecarga

de pacientes atendidos para los escasos recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el paciente viviendo con VIH y SIDA, por lo que la persona afectada debe de ser referida a la ciudad capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los pacientes que acuden al sistema público de salud son personas de escasos recursos, se encuentran en desventaja con respecto a los capitalinos, ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 15).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 8 infraestructuras en las cuales no se da tratamiento para pacientes con diagnóstico de VIH y SIDA, sino que son referidos a nivel central, por lo que la población afectada cubierta por el IGSS no tiene acceso a nivel departamental a sus servicios (tabla 15).

El sector privado presta servicios a la población financiados mediante el pago directo del usuario de las cuales el departamento cuenta con 130 clínicas privadas. No se encuentran centros de diagnóstico por imágenes (tabla 15).

En Zacapa no existe una ONG específica para VIH y SIDA (tabla 15).

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permite a los pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

Pobreza: Según “la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN”, la pobreza general se define como un ingreso anual de Q 4,318.00 o menos por persona, incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se define como pobreza extrema el ingreso anual de Q1,911.00 o menos, incluyéndose 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del año 2005, 60% de la población total del departamento de Zacapa se encuentra pobre y 15% extremadamente pobres (tabla 16).

La situación antes señalada es muy importante porque El VIH y SIDA tiene efectos más graves entre los pobres, quienes carecen de recursos económicos y tienen limitado apoyo social, lo cual los hace más vulnerables. Además, la pobreza disminuye el acceso a la educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención de VIH y SIDA; se acompaña de niveles bajos de salud por lo que la población presenta incidencias altas en otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y otras. La nutrición deficiente inherente a la pobreza, en caso de contraer VIH disminuye la

calidad de vida y el periodo de ventana para el desarrollar SIDA es menor, aumentando también la mortalidad.

El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).
Zacapa con un *Índice de Desarrollo Humano* en 0.64, se clasifica como medio al igual que la República de Guatemala (0.635) que también se interpreta como un nivel medio. La alta prevalencia de VIH y SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activas no permite el progreso del país provocando un estancamiento e incluso un retroceso en el desarrollo humano, por este motivo es necesario detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

Organización social y política: El departamento de Zacapa cuenta con 15 partidos políticos (tabla 17).

La organización social de Zacapa esta compuesta por 98 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 10 COMUDES (Consejo Municipal del Desarrollo) (tabla 17). Según gobernación departamental por cada 22 COCODES debe haber 1 COMUDE, para este departamento hay solamente 9 COCODES por COMUDE. Estas entidades están integrados por representantes de las distintas comunidades del departamento, es necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud de la Situación de VIH y SIDA y su prevención. De manera que se priorice la enfermedad y se formulen conjuntamente proyectos para la educación de los habitante.

De modo que se apoye una respuesta social organizada, con pertinencia cultural, que cuente con la participación de los sectores de educación, salud, medios de comunicación y de los otros grupos que conforman la organización social del departamento.

Educación: El porcentaje de analfabetas en el departamento de Zacapa es de 24.11%, este porcentaje (tabla 21), es similar a los de nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.04% (74.96% alfabetas). Un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre VIH y SIDA y su prevención. Asimismo la información no es preparada de forma adecuada para la comprensión por parte de estas personas. Es indispensable tomar en cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención a fin de que sean efectivos.

El departamento cuenta con 759 centros dedicados a la educación (sector público y privado) (tabla 18), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad para implementar en ellos programas de educación sexual y preventiva para enfermedades de transmisión sexual como el VIH y SIDA y otras.

Asimismo se encontraron inscritos 58,417 estudiantes para el año 2006 (tabla 19), considerando que es 27.94% del total de la población, refleja la importancia de utilizar el recurso descrito para desarrollar acciones de promoción y educación en salud dentro de la población.

El departamento de Zacapa cuenta con 2,454 maestros tanto del sector público como del sector privado (tabla 20), como personas encargadas de la educación de la población, son un recurso humano significativo que se podría utilizar para apoyar y liderar las actividades que persiguen disminuir y controlar el VIH y SIDA en el departamento.

Trabajo: Zacapa es un departamento con una tasa de empleo de 91% y una población económicamente activa de 72% con un ingreso promedio mensual de Q2,500, (tabla 22). En relación a los datos a nivel nacional en donde se reporta una tasa de empleo en 53.82%, Zacapa presenta una tasa considerablemente mayor, en tanto el ingreso mensual de Q2, 326.19 y la PEA de 69.85%, no presenta diferencias importantes con los datos departamentales. La PEA es el grupo más afectado por el VIH y SIDA, lo cual repercute en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Situación que disminuye la productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

Entre las *actividades económicas principales* se encuentran la agricultura, caza, selvicultura, pesca y comercio, los productos agrícolas principales son los cultivos de exportación (melón, sandia, tabaco y okra) y cultivo local (maíz, frijol, cebolla, tomate, chile dulce, mango, marañón, pepino). Los *productos artesanales principales* son la cerámica tradicional, cerería, cestería, cobre, cuero, escobas, imaginería, hojalatería, instrumentos musicales, jícaras y guacales (tabla 22). Lo anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y se capacite a la población a modo de mejorar la

calidad de vida de las personas, lo cual se reflejará posteriormente a través de una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA.

Inversión en salud: El *presupuesto anual* asignado al Área de Salud de Zacapa es de Q390, 216.00 (tabla 23) el cual representa 0.07% del total del presupuesto de la nación asignado para las Áreas de Salud de Q491, 283,744.83. En el Área de Salud no se tiene estipulado ningún presupuesto específico de VIH y SIDA, a nivel nacional dicho programa recibe un total de Q812, 079.00, el cual representa 0.16% del presupuesto general de la nación.

Es importante que se destine un presupuesto específico para VIH y SIDA al Área de Salud del departamento de Zacapa, ya que como se observa la enfermedad esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados. Hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH y SIDA como una enfermedad prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en detener y disminuir dicha epidemia.

7. CONCLUSIONES

7.1. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

A. La población guatemalteca tiene características demográficas de una población joven (81.4% menores de 39 años), con una alta proporción (30.36%) de mujeres en edad fértil, este patrón es similar a lo encontrado en todos los departamentos del país, a diferencia de lo observado en la densidad demográfica que no existe un patrón homogéneo: el Departamento de Guatemala se observa la mayor concentración poblacional (1,298 habitantes por Km^2) y en Petén la menor concentración poblacional (16 habitantes por Km^2).

B. Los departamentos con mayor número de migrantes son San Marcos, Quiché y Guatemala, los cuales se caracterizan por ser de mayor nivel comercial y son departamentos fronterizos que facilitan el movimiento poblacional entre países. Además San Marcos y Guatemala, se encuentran en la denominada ruta del SIDA.

C. En la mayoría de los casos de VIH, tanto en los departamentos estudiados, como a nivel del país existe un predominio del sexo femenino, representando a nivel nacional 52.14% de la población.

D. Los casos de SIDA reportados a nivel nacional son predominantemente en personas del sexo masculino, sin embargo en los departamentos de Totonicapán, Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz hay un predominio de la enfermedad en personas del sexo femenino.

E. Los casos de VIH y SIDA, tanto en los departamentos estudiados como a nivel de todo el país, afectan predominantemente a población joven (menores de 39 años), siendo 76.7% de todos los casos reportados.

F. Los departamentos con mayor número de casos de VIH son Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez, Escuintla y Petén, los cuales también tienen el mayor número de casos reportados de SIDA y son departamentos con densidad demográfica elevada. Dichos departamentos presentan a su vez el mayor número de casos de mortalidad por SIDA.

G. La morbilidad asociada a SIDA más frecuente fue: Causa no específica, Herpes, Síndrome de Desgaste, Diarrea mayor de 30 días, SIDA, Neumonía y Tuberculosis, las cuales son enfermedades oportunistas frecuentes en los personas con VIH y SIDA, que disminuyen la calidad de vida de los pacientes.

H. Los departamentos con mayor número de mujeres embarazadas con VIH y SIDA se reportaron en Petén, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Izabal, San Marcos, en dichos departamentos reporta mayor número de casos de VIH y SIDA, a su vez poseen altas proporciones de mujeres en edad fértil. En ningún departamento se reportó muertes asociadas a SIDA en mujeres embarazadas o en puerperio.

I. La tasa de mortalidad específica por SIDA varía entre los departamentos de acuerdo al número de casos reportados, los departamentos con una tasa elevada son Retalhuleu y Quetzaltenango con 10.29 y 12.76 casos por 100,000 habitantes respectivamente, superando lo reportado a nivel de todo el país (2.20 casos por 100,000 habitantes). Las tasas de mortalidad infantil asociada a SIDA más elevadas, se encontraron en los departamentos de Izabal y Quetzaltenango.

7. 2. CARACTERÍSTICAS DE ESTILOS DE VIDA

A. El grupo étnico mas afectado por el SIDA en el país es el no indígena, que representa 66% de la población total del país, no pudiéndose determinar la situación de la epidemia en el grupo no indígena, dado que las fuentes de información consultadas no cuentan con esta información.

B. Según las Áreas de Salud de la República de Guatemala, un total de 3,091 personas consumían drogas (alcohol, tabaco, drogas ilícitas). No hay estudios específicos por departamento respecto al consumo de drogas.

C. El departamento con mayor número registrado de lugares para el comercio sexual es Guatemala, seguido por Jutiapa, San Marcos y Quiché. A su vez Zacapa, Escuintla, Jutiapa y Guatemala son los departamentos que reportan el mayor número de trabajadoras del sexo, coincidentemente son departamentos que tienen las mayores prevalencias de infección por VIH y SIDA, por lo que se hace necesario un mejor control de esta población dados los riesgos a la salud inherentes a su profesión.

D. Los departamentos de Guatemala y Petén son los que reportan mayor número de usuarios de profilaxis sexual; al contrario el departamento de Izabal no reporta ningún usuario del programa de profilaxis sexual, a pesar de ser uno de los departamentos que cuenta con mayor número de casos reportados de VIH y SIDA.

7.3. CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD

A. Los servicios de atención a la salud en todos los departamentos y en el país son prestados prioritariamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en una menor parte por prestadores privados y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

B. La mayoría de recursos humanos que prestan los servicios de atención a la salud en todos los departamentos y en el país son insuficientes en cantidad y no cumplen con los estándares internacionales en relación a al número de acuerdo al tamaño de la población.

C. Existe mayor concentración de los servicios de atención a la salud y de VIH y SIDA en el departamento de Guatemala. También se encuentra en este departamento la mayoría de los recursos humanos y la mayor cantidad de unidades de atención de la red de servicios de salud.

D. En apoyo a la red de servicios de salud del país existen registradas un total de 51 ONG´s que trabajan en actividades relacionadas con VIH y SIDA distribuidos en los departamentos de la República, a excepción de los departamentos de El Progreso, Chimaltenango, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, Quiche, Suchitepéquez y Zacapa, a pesar que en éstos se reporta un gran número de casos de VIH entre sus habitantes.

7.4. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

A. La mayoría de la población (56.20%) se encuentra en situación de pobreza, existiendo diferencias entre los distintos departamentos tal es el caso del departamento de Totonicapán donde esta alcanza 85.62% y el departamento de Guatemala que tiene 14.20%. A su vez 16% de la población total del país se encuentra en situación de extrema pobreza, con diferencias entre los departamentos como Totonicapán donde esta alcanza 55.62% y Guatemala que tiene 1.60%.

B. El Índice de Desarrollo Humano nacional es de 0.663 el cual coloca a Guatemala como un país con un Índice de Desarrollo Humano medio, sin embargo existen diferencias entre departamentos; el menor Índice de Desarrollo Humano lo presenta Totonicapán (0.374). La mitad de los departamentos del país presenta un Índice de Desarrollo Humano bajo, lo cual constituye un obstáculo para el desarrollo y avance del país así como el control de la epidemia del SIDA.

C. El grupo más afectado por la epidemia del VIH y SIDA, tanto en los departamentos como a nivel nacional, es la población económicamente activa, la cual representa 69.85% de la población, lo cual tiene repercusiones sociales y económicas negativas para el país.

D. A nivel nacional un total de 25.04% de sus habitantes son analfabetas, encontrando diferencia con los departamentos estudiados tal es el caso de Huehuetenango donde el analfabetismo alcanza 44%.

E. La principal actividad económica e la población a nivel nacional es la agricultura, 20 de los 22 departamentos la practican como medio de subsistencia, encontrándose al maíz, café y frijol como los principales productos agrícolas que se producen. Los textiles son el producto artesanal más frecuente encontrado en los departamentos.

F. El país y todos los departamentos estudiados cuentan con organizaciones civiles, partidos políticos, comités cívicos, consejos comunitarios de desarrollo y consejos municipales, que constituyen una fortaleza social para enfrentar la epidemia en el país en acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y SIDA.

G. Existen iniquidades en la asignación del presupuesto para el VIH y SIDA, ya que solo 8 de los 22 departamentos del país (Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Progreso, Jutiapa, Peten, Quetzaltenango, Retalhuleu y Totonicapán), los cuales cuentan con presupuesto específico para VIH y SIDA, el resto utiliza el presupuesto ordinario del Área de Salud como recurso para desarrollar acciones para enfrentar la enfermedad.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

A. Promover la ejecución de planes de acción en promoción y educación en salud dirigidos a la población más afectada por la enfermedad: jóvenes, mujeres en edad fértil, población migrante y las y los trabajadores comerciales del sexo, con el fin de informar las formas de adquisición y prevención de la infección por VIH y SIDA.

B. Realizar estudios a nivel departamental para caracterizar el consumo de drogas ilícitas y alcohol en la población, y de este modo tomar acciones específicas de salud relacionadas con los resultados encontrados.

C. Fortalecer el programa nacional de profilaxis sexual porque aun existen departamentos que cumplen con las metas establecidas para protección del las y los trabajadores del sexo.

D. Promover acciones de prevención del SIDA apoyándose en las organizaciones e instituciones sociales gubernamentales y no gubernamentales que existen en los departamentos, prioritariamente en aquellos que tengan prevalencias más alta de VIH SIDA.

E. Promover la descentralización en el manejo de los pacientes con VIH y SIDA así como mejorar y crear infraestructuras dedicadas a dicha enfermedad. Asimismo facilitar la compra y distribución de medicamentos antirretrovirales en los distintos centros de primer nivel departamentales.

F. Evaluar la contratación de personal médico y paramédico para cubrir la demanda poblacional y mejorar los servicios de atención con base a los estándares necesarios para todo el país. así como la creación de personal de enfermería especializado en VIH y SIDA.

G. Tomar en cuenta los recursos humanos e infraestructura de educación que existe en el país para promover información sobre salud reproductiva y sexual y VIH SIDA en la red educativa pública y privada.

H. Al ser las personas pobres y extremadamente pobres las más afectadas por el VIH y SIDA, se recomienda desarrollar estrategias para reducción de pobreza, a fin de mitigar ésta y las desigualdades de atención en salud de esta población para cumplir así con los Objetivos del Milenio en la reducción de pobreza y detención y disminución de la propagación del VIH y SIDA.

I. Asignar un presupuesto fijo a cada área de salud para la prevención y el tratamiento del VIH y SIDA. Asimismo se propone que el mismo sea monitoreado por organizaciones no gubernamentales, con una distribución y manejo equitativo de los recursos económicos, basándose en las necesidades de cada departamento, de manera que se pueda dar un manejo adecuado de los pacientes con VIH y SIDA que se encuentran registrados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia de Lenguas Mayas de Guatemala [en línea] Disponible en: [http://www.almg.org.gt/]. 8 de marzo de 2007

2. Acuerdos de Paz. 3ª ed. Guatemala: URL, Minieduc, Secretaria de la Paz y Gobierno de Suecia. 1998. 2p

3. Aguilar S. et al. Proyecciones sobre la magnitud de la epidemia de VIH SIDA en Guatemala. 1980-2010. Guatemala, PASCA, 1999 (pp. 2-26).

4. Ahmed, Thoraya. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population 2005: La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y objetivos de desarrollo del milenio. Fondo de población de las Naciones Unidas. Cap. 4, agosto 2005. 138p.

5. Antela, Antonio. OPS/ONUSIDA: Situación epidemiológica de Latinoamérica y el Caribe, en: Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe, 2002. (pp. 9 -10) [en línea]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/manualcapacitacion manejopvvs2004.pdf]. 20 de febrero de 2007

6. Arzobispado de Guatemala. Jurisdicciones Eclesiásticas. [en línea]. Disponible en: [www.iglesiacatólica.org.gt/jurisdiccioneseclesiásticas]. 9 de marzo de 2007.

7. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2ª, 2002 Madrid. El VIH/SIDA y las personas de edad. Nueva York, Naciones Unidas, 2002. 85p.

8. Asociación de Derechos Humanos Agua Buena: Boletines Informativos: Acceso en Centroamérica. [en línea] disponible en: [http://72.14.253.104/search?q=cache:sPjmxeLE30J:www.aguabuena.org/boletines/noviembre092002.html+leyes+VIH+Belice&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=gt&lr=lang_es]. 27 de febrero de 2007.

9. Banco Mundial: 2ª Conferencia Internacional “Discapacidad y desarrollo inclusivo compartiendo, aprendiendo y construyendo alianzas” 2004. VIH/SIDA y discapacidad: descubrir las voces ocultas. Washington D.C. 2004. 2p.

10. --------El Banco Mundial apoya la lucha contra el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, Washington D.C. 2001. [en línea]. Disponible en: [http://www.worldbank.org/worldaidsday/lac-sp.htm]. 20 de febrero de 2007.

11. --------Project Appraisal to the Central American Integration System for a Regional HIV/AIDS Project. Washington D.C. 2005. [en línea]. Disponible en: [www.worldbank.org/AIDS]. 21 de febrero de 2007.

12. --------Proyecto Regional de VIH-SIDA en Centroamérica. Washington D.C. 2003. [en línea]. Disponible en: [http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:20994765~menuPK:1074629~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1074568,00.html]. 21 de febrero de 2007.

13. --------Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia [en línea]. Disponible en: [www.worldbank.org/AIDS]. 19 de febrero de 2007.

14. --------VIH/SIDA en Centroamérica: La epidemia y prioridades para su prevención. Washington D.C. 2002. [en línea]. Disponible en: [http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/39734ab88bdf0d6f85256dbf0004cdbc/$FILE/HIV%20in%20CA%20spanish.pdf]. 20 de febrero de 2007.

15. Bermúdez, María Paz y Teva, Inmaculada: Situación actual de VIH/SIDA en México: Análisis de las diferencias por entidad federativa, en: Psicología y salud, Universidad Veracruzana, 2004. [en línea] disponible en: [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-3770665_itm]. 20 de febrero de 2007

16. Bianco, Mabel et al. UNESCO: Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires. Un estudio de situación. En: Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Estudios e informes - serie especial, N. 18, división de políticas culturales y de diálogo intercultural, 2003. [en línea] disponible en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001298/129889s.pdf#xml=http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgibin/ulis.pl?database=ged%set=3ed23d9f_0_165%hits_rec=1%hits_lng=spa]. 20 de febrero de 2007

17. Cabrera, Dino et al: Infección VIH/SIDA en la jurisdicción de la dirección de salud de Lima, ciudad, en: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, V.22 N.4, oct/dic 2005. (pp. 274-280). [en línea] disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-46342005000400006&lng=es&nrm=iso]. 20 de febrero de 2007.

18. Cáceres, Carlos et al. ONUSIDA: SIDA y sexo entre hombres en América Latina, junio 2002. [en línea] disponible en: [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_eN.php?id=6636_201&id2=do_topic]: 20 de febrero de 2007

19. Cáceres, Carlos: La prevención del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe, en: Serie de informes técnicos del departamento de desarrollo sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. [en línea] disponible en: [http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354202].: 21 de febrero de 2007.

20. Canes, Maritza. El microcrédito a la vivienda y su aporte a la inclusión indígena en Guatemala. [en línea]. Disponible en: [www.naerus.net/sat/workshops/2005/papers/12.pdf]. 8 de marzo de 2007.

21. Cañas, Elías J. et al. Europa, Epidemiología de la Infección VIH y SIDA. Grupo andaluz para el estudio de enfermedades infecciosas. 2002. Cap. 2. (pp37-54).

22. Casal, Gualberto et al: Situación de VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países, Rev Med Chil, 2001 agost; 129(8): [en línea] disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872001000800015&script=sci_arttext]. 20 de febrero de 2007

23. Centers for Disease Control and Prevention: Global AIDS Program for Central America. Programa Profile. [en línea] disponible en: [http://www.cdc.gov/NCHSTP/OD/GAP/countries/docs/04profiles/FY04%20Central%20American%20Regional.Final.pdf]. 21 de febrero de 2007.

24. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). Informe analítico. Situación de la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento. Saneamiento básico. [en línea]. disponible en: [http://www.bvssan.incap.org.gt/eswww/eva2000/guatemala/informe/inf-04.htm]. 8 de marzo de 2007.

25. Cimac, SM: Atentan normas mexicanas contra personas con VIH/SIDA No discriminación y privacidad, derechos violados. [en línea] disponible en: [http://www.cimacnoticias.com/noticias/03ene/03011303.html]. 27 de febrero de 2007.

26. Comunicado de Prensa de Ministros de Salud de Centro América (COMISCA). Proyecto Regional de VIH y SIDA para Centroamérica. Guatemala, 23 de Abril de 2004. (pp 3-5). [en línea] disponible en: [http://www.pasca.org/foro/proyecto_regional_para_america_central_para_la_prevencion_y_control_de_vih_sida_sica.pdf]. 20 de febrero de 2007

27. Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala. [en línea] Disponible en [http://www.cdag.org]. 8 de marzo de 2007.

28. Conferencia de VIH. 3ª, 2005. Río de Janeiro. Patogénesis y Tratamiento. Brasilia. Organización de las Naciones Unidas. Programa de VIH/SIDA. 2005. [en línea] disponible en: [http://data.unaids.org/Publications/ FactSheets04/fs_amlat_24jul05_en.pdf?preview=trae]. 21 de febrero de 2007.

29. Congreso de la República de Guatemala. Ley General para el combate del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA. 2ª ed. Educativa. Guatemala, 2004. 2p.

30. --------Ley de Áreas Protegidas y su Reglamento. Guatemala. Librería Jurídica. 2005. 4p.

31. --------Ley de Creación del Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales, Guatemala. Librería Jurídica. 2005. 3p

32. --------Ley de Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente. Guatemala. Librería Jurídica. 2005. 7p.

33. --------Ley del Organismo Ejecutivo. Guatemala. Librería Jurídica. 2005. 2p.

34. --------Ley Forestal, Guatemala. Librería Jurídica, 2005. 7p.

35. --------Ley Orgánica del IGSS, Guatemala. Librería Jurídica, 2004. 93p.

36. --------Ley Reguladora de las Áreas de Reservas Territoriales del Estado de Guatemala. Guatemala. Librería Jurídica, 2005. 3p.

37. --------Situación de la vivienda en Guatemala. [en línea] disponible en: [www.congreso.gob.gt/plumainvitada/40.doc]. 8 de marzo de 2007.

38. --------Vivienda Digna 2002. [en línea]. disponible en: [http://www.congreso.gob. gt/plumainvitada/40.doc]. 8 de marzo de 2007.

39. --------Código de Salud, 1997 [en línea] disponible en: [http://www.proam.gob. gt/files/CodSalud.pdf]. 13 de marzo de 2007.

40. --------Código de Trabajo, 2005. [en línea] disponible en: [http://www.aseprola.org/ espanol/Documentos/codigos_trabajo/guatemala_ct.pdf] .: 13 de marzo de 2007.

41. --------Código Municipal, 2002. [en línea] disponible en: [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/05codmunl.pdf]. 13 de marzo de 2007.

42. --------Ley de Desarrollo Social, 2001. [en línea] disponible en: [http://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyDesarrolloSocial.pdf]. 14 de marzo de 2007.

43. --------Ley de Descentralización, 2002 [en línea] Disponible en: [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/LeyDescen.pdf] .: 13 de marzo de 2007.

44. --------Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, 2002. [en línea] disponible en: [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/014DESUR.pdf]. 13 de marzo de 2007.

45. --------Ley del Servicio Civil, 1998. [en línea] Disponible en: [http://www.contraloria.gob.gt/legal/docs/leyes/lcivil.pdf]. 14 de marzo de 2007.

46. --------Ley Nacional de Educación, 1991. [en línea] Disponible en: [http://www.mineduc.gob.gt/uploads/Ley_Educacion_Nacional.doc]. 13 de marzo de 2007.

47. --------Ley Orgánica del INFOM, 1965. [en línea] disponible en: [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/leyorg.pdf] .: 14 de marzo de 2007.

48. --------Territorio. [en línea] disponible en: [http://www.congreso .gob.gt/gt/congreso_ninos2/formaci%C3%B3n_pol%C3%ADtica/territorio.asp]. . 8 de marzo de 2007.

49. De León Carpio, Ramiro. Catecismo Constitucional. Instituto de Investigación y Capacitación Atanasio Tzul. 7ª ed. Guatemala: Tipografía Nacional, 1995. 142p.

50. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948. Organización de los Estados Americanos [en línea] disponible en: [http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm]. 13 de marzo de 2007.

51. Dirección de Fomento de Tierras y Agua (FAO). Perfil de Guatemala. [en línea] disponible en: [http://www.fao.org/ag/agl/aglw/aquastat/countries/ guatemala/indexesp.stm]. 8 de marzo de 2007.

52. Economía global: El caso de Guatemala. [en línea] disponible en: [http://www.aapguatemala.org/brigades/descarregues/dossier%202_economia.pdf]. 8 de marzo de 2007.

53. Embajada de Estados Unidos de América en Guatemala. Asuntos de Inmigración. Informe Anual Sobre la Trata de Personas 2004. [en línea] disponible en: [http://spanish.guatemala.usembassy.gov/tipguate2004.html]. 8 de marzo de 2007.

54. Enciclopedia Wikipedia 2006 Guatemala. [en línea] disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/guatemala]. 8 de marzo de 2007.

55. Europa Press: SIDA -Más de dos millones de adultos y niños viven con SIDA en América Latina, según un estudio. [en línea]. Disponible en: [http://www.lukor.com/not-por/0411/30110652.htm]. 27 de febrero de 2007.

56. Frieden, Thomas R. et.al. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic. N Engl. J. Med. 2005 Dic 1;(353):2397-2402.

57. Fundabiem: servicios que se brindan, 2007 [en linea]. Disponible en: [http://www.fundabiem.org/QueHacemos/tabid/54/default.aspx]. 9 de marzo de 2007

58. Fundación para la Niñez. Estado mundial de la infancia 2007: la mujer y la infancia; el doble dividendo de la igualdad de género. Nueva York. 2006. 146p.

59. Fundación World Vision International. Diciembre 2006. [en línea] disponible en: [http://ong.consumer.es/fundacion-world-vision-international-espana.104]. 26 febrero de 2007.

60. Gallo, Robert. et. al. The Discovery of HIV as the Cause of AIDS. N Engl. J Med. 2003 Dic 11;(349):2283-2285.

61. Gálvez J. Juventino, Proyecto de manejo integrado de los recursos naturales en el altiplano de Guatemala (MIRNA): Consultoría Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Biodiversidad, Guatemala 2001.

62. García J., 2007. Situación de la epidemia VIH SIDA, Guatemala, enero 1984 - junio 2006. Unidad de Informática, Centro Nacional Epidemiológico. (entrevista personal).

63. Gente Positiva. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA. Guatemala. [En línea] Disponible en: [http://www.gentepositiva.org.gt/docs/plan_estrategico_nacional_revisado_2002guatemala.pdf]. 8 de marzo de 2007.

64. Grupo Cemat. Sistema de Integración Centroamericana: Análisis de componente Guatemala. [en línea] disponible en: [http://www.cemat.org/analisis.html]. 9 de marzo de 2007.

65. Guatemala. Ministerio de Cultura y Deportes. [en línea] disponible en: [http://www.mcd.gob.gt/MICUDE]. 9 de marzo de 2007.

66. Guatemala. Ministerio de Educación. Hoja Informativa No.3: Sistema de Información educativa. Unidad de Informática 7 de Marzo 2001. [en línea] disponible en: [http://www.mineduc.gob.gt/Utilitarios/downloads/default.asp]. 8 de marzo de 2007.

67. Guatemala. Ministerio de Educación. Memoria de Labores 2005. [en línea] disponible en: [http://www.mineduc.gob.gt/default.asp]. 8 de marzo de 2007.

68. Guatemala. Ministerio de Finanzas Públicas. Presupuesto del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. [en línea] disponible en: [http://www.minfin.gob.gt/archivos/presua2006/docc14.pdf]. 8 de marzo de 2007.

69. --------Presupuesto General de la Nación. [En línea] Disponible en: [http://www.minfin.gob.gt/archivos/presua2006/docc01.pdf]. 8 de marzo del 2007.

70. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Estratégico Nacional ITS, VIH y SIDA 1999 -2003. Guatemala: MSPAS 1999. 2p.

71. --------Centro Nacional de Epidemiología. Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica, 2004. Guatemala: MSPAS 2005. 52p.

72. --------Centro Nacional de Epidemiología. Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica 2005. Guatemala: MSPAS 2006. 593p

73. --------Comisión intersectorial para la atención integral de la adolescencia y la juventud. Guatemala: MSPAS 2006. (pp. 2-25).

74. --------Normas, principios y recomendaciones para la vigilancia de VIH/SIDA. Guatemala: MSPAS 2003. (pp. 2-20).

75. --------Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del ITS, VIH Y SIDA. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual ITS, Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Guatemala 1999-2003. Guatemala: MSPAS. 2003.

76. --------Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del ITS, VIH Y SIDA. Programa Nacional de Prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Guatemala 2006-2010. Guatemala: MSPAS 2006. (pp 1-57).

77. --------Política Pública 1998 – 2005 Respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH y SIDA y a la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Guatemala: MSPAS 2006. (pp. 5 – 16).

78. Guatemala. Organismo Judicial. Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. CENADOJ. Reformas al Código de Salud. [en línea] disponible en: [http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentronalisisDocumentacionJudicial/cds/2003/Leyes%20en%20PDF/Decretos%202003/Decreto%2053-2003.pdf]. 8 de marzo del 2007.

79. Guatemala: Organización Política. [en línea] disponible en: [http://pdba.georgetown.edu/Decen/Guatemala/guatemala.html]. 8 de marzo de 2007.

80. Guatemala, Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia de la República. Informe Anual 2006: Política de Desarrollo Social y Población. Guatemala. SEGEPLAN, 2006. 68p.

81. --------Detener la propagación del VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6): Un desafío para enfrentar. Guatemala. SEGEPLAN, 2006. (pp.147-178).

82. --------Instituto Nacional de Estadística y Universidad Rafael Landívar. (2001). Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN, INE, URL, 2001. (pp.1-45)

83. --------Instituto Nacional de Estadística y Universidad Rafael Landívar. (2004). Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo 2002 y ENCOVI 2000. Guatemala: SEGEPLAN, INE, URL,2004 (pp 1-45)

84. Guatemala. Secretaría Ejecutiva Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. (SECCATID). Estudio nacional sobre la desregulación psicológica y su relación con el uso de drogas en adolescentes guatemaltecos – 2002 [en línea]. Disponible en: [http://www.seccatid.gob.gt/DesregulacionPsicologica.htm]. 8 de marzo de 2007.

85. --------Encuesta 1999-2000 Consumo de Drogas en Guatemala Estadísticas. 2001. Guatemala: SECCATID,2001 (pp 1-4)

86. Guatemala. Tribunal Supremo Electoral. Organizaciones políticas vigentes/no vigentes. [en línea]. Disponibles en [http://www.tse.org.gt/index.htm?pid=32]. 9 de marzo de 2007

87. Guía del Mundo. Organización Política de Guatemala. [en línea] disponible en: [http://www.guiadelmundo.com/paises/guatemala/politica.html]. 8 de marzo de 2007.

88. Hirschmann A. Informe sobre los avances en las declaraciones de UNGASS: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Guatemala, 2005. MSPAS (pp2-56).

89. Índice de Desarrollo Humano, 2007. [en línea] disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_Desarrollo_Humano]. 5 de marzo de 2007.

90. Kishor, S, et al. Profiling domestic violence: a multi-country study. ORC Macro. Maryland. 2004. [en línea] disponible en: [http://www. measuredhs.com/pubs/pdf/OD31/OD31.pdf] .: 27 de febrero de 2007.

91. Latin America Statistics Summary. 2007 [en línea]. Disponible en: [http://www.avert.org/southamerica.htm]. 21 de febrero de 2007.

92. Marcovici K. El UNGASS Género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Washington, 2002. OPS-OMS (pp. 1-20).

93. Médicos Sin Fronteras: Guatemala lucha contra la creciente crisis del SIDA. [en línea] disponible en: [http://www.msf.es/proyectos/ america/guatemala/Guatemala.asp]. 27 de febrero de 2007.

94. --------Guatemala: MSF pide mayor compromiso para ampliar la cobertura del tratamiento de SIDA. [en línea] disponible en: [http://www.msf.es/noticias/noticias_basicas/2006/guatemalaampliartratamientovih.asp]. 27 de febrero de 2007.

95. Mererouco, Juan José y Ana Bouquet. UNESCO: Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en Uruguay desde un enfoque cultural, en: Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Estudios e informes - serie especial, No. 17, división de políticas culturales y de diálogo, 2003 [en línea] disponible en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001298 /129890s.pdf#xml=http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgibin/ulis.pl?database=ged%set =3ed23d3c_2_165%hits_rec=1%hits_lng=spa]. 20 de febrero de 2007.

96. Merson, Michael. The HIV–AIDS Pandemic at 25 — The Global Response. N Engl. J. Med. 2006 Jun 8;(354):2414-2417.

97. Monterroso, Eugenia, et al. Encuesta sobre salud y educación sexual de jóvenes. Asociación de Guatemala de Educación sexual. Guatemala: PASCA 1988. 2p.

98. Municipalidad de Guatemala, Dirección de Desarrollo Social. Proyecto de Mantenimiento de Parques y Áreas Verdes Barriales. Guatemala, la municipalidad, enero de 2007.

99. Nelson KE, et al. Changes in sexual behavior and decline in HIV infection among men in Thailand. N Eng J Med 1996;(335):297-303.

100. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública: Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Nicaragua hasta el primer semestre de 2005. Semana 31, Año 2005, del 31 de julio al 6 de agosto. [en línea] disponible en: [http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/editorial31.html]. 20 de febrero de 2007.

101. Núñez C, et al. Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala: cuadernos de desarrollo humano. Guatemala: Sistema de Naciones Unidas, 2001. (pp.1-34)

102. Núñez C. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala, Guatemala 2003. OPS/OMS (pp 1 – 41).

103. --------Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en mujeres trabajadoras del sexo en Guatemala. 2003. OPS/OMS (pp 1 – 41).

104. Okie, S. Fighting HIV — Lessons from Brazil. N. Engl J. Med 2006 mayo 11;19 (354):1977-1981.

105. Organización de las Naciones Unidas. Los objetivos de desarrollo del milenio: Objetivo 6: combatir VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. [en línea], disponible en :[http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/]

106. --------Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. [en línea] disponible en: [http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm]. 14 de marzo de 2007.

107. --------Objetivos de Desarrollo de la ONU para el año 2015. [en línea] disponible en: [www.onu-centrodeinformacion.org]. 8 de marzo de 2007.

108. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Manual para formulación de estrategias y políticas, en: Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. Colección especial de manuales metodológicos, N. 2, división de políticas culturales y diálogo intercultural, 2003. [en línea] disponible en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125588s.pdf#xml=http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=ged&set=3ed28d75_0_85&hits_rec=5&hits_lng=spa]. 21 de febrero de 2007.

109. --------Síntesis de los estudios por país: Un panorama internacional, en: Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Estudios e informes - serie especial, N. 10, división de políticas culturales y de diálogo, 2003. [en línea] disponible en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001262/126289s.pdf]. 21 de febrero de 2007

110. Organización Internacional de Trabajo. Grupo Especial Técnico Tripartito. Reunión especial de alto nivel sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Ginebra. 2000. 18p.

111. --------NATLEX. [en línea] disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.details?p_lang=fr&p_country=HND&p_classification=05.01&p_origin=SUBJECT]. 27 de febrero de 2007.

112. --------Ley de Promoción, Protección y Defensa de 105 Derechos Humanos ante el SIDA. Nicaragua. [en línea] disponible en: [www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/laws/nicaragualey.pdf]. 27 de febrero de 2007.

113. --------Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Informe diciembre 2004. Ginebra. OIT. 2004. 4p.

114. --------Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo de trabajo. Mujeres, VIH/SIDA y el mundo del trabajo. [en línea] disponible en: [www.ilo.org/aids]. 20 de febrero de 2007.

115. --------El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas. Informe anual. Ginebra; 2004. OIT. 101p.

116. Organización Internacional del Trabajo y OMS. Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA. Ginebra. 2005. OIT. 107p.

117. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa ONUSIDA/OMS. Las tasas de infección por el VIH están disminuyendo en algunos países, pero el número de personas que viven con VIH sigue aumentando en todo el mundo. Ginebra 2005. 4p.

118. --------El género y la infección por VIH-SIDA, Hoja informativoa programa mujer, salud y desarrollo, 2001 [en línea] disponible en [http://www.paho.org/spanish/ad/ge/gender-hiv1sp.pdf]. 20 de febrero de 2007

119. --------Situación de las y los adolescentes guatemaltecos. Guatemala, 2000. [en línea] disponible en: [http://medicina.usac.edu.gt/adolec/situacion.pdf]. 22 de marzo de 2006.

120. --------Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment scale-up. [en línea] disponible en: [http://www.who.int/hiv/HIVCP_NIC.pdf]. 21 de febrero de 2007.

121. --------Women and HIV/AIDS. Fact sheet 242. [en línea] disponible en: [http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html] .: 20 de febrero de 2007

122. Organización Panamericana de la Salud. ASIS Guatemala. Página electrónica. [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ASI/Guatemala]. 08 de febrero 2007.

123. --------Foro Social Mundial. Violencia alimenta pandemia de SIDA. 2007. [en línea]. Disponible en: [http://www.ipsnoticias.net/nota.asp?idneluz=39446]. 8 de marzo de 2007.

124. Organización Panamericana de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Vigilancia del SIDA en las Américas, junio 2005. pp. 10-18 y 20-21 [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/vigilancia_del_SIDA_en_las_americas_junio_2005.pdf]. 20 de febrero de 2007.

125. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 2002. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en las Américas. [en línea] disponible en: [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_eN.php?id=5662_201&id2=do_printpage]. 20 de febrero de 2007.

126. --------Belice analiza los servicios de VIH/SIDA. [en línea] Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora14_sep05.htm]. 21 de febrero de 2007.

127. --------Boletín informativo. Negociaciones facilitan tratamiento para el VIH/SIDA. [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/ Spanish/DD/PIN/ahora12_sep05.htm]. 21 de febrero de 2007.

128. --------El estado de la epidemia de VIH en la región, SIDA 25 años, análisis de situación, en: La OPS en los 25 años del VIH en las Américas, 2005. [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanis h/dd/pin/SIDA25_analisis.htm]. 21 de febrero de 2007.

129. --------Gender and HIV, en: Gender, ethnicity and health, 2004 [en línea] disponible en: [www.paho.org./english/ad/ge/hiv.htm]. 20 de febrero de 2007.

130. --------Health care settings: Latin America and the Caribbean, en: VIH stigma, 2003. [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma-e-health_care_settings_latin_america_and_the_caribbean.pdf]. 21 de febrero de 2007.

131. --------Involucrando a los hombres en la salud sexual y reproductiva, Hoja informativa programa mujer, salud y desarrollo, 2002. [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/ge/mensrhsp.pdf]. 21 de febrero de 2007.

132. --------Legislaciones e hitos sobre acceso a tratamientos en Latinoamérica y el Caribe, Respuesta al VIH/SIDA: acceso a antirretrovirales, agosto 2003. [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/acceso-arv-06.pdf]. 27 de febrero de 2007

133. --------Pacientes bajo tratamiento en América Latina y el Caribe, en: Respuesta al VIH/SIDA: acceso a antirretrovirales, agosto 2003. [en línea] disponible en: [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_es.php?id=5953_201&id2=do_topic]. 21 de febrero de 2007.

134. --------Perfiles de país: Guatemala. Boletín epidemiológico. 2004 Jun;25(2): 7-11

135. --------Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Análisis del sector de agua potable y saneamiento en Guatemala. 2002 [en línea] Disponible en: [http://www.bvsde.paho.org/eswww/fulltext/analisis/guatemala/capitulo4.html]. 8 de marzo 2007.

136. --------Plan regional de VIH e ITS para el sector de salud, 2006 [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/hiv_regional _plan_2006-2015_spanish.pdf]. 20 de febrero de 2007.

137. --------Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: situación de la epidemia de el SIDA El control de las enfermedades transmisibles, 18 ed. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613), 2005. 102p.

138. --------Promoción de la salud en las Américas: informe anual del director 2001. Washington, OPS, 2001. 16p.

139. --------Unidad de género, etnia y salud. Violencia de Género y VIH/SIDA. Washington; 2005. 2p. (Hoja Informativa).

140. --------VIH/SIDA en las Américas. Una epidemia multifacética, 2001. (pp. 4–14). [en línea] disponible en: [http://hivaidsclearinghouse.unesco .org/ev_eN.php?id=6657_201&id2=do_topic] .: 20 de febrero de 2007.

141. Pembrey, Graham. VERT: HIV – AIDS in Latin America, enero 2007. [en línea] disponible en: [http://www.avert.org/aidslatinamerica.htm]. 21 de febrero de 2007.

142. Pérez L., Epidemiología Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. Veinte años de experiencia. Rev Invest Clín.2004 mar-abr;56 (2) 7-11.

143. Prensa Libre. [en línea.] disponible en [http://www.prensalibre. com/especiales/ME/septiembre/etnias.html] . 8 de marzo de 2007.

144. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Estadísticas del Informe sobre desarrollo humano. 2003. [en línea] disponible en: [http://www.pnud.org.ec/principalidh2003.html]. 5 de marzo de 2007.

145. --------Informe Nacional de Desarrollo Humano 2002. [en línea] disponible en: [http://www.pnudguatemala.org/documentos/pdf/informesdh/2002]. 8 de marzo de 2007.

146. Programa de las Naciones unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). El VIH y el SIDA en Belice y la intervención de USAID. [en línea] disponible en: [http://www.usaid.gov/espanol/hiv_belice.pdf]. 21 de febrero de 2007.

147. --------Belice. [en línea] disponible en: [http://www.unaids.org/en/Regions _Countries/belize.asp]. 21 de febrero de 2007

148. --------El Salvador. [en línea] disponible en: [http://www.unaids.org/en/Regions _Countries/Countries/el_salvador.asp]. 21 de febrero de 2007.

149. --------El VIH y el SIDA en El Salvador y la intervención de USAID. [en línea] disponible en: [http://www.usaid.gov/espanol/hiv_el_salvador.pdf]. 21 de febrero de 2007.

150. --------El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana, Ginebra: ONUSIDA, 2003, 31p.

151. --------La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA: mantener la promesa, un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA. 2004 8p.

152. --------La epidemia de SIDA en América Latina y el Caribe, en: Hoja informativa, 2003 [en línea] disponible en: [http://data.unaids.org/publications/fact-sheets04/fs_lamerica_carib_es.pdf]. 20 de febrero de 2007

153. --------Nicaragua. [en línea] disponible en: [http://www.unaids.org/en/Regions_ Countries/Countries/nicaragua.asp]. 21 de febrero de 2007.

154. --------Perfiles de país: informe sobre la epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA, 2006. (pp.1-40).

155. --------Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA. Diciembre de 2002. Ginebra, 2003. [en línea] disponible en: [http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate2002_sp.doc]. 20 de febrero de 2007.

156. --------Uniendo el mundo contra el SIDA, Hoja informativa, 2006. [en línea] disponible en: [http://data.unaids.org/pub/globalreport/2006/200605-fs_latinamerica_es.pdf] .: 20 de febrero de 2007.

157. --------Vigilancia epidemiológica en Argentina, 2004 [en línea] disponible en: [www.onusida.org.ar/argentina]. 20 de febrero de 2007

158. --------Vigilancia epidemiológica en Chile, 2004 [en línea] disponible en: [www.onusida.org.ar/chile]. 20 de febrero de 2007

159. --------Vigilancia epidemiológica en Paraguay, 2004 [en línea] disponible en: [www.onusida.org.ar/paraguay]. 20 de febrero de 2007

160. --------Vigilancia epidemiológica en Uruguay, 2004 [en línea] disponible en: [www.onusida.org.ar/uruguay]. 20 de febrero de 2007

161. Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Ginebra: ONUSIDA 2006. 94p.

162. --------Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA 2005. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. ONUSIDA, OMS, 2005. 104p.

163. --------Situación de la epidemia de SIDA, diciembre 2006. pp. 44-52, 58 [en línea] disponible en: [http://data.unaids.org/pub/epireport/2006/2006_epiupdate_es.pdf]. 20 de febrero de 2007

164. Programa de las Naciones Unidas. La situación del desarrollo humano 2005 [en línea] disponible en: [http://hdr.undp.org/reports/global/2005/español/pdf]. 5 de marzo de 2007.

165. --------Metas del milenio: Informe del avance de Guatemala [en línea] disponible en: [http//www.undp.org/rblac/targets/guatemala.pdf]. 5 de marzo de 2007

166. Programa Estado Nación. 2º Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003 [en línea] disponible en: [http/www.estadonacion.or.cr/region 2003]. 5 de marzo de 2007

167. Reproductive Health for Refugees Consortium. If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced and Post-Conflict Settings. 2002. [en línea] disponible en: [http://www.rhrc.org/resources/gbv /wc_gbvcontents.html]. 21 de febrero de 2007.

168. Rodríguez, Carlos *et al*: El SIDA sí tiene rostro, Rev Ciencias Médicas,2005 11(2):1-8 [en línea] disponible en: [http://www.cpicmha. sld.cu/hab/vol11_2_05/hab09205.htm]. 20 de febrero de 2007.

169. Samayoa B. 2007. Epidemiología VIH. Hospital General San Juan de Dios. Clínica Familiar “Luis Ángel García” (entrevista personal).

170. Santo Domingo. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación VIH-SIDA en República Dominicana: Estrategia nacional de información, educación y comunicación. Dirección general de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, 2001 [en línea]. Disponible en: [http://www.digecitss.org.do/eniecanalis_situacion.htm]. 20 de febrero de 2007.

171. Severino, Irene y de Moya, Antonio. Patronato de lucha contra el SIDA: Rutas migratorias de Haití a República Dominicana: Implicaciones para el VIH-SIDA e implicaciones para las personas infectadas, 1999, [en línea] disponible en: [www.laccaso.org/pdfs/repdomesp.pdf] .: 20 de febrero de 2007

172. Situación de financiamiento e indicadores de monitoreo de los componentes de la política de desarrollo social y población. [en línea], 2003 (pp. 4-43). Disponible en: [htt`://www.pohaproject.com/pubs/countryreports/GUA_sitfin_salud.pdf]. 8 marzo 2007.

173. Torres-Goitia, Javier et al: Proceso de negociación conjunta para el acceso a medicamentos antirretrovirales y reactivos en la subregión andina, Argentina, México y Paraguay, mayo 2003 [en línea] disponible en: [http://www.conhu.org.pe/docmarco.pdf]. 21 de febrero de 2007

174. Traa-Valarezo, Xi: Evaluación social y estrategia para los pueblos indígenas y afro-descendientes. [en línea]. 21 de febrero de 2007. Guatemala. [http://www.wds.worldbank.org/servlet/wascontestserver/wdsp/IB/2005/02/25/000012009_20050225132439/render/pdf/IPP1060/CR1IPIP082243.pdf]

175. United Nation Children Fund (UNICEF). VIH/SIDA y la Infancia: Prevención entre los jóvenes. [en línea] disponible en: [www.unicef.org/spanish/aids/index_preventionyoung.html]. 20 de febrero de 2007.

176. United Nations Children´s Found (UNICEF). HIV – AIDS and Children, 2005 [en línea] disponible en: [http://www.unicef.org/aids/]. 21 de febrero de 2007

177. --------The AIDS pandemic and children in Latin America and the Caribbean, Fact sheet, 2005 [en línea] disponible en: [www.unicef.org/media/files/lacfacts.pdf]. 20 de febrero de 2007

178. United States Censu Bareu: IDB Population Pyramid 2006. [HTML] disponible en: [http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html]. 9 de marzo de 2007

179. Universia Internacional: El clima de Guatemala [en línea]. Disponible en: [http://internacional.universia.net/latinoamerica/datos-paises/guatemala/clima.htm]. 8 de marzo de 2007.

180. Universidad de los Trabajadores de América Latina. Estadística de Guatemala. 2002 [en línea] Disponible en: [www.utal.org/citudal/estadística/60.htm]. 8 de marzo del 2007.

181. Uribe, Patricia: Retos de ONUSIDA para el siguiente milenio y la participación en México, Salud Pública Méxi.41(6):1-7 1999 nov-dic [en línea] disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0036-36341999000600010&script=sci_arttext]. 20 de febrero de 2007

182. Yáñez J. OPS: Promoción de salud sexual y prevención de VIH SIDA y las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Washington, Asociación mundial de sexología, 2003. 40p

10. ANEXOS

ANEXO 1. Tablas y gráficas de la referencia teórica, presentadas en orden de aparición

Tabla 1
Resumen mundial de la epidemia de VIH y SIDA

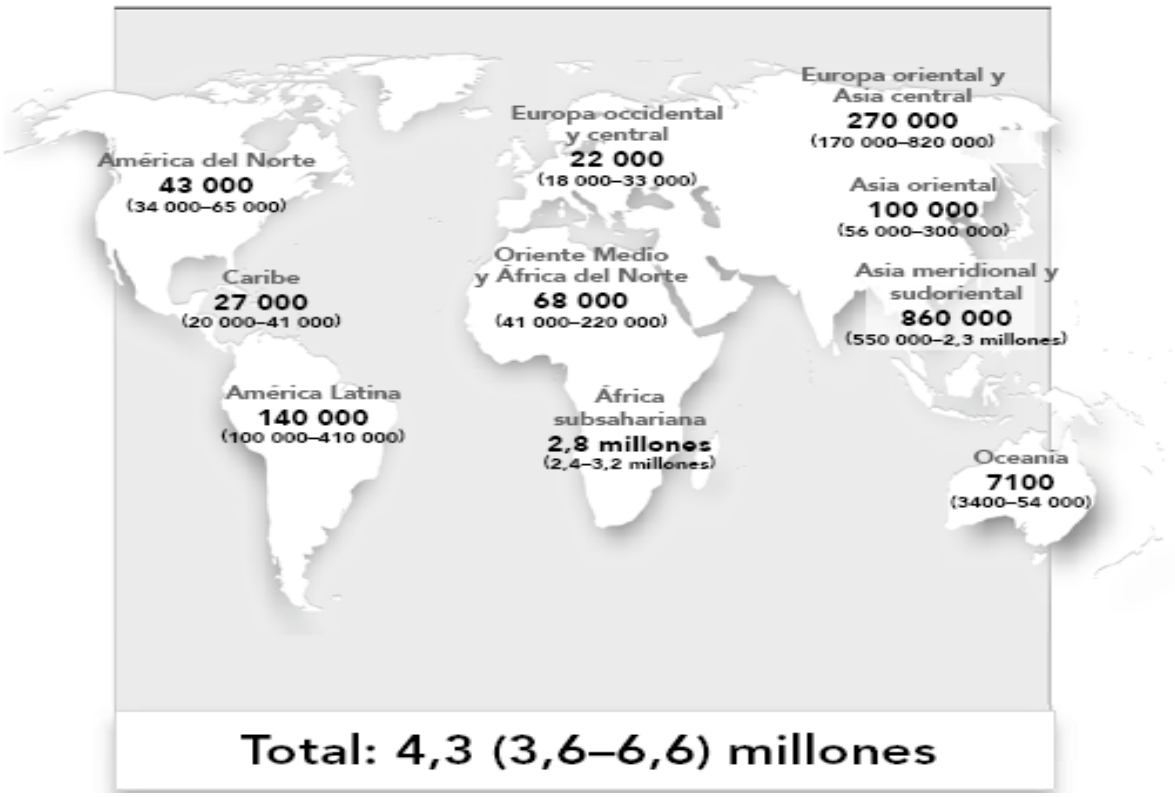
Personas que viven con el VIH y SIDA	Total	39.5 millones (34,1–47,1 millones)
	Adultos	37,2 millones (32,1-44,5 millones)
	Mujeres	17,7 millones (15,1-20,9 millones)
	Menores de 15 años	2.9 millones (2.1-2.9 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2006	Total	4,3 millones (3,6–6,6 millones)
	Adultos	3,8 millones (3,2 –5,7 millones)
	Menores de 15 años	530 000 (410 000 –660 000)
Defunciones causadas por el SIDA en 2006	Total	2,9 millones (2.5-3.5 millones)
	Adultos	2,6 millones (2,2 –3,0 millones)
	Menores de 15 años	380 000 (290 000 –500 000)

Fuente: ONUSIDA, diciembre 2006 (58).

Gráfica 1
Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH a final de 2006

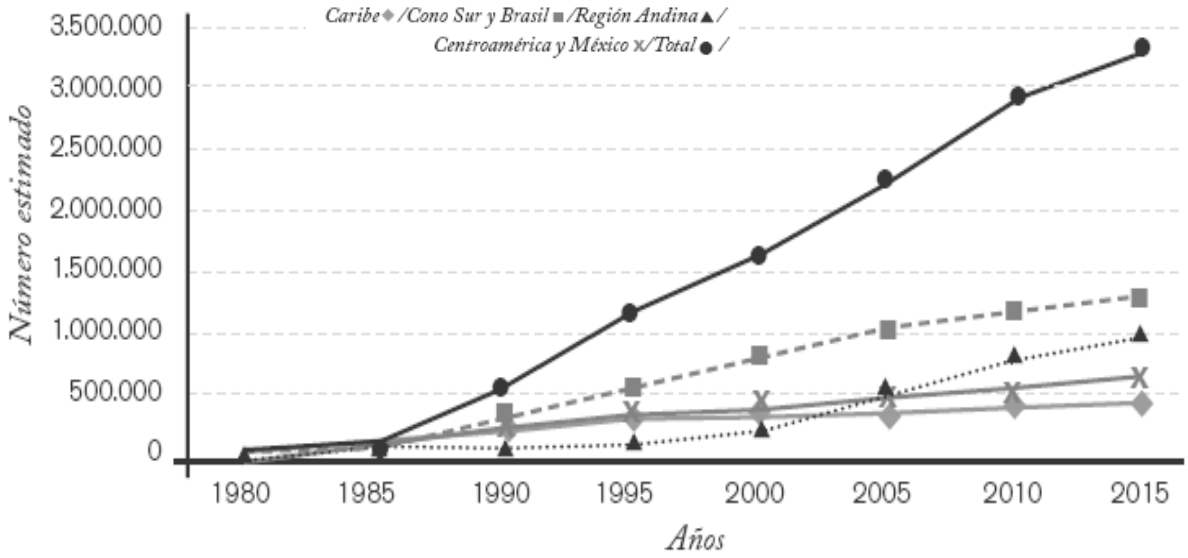
Fuente: ONUSIDA, diciembre 2006 (137).

Gráfica 2
Número estimado de nuevos casos de infección por VIH en adultos y niños a final de 2006



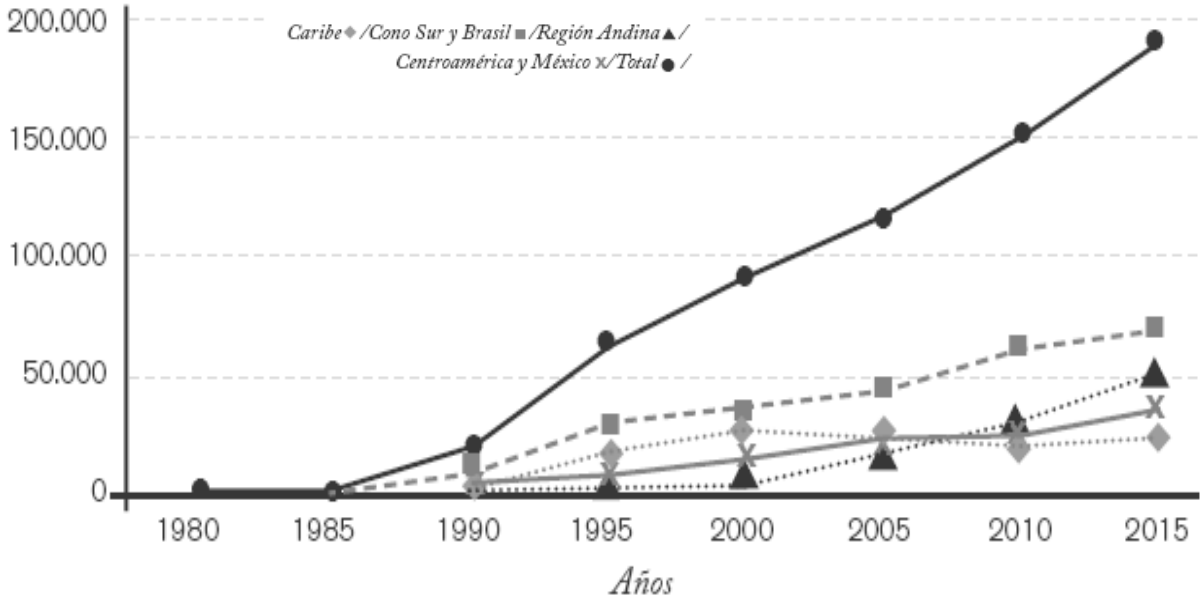
Fuente: ONUSIDA, diciembre 2006 (137)

Gráfica 3
Proyección de Número Estimado de Personas con VIH en América Latina y el Caribe



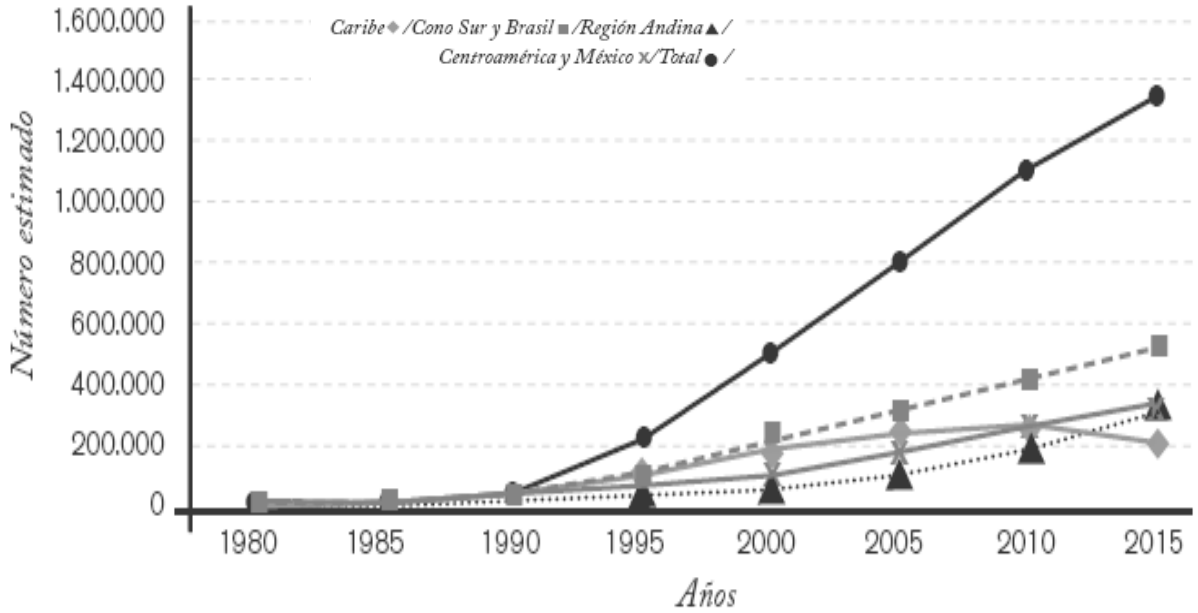
Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA, 2006 (en: Plan Regional de VIH e ITS para el Sector Salud)

Gráfica 4
Proyección de número estimado de muertes debidas al SIDA (adultos y niños)
en América Latina y el Caribe



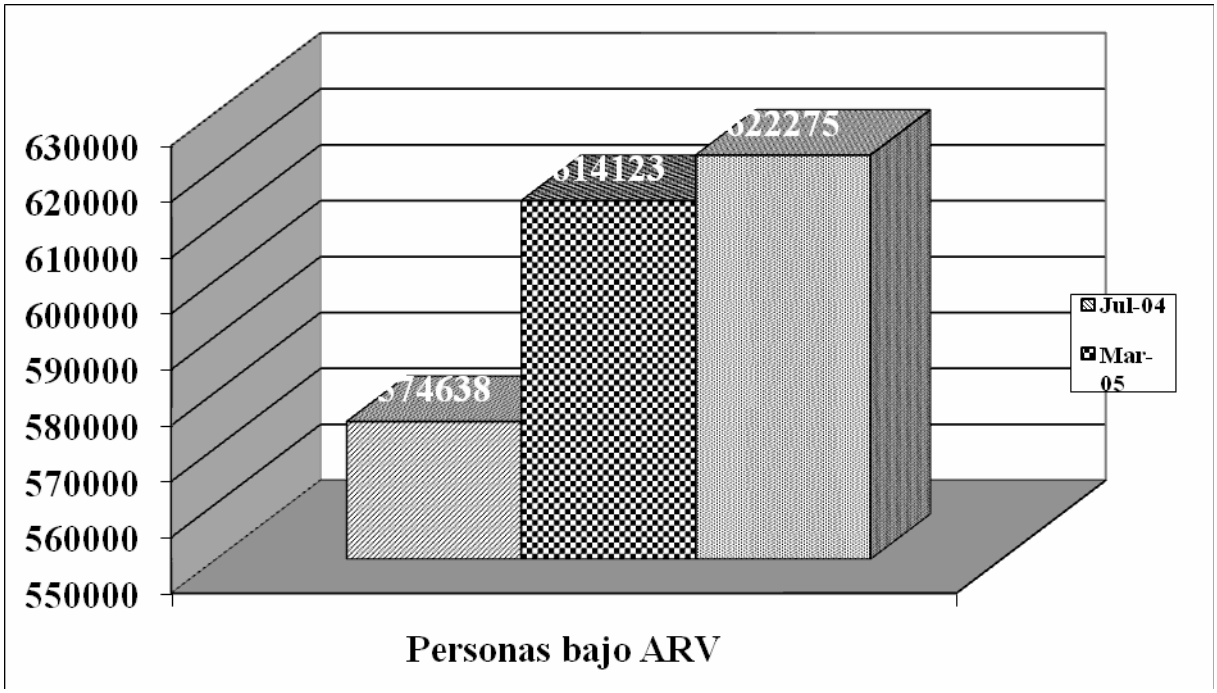
Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA, 2006 (en: Plan Regional de VIH e ITS para el Sector Salud)

Gráfica 5
Proyección de número estimado de niños huérfanos a causa del SIDA
en América Latina y el Caribe



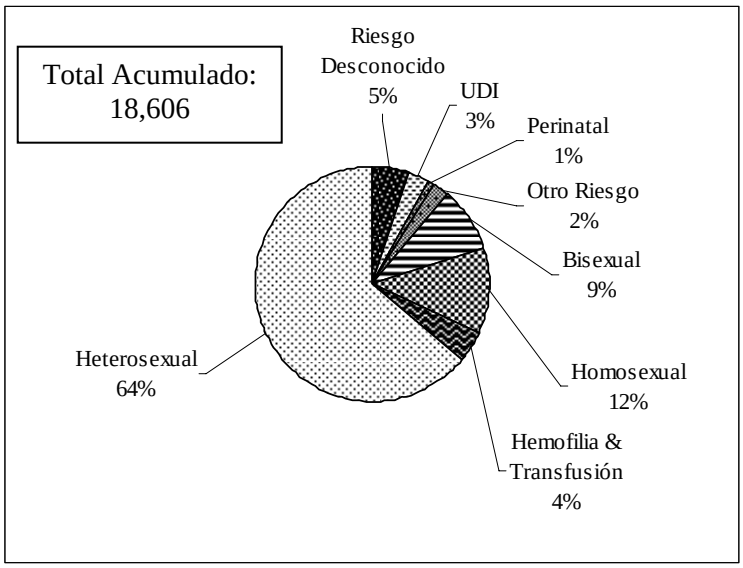
Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA, 2006 (en: Plan Regional de VIH e ITS para el Sector Salud)

Gráfica 6
Número notificado de personas en terapia antirretroviral en las Américas



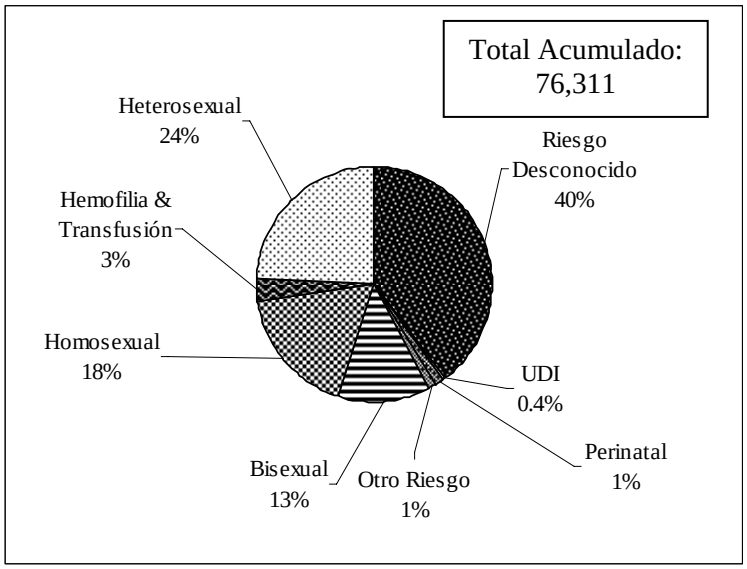
Fuente: ONUSIDA, Progresos Realizados en Materia de Acceso Mundial al Tratamiento Antirretroviral contra el VIH, 2005 (en: Vigilancia de SIDA en las Américas)

Gráfica 7
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en El Caribe



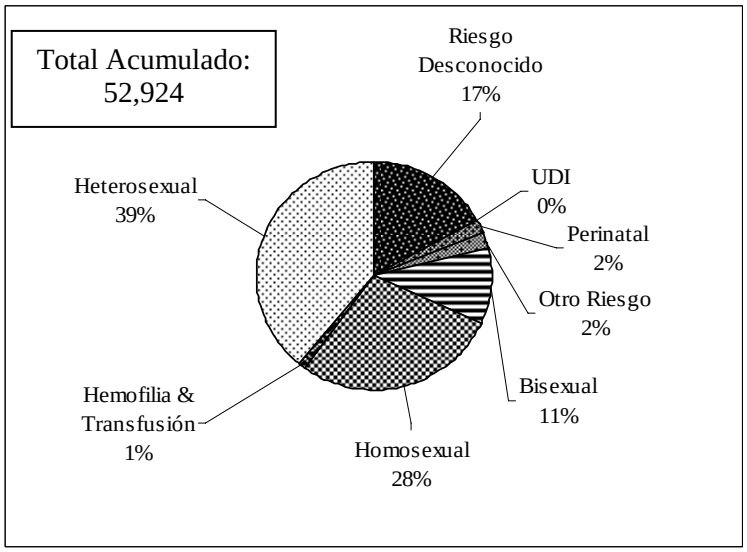
Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

Gráfica 8
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en México



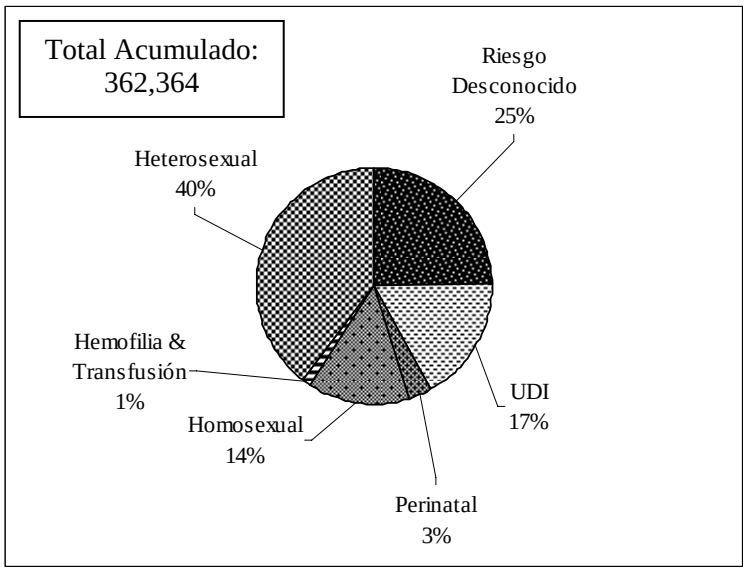
Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

Gráfica 9
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición el Área Andina



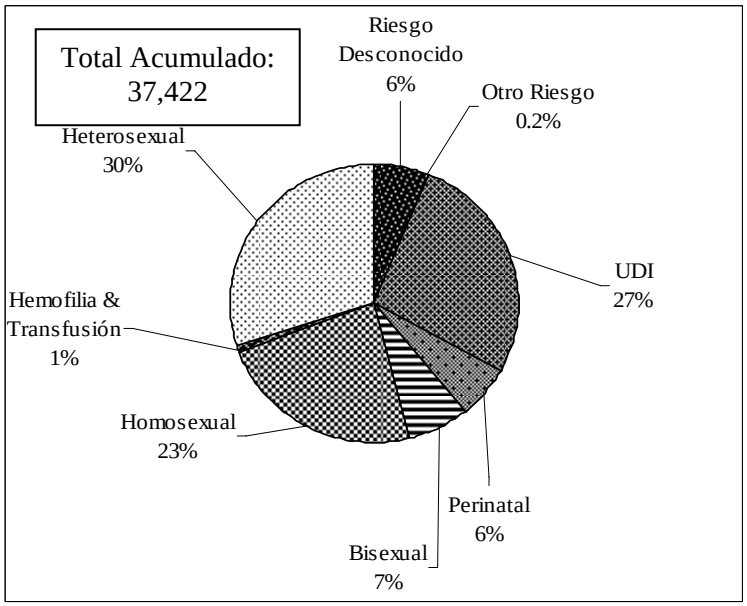
Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

Gráfica 10
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en Brasil



Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

Gráfica 11
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición el Cono Sur



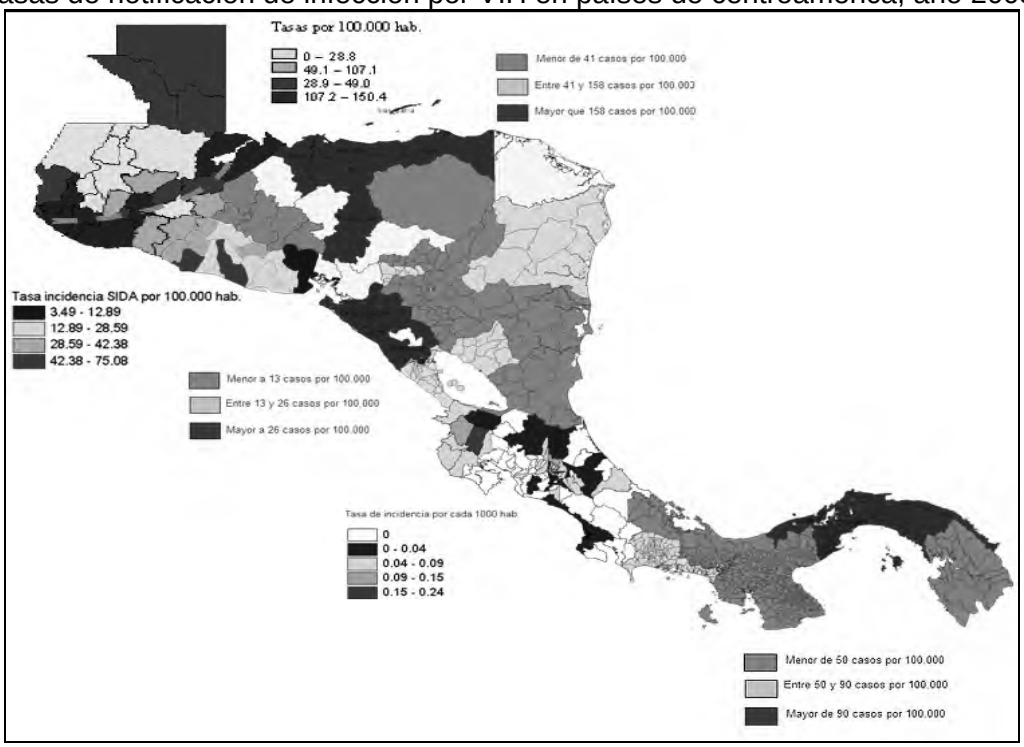
Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

Tabla 2
Población, PIB per cápita y tasa de prevalencia estimada de VIH en adultos en los países centroamericanos, diciembre de 2006.

País	Población a mitad de año 2005 (millones)	PIB *per cápita* (Método Altas, dólares)	Prevalencia Estimada de VIH Adultos (%)
Honduras	7.2	1,120	1.6
Guatemala	12.6	2,400	1.0
Panamá	3.2	4,630	0.9
El Salvador	6.9	2,450	0.6
Costa Rica	4.3	1,590	0.6
Nicaragua	5.5	910	0.2

Fuente: Country at a glance, World Bank Group, ONUSIDA, Banco Mundial.

Gráfica 12
Tasas de notificación de infección por VIH en países de centroamérica, año 2005.



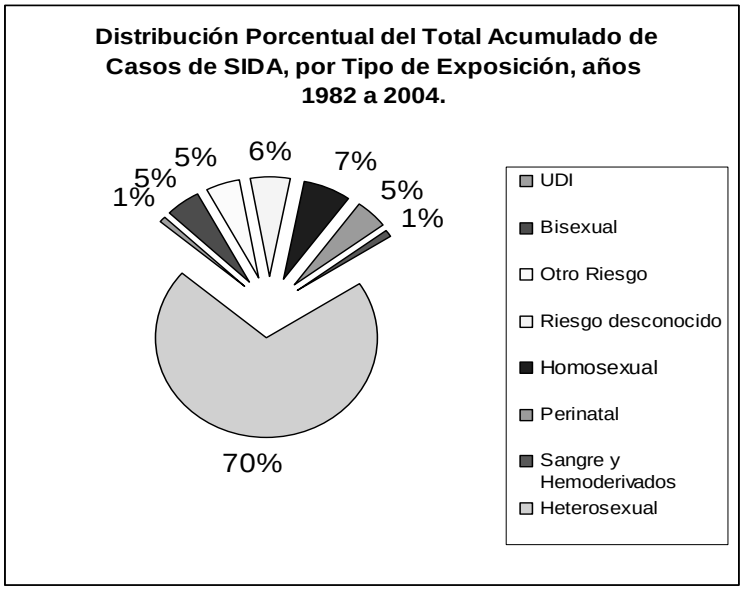
Fuente: Elaborado con datos de OPS, ONUSIDA y Censo Centroamericano de Población.

Tabla 3
Información epidemiológica sobre VIH y SIDA en Centroamérica, diciembre de 2006.

País	Casos de SIDA	Casos notificados /100,000 hab. (1982-2004)	Estimación de prevalencia de VIH en adultos (%)	Razón hombre/mujer Casos de SIDA (2001)	Prevalencia de VIH en TCS 2001/2002 (%)	Prevalencia de VIH en HSH 2001/2002 (%)
Honduras	16,363	228	1.6	1.2/1	9	13
Panamá	6,694	211	1.5	3/1	2	10.6
Guatemala	7,054	53	1	2.5/1	8.7	12
El Salvador	6,579	99	0.6	3/1	3.6	18
Costa Rica	2,542	61	0.6	4.4/1	0.8	14.5
Nicaragua	662	12	0.2	4/1	1.2	9.3

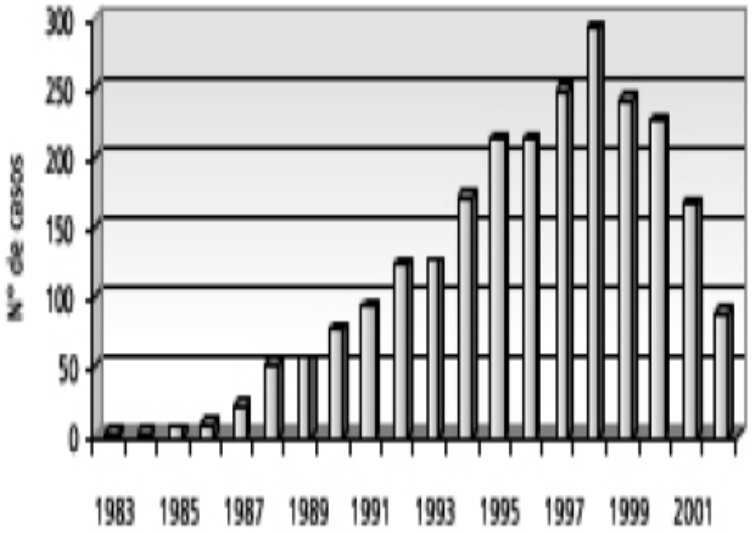
Fuentes: Ministerios de Salud de Centroamérica, OPS, ONUSIDA, Estudio Multicéntrico de PASCA sobre ITS y VIH. Reduciendo la Vulnerabilidad del VIH-SIDA en Centroamérica: Situación de VIH SIDA y Respuesta a la Epidemia en la región.de Latinoamérica y el Caribe y Programa Global de VIH-SIDA. Banco Mundial. Diciembre 2006.

Gráfica 13



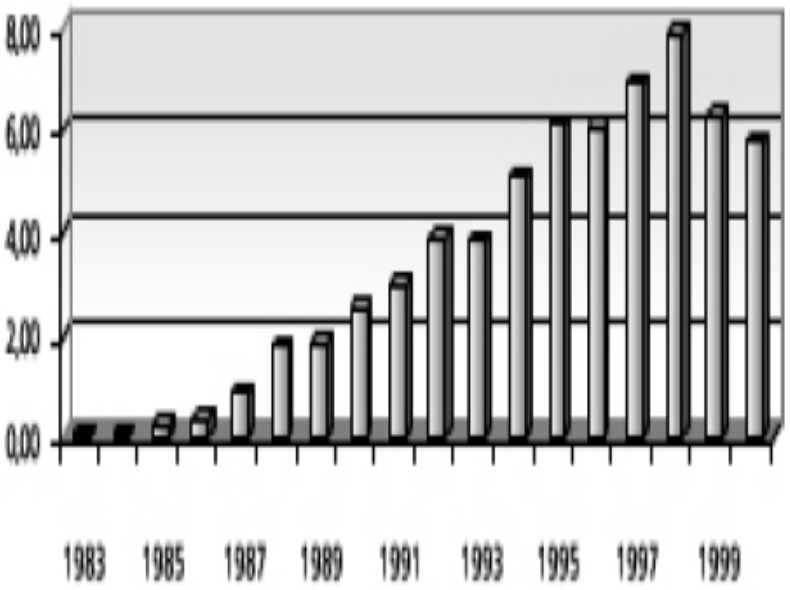
Nota: Total Acumulado: 39,985
Fuente: datos de OMS de Centroamérica año 2005.

Gráfica 14
Número de casos nuevos de SIDA, por año, Costa Rica, 2002.



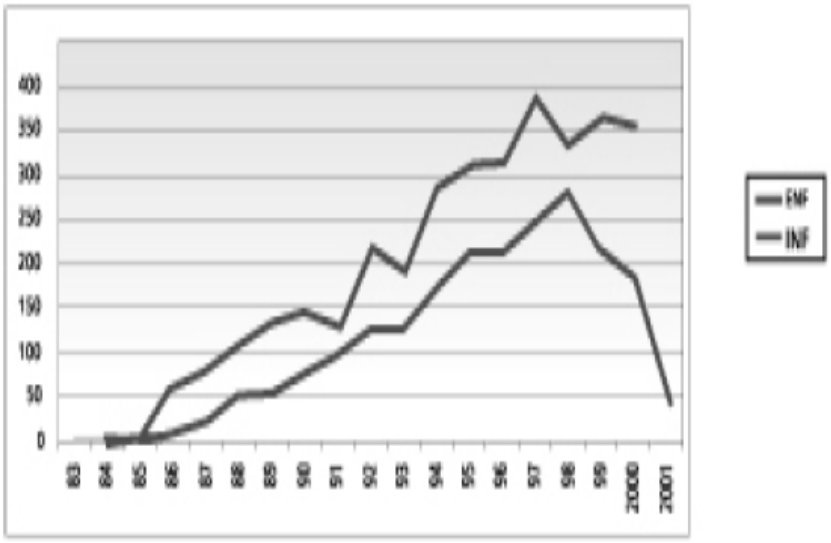
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 15
Tendencia de Tasa de Incidencia Anual, Costa Rica, 1983 -2002



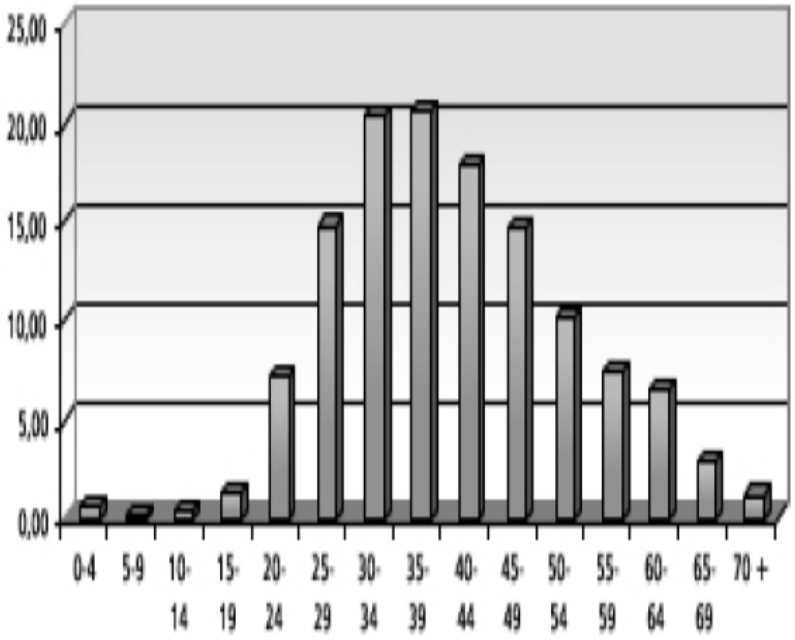
Casos por 100,000 habitantes.
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 16
Tendencia anual de VIH y SIDA, Costa Rica, años 1983-2010.



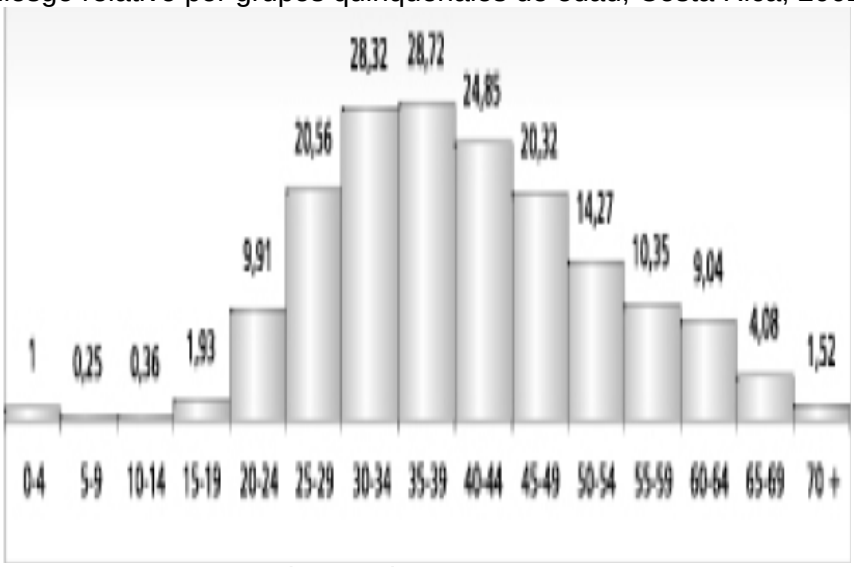
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 17
Tasa de incidencia específica, por grupos etáreos, Costa Rica, años 1983-2002.



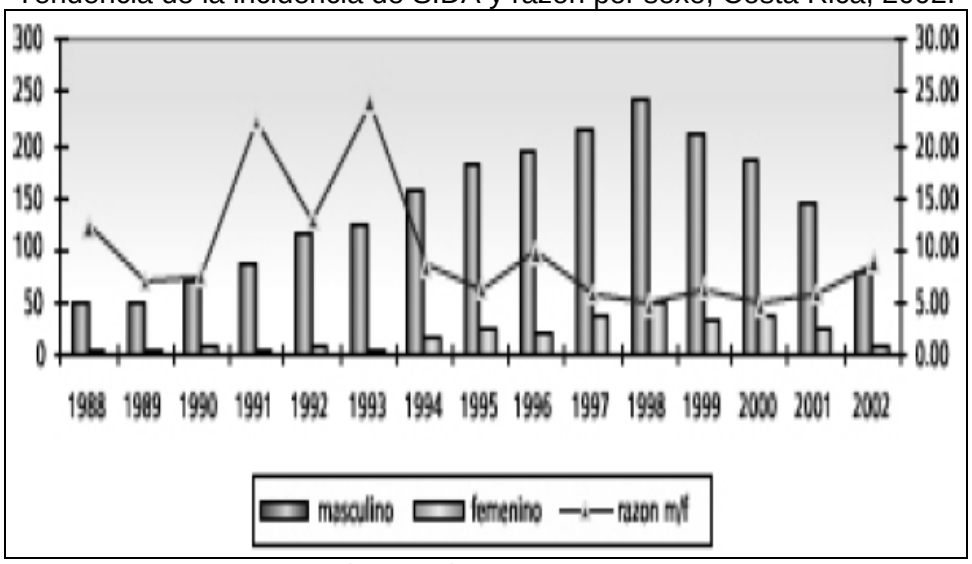
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 18
Riesgo relativo por grupos quinquenales de edad, Costa Rica, 2002.



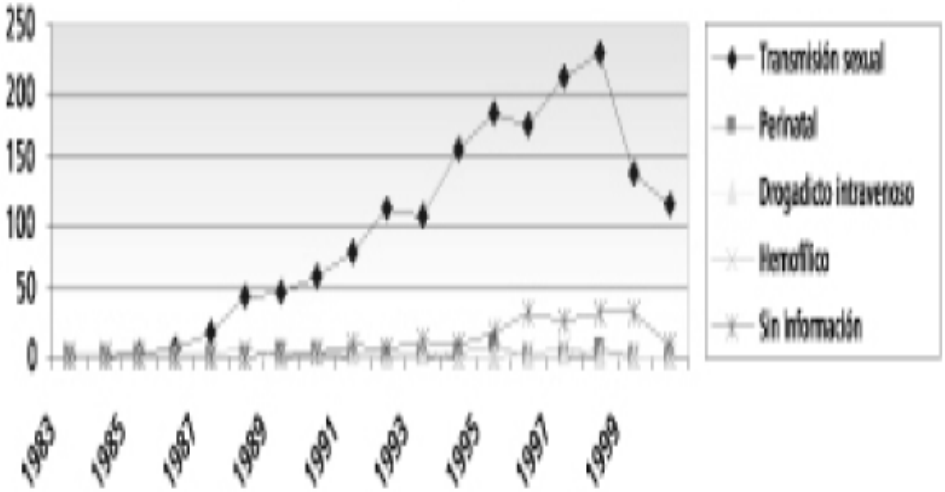
Fuente: Unidad de Información Estadística del ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 19
Tendencia de la incidencia de SIDA y razón por sexo, Costa Rica, 2002.



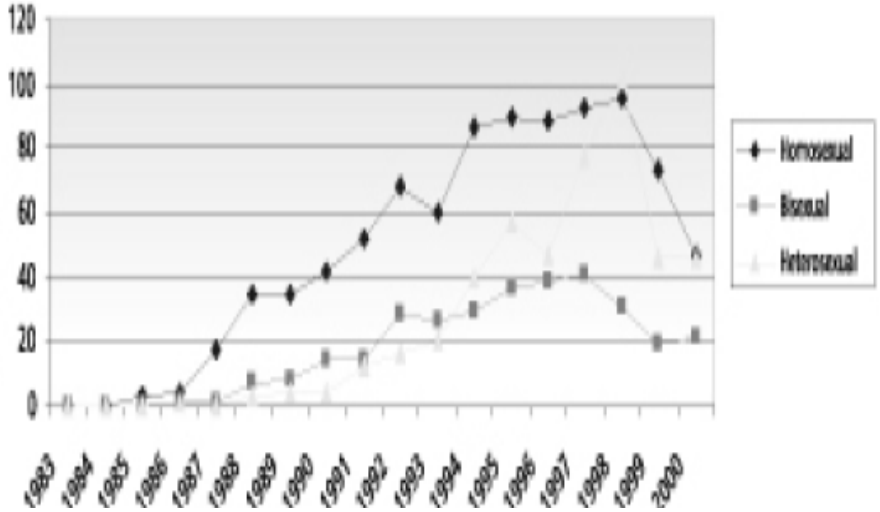
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 20
Tendencia de la incidencia de SIDA, por vías de transmisión. Costa Rica, 2002.



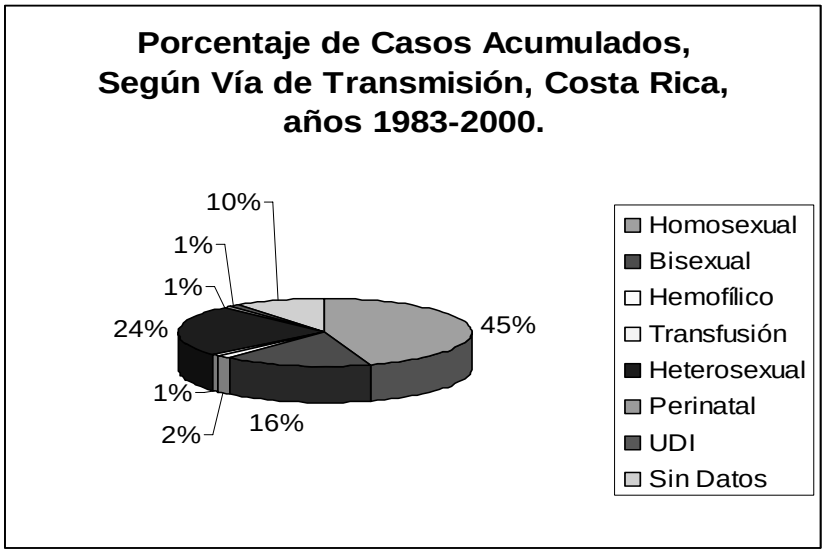
Fuente: Unidad de Control de SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

Gráfica 21
Tendencia de la incidencia de SIDA, por categoría de exposición. Costa Rica, 2002.



Fuente: Unidad de Control de SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

Gráfica 22



Fuente: Unidad de Control de SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social

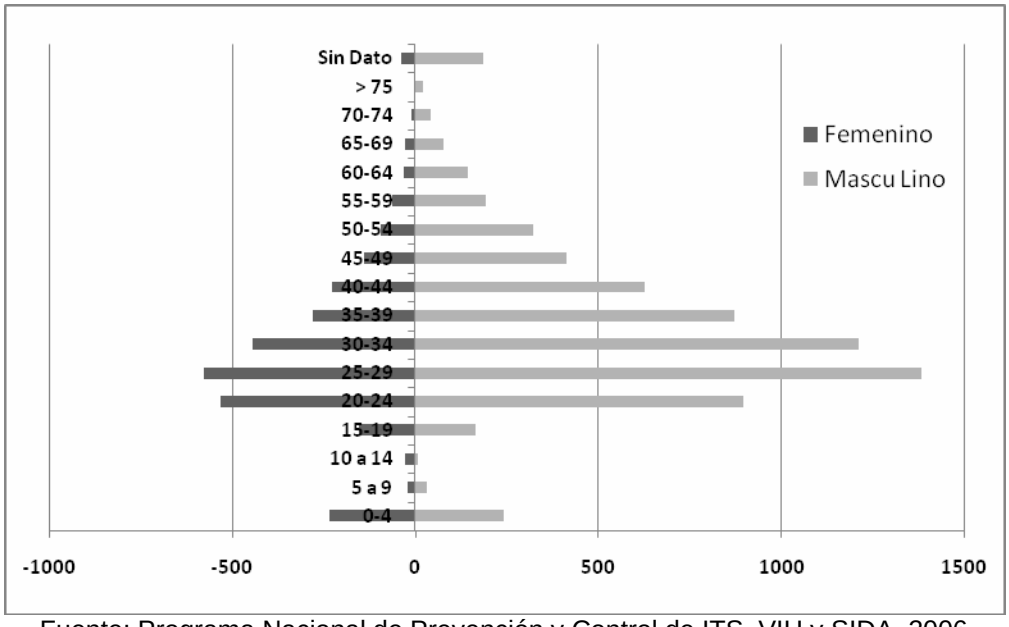
Gráfica 23
Casos SIDA Notificados Según Género
Guatemala 1984 a Julio 2006

Fuente: Unidad Informática, Centro Nacional de Epidemiología

Gráfica 24
Casos SIDA notificados según género
Guatemala 1984 a Julio 2006

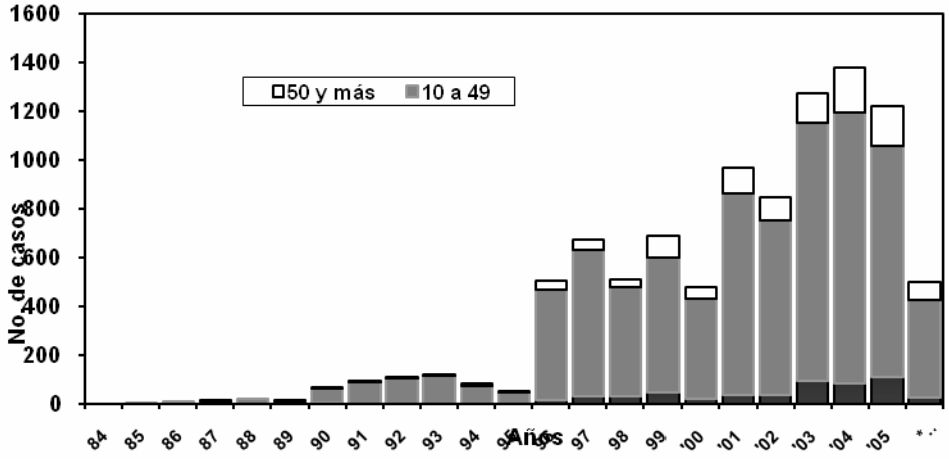
Fuente: Unidad Informática, Centro Nacional de Epidemiología

Gráfica 25
Pirámide poblacional de casos notificados de SIDA según grupo de edad y género
Enero1984 - Agosto 2006



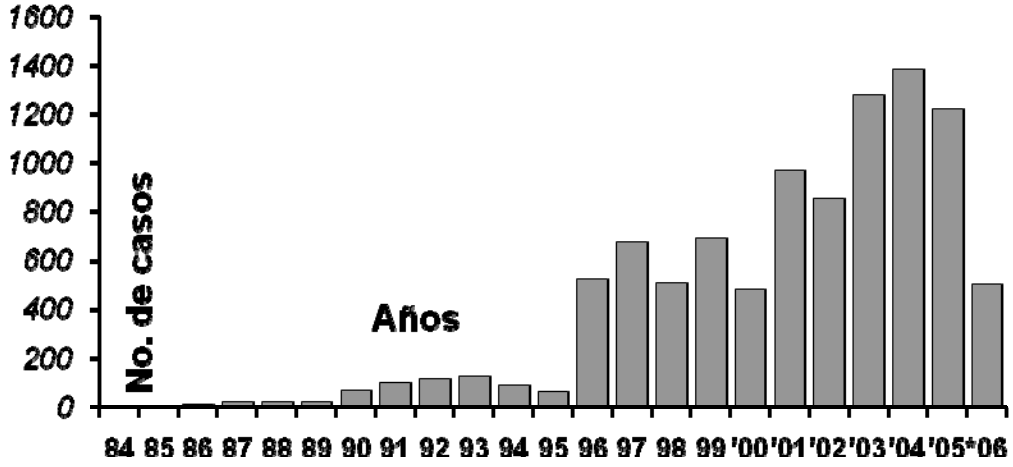
Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006

Gráfica 26
Tendencia de casos SIDA notificados según grupos de edad y año,
Guatemala 1984 a Julio 2006



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006.

Gráfica 27
Casos SIDA notificados en
guatemala durante los años de 1984 a julio 2006



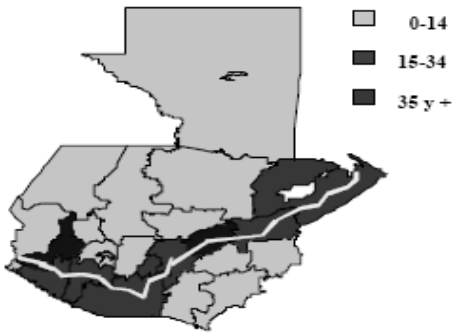
Fuente: Unidad Informática, Centro Nacional de Epidemiología, Guatemala julio 2006

Tabla 4
Casos notificados de SIDA según grupo de edad y género
Enero1984 - Agosto 2006

Grupos de Edades	Femenino	Masculino	Relación de Masculinidad	Sin Datos	Total	%
0-4	233	242	1.04	2	477	4,89
5-9	21	33	1.57	0	54	0,55
10-14	28	10	0.36	0	38	0,39
15-19	152	165	1.08	0	317	3,25
20-24	530	897	1.69	1	1.428	14,66
25-29	576	1386	2.41	2	1.964	20,16
30-34	443	1212	2.73	1	1.656	17,00
35-39	279	872	3.12	0	1.151	11,81
40-44	225	627	2.79	0	852	8,74
45-49	138	416	3.01	1	555	5,70
50-54	92	323	3.51	0	415	4,26
55-59	60	193	3.22	0	253	2,60
60-64	31	144	4.64	0	175	1,80
65-69	25	79	3.16	0	104	1,07
70-74	9	44	4.89	0	53	0,54
Más de 75	2	21	10.50	0	23	0,24
Sin Dato	36	188	-	4	228	2,34
TOTAL	2.880	6.852	2.38	11	9.743	100

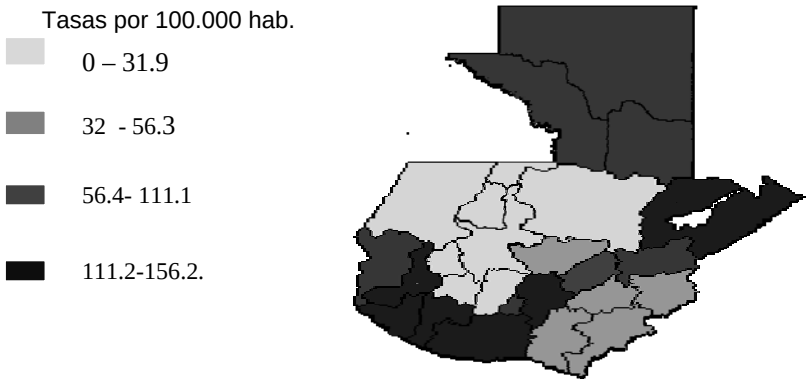
Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006

Gráfica 28
Departamentos con mayor actividad comercial en la República de Guatemala



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006

Gráfica 29
Casos notificados de SIDA, según departamento de residencia,
Enero 1984 - Agosto 2006



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006

Tabla 5
Distribución de casos VIH SIDA según departamentos en Guatemala
de 1984 a 2006

Departamento de residencia	Casos	Tasa, por 100,000 habitantes
Suchitepéquez	659	163,27
Guatemala	3505	156,04
Escuintla	951	155,82
Izabal	551	148,70
Retalhuleu	381	141,64
Quetzaltenango	729	116,91
Sacatepéquez	227	112,24
Zacapa	175	100,32
El Progreso	100	84,79
San Marcos	654	82,77
Peten	224	72,26
Santa Rosa	142	48,70
Baja Verapaz	84	40,88
Chiquimula	112	40,86
Jutiapa	147	37,97
Jalapa	78	36,82
Chimaltenango	124	32,14
Sololá	72	26,24
Alta Verapaz	204	30,41
Quiché	118	18,10
Totonicapán	57	17,08
Huehuetenango	77	9,43
Sin Dato	372	-
Total	9.743	91,73

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006

Tabla 6
Casos SIDA notificados fallecidos
Guatemala
Enero 1984 - Agosto 2006

SEXO	FALLECIDOS	%
Femenino	255	24,43
Masculino	789	75,57
Total	1.044	100

Fuente: base de datos del centro nacional de epidemiología

Tabla 7
Indicadores de VIH SIDA
Guatemala del año 2001 al 2010

Indicador/Año	**2001** Con SIDA	**2005** Con SIDA	**2010** Con SIDA
Tasa de Mortalidad	7.0	6.5	6.2
Muertes en Adultos Jóvenes (15 a 49 años)	2,021	4,209	6,594
Total Personas Viviendo con VIH y SIDA	57,440	94,791	147,051
Total Adultos 15-49 años VIHSIDA	53,076	87,034	134,038
Total Niños con SIDA	1,484	2,785	4,663
Total Muertes (Acumulado) por SIDA	10,724	28,005	66,100
Huérfanos por SIDA	3,200	9,200	21,800

Fuente: Actualización de las Estimaciones de la Magnitud de la Epidemia de VIH/SIDA en Guatemala: 1984-2010". PASCA Guatemala, 2002

Tabla 8
Organización política de la República de Guatemala
por nivel intermedio y local de Gobierno
Guatemala, Año 2005.

NIVEL INTERMEDIO DE GOBIERNO		
Organización Territorial	Ejecutivo	
Departamentos	Autoridad: Gobernador. Designación: Nombrado por el Presidente de la República.	
NIVEL LOCAL DE GOBIERNO		
Organización Territorial	Ejecutivo	Legislativo
Municipios	Autoridad: Alcalde. Designación: Elegido popularmente por 4 años.	Autoridad: Concejos Municipales. Designación: Electos directamente por sufragio universal y secreto por un período de cuatro años.

Fuente: Revisión Constitucional y Legal, Universidad de Georgetown, abril 2005.

Tabla 9
Organización del nivel intermedio de gobierno, nivel ejecutivo
Guatemala, Año 2005.

Nivel de Gobierno	Ejecutivo
Departamentos	Autoridad: Gobernador.
	Designación: Nombrado por el Presidente de la República.
	Requisitos: Domiciliado por 5 años anteriores en el departamento.

Fuente: Revisión Normativa, Universidad de Georgetown, abril 2005.

Tabla 10
Organización del nivel local de Gobierno, por nivel ejecutivo y legislativo
Guatemala, 2005

Nivel de Gobierno	Ejecutivo	Legislativo
Municipios*	Autoridad: Alcalde.	Autoridad: Concejos Municipales.
	Término: 4 años.	Término: 4 años.
	Designación: Elección por votación directa.	Designación: Los síndicos y concejales son electos directamente por sufragio universal y secreto.
	Requisitos: Ser guatemalteco de origen y vecino inscrito en el distrito municipal, estar en el goce de sus derechos políticos, y saber leer y escribir.	Requisitos: Ser guatemalteco de origen y vecino inscrito en el distrito municipal, estar en el goce de sus derechos políticos, y saber leer y escribir.
	Emolumentos: Tiene sueldo (incremento del sueldo se requiere voto favorable de 2/3 partes de los miembros del Concejo); tiene derecho a iguales dietas por la sesiones asistidas.	Emolumentos: Prestación gratuita, pero pueden devengar dietas por las sesiones asistidas cuando la situación financiera municipal lo permita.
Alcaldías Indígenas, Alcaldías Comunitarias	El Concejo Municipal, de acuerdo a los usos, normas y tradiciones de las comunidades, reconocerá a las alcaldías comunitarias o alcaldías auxiliares, como entidades representativas de las comunidades, en especial para la toma de decisiones y como vínculo de relación con el gobierno municipal. El nombramiento de alcaldes comunitarios o alcaldes auxiliares lo emitirá el alcalde municipal, con base a la designación o elección que hagan las comunidades de acuerdo a los principios, valores, procedimientos y tradiciones de las mismas. *(Código Municipal, Artículo 56.)*	
Mancomunidades	Las mancomunidades de municipios son asociaciones de municipios con personalidad jurídica, constituidas mediante acuerdos celebrados entre los concejos de dos o más municipios, de conformidad con la ley, para la formulación común de políticas públicas municipales, planes, programas y proyectos, la ejecución de obras y la prestación eficiente de servicios de sus competencias. *(Código Municipal, Artículo 49.)*	

Fuente: Revisión Normativa, Universidad de Georgetown, abril 2005.

Gráfica 31
Principales ríos de Guatemala y sus cuencas

Fuente: Departamento de Investigación y Servicios Hídricos INSIVUMEH

Tabla 11
Situación actual de las aguas residuales en Guatemala.
Información general por grupos de ciudades

Categoría de las ciudades	Tamaño de población (miles de habitantes)	Número de ciudades	Población urbana (miles de habitantes)	Dotación de agua potable l/hab/día	Población servida con red de alcantarillado (%)	Agua residual con tratamiento (%)
Muy pequeña	De 2 a 10	180	876,3	165	59,1	12
Pequeña	de 10 a 100	65	1.328,1	200	63,9	2,3
Intermedia	De 100 a 1.000	3	618,0	225	81,8	1,7
Grande	Mayor de 1.000	1	1.015,3	280	85,4	12
TOTAL		**249**	**3.837,7**			

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Tabla 12
Número de plantas de tratamiento de agua residual,
por ciudad del país de Guatemala

No.	Ciudad	No. De plantas de tratamiento de agua residual
1	Guatemala, Guatemala	20
2	Mixto, Guatemala	3
3	Villa Canales, Guatemala	3
4	Guastatoya, El Progreso	2
5	Sanarate, El Progreso	3
6	San Agustín Acas., El Progreso	1
7	San Juan Comalapa, Chimaltenango	1
8	Patzun, Chimaltenango	1
9	Santa Lucia Cotzumalguapa, Escuintla	1
10	Tiquisate, Escuintla	2
11	Casillas, Santa Rosa	1
12	Taxisco, Santa Rosa	2
13	Sololá, Sololá	2
14	Panajachel, Sololá	1
15	Flores Costa Cuca, Quetzaltenango	1
16	Retalhuleu, Retalhuleu	1
17	Catarina, San Marcos	1
18	Pajapita, San Marcos	1
19	Zacualpa, El Quiche	1
20	Estanzuela, Zacapa	1
21	Ipala Chiquimula	1
22	Jocotán Chiquimula	2
23	Atescatempa Jutiapa	1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Tabla 13
Grupos indígenas en Guatemala y su distribución geográfica

Garinagu: Livingston y Puerto Barrios (Izabal).
Tekiteko: Huehuetenango (Tectitán y Cuilco).
Achi'es: Baja Verapaz (Cubulco, Rabinal, San Jerónimo, San Miguel Chicaj, Salamá)
Jakaltecos: Concepción Huista, San Antonio Huista, Santa Ana Huista, La Democracia, Nentón, Jacaltenango (Huehuetenango)
Ixiles: San Gaspar Chajul, San Juan Cotzal, Santa María Nebaj
Q'anjob'ales 4 municipios de Huehuetenango (San Juan Ixcoy, San Pedro Soloma, Santa Cruz Barillas, Santa Eulalia)
Q'eqchies: En algunas áreas de Departamento, Quiché, Petén, Izabal y Belice.
Chalchitecos: Aguacatán (Huehuetenango).
Sakapultecos: Sacapulas, Quiché.
Maya mopán e Itzá: San Luis, San José, Dolores, Poptún (Petén), Toledo (Belice)
Awakatecos: Aguacatán (Huehuetenango)
Akatecos: Huehuetenango (Concepción Huista, Nentón, San Miguel Acatán, San Rafael la Independencia, San Sebastián Coatán)
Chuj: Huehuetenango (San Mateo Ixtatá, San Sebastián Coatán, Nenton)
Mames: Huehuetenango, San Marcos, Retalhuleu, Quetzaltenango.
K'ichés : Quiché, Sololá, Suchitepéquez.
Xincas: Chiquimulilla, San Juan Tecuaco, Santa María Ixhuatán, Guazacapán, Jumaytepeque, Taxisco (Santa Rosa); Yupiltepeque (Jutiapa).
Sipakapenses: Sicapaca, San Marcos.
Uspanteko: Uspatán, Quiche.
Ch'orti'es: Jocotán, Camotán, Olopa, Quetzaltepeque (Chiquimula) y la Unión Zacapa.
Poqomames: Palín (Escuintla), Mixco, Chinautla (Guatemala), San Carlos Alzatate, San Pedro Pínula y San Luis Jilotepeque (Jalapa).
Tz'utujiles: Sololá y Suchitepéquez.
Poqomchíes: San Cristóbal Verapaz y Tactic, Departamento,
Kaqchikeles : Están distribuidos en más de 30 municipios de Sacatepéquez, Chimaltenango, Sololá, Suchitepéquez, Guatemala y algunas áreas de Escuintla y Baja Verapaz (17asis grupo2).

Fuente: prensa libre, Etnias Guatemaltecas

Tabla 14
Idiomas hablados en Guatemala

Español	Jakalteka (Poptí)
Achí	Pocomam
Akateka	Pocomchí'
Chortí'	Q'anjob'al
Awakateka	Q'eqchi'
Castellano	Sakapulteka
Chuj	Sipakapense
Garífuna	Tektiteka
Itzá'	Tz'tujil
Ixil	Uspanteka
Kaqchiquel	Xinca
K'iche'	Mam (1 asis grupo2)

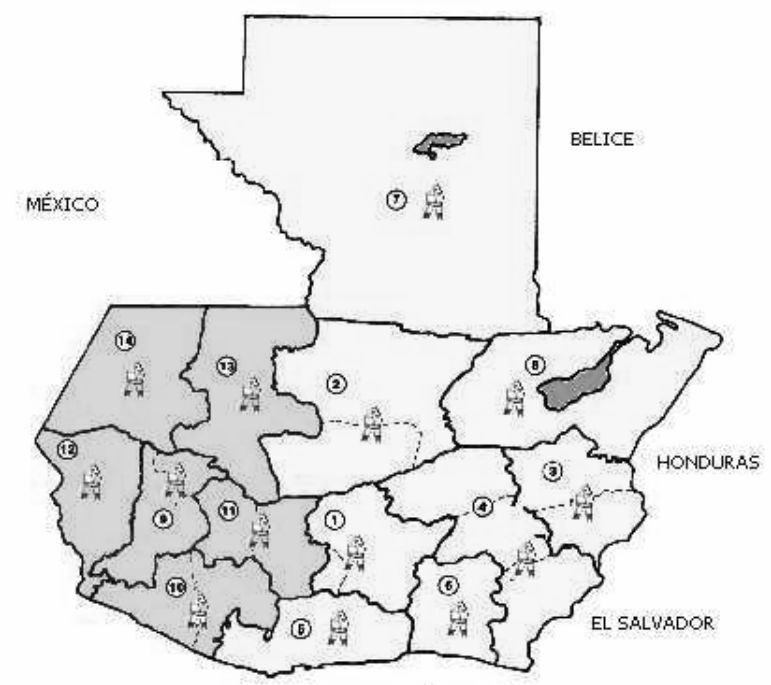
Fuente Academia de Lenguas, Guatemala

Tabla 15
Casos notificados de VIH SIDA según grupo étnico en Guatemala 2004 y 2005

Grupo Etnico	SIDA		VIH	
	Totales	Porcentaje	Totales	Porcentaje
Ladino	1829	70	1566	75
Maya	714	27	461	22
Garifuna	8	0,3	17	0,8
Xinca	3	0,1	1	0,05
Sin dato	69	2,6	34	1,6
Total	2623	100	2979	100

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

Gráfica 32
Jurisdicciones Eclesiásticas en Guatemala



Mapa de Jurisdicciones Eclesiáticas de Guatemala

Provincia Eclesiástica de Guatemala

1. Arquidiócesis de Guatemala
2. Diócesis de La Verapaz
3. Diócesis de Zacapa
4. Diócesis de Jalapa
5. Diócesis de Escuintla
6. Diócesis de Santa Rosa de Lima
7. Vicariato Apostólico de Petén
8. Vicariato Apostólico de Izabal

Provincia Eclesiástica de Los Altos

9. Arquidiócesis de Los Altos, Quetzaltenango - Totonicapán
10. Diócesis de Suchitepéquez - Retalhuleu
11. Diócesis de Sololá - Chimaltenango
12. Diócesis de San Marcos
13. Diócesis de Quiché
14. Diócesis de Huehuetenango

Fuente: Iglesia Católica, jurisdicción eclesiástica

Tabla 16
Prevalencia de uso de sustancias adictivas entre escolares por grupo étnico y sexo, Guatemala, 2002.

Sexo	Hombres		Mujeres	
Grupo	Ladino	No-Ladino	Ladino	No-Ladino
Alcohol en la vida	57.7 (55.9, 59.6)	44.5 (40.3, 48.7)	52.0 (50.3, 53.8)	32.6 (28.4, 36.9)
Alcohol hasta emborracharse	22.8 (21.2, 24.3)	17.4 (14.1, 20.6)	14.5 (13.3, 15.7)	6.4 (4.2, 8.6)
Cigarrillos	54.1 (52.3, 55.9)	47.8 (43.6, 52.1)	38.9 (37.1, 40.5)	21.2 (17.5, 24.9)
Inhalables	3.3 (2.6, 3.9)	4.9 (3.1, 6.7)	1.0 (0.6, 1.3)	0.6 (0.0, 1.3)
Marihuana	7.6 (6.6, 8.5)	5.3 (3.4, 7.2)	1.9 (1.4, 2.4)	1.7 (0.5, 2.8)
Tranquilizantes	13.0 (11.8, 14.3)	8.3 (6.0, 10.7)	23.9 (22.4, 25.4)	17.4 (14.0, 20.8)
Estimulantes	5.7 (4.9, 6.6)	7.9 (5.6, 10.2)	9.9 (8.9, 11.0)	9.2 (6.6, 11.8)
Cocaína	4.0 (3.3, 4.7)	3.0 (1.6, 4.5)	1.0 (0.7, 1.3)	0.4 (0.0, 1.0)
Crack	2.3 (1.7, 2.8)	2.6 (1.3, 4.0)	0.7 (0.4, 0.9)	0.4 (0.0, 1.0)
Pegamento	2.9 (2.3, 3.5)	5.1 (3.2, 7.0)	1.1 (0.7, 1.5)	1.3 (0.3, 2.3)
Éxtasis	1.4 (1.0, 1.8)	1.3 (0.3, 2.3)	1.1 (0.8, 1.5)	0.4 (0.0, 1.0)

Fuente: Estudio Nacional sobre la Desregulación Psicológica y su Relación con el Uso de Drogas entre Adolescentes Guatemaltecos 2002 (8)

Tabla 17
Distribución del consumo por sexo

Sexo	2000	1999
Masculino	77.3	70.5
Femenino	21.5	27.6
No respondió	1.2	1.9

Fuente: SECATID, 2001

Tabla 18
Distribución por tipo de droga de consumo

Droga	2000	1999
Alcohol	45.7	48
Marihuana	26.6	40.2
Cocaína	78.8	70.3
Inhalado	5.1	12.5
Barbitúricos	2.8	6.4
Otros	2.7	4.1

Fuente: SECATID, 2001

Tabla 19
Distribución consumo de alcohol por grupos de edad

Edad	2000	1999
10 a 14	0.4	0.6
15 a 19	11.1	19.2
20 a 24	14	20.2
25 a 29	19.8	18.6
30 a 34	23.9	17.7
35 a 39	15.3	11.8
40 a 44	10.1	7.2
45 a 49	2.5	2.9
50 ó más	1.4	0.7
Desconocido	1.6	1.1

Fuente: SECATID, 2001

Gráfica 33
Gráfica de producción de servicios, Clínica Familiar, HGSJD, 1996-2003

Fuente Clínica Familiar, Luis Ángel García, Hospital General San Juan de Dios

Tabla 20
Recurso humano dedicado a la salud según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Personal de Salud	Número de personas	Personal por habitante
Médicos	1,670	9.3 por cada 10,000 habitantes
Médicos ambulatorios	458	0.36 por cada 10,000 habitantes
Enfermeras graduadas	1,217	0.95 por cada 10,000 habitantes
Auxiliares de enfermería	6,962	5.5 por cada 10,000 habitantes
Técnico en salud rural	920	0.72 por cada 10,000 habitantes
Laboratorista	450	0.35 por cada 10,000 habitantes
Odontólogos	122	0.96 por cada 100,000 habitantes
Comadronas	16,485	12.9 por cada 10,000 habitantes
Facilitadotes comunitarios	3,503	2.8 por cada 10,000 habitantes
Vigilantes de la salud	28,976	22.8 por cada 10,000 habitantes
Médicos formados en Cuba	188	0.15 por cada 10,000 habitantes
Brigadas cubanas	622	0.49 por cada 10,000 habitantes
Psicólogo	34	0.26 por cada 100,000 habitantes
Trabajador social	166	1.3 por cada 100,000 habitantes

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84)

Tabla 22
Servicios de salud según MSPAS durante el año 2005.

Servicios de Salud	Número
Hospitales	49
Centros de salud	Tipo A 28
	Tipo B 258
Puestos de salud	945
Unidades mínimas	300
Centros de convergencia	1244
Centros de urgencia	29
Maternidades cantonales	20
Clínicas periféricas o botiquines	4
Centros integrados	32
Clínicas del IGSS	77
Clínicas privadas	1610
Clínicas comunitarias	2532
Farmacias o ventas de medicina	1953
Organismos No Gubernamentales (ONG)	1100
Camas de hospital	6030

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (2).

Tabla 23
Diez primeras causas de morbilidad Enfermedades Transmisibles
Según MSPAS durante el año 2005

No.	Diagnóstico	Frecuencia masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	TOTAL
1	Infecciones Respiratorias Agudas	717,129	49.81	959,182	49.24	1,676,311
2	Enfermedad Diarreica Aguda	191,789	13.32	212,356	10.90	404,150
3	Neumonías y Bronconeumonías	100,361	6.97%	109,644	5.63	210,010
4	Amebiasis Intestinal	62,115	4.31	90,590	4.65	152,710
5	Conjuntivitis no especificada	28,657	1.99	35,627	1.83	64,284
6	Dermatomicosis	24,918	1.73	35,463	1.82	60,381
7	Malaria Clínica más confirmada	29,521	2.05	27,328	1.40	56,849
8	Piodermitis	14,894	1.03	18,057	0.93	32,951
9	Escabiosis	12,807	0.89	17,819	0.91	30,626
10	Secreción Uretral/Flujo Vaginal	5,513	0.38	19,087	0.98	24,600
	Resto de Causas	251,995	17.50	422,824	21.71	674,82
	Total de Causas	1,439,699		1,947,977		3,387,676

Fuente: Memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 24
diez primeras causas de morbilidad general de las enfermedades no transmisibles
Según MSPAS durante el años 2005

No	Diagnóstico	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Parasitismo Intestinal	22,322	15.01	303,438	12.52	529,760
2	Anemia	106,056	7.03	223,635	9.22	329,691
3	Enfermedad Péptica	90,798	6.02	204,403	8.43	295,201
4	Dermatitis no Especificada	127,547	8.46	149,728	6.18	277,275
5	Infección del Tracto Urinario	71,142	4.72	181,466	7.48	252,608
6	Cefalea de Etiología a Determinar	36,036	2.39	77,426	3.19	113,489
7	artritis Reumatoidea	35,484	2.35	59,297	2.45	94,781
8	Neuralgia y Neuritis	17,404	1.15	54,796	2.26	72,200
9	Moniliasis No Especificada	30,054	1.99	36,057	1.49	66,111
10	Artralgias	14,962	0.99	31,179	1.29	46,141
	Resto de Causas	752,151	49.88	1,103,023	45.50	1,855,174
	Total de Causas	1,507,983		2,424,448		3,932,431

Fuente: Memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 25
Diez primeras causas de morbilidad infantil
Según MSPAS durante el año 2005

No.	Diagnóstico	Número de Casos	%
1	Infecciones Respiratorias Agudas	296,05	37.82
2	Enfermedad Diarreica Aguda	82,553	10.55
3	Neumonías y bronconeumonías	54,656	6.98
4	Dermatitis No Especificadas	46,968	6.00
5	Parasitismo Intestinal	23,328	2.98
6	Desnutrición	15,614	1.99
7	Conjuntivitis	12,068	1.54
8	Infecciones del Tracto Urinario	9,593	1.23
9	Piodermitis	8,963	1.14
10	amebiasis Intestinal	8,846	1.13
	Resto de causas	224,213	28.64
	Total de causas	782,852	

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 26
Diez primeras causas de morbilidad de 1 a 4 años
Según MSPAS

No.	Diagnóstico	Número de casos	%
1	Infecciones Respiratorias Agudas	501,93	32.21
2	Parasitismo intestinal	184,833	11.86
3	enfermedad Diarreica Aguda	153,777	9.87
4	Dermatitis No Especificada	78,336	5.03
5	Neumonías y Bronconeumonías	68,884	4.42
6	Amebiasis	45,049	2.89
7	Anemia	43,492	2.79
8	Piodermitis	15,551	1.00
9	Infección de vías urinarias	13,882	0.89
10	Conjuntivitis	11,056	0.71
	Resto de causas	441,592	28.34
	Total de Causas	1,558,382	

Fuente: Memoria de labores MSPAS 2005. (84)

Tabla 27
Atención recibida a mujeres en control prenatal, parto y puerperio
Según MSPAS durante el año 2005

No.	Atención Recibida	Frecuencia
1	Primer control prenatal	298,574
2	Partos en mujeres menores de 20 años	57,291
3	Partos en mujeres de 20 a 35 años	191,696
4	Partos en mujeres mayores de 35 años	33,714
5	Primer control a Puérperas	124,359
6	Niños con bajo peso al nacer	27,11

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84)

Tabla 28
Las diez primeras causas de morbilidad materna
Según MSPAS durante el año 2005

No.	Diagnóstico	Número de Casos	%
1	Infección del tracto Urinario	19,302	13.64
2	Infecciones respiratorias Agudas	16,605	11.73
3	Anemia que afecta al Embarazo	14,348	10.14
4	Enfermedad Péptica	7,156	5.06
5	Aborto Incompleto	3,469	2.45
6	Afecciones que complican el embarazo	2,814	1.99
7	Preclampsia	2,326	1.64
8	Sepsis Puerperal	2,071	1.46
9	Amenaza de Aborto	1,040	0.73
10	Anomalía dinámica del Trabajo de Parto	899	0.64
	Resto de Causas	71,488	50.52
	Total de causas	141,518	

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 30
Producción de consultas en servicios de MSPAS en el año 2005

Producción de consultas	Masculino	Femenino	Total
Número de pacientes nuevos	999,647	1,693,399	2,693,046
Números de Primeras consultas	2,205,997	3,817,874	6,023,871
Número de Re-consultas	430,931	934,250	1,365,181
Número de Emergencias	326,151	418,572	744,723
Número de Pacientes referidos a otro nivel	18,894	32,723	51,617
Total de Consultas	3,981,620	6,896,818	10,878,438

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 31
Cobertura de Inmunizaciones en menores de un año del año 2005

Vacuna	Nacidos Vivos 2004	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Cobertura (%)
B.C.G.	336,879	331,176			98.31
ANTIPOLIO (OPV)	336,879	348,127	315,362	314,61	93.39
D.P.T.	336,879	124,186	144,538	185,214	54.98
PENTAVALENTE	336,879	224,843	167,853	127,848	37.95

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 32
Cobertura de inmunizaciones en niños y niñas de un año
a menores de dos años, Guatemala, año 2005.

Población de 1 < 2 años	S.P.R.	OPV Refuerzo 1	DPT Refuerzo 1	Cobertura de S.P.R. (%)
353,271	318,137	215,283	214,266	90.05

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 33
Cobertura de inmunizaciones de niños y niñas de un año a menores de seis años,
Guatemala, año 2005.

Vacuna	Población de 1 < 6 años	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Cobertura (%)
B.C.G.	1,191,232	9,489			0.80
Antipolio (OPV)	1,184,837	17,972	20,623	27,898	2.35
D.P.T.	1,184,837	17,580	20,074	27,281	2.30
S.P.R.	1,181,271	42,712			3.62

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 34
Cobertura de inmunización con toxoide tetánico (tda)
en mujeres en edad fértil y adultos, Guatemala, 2005

Cobertura con Toxoide Tetánico (T.d.a.)	Población a Cubrir	1ª	2ª	3ª	R1	R2	Cobertura (%)
Mujeres en edad fértil	2,922,169	413,215	279,769	233,651	7,181	1,54	9.57
Adultos	2,480,518	83,401	30,153	13,033	1,413	1,044	1.22

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 35
Suplementación con micronutrientes a niños y mujeres en peri y post parto durante el año 2005 según el MSPAS

Seguridad Alimentaria y Nutricional	
No. De niños anémicos de 6 a menos de 24 meses vistos	64,616
No de niños de 6 meses a menos de 24 meses tratados	50,759
No. De niños menores de 5 años tratados por desnutrición	65,274
Total de niños menores 5 años que inician control con micronutrientes	501,293
No. De embarazadas que inician suplementación con acido fólico	326,403
No. De embarazadas que inician suplementación con hierro	380,911
No. De niños menores de 1 año que recibieron vitamina "A"	211,292
No. De niños comprendidos de 1 a 3 años que recibieron vitamina "A"	466,442

Fuente: memoria de labores MSPAS 2005 (84).

Tabla 36
Organismos multilaterales

Entidad	Año 2002 (Q)	Año 2003 (Q)
Agencias multilaterales	2,216,611.oo	2,530,290.44
Organismos Bilaterales	6,404,646.20	5,479,252.14
Otros organismos internacionales sin fines de lucro	10,186,581.00	15,465,445.00

Fuente: Encuestas Nacionales en Salud. 2002/2003

Tabla 37
Presupuesto de programa nacional de prevención y control de ITS, VIH y SIDA, asignado por el Ministerio de Salud Pública

Año	Presupuesto Asignado (Q)	Ampliación (Q)
2002	5,000,000.00	0
2003	7,000,000.00	0
2004	7,000,000.00	0
2005	10,392,200.00	1,519,984.00

Fuente: Encuestas Nacionales en Salud. 2002/2003

Gráfica 34

Prevalencia de VIH en la República de Guatemala.

Guatemala, junio de 2007.

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

Gráfica 35

Prevalencia de SIDA en la República de Guatemala.

Guatemala, junio de 2007.

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

ANEXO 2. Consolidado de presentación de resultados

Indicador	ALTA VERAPAZ	BAJA VERAPAZ	CHIMALTENANGO	CHIQUIMULA	EL PROGRESO	ESCUINTLA	GUATEMALA	HUEHUETENANGO
1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA								
Demografía								
Población	953,203	241,322	530,951	334,469	147,072	624,527	2,879,664	1,000,474
Densidad demográfica	100	78	271	142	77	143	1,298	137
Mujeres en edad fértil	28.35%	29.75%	29.33%	29.77%	30.00%	30.38%	32.35%	31.55%
Población migrante	37,425	35,081	26,547	10,870	1,435	30,079	143,720	103,684
Morbilidad								
Casos de VIH masculino	7	3	4	2	6	16	3	0
Casos de VIH femenino	17	2	3	3	10	27	2	2
Casos de SIDA masculino	19	1	0	2	2	28	12	5
Casos de SIDA femenino	23	2	0	4	1	61	10	0
Morbilidad asociada a SIDA	45	9	0	6	0	0	22	0
Casos de VIH en embarazadas o puérperas	2	0	2	0	1	0	17	0
Casos de SIDA en embarazadas o puérperas	1	0	0	0	0	0	68	0
Mortalidad								
Mortalidad asociada a SIDA	4	0	1	4	3	26	36	1
Mortalidad en embarazadas o puérperas	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad infantil	0	0	0	0	0	0	1	0
Mortalidad en 1 a 4 años	0	0	0	0	0	0	1	1
Indicadores de Salud-Enfermedad								
Tasa de mortalidad específica por SIDA	0.42	0	0.19	1.20	2.04	4.16	1.25	0.10
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0	0	0	0	0	0	12.58	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	1:2	1:1	4:3	2:3	3:5	2:3	3:2	5:2

Indicador	IZABAL	JALAPA	JUTIAPA	PETÉN	QUETZALTENANGO	QUICHÉ	RETALHULEU	SACATEPÉQUEZ
1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA								
Demografía								
Población	364,910	279,268	405,439	513,843	705,300	804,683	272,071	283,891
Densidad demográfica	41	136	127	16	336	79	148	614
Mujeres en edad fértil	29.52%	30.24%	29.30%	28.00%	31.00%	46.85%	30.25%	30.78%
Población migrante	36,729	7,150	24,050	15,532	33,521	251,339	8,162	14,541
Morbilidad								
Casos de VIH masculino	47	7	16	169	84	28	19	3
Casos de VIH femenino	59	8	14	337	51	21	19	7
Casos de SIDA masculino	47	0	16	5	44	1	10	8
Casos de SIDA femenino	18	0	14	3	42	0	7	5
Morbilidad asociada a SIDA	174	32	60	243	83	1	0	0
Casos de VIH en embarazadas o puérperas	12	0	0	69	55	2	20	0
Casos de SIDA en embarazadas o puérperas	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad								
Mortalidad asociada a SIDA	34	1	3	6	90	1	28	0
Mortalidad en embarazadas o puérperas	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad infantil	3	0	0	0	4	0	1	0
Mortalidad en 1 a 4 años	5	0	0	0	2	0	1	0
Indicadores de Salud-Enfermedad								
Tasa de mortalidad específica por SIDA	9.32	0.36	0.74	1.17	12.76	0.12	10.29	0.00
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	36.52	0	0	0	26.5	0	14.22	0
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	5:6	7:8	8:7	1:2	8:5	4:3	1:1	3:7

Indicador	SAN MARCOS	SANTA ROSA	SOLOLÁ	SUCHITEPÉQUEZ	TOTONICAPÁN	ZACAPA	TOTAL
1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA							
Demografía							
Población	908,245	319,963	373,935	459,317	407,124	209,089	13,018,759
Densidad demográfica	239	109	356	191	390	78	118
Mujeres en edad fértil	29.90%	29.75%	29.37%	29.78%	47.00%	30.41%	30.36%
Población migrante	163,484	28,916	12,475	46,304	21,810	20,908	1,073,762
Morbilidad							
Casos de VIH masculino	75	11	10	102	7	50	669
Casos de VIH femenino	50	0	2	63	2	30	729
Casos de SIDA masculino	40	3	9	40	3	4	299
Casos de SIDA femenino	25	0	0	24	1	1	241
Morbilidad asociada a SIDA	68	26	23	165	4	0	961
Casos de VIH en embarazadas o puérperas	8	0	0	13	0	0	201
Casos de SIDA en embarazadas o puérperas	0	0	0	0	0	0	69
Mortalidad							
Mortalidad asociada a SIDA	21	7	1	11	2	6	286
Mortalidad en embarazadas o puérperas	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad infantil	0	0	0	0	0	1	10
Mortalidad en 1 a 4 años	0	0	0	0	0	0	10
Indicadores de Salud-Enfermedad							
Tasa de mortalidad específica por SIDA	2.31	2.19	0.27	2.39	0.49	2.87	2.20
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	0	0	0	0	0	20.61	2.89
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	3:2	11:0	5:1	2:1	7:2	5:3	1:1

Indicador	ALTA VERAPAZ	BAJA VERAPAZ	CHIMALTENANGO	CHIQUIMULA	EL PROGRESO	ESCUINTLA	GUATEMALA	HUEHUETENANGO
2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA								
Cultura								
No indígenas	66,724	99,352	111,500	278,947	139,088	584,558	2,419,414	350,166
Indígenas	886,479	141,970	419,451	55,522	2,984	39,969	460,250	650,308
Idiomas hablados	4	7	5	3	1	3	4	3
Religión								
Templos católicos	19	10	17	19	27	20	114	21
Templos no católicos	183	191	90	39	78	250	2500	100
Altares para ritos mayas	76	5	83	3	1	160	5	9
Hábitos y Costumbres								
Consumo de drogas	110	73	13	18	269	101	409	57
Lugares comercio sexual	22	3	31	3	14	28	388	20
Personas comercio sexual	116	44	110	44	64	2,060	2,303	70
Usuarios de profilaxis sexual	116	1,109	1,422	886	135	2,060	12,528	147

3. DIMENSIÓN ATENCIÓN A LA SALUD								
Recurso humano								
Médico	42	29	58	51	16	43	127	36
Enfermería	21	24	32	32	8	16	43	36
Auxiliar de enfermería	188	168	182	150	68	100	237	200
Técnico en salud rural	26	24	25	20	17	9	57	31
Laboratorista	28	13	23	17	6	13	47	10
Odontólogo	9	2	2	4	0	4	32	1
Psicólogo	4	2	0	3	0	1	11	1
Trabajador social	6	1	25	4	4	2	19	5
Promotor o vigilante de salud	4,395	868	1,063	12	153	2	522	2857
Habitante por médico	22,695	8,321	9,154	6,558	9,192	14,524	22,675	27,791
Habitante por enfermera	45,391	10,055	16,592	10,452	18,384	39,033	66,969	27,791
Habitante por auxiliar de enfermería	5,070	1,436	2,917	2,230	2,163	6,245	12,150	5,002
Habitante por técnico en salud rural	36,662	10,055	21,238	16,723	8,651	69,392	50,520	32,273
Habitante por laboratorista	34,043	18,563	23,085	19,675	24,512	48,041	61,269	100,047
Habitante por odontólogo	105,911	120,661	265,476	83,617	0	156,132	89,990	1,000,474
Habitante por psicólogo	238,301	120,661	0	111,490	0	624,527	261,788	1,000,474
Habitante por trabajador social	158,867	241,322	21,238	83,617	36,768	312,264	151,561	200,095
Habitante por promotor o vigilante de salud	217	278	499	27,872	961	312,264	5,517	350

Indicador	IZABAL	JALAPA	JUTIAPA	PETÉN	QUETZALTENANGO	QUICHÉ	RETALHULEU	SACATEPÉQUEZ
2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA								
Cultura								
No indígenas	91,228	232,854	385,167	379,216	282,120	96,552	181,471	165,793
Indígenas	273,682	46,414	20,272	134,627	423,180	708,131	90,600	118,098
Idiomas hablados	5	3	1	6	5	10	2	3
Religión								
Templos católicos	13	13	21	15	35	22	16	18
Templos no católicos	50	9	82	35	751	600	239	10
Altares para ritos mayas	6	19	0	13	67	21	189	48
Hábitos y Costumbres								
Consumo de drogas	0	0	34	90	788	119	304	0
Lugares comercio sexual	17	12	45	23	36	40	35	17
Personas comercio sexual	67	190	1,497	75	140	62	35	154
Usuarios de profilaxis sexual	0	196	2,995	9,710	470	1,711	2,292	154

3. DIMENSIÓN ATENCIÓN A LA SALUD								
Recurso humano								
Médico	6	26	58	159	240	47	52	77
Enfermería	35	11	31	28	126	29	37	47
Auxiliar de enfermería	252	65	223	226	429	233	177	209
Técnico en salud rural	28	18	14	36	20	62	6	13
Laboratorista	22	5	16	18	35	16	13	22
Odontólogo	5	2	1	3	1	3	1	7
Psicólogo	1	0	0	2	1	4	1	3
Trabajador social	4	2	2	2	1	6	1	8
Promotor o vigilante de salud	28	656	441	2,014	592	3,152	364	235
Habitante por médico	60,818	10,741	6,990	3,232	2,939	17,121	5,232	3,687
Habitante por enfermera	10,426	25,388	13,079	18,352	5,598	27,748	7,353	6,040
Habitante por auxiliar de enfermería	1,448	4,296	1,818	2,274	1,644	3,454	1,537	1,358
Habitante por técnico en salud rural	13,033	15,515	28,960	14,273	35,265	12,979	45,345	21,838
Habitante por laboratorista	16,587	55,854	25,340	28,547	20,151	50,293	20,929	12,904
Habitante por odontólogo	72,982	139,634	405,439	171,281	705,300	268,228	272,071	40,556
Habitante por psicólogo	364,910	0	0	256,922	705,300	201,171	272,071	94,630
Habitante por trabajador social	91,228	139,634	202,720	256,922	705,300	134,114	272,071	35,486
Habitante por promotor o vigilante de salud	13,033	426	919	255	1,191	255	747	1,208

Indicador	SAN MARCOS	SANTA ROSA	SOLOLÁ	SUCHITEPÉQUEZ	TOTONICAPÁN	ZACAPA	TOTAL
2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA							
Cultura							
No indígenas	544,947	297,566	13,302	195,669	22,392	199,889	7,137,914
Indígenas	363,298	22,397	360,633	263,648	384,732	9,200	5,875,845
Idiomas hablados	5	4	5	4	2	2	22
Religión							
Templos católicos	340	11	30	16	8	22	827
Templos no católicos	1253	157	176	151	250	133	7,327
Altares para ritos mayas	118	4	6	1	10	76	920
Hábitos y Costumbres							
Consumo de drogas	0	0	55	50	600	1	3,091
Lugares comercio sexual	43	34	11	36	13	23	894
Personas comercio sexual	135	152	55	6	140	450	7,969
Usuarios de profilaxis sexual	1,722	6,762	116	8,932	140	2,641	56,244

3. DIMENSIÓN ATENCIÓN A LA SALUD							
Recurso humano							
Médico	99	49	38	26	26	67	1,372
Enfermería	66	12	22	15	13	40	724
Auxiliar de enfermería	360	106	109	97	118	208	4,104
Técnico en salud rural	36	6	25	15	26	13	527
Laboratorista	23	1	10	11	1	18	368
Odontólogo	17	1	2	1	0	1	99
Psicólogo	0	1	0	1	0	1	37
Trabajador social	4	6	2	2	0	4	110
Promotor o vigilante de salud	1355	1,229	8	525	0	9	20,480
Habitante por médico	9,174	6,530	9,840	17,666	15,659	3,121	9,489
Habitante por enfermera	13,761	26,664	16,997	30,621	31,317	5,227	17,982
Habitante por auxiliar de enfermería	2,523	3,019	3,431	4,735	3,450	1,005	3,172
Habitante por técnico en salud rural	25,229	53,327	14,957	30,621	15,659	16,084	24,704
Habitante por laboratorista	39,489	319,963	37,394	41,756	407,124	11,616	35,377
Habitante por odontólogo	53,426	319,963	186,968	459,317	0	209,089	131,503
Habitante por psicólogo	0	319,963	0	459,317	0	209,089	351,858
Habitante por trabajador social	227,061	53,327	186,968	229,659	0	52,272	118,352
Habitante por promotor o vigilante de salud	670	260	46,742	875	0	23,232	636

Indicador	ALTA VERAPAZ	BAJA VERAPAZ	CHIMALTENANGO	CHIQUIMULA	EL PROGRESO	ESCUINTLA	GUATEMALA	HUEHUETENANGO
Infraestructura								
Hospitales regionales	1	1	0	2	1	2	8	1
Hospitales distritales	2	0	1	0	0	0	0	0
Hospitales especializados	0	0	0	0	0	0	6	0
Centros de salud tipo A	5	1	0	2	1	1	2	2
Centros de salud tipo B	11	7	14	11	7	15	23	14
Puestos de salud	33	34	56	27	34	37	86	75
Unidades mínimas	8	61	91	61	21	0	0	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura	625	0	0	291	0	0	0	0
Clínicas del IGSS	12	1	10	1	1	8	19	12
Clínicas privadas	80	36	64	171	31	11	133	87
Clínicas comunitarias	339	165	205	291	0	12	59	331
Centros de diagnóstico	6	0	1	2	0	0	0	31
ONGs dedicadas a VIH y SIDA	6	1	0	1	0	5	14	0

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA								
Pobreza								
Pobreza	84.10%	71.60%	59.40%	56.50%	45.40%	35.15%	14.20%	72.00%
Pobreza extrema	41.20%	31.01%	13.50%	13.30%	8.60%	4.32%	1.60%	12.00%
Índice de desarrollo humano	0.514	0.477	0.618	0.56	0.648	0.616	0.795	0.523
Organización Política y Social								
Partidos políticos	15	13	15	19	14	21	19	32
Cocodes	1,363	438	56	867	180	430	167	12
Comudes	16	8	16	11	5	13	10	586
Educación								
Establecimientos educativos	2,884	1,158	1,175	1,329	490	1,359	6,220	2,761
Estudiantes	216,914	74,459	130,119	87,740	39,973	156,175	883,319	250,904
Maestros	7,212	1,226	5,502	3,917	1,748	5,879	43,779	8,598
Alfabetas	53,461	78,943	227,485	116,658	61,429	286,215	1,709,815	292,542
Analfabetas	38,681	49,336	58,731	67,694	26,327	93,531	173,034	239,354

Indicador	IZABAL	JALAPA	JUTIAPA	PETÉN	QUETZALTENANGO	QUICHÉ	RETALHULEU	SACATEPÉQUEZ
Infraestructura								
Hospitales regionales	2	1	1	2	1	4	1	0
Hospitales distritales	0	0	0	0	0	0	0	2
Hospitales especializados	0	0	0	0	1	0	0	0
Centros de salud tipo A	3	1	3	1	0	1	0	4
Centros de salud tipo B	5	7	12	11	16	18	11	0
Puestos de salud	32	24	55	43	60	82	31	17
Unidades mínimas	42	0	117	28	0	148	5	0
Centros de convergencia/extensión de cobertura	0	24	64	47	13	610	5	0
Clínicas del IGSS	8	0	3	3	6	3	10	1
Clínicas privadas	76	96	117	96	0	23	65	67
Clínicas comunitarias	18	0	64	0	0	397	60	38
Centros de diagnóstico	0	0	1	107	0	8	0	0
ONGs dedicadas a VIH y SIDA	1	0	0	1	3	0	1	2

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA								
Pobreza								
Pobreza	52.12%	72.00%	66.20%	62.60%	50.80%	84.60%	55.30%	36.10%
Pobreza extrema	16.84%	30.00%	24.00%	13.00%	11.20%	33.20%	10.90%	5.30%
Índice de desarrollo humano	0.611	0.53	0.556	0.61	0.65	0.508	0.632	0.708
Organización Política y Social								
Partidos políticos	12	13	17	11	19	9	14	7
Cocodes	640	276	276	134	328	518	274	80
Comudes	29	7	11	4	24	15	6	16
Educación								
Establecimientos educativos	249	839	1,210	1,554	1,647	3,146	773	707
Estudiantes	24,756	73,727	124,415	130,104	216,444	206,531	82,494	84,406
Maestros	16,427	2,980	4,411	4,980	8,354	8,082	3,169	4,337
Alfabetas	270,032	95,344	158,869	164,370	316,996	209,991	120,762	60,340
Analfabetas	94,877	51,339	67,279	105,976	89,769	187,644	36,480	26,383

Indicador	SAN MARCOS	SANTA ROSA	SOLOLÁ	SUCHITEPÉQUEZ	TOTONICAPÁN	ZACAPA	TOTAL
Infraestructura							
Hospitales regionales	1	1	1	1	1	1	34
Hospitales distritales	0	0	0	0	0	0	5
Hospitales especializados	0	0	0	0	0	0	7
Centros de salud tipo A	0	2	0	12	0	2	43
Centros de salud tipo B	20	12	10	0	9	9	242
Puestos de salud	82	54	33	39	25	43	1,002
Unidades mínimas	0	0	44	1	0	0	627
Centros de convergencia/extensión de cobertura	2	96	187	1	0	0	1,965
Clínicas del IGSS	19	3	2	6	1	8	137
Clínicas privadas	130	55	22	185	38	130	1,713
Clínicas comunitarias	429	95	187	87	64	0	2,841
Centros de diagnóstico	56	3	6	7	0	0	228
ONGs dedicadas a VIH y SIDA	8	1	6	0	1	0	51

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA							
Pobreza							
Pobreza	73.10%	40.20%	77.50%	64.70%	85.62%	60.00%	56.20%
Pobreza extrema	25.00%	15.70%	29.20%	15.90%	55.62%	15.00%	16.00%
Índice de desarrollo humano	0.583	0.604	0.579	0.587	0.374	0.64	0.663
Organización Política y Social							
Partidos políticos	25	19	28	11	14	15	362
Cocodes	125	149	354	151	104	98	7,020
Comudes	7	10	15	11	8	10	838
Educación							
Establecimientos educativos	1,897	1,886	1,030	1,034	954	759	35,061
Estudiantes	228,062	87,988	98,389	118,663	101,934	58,417	3,475,933
Maestros	7,263	6,552	5,128	4,877	3,608	2454	160,483
Alfabetas	361,060	134,881	162,392	326,574	179,110	93,934	5,481,203
Analfabetas	136,817	48,630	39,438	132,743	36,684	29,842	1,830,589

Indicador	ALTA VERAPAZ	BAJA VERAPAZ	CHIMALTENANGO	CHIQUIMULA	EL PROGRESO	ESCUINTLA	GUATEMALA	HUEHUETENANGO
Trabajo								
Tasa de empleo	87.77%	40.47%	99.40%	67.30%	93.40%	33.00%	89.13%	92.80%
Actividad económica principal	Portuaria, agrícola	Agrícolas	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio	Operarios, comercio	Agricultura, caza y pesca, minería	Agricultura, silvicultura, pesca, comercio	Trabajadores de los servicios y vendedores	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, construcción
Productos agrícolas principales	Cardamomo, maíz, café	Maíz, café, frijol	Arveja china	Maíz, frijol, arroz	Maíz, frijol, tomate	Caña de azúcar, legumbres, tubérculos	Café, maíz, fríjol	Café, caña de azúcar, tabaco, chile, yuca
Productos artesanales principales	Textiles	Vasijas de barro, utensilios de barro	Ladrillo de Barro, vasijas de Barro	Utensilios de barro	Cerámica, cerería, cestería	Tejidos	Tejidos	Textiles
Ingreso promedio mensual por familia	Q1,350.00	Q2,113.06	Q359.20	Q1,273.80	Q2,346.90	Q1,500.00	Q2,597.04	Q800.00
Población económicamente activa	65.04%	67.06%	66.99%	67.94%	72.00%	73.00%	76.29%	67.00%
Inversión en Salud								
Presupuesto asignado área de salud	Q76,440,150.00	Q10,848,704.00	Q2,242,335.00	Q22,424,451.00	Q26,169,924.00	Q30,019,311.00	Q80,291,407.81	Q61,929,938.00
Presupuesto asignado en el área de salud para programas de VIH	Q20,564.00	Q20,564.00	Q0.00	Q0.00	Q275,000.00	Q0.00	Q0.00	Q0.00

Indicador	IZABAL	JALAPA	JUTIAPA	PETÉN	QUETZALTENANGO	QUICHÉ	RETALHULEU	SACATEPÉQUEZ
Trabajo								
Tasa de empleo	89.90%	92.00%	53.21%	86.40%	95.25%	97.00%	96.42%	20.38%
Actividad económica principal	Comercio, agricultura	Agricultura, caza, silvicultura y pesca	Agricultura, caza, silvicultura, pesca, minas	Agricultura, caza , silvicultura y pesca, comercio	Agricultura, industria manufacturera textil, comercio	Agricultura, caza, silvicultura y pesca	Agricultura, comercio	Artesanos, empleados de oficina, comercio, agropecuarias
Productos agrícolas principales	Banano, arroz, maíz	Maíz	Frijol, café	Maíz, fríjol negro, tomate, naranja, limón	Café, trigo, papa	Maíz, frijol, arroz y café	Maíz, frijol	Maíz, fríjol, café, zanahoria, ejote, aguacate
Productos artesanales principales	Redes de pesca, cestería	Tejidos de algodón	Calzado	Morrales, pitos, lazos, redes y hamacas con fibra de maguey	Trajes típicos, jaspe, muebles. Mimbre, marimbas	Textiles	Cerería, cestería, cuero, escobas, hierro	Cerámica, orfebrería, cerería, muebles y tejidos
Ingreso promedio mensual por familia	Q2,325.93	Q2,236.19	Q1,200.00	Q2,398.52	Q1,939.56	Q2,453.78	Q1,931.47	Q1,750.21
Población económicamente activa	68.00%	66.00%	68.87%	66.00%	70.63%	63.50%	71.00%	72.32%
Inversión en Salud								
Presupuesto asignado área de salud	Q15,824,771.00	Q17,304,703.00	Q47,546,204.00	Q20,890,087.00	Q2,651,050.85	Q15,824,771.00	Q13,215,297.00	Q1,575,026.52
Presupuesto asignado en el área de salud para programas de VIH	Q0.00	Q0.00	Q10,031.00	Q52,287.00	Q56,926.00	Q0.00	Q372,480.00	Q0.00

Indicador	SAN MARCOS	SANTA ROSA	SOLOLÁ	SUCHITEPÉQUEZ	TOTONICAPÁN	ZACAPA	TOTAL
Trabajo							
Tasa de empleo	91,22%	35.40%	91.90%	8.75%	62.94%	91.00%	53.82%
Actividad económica principal	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio	Agricultura, caza, silvicultura y pesca	Agricultura, caza, silvicultura y pesca, comercio	Agricultura, industria, comercio	Industria manufacturera, agricultura	Agriculutra, caza, silvicultura y pesca, comercio	Agricultura, comercio, industria
Productos agrícolas principales	Café y maíz blanco	Caña de azúcar, café (cereza), maíz blanco, frutas, frijol	Legumbres, tubérculos, cereales, caña de azúcar	Café, azúcar, algodón, cacao, tabaco, hule	Trigo, maíz, frijol, legumbres	Cultivos de exportación	Café, maíz, frijol
Productos artesanales principales	Tejidos y cerámica	Tejidos de algodón, cohetería, cestería	Tejidos, petate de Tul, cerámica	Cerámica, cerería, cestería, cobre, cuero, escobas	Textiles, cerámica, madera	Cerámica tradicional, cerería, cestería, cobre, cuero	Tejidos, cerámica
Ingreso promedio mensual por familia	Q1,735.35	Q1,922.44	Q1,200.00	Q1,561.75	Q1,350.00	Q2,500.00	Q2,326.19
Población económicamente activa	68.84%	70.00%	66.89%	69.40%	66.30%	72.00%	69.85%
Inversión en Salud							
Presupuesto asignado área de salud	Q3,440,150.00	Q23,000,000.00	Q18,199,914.00	Q18,379,810.00	Q1,486,523.65	Q390,216.00	Q491,293,744.83
Presupuesto asignado en el área de salud para programas de VIH	Q0.00	Q0.00	Q0.00	Q0.00	Q4,227.00	Q0.00	Q812,079.00

ANEXO 3. Operazionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBDIMENSIONES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
BIOLÓGICA	Se considerará esta dimensión como la que tiene por objeto principal el cuerpo humano, se concentra muy especialmente en el ser humano y su constitución como individuo, familia y comunidad.	Demografía	Población por grupo de edad y género por departamento: Número de habitantes en el área geográfica del departamento, por edad y género.	Cuantitativa	De Razón
		Indicadores consignados en el Sistema Gerencial de Salud –SIGSA-	Pirámide poblacional del departamento: Gráfico que refleja la distribución de datos según género y edad de una población determinada	Cuantitativa	De Razón
			Densidad demográfica en el departamento: Número de habitantes por Km2	Cuantitativa	De Razón
			Porcentaje de mujeres en edad fértil en el departamento: Población de sexo femenino comprendida entre los 10-49 años	Cuantitativa	De Razón
			Migración en el departamento: Número de personas que se han ido de su lugar de origen hacia otro destino.	Cuantitativa	De Razón
		Morbilidad	Pacientes infectados por VIH por edad y género: Número de personas reportadas con diagnóstico de VIH en el departamento, por edad y género durante el año 2006.	Cuantitativa	De Razón
			Pacientes con SIDA por edad y género: Casos reportados de SIDA el departamento por edad y género, durante el año 2006.	Cuantitativa	De Razón
			Morbilidad de VIH en mujeres en embarazo o puerperio, por edad: Número de casos reportados de mujeres embarazadas o en puerperio con diagnóstico de VIH	Cuantitativa	De Razón
		Mortalidad	Asociada a SIDA por causa, edad y género: Número de muertes en pacientes con SIDA en el departamento por causa, edad y género	Cuantitativa	De Razón
			Mortalidad materna en pacientes con VIH: Número de muertes asociadas al embarazo, parto y puerperio en pacientes con VIH, por causa y edad	Cuantitativa	De Razón
		Indicadores de salud-enfermedad	Tasa de mortalidad específica asociada a SIDA: Número de muertes asociadas a SIDA en un año/total de la población 1000	Cuantitativa	De Razón
			Tasa de mortalidad infantil asociada a SIDA: Número de muertes en menores de un año asociadas a SIDA/Recién Nacidos * 1000	Cuantitativa	De Razón
			Tasa de mortalidad en menores de 5 años asociada a SIDA: Número de muertes en individuos menores de 5 años asociadas a SIDA/población menores de 5 años x 1000	Cuantitativa	De Razón
			Razón de masculinidad en pacientes con VIH y SIDA: Relación entre los pacientes de sexo masculino y sexo femenino con VIH y/o SIDA	Cuantitativa	De Razón

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBDIMENSIONES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTILOS DE VIDA	Son riesgos generados por el propio individuo y la sociedad que corresponden a los procesos reproductivos de las formas de conciencia y de conducta.	Cultura	Grupos étnicos y su distribución en el departamento: Distribución de la población según grupo étnico.	Cuantitativa	De Razón
			Idiomas, dialectos, lenguas en el departamento: Idioma en que la población aprendió a hablar.	Cualitativa	Nominal
		Religión	Número de templos católicos en el departamento: Número de Parroquias en las cuales se congregan los profesantes de la religión católica	Cuantitativa	De Razón
			Número de templos no católicos en el departamento: Infraestructura en el cual se congregan creyentes de fe distinta a la católica	Cuantitativa	De Razón
			Número de altares para ritos mayas en el departamento: Sitio consagrado al culto o a la devoción a los dioses mayas	Cuantitativa	De Razón
		Hábitos y Costumbres	Consumo de drogas: Número de usuarios de Alcoholismo, tabaquismo y drogadicción ilícita.	Cuantitativa	De Razón
			Lugares de comercio sexual: Número de lugares dedicados al comercio sexual en el departamento.	Cuantitativa	De Razón
			Habitantes dedicados al comercio sexual: Número de habitantes dedicados a comercio sexual en el departamento	Cuantitativa	De Razón
			Usuarios de Preservativo: Número de preservativos entregados por el Ministerio de Salud en el año 2006.	Cuantitativa	De Razón

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBDIMENSIONES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD	Consiste en la disponibilidad y cantidad de recurso humano, infraestructura, producción y cobertura de los diferentes servicios para administrar la atención de la salud.	Recurso Humano Dedicado a la Salud	Médico por habitante en el departamento : Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Licenciadas en Enfermería en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Enfermera por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Auxiliar de enfermería por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Técnico en salud rural por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Laboratorista por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Odontólogo por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Psicólogo por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Trabajador social por habitante en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
			Número de promotores de salud o vigilantes de la salud en el departamento: Personal de salud por habitante	Cuantitativa	De Razón
		Infraestructura de Servicios	Número de centros de atención a la salud del Ministerio de Salud en el departamento: Número de Hospitales, Centros y Puestos de salud, Unidades mínimas, Centros de Convergencia, botiquines	Cuantitativa	De Razón
			Números de clínicas del IGSS en el departamento: Servicios de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Cuantitativa	De Razón
			Número de clínicas privadas y comunitarias (de beneficencia) en el departamento: Servicios de salud no pertenecientes del MPSAS	Cuantitativa	De Razón
			Número de centros de diagnóstico clínico en el departamento: Servicios que ofrecen estudios de gabinete	Cuantitativa	De Razón
			Organismos no gubernamentales dedicados al tema de VIH y SIDA en el departamento (ONG´s): Servicios de salud no pertenecientes del MPSAS	Cuantitativa	De Razón

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBDIMENSIONES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
SOCIO ECONÓMICA	Consiste en las características relacionadas con el nivel de Pobreza, Organización social, Educación, Trabajo, Inversión, así como los Marcos Legales y de referencia del Tema de estudio	Pobreza	Porcentaje de pobreza: Número de personas que viven con Q. 4,020.00 mensuales o menos	Cuantitativa	De Razón
			Porcentaje de extrema pobreza: Número de personas que viven con Q. 1,873.00 mensuales o menos.	Cuantitativa	De Razón
			Índice de Desarrollo Humano: Indicador compuesto por tres parámetros: esperanza de vida al nacer, educación (tasa de alfabetización de adultos) e ingreso per cápita.	Cuantitativa	De Razón
		Organización Política y Social	Organizaciones sociales civiles: Número de partidos políticos, comités cívicos, COCODES, COMUDES	Cuantitativa	De Razón
		Educación	Establecimientos educativos: Número de establecimientos educativos por nivel y sector	Cuantitativa	De Razón
			Número de estudiantes inscritos: Número de estudiantes inscritos por nivel y sector.	Cuantitativa	De Razón
			Número docentes en centros educativos: Cantidad de personal docente, por nivel y sector.	Cuantitativa	De Razón
			Porcentaje de alfabetismo: Porcentaje de personas mayores de 15 años que no saben leer y escribir	Cuantitativa	De Razón
		Trabajo	Tasa de empleo: Cociente entre la población ocupada y la población económicamente activa, por cien	Cuantitativa	De Razón
			Actividad económica principal: Ocupación principal de las personas del departamento.	Cualitativa	Nominal
			Ingreso promedio mensual por familia: Promedio del ingreso económico mensual con que dispone una familia.	Cuantitativa	De Razón
			Productos agrícolas y artesanales: Artículos no industriales producidos en el departamento	Cualitativa	Nominal
			Población económicamente activa: Población en capacidad de laborar, se toma a partir de los 10 años	Cuantitativa	De Razón
		Inversión en Salud	Presupuesto del Áreas de Salud: Fondos disponibles para inversión en cada área de salud	Cuantitativa	De Razón
			Presupuesto destinado al Programa de VIH y SIDA en el Área de Salud: Fondos designados para cada ejecutar el programa de VIH y SIDA en el área de salud	Cuantitativa	De Razón

ANEXO 4. Instrumento para la recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigaciones de las Ciencias de Salud
Unidad de Trabajos de Graduación
Situación de VIH y SIDA
2007

Nombre del Estudiante: _____
Departamento: _____

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

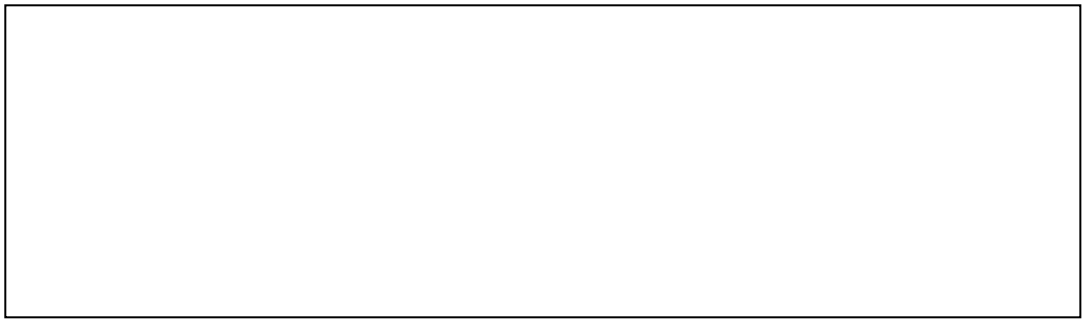
1.1) Demografía

Tabla 1
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
0- 4			
5- 9			
10-14			
15-19			
20-24			
25-29			
30-34			
35-39			
40-44			
45-49			
50-54			
55-59			
60-64			
65-69			
70-74			
75-79			
80 y más			
Total			

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento.
Guatemala junio de 2007.



Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica[1]	habitantes por Km^2
Mujeres en edad fértil[2]	
Población migrante[1]	

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

Tabla 3
Casos de VIH y SIDA según edad y sexo en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Edad	<1 m		1-2m		2m-1a		1-4a		5-9a		10-14a		15-19a		20-24a		25-39a		40-49a		50-59a		60-64a		65-70a		>70a		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIH																														
SIDA																														

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	< 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65->		Total	
Diagnósticos	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Total																						

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1	VIH								0
2	SIDA								0

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

1.3) Mortalidad

Tabla 6
Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Edad en años	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65-70		>70		Total	
Dx.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Total																										

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

Tabla 7
Causas de mortalidad por SIDA en mujeres embarazadas y en puerperio
en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
	Causas								
1									
2									
3									
4									
5									
	Total								

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

Tabla 8
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1						
Total						

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

Tabla 9
Causas de mortalidad por SIDA de 1 a 4 años
en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

	Edad en años	1 – 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1						
Total						

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

Tabla 10
Indicadores de salud-enfermedad del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Proporción
Tasa de mortalidad específica por SIDA	x 100,000 hab
Tasa de mortalidad infantil asociada al SIDA	x 100,000 nacidos vivos
Razón de masculinidad en pacientes infectados por VIH	

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

2.1) Cultura

Tabla 11
Distribución de la población según grupo étnico del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena		
Indígena		
Total		

Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

Tabla 12
Idiomas hablados en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Idioma	Sí	No

Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

2.2) Religión

Tabla 13
Templos y altares religiosos del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos[1]		
Templos no católicos[2]		
Altares para ritos mayas[3]		
Total		

Fuente: [1]Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
[2] Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
[3]Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006

2.3) Hábitos y Costumbres

Tabla 14
Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol					
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total					

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

Tabla 15
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total		100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud, año 2006

Tabla 16
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino		
Masculino		
Total		

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud, año 2006

Tabla 17
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino		
Masculino		
Total		

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud, año 2006

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

Tabla 18
Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de recurso	Número	Personal de salud por habitante
Médicos		1 médico por habitantes
Enfermeras		1 enfermera por habitantes
Auxiliares de enfermería		1 aux. de enfermería por habitantes
Técnicos en salud rural		1 téc. en salud rural por habitantes
Laboratoristas		1 laboratorista por habitantes
Odontólogos		1 odontólogo por habitantes
Psicólogos		1 psicólogo por habitantes
Trabajadores sociales		1 trabajador social por habitantes
Promotores de salud		1 promotor de salud por habitantes

Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

3.2) Infraestructura de Servicios

Tabla 19
Infraestructura de servicios de salud del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Tipo de servicio	Total
Hospitales regionales[1]	
Hospitales distritales[1]	
Hospitales especializados[1]	
Centros de salud tipo A[1]	
Centros de salud tipo B[1]	
Puestos de salud[1]	
Unidades mínimas[1]	
Centros de convergencia/extensión de cobertura[1]	
Clínicas del IGSS[2]	
Clínicas privadas[1]	
Clínicas comunitarias[1]	
Centros de diagnóstico[1]	
Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA*	

Fuentes: [1]Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
[2]Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

* Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA:

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4.1) Pobreza

Tabla 20
Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Dato
Pobreza	
Pobreza extrema	
Índice de desarrollo humano	

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

4.2) Organización Política y Social

Tabla 21
Organización política y social del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Organizaciones	Número
Partidos políticos[1]	
COCODES[2]	
COMUDES[2]	

Fuente: [1]Delegación Departamental, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
[2]Gobernación Departamental, año 2006

4.3) Educación

Tabla 22
Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]			
Primaria[1]			
Básicos[1]			
Diversificado[1]			
Superior[2]			
Total			

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 23
Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]			
Primaria[1]			
Básicos[1]			
Diversificado[1]			
Superior[2]			
Total			

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 24
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria[1]			
Primaria[1]			
Básicos[1]			
Diversificado[1]			
Superior[2]			
Total			

Fuente: [1]Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
[2]Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 25
Alfabetismo en la población del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta		
Analfabeta		
Total mayores de 15 años		

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, Departamento, año 2006

4.4) Trabajo

Tabla 26
Indicadores de trabajo del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Indicador	Datos
Tasa de empleo[1]	
Actividad económica principal[2]	
Productos agrícolas principales[3]	
Productos artesanales principales[3]	
Ingreso promedio mensual por familia[4]	
Población económicamente activa[2]	

Fuentes: [1]Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006,
[2]Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004,
[3]Análisis del Departamento, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, año 2005,
[4]Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,

4.5) Inversión en Salud

Tabla 27
Presupuesto para inversión en salud del Departamento.
Guatemala junio de 2007.

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	
Asignado en el área de salud para programas de VIH	

Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud, año 2006

ANEXO 5. Fuentes de información para recolección de datos

INDICADOR	DATOS	FUENTE	RAZÓN DE NO EXISTENCIA DEL DATO
1.DIMENSIÓN BIOLÓGICA			
Población x Grupo Etáreo y Género	• número de habitantes por rango de edad • número de habitantes por género	• Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050, Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	
Pirámide Poblacional	• número de habitantes por rango de edad • número de habitantes por género	• Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050, Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	
Densidad Demográfica	• número de habitantes • extensión territorial	• Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006.	
Porcentaje de Mujeres en Edad Fértil	• mujeres de 10 a 49 años de edad • población total	• Construido en base a: Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050,Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	

Migrantes	• número de personas que han inmigrado a los departamentos	• Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050, Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	En los departamentos de Alta Verapaz y Sacatepéquez se toma el dato del INE, debido a que no está reportado este dato en la fuente oficial.
Morbilidad General	• número de personas diagnosticadas con VIH o SIDA por edad y género	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info	
Mortalidad General	• número de muertes asociadas a SIDA por causa, edad y género	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info	
Morbilidad Mujeres Embarazadas/Puerperio con VIH	• número de mujeres en embarazo o puerperio infectadas con VIH, por edad	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info	
Mortalidad Mujeres Embarazadas/Puerperio con SIDA	• número de muertes en mujeres en embarazo o puerperio infectadas con VIH, por edad	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info	

Mortalidad en < 1 año	• número de muertes en pacientes menores de un año asociadas a SIDA, por causa, edad y género • número de recién nacidos	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info • Registro de Nacimientos, Año 2006	
Mortalidad 1-4 años	• número de muertes en pacientes de uno a cuatro años asociadas a SIDA, por causa, edad y género	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info	
Tasa de Mortalidad Específica por SIDA	• número de muertes asociadas a SIDA • población total	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info • Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050, Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	
Razón de Masculinidad	• número de hombres infectados con VIH • número de mujeres infectadas con VIH	• Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Año 2006. Software Epi Info	

2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA			
Grupos Étnicos	• población por grupo étnico	• Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas: núcleos de habla y dispersión de habitantes, página 44-89 Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005. http://www.mcd.gob.gt/MICUDE/arqueologia_antropologia/mapas_sitios_arqueologicos/mapa%20linguistico.pdf	
Idiomas	• idioma en que la población aprendió a hablar	• Academia de Lenguas Mayas, Guatemala. Comunidades Lingüísticas de Guatemala, 2004. http://www.almg.org.gt/Componentes%20almg/mapa.htm	
No. de Templos	• número de templos católicos, no católicos y altares mayas	• Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala • Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala • Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006	

Consumo de Drogas	• usuarios de drogas de abuso, alcohol y tabaco, por sexo	• Secretaría contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas (SECATID)	No existe dato oficial por departamento, únicamente a nivel nacional. Se presenta la morbilidad reportada en la Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006.
Lugares de Comercio Sexual	• sitios dedicados al comercio sexual	• Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006	Dato estimado en el área de salud, de acuerdo a las personas incluidas en los programas de profilaxis sexual. No se incluyen los lugares clandestinos.
Habitantes Dedicados al Comercio Sexual	• número de trabajadores sexuales, por sexo	• Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006	Dato estimado en el área de salud, de acuerdo a las personas incluidas en los programas de profilaxis sexual

Usuarios de Profilaxis Sexual con Preservativo	• número de usuarios de preservativo	• Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006	
3. DIMENSIÓN ATENCIÓN DE LA SALUD			
Recurso Humano Dedicado a Salud	• número de personal de salud • total de población	• Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006.	
Infraestructura Dedicada a Salud	• número de centros de atención a la salud	• Dirección del Departamento de Epidemiología de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006. • Memoria de Labores, Año 2006, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	

4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA			
Porcentaje de Pobreza	• número de personas que viven con Q 4,020.00 o menos al mes	• Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005, Diversidad Étnico-Cultural: La Ciudadanía en un Estado Plural, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo www.desarrollohumano.org.gt, Anexo Estadístico A, Cuadro Po_01: Pobreza total y extrema pobreza por municipio, pagina 329	
Porcentaje de Extrema Pobreza	• número de personas que viven con Q 1,873.00 o menos al mes	• Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005, Diversidad Étnico-Cultural: La Ciudadanía en un Estado Plural, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo www.desarrollohumano.org.gt, Anexo Estadístico A, Cuadro Po_01: Pobreza total y extrema pobreza por municipio, pagina 329	
Índice de Desarrollo Humano	• esperanza de vida • educación • ingreso per cápita	• Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005, Diversidad Étnico-Cultural: La Ciudadanía en un Estado Plural, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo www.desarrollohumano.org.gt, Anexo Estadístico A, Cuadro Dh_01: Índice de Desarrollo Humano según componente por departamento, pagina 312	

Organización Política	• número de partidos políticos y comités cívicos	• Delegaciones Departamentales del Tribunal Supremo Electoral, año 2006	
Organización Social	• número de COCODEs y COMUDEs	• Gobernaciones Departamentales, año 2006	
Establecimientos Educativos	• número de establecimientos por nivel y sector	• Anuario Estadístico de la Educación Año 2005, Direcciones Departamentales de Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006	Se utilizan otras fuentes como el registro y estadística de Universidades privadas y pública ya que el ministerio de educación no cuenta con datos sobre nivel superior
Estudiantes Inscritos	• número de estudiantes por nivel y sector	• Anuario Estadístico de la Educación Año 2005, Direcciones Departamentales de Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006	Se utilizan otras fuentes como el registro y estadística de Universidades privadas y pública ya que el ministerio de educación no cuenta con datos sobre nivel superior
No. Maestros por Nivel Educativo	• número de docentes por nivel y sector	• Anuario Estadístico de la Educación Año 2005, Direcciones Departamentales de Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006	Se utilizan otras fuentes como el registro y estadística de Universidades privadas y pública ya que el ministerio de educación no cuenta con datos sobre nivel superior

Analfabetismo	• número de personas mayores de 15 años que no saben leer y escribir	• Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005, Analfabetismo en Guatemala, http:www.mineduc.gog.gt/pw/estadistica/estadisticas/2005/home.htm	
Tasa de Empleo	• población económicamente activa • población ocupada	• Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de Empleo e Ingresos, año 2006	
Actividad Económica	• ocupación principal de la población	• Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050,Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	
Producción Agrícola y Artesanal	• artículos no industriales producidos	• Análisis de los Departamentos de la República de Guatemala, Dirección de Análisis Económico, Ministerio de Economía, Año 2005	
Ingreso Mensual	• cantidad promedio que dispone una familia al mes	• Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Estadísticas del Trabajo, boletín 17, Guatemala 2006	

Población Económicamente Activa (PEA)	• población mayor de 10 años en capacidad de trabajar	• Elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con base en información de las Instituto nacional de Estadística (INE) Estimaciones y Proyecciones de Población 1,950-2,050, Censos Nacionales XI de Población y VI de habitación 2002, Guatemala Agosto 2,004, Proyecciones 2,006	
Presupuesto del Área de Salud	• fondos asignados al área de salud	• Dirección del Departamento de Contabilidad de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Presupuesto Operativo Anual Año 2006	
Presupuesto del Área de Salud destinado a VIH y SIDA	• fondos del área de salud para programas de VIH y SIDA	• Dirección del Departamento de Contabilidad de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, Presupuesto Operativo Anual Año 2006	

Anexo 6. Glosario de datos e indicadores

INDICADOR		CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR	INTERPRETACIÓN
NOMBRE	**DEFINICION**		
Población por grupo de edad y sexo	Número total de habitantes por cada departamento de la república divido por grupos de edad y sexo en el año 2006.	Número y porcentaje de población masculina y femenina de 0 – + de 80 años (población dividida por quinquenios	Es la distribución de los habitantes de determinado departamento, muestra la composición de una población por edad y por sexo al presentar el número o la proporción de varones y mujeres en cada grupo de edad, da una idea clara de las características de una población.
Densidad demográfica	Relación entre el número de Habitantes de un país o departamento relacionado con su extensión territorial por kilómetro cuadrado	Número de Habitantes / Kilómetros Cuadrados	Concentración de la población por unidad de superficie(km2). Se utiliza para mostrar hacinamiento.

Número y Porcentaje de mujeres en edad fértil	Número: Total de Mujeres entre los 10 a 49 años según el registro de población a utilizar Porcentaje: Proporción de Mujeres entre los 10 a 49 años relacionado con el número total de la población	Número: Se coloca el total de mujeres entre los 10 a 49 años según el registro de población a utilizar. Porcentaje: Producto de la multiplicación de el número total de mujeres entre los 10 a 49 años por 100 dividido la población total.	Termino con que se expresa la procreación afectiva de los individuos que componen una población.
Migración (Flujos migratorios)	Cambio de residencia que afecta a la población activa durante una temporada.	Se tomó el número total de migrantes reportados por las distintas áreas de salud	Proceso de traslado de población, dentro de un mismo país desde un área geográfica de origen hasta otra de destino; implica cambio definitivo en el domicilio o lugar de residencia habitual.

INDICADOR		**CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR**	**INTERPRETACION**
NOMBRE	**DEFINICIÓN**		
Morbilidad por VIH o SIDA	Número de personas que tienen VIH o SIDA en un departamento determinado, en el año 2006	Número de pacientes con VIH o SIDA que se encuentran en los registros de las Áreas de Salud de República de Guatemala	Mide el número de casos de VIH O SIDA presentes en una fecha o durante un periodo especificado.

Mortalidad por VIH o SIDA	Número de muertes ocasionadas por VIH o SIDA en un departamento determinado en el año 2006	Número de personas fallecidas por VIH o SIDA en un departamento según los registros de las Áreas de Salud de República de Guatemala		Expresa la dinámica de las muertes acaecidas en las poblaciones a través del tiempo y el espacio, y sólo permite comparaciones en este nivel de análisis. La mortalidad es una categoría de naturaleza estrictamente poblacional.
Morbilidad Mujeres Embarazadas o en Puerperio con VIH o SIDA	Número de mujeres en embarazo o puerperio infectadas con VIH o SIDA en determinado departamento en el año 2006	Número de mujeres en embarazo o puerperio infectadas con VIH según los registros de las Areas de Salud de República de Guatemala		Mide el número de casos de VIH O SIDA presentes en mujeres embarazadas o en puerperio en una fecha o durante un periodo especificado.
Mortalidad Mujeres Embarazadas o Puerperio con VIH o SIDA	Número de muertes en mujeres en embarazo o puerperio infectadas con VIH o SIDA en determinado departamento en el año 2006	Número de muertes en mujeres embarazadas o en puerperio infectadas con VIH o SIDA encontradas en los registros de las Áreas de Salud de la República de Guatemala		Muertes ocasionadas por VIH o SIDA en mujeres embarazadas o puerperio en un periodo determinado.
Mortalidad en < 1 año asociada a VIH o SIDA	Número de muertes en menores de un año asociadas a VIH o SIDA en relación al número de nacidos vivos en un determinado departamento en el año 2006	Número de Muertes ocasionadas por VIH o SIDA en menores de un año Número de Nacidos Vivos	X 100000	Muertes ocasionadas por VIH o SIDA en menores de un año en un periodo determinado.

Mortalidad 1-4 años asociada a VIH o SIDA	Número de muertes en niños de uno a cuatro años asociadas a VIH o SIDA en relación con el número total de personas en ese grupo etáreo, en determinado departamento en el año 2006	Número de muertes de niños de 1 a 4 años Total de niños de 1 a 4 años	X 100000	Muertes ocasionadas por VIH o SIDA en niños comprendidos entre los 1 a 4 años en un periodo determinado.
Tasa de Mortalidad Específica por SIDA	Número de muertes en la población asociadas a VIH o SIDA en relación con el número de Habitantes de determinado departamento durante el 2006	Número de muertes asociadas a VIH o SIDA en la población Población total del departamento	X 100000	Muertes ocasionadas por VIH o SIDA en la población en un periodo determinado.
Razón de Masculinidad	Comparación entre el número de Hombres con el Número de Mujeres infectados por VIH o SIDA en determinado departamento durante el 2006	Número de hombres infectados con VIH Número de mujeres infectadas con VIH		Medidas que cuantifican las discrepancias en la ocurrencia de VIH o SIDA en distintos grupos (hombres y mujeres en este caso)

INDICADOR		**CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR**	**INTERPRETACION**
NOMBRE	**DEFINICIÓN**		
Número de templos católicos	Lugares dedicados al culto católico por departamento en el año 2006	Número de templos católicos por departamento	Totalidad de templos católicos para la población a estudio.

Número de tempos no católicos	Lugares dedicados al culto no católico por departamento en el año 2006	Número de templos no católicos por departamento	Totalidad de templos no católicos para la población a estudio
Número de altares para ritos mayas	Lugares dedicados al culto de la religión maya por departamento en el año 2006	No. de altares mayas por departamento	Totalidad de altares mayas para la población a estudio

INDICADOR		**CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR**	**INTERPRETACION**
NOMBRE	**DEFINICIÓN**		
Morbilidad adicción a bebidas alcohólicas y drogas	Numero de personas que consumen alcohol y/o drogas en el departamento a estudiar en el año 2006	Numero de personas que consumen alcohol y/o drogas en el departamento a estudiar	Mide el número de casos de alcoholismo o drogadicción presentes en la población en una fecha o durante un periodo especificado.
Lugares dedicados al comercio sexual	Sitios dedicados a la prestación de servicios de índole sexual por departamento en el año 2006	Número de lugares que se dedican al comercio sexual por departamento.	Mide el número de lugares dedicados al comercio sexual como factor de riesgo en la adquisición de VIH o SIDA
Personas dedicadas al comercio sexual	Trabajadores comerciales del sexo por departamento en el año 2006	Número de personas dedicadas al comercio sexual por departamento	Mide el número de personas dedicadas al comercio sexual como factor de riesgo en la adquisición de VIH o SIDA.

INDICADOR		CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR	INTERPRETACION
NOMBRE	DEFINICIÓN		
Razón de Habitante por Médico	Comparación del Número de Habitantes entre el número de médicos en determinado departamento en el año 2006 Estandar: 14 médicos por 10,000 habitantes. (América Latina)	Población Total Númer de médicos	Determinar la disponibilidad del recurso humano para brindar atención en la red nacional de los Servicios de Salud
Razón de Licenciadas en Enfermería	Comparación del Número de Habitantes entre el Número de Licenciadas en enfermería en determinado departamento en el año 2006	Población Total Número de Licenciadas en Enfermería	Determinar la disponibilidad del recurso humano para brindar atención en la red nacional de los Servicios de Salud
Razón de Enfermera por habitante	Comparación del Número de Habitantes entre Número de Enfermeras en determinado departamento en el año 2006 Estándar: 3 Enfermeras por 10,000 habitantes	Población Total Número de Enfermeras	Determinar la disponibilidad del recurso humano para brindar atención en la red nacional de los Servicios de Salud

Razón de Auxiliar de enfermería por habitante	Comparación del Número de Habitantes entre el número de Auxiliares de enfermería por departamento en el 2006 Estandar: 5 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes	Población Total / Número de Enfermeras Auxiliares	Determinar la disponibilidad del recurso humano para brindar atención en la red nacional de los Servicios de Salud
Razón de Técnico en salud rural por habitante	Comparación del Número de Habitantes entre el Número de Técnicos en Salud Rural por Departamento en el año 2006	Población Total / Número de Técnicos en Salud	Determinar la disponibilidad del recurso humano para brindar atención en la red nacional de los Servicios de Salud
Razón de Laboratorista por habitante	Comparación del Numero de Habitantes entre el número de Laboratoristas por Departamento en el año 2006	Población Total / Número de Laboratoristas	Determinar la disponibilidad del recurso humano para brinda servicios de laboratorio en la red nacional de los Servicios de Salud
Razón de Odontólogo por habitante	Comparación del Número de Habitantes entre el número de Odontólogos por Departamento en el año 2006.	Población Total / Número de Odontólogos	Mide la disponibilidad del recurso de Odontólogos, en relación a población total asignada.

Razón de habitante por Psicólogo	Comparación del Número de Habitantes por el número de Psicólogos por departamento en el año 2006	Población Total Número de Psicólogos	Mide la disponibilidad del recurso de Psicólogos, en relación a población total asignada.
Razón de habitante por Trabajador social	Comparación del Número de Habitantes por el número de Trabajadores sociales por departamento en el año 2006	Población Total Número de Trabajadores Sociales	Mide la disponibilidad del recurso de Trabajador Social, en relación a población total asignada.
Razón de habitante por Promotores o Vigilantes de salud	Comparación del Número de Promotores o Vigilantes de Salud por departamento en el año 2006. Estándar: 1 Promotor x 1,200 habitantes	Población Total Promotores o Vigilantes de Salud	Mide la disponibilidad del recurso de promotores de salud por población rural

INDICADOR		**CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR**	**INTERPRETACION**
NOMBRE	**DEFINICIÓN**		
Servicios de salud del Ministerio de Salud (hospitales, centros y puestos de salud, unidades mínimas, centros de convergencia, Botiquines)	Infraestructura de Servicios que forman parte del sistema de atención en salud por Departamento en el año 2006	Número Hospitales Regionales Número Hospitales Especializados Número de Centros de Salud tipo A Número de Centros de salud tipo B Número de Puestos de Salud Numero de Unidades Mínimas Números de Centros de convergencia	Oferta de Servicios de salud para la población en estudio. Indica el grado de importancia relativa de cada instancia en la prestación de servicios del Ramo en Salud

Clínicas del IGSS	Infraestructura de Servicio de Salud que pertenece al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por Departamento en el año 2006.	Número de Clínicas del IGSS por departamento	Oferta de Servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la población en estudio
Clínicas privadas y comunitarias (Beneficencia)	Infraestructura del Servicio de Salud que presta atención de manera comunitaria ó a nivel privado por departamento en el año 2006.	Número de Clínicas privadas y comunitarias por departamento	Oferta de clínicas privadas y comunitarias para la población en estudio
Centros de diagnóstico clínico	Lugares dedicados a la prestación de servicios de imagenes médicas de diagnóstico por Departamento en el año 2006	Número de centros de diagnóstico en el departamento	Oferta de servicios de diagnóstico clínico para la población en estudio
Número de farmacias o ventas de medicina	Sitios en los cuales se despacha medicamentos por departamento en el año 2006	Número de farmacias o ventas de medicina	Oferta de servicios de ventas de medicamentos para la población en estudio
Organismos no gubernamentales encargadas de VIH o SIDA	Organizaciones no incluidas dentro del sistema de gobierno encargadas de llevar programas específicos de VIH o SIDA por departamento en el año 2006	Número de Organismos no gubernamentales	Oferta de servicios de programas de VIH o SIDA de las organizaciones no gubernamentales para la población en estudio.

INDICADOR		CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR	INTERPRETACION
NOMBRE	DEFINICIÓN		
Presupuesto General de la Nación	Estimación de los gastos de la Nación destinadas a la Inversión de los distintos Ministerios para la República de Guatemala en el año 2006	Q37,703,942.84	Capacidad de Reposición, ampliación y mejoramiento de los servicios que ofrece el Gobierno de la República
Presupuesto para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Estimación de los gastos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala en el año 2006.	Q. 2,236,441,606	Capacidad de reposición, ampliación y mejoramiento del rubro económico destinado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Presupuesto para cada una de las Áreas de Salud	Estimación de los gastos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por cada área de salud departamental en el año 2006	Q 20.890,087.00	Capacidad de Reposición, ampliación y mejoramiento del rubro económico destinado a las áreas de Salud de la República
Presupuesto por Programas en cada Área de Salud	Estimación de gastos de cada Área de Salud por departamento en el año 2006	Información por cada departamento	Capacidad de Reposición, ampliación y mejoramiento del rubro económico destinado a cada área de salud.
Presupuesto para Programas de VIH o SIDA por área de salud.	Estimación de gastos de cada Área de Salud para el programa de VIH o SIDA Por departamento en el año 2006	Información por cada departamento	Capacidad de Reposición, ampliación y mejoramiento del rubro económico destinado a programas de VIH o SIDA en cada área de Salud.

INDICADOR		CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR		INTERPRETACION
NOMBRE	**DEFINICIÓN**			
Establecimientos educativos , estudiantes y maestros	Lugares de enseñanza, alumnos y profesores por departamento en el año 2006	Número de establecimientos públicos y privados. Número de alumnos inscritos en el sector público o privado en todos los niveles. Número de maestros presupuestados en el sector público o privado en todos los niveles		Total de la Infraestructura y personal docente del ministerio de Educación destinado a la población estudiantil inscrita por departamento tomadse como indicador de desarrollo social del país.
Porcentaje de alfabetismo y analfabetismo	Alfabetismo: Situación de la personas que saben leer y escribir la lengua que hablan por departamento en el año 2006 Analfabetismo: Situación de las Personas que no saben leer y escribir la lengua que hablan por departamento en el año 2006	Porcentaje población Alfabeta	Población Alfabeta	Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica , en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año.
		Porcentaje de Población Analfabeta	Población Analfabeta	
			Total de la Población	

INDICADOR		CONSTRUCCION DEL DATO O INDICADOR	INTERPRETACION
NOMBRE	**DEFINICIÓN**		
Tasa de empleo	Mide la participación de la población ocupada de la población total indicando el vigor relativo de la demanda de empleo expresada en números de ocupados por habitante por departamento en el año 2006	Tasa de empleo por cada departamento	Indica avance económico y social de la población a través de conocer la proporción de habitantes empleados de una población.
Fuentes de trabajo	Situaciones que originan empleamiento de la población con un fin específico en cada departamento en el año 2006	Cantidad de Fuentes de Trabajo	Tipo de empleamiento asalariado de la población a estudio
Ocupación principal de los habitantes	Empleo más común de los habitantes de cada departamento en el año 2006	Ocupación principal de los habitantes de cada departamento	Tipo de trabajo asalariado de la población a estudio.

Ingreso económico promedio mensual por familia	Cantidad de dinero percibida por familia en cada departamento en el año 2006	Ingreso económico promedio mensual por familia en cada departamento	Representa el monto del ingreso que permite a cada hogar satisfacer las necesidades básicas de todos sus miembros. Al valor de esta canasta se suma una estimación de los recursos requeridos por los hogares para satisfacer el conjunto de necesidades básicas no alimentarias.
Productos agrícolas, artesanales	Cosas producidas tanto por el sector agrícola como artesanal en cada departamento en el año 2006	Listado de Productos agrícolas y artesanales producidos por departamento	Tipo de artículos producidos o vendidos por la población con fines de subsistencia económica
Porcentaje de Población Económicamente Activa	Proporción de Habitantes con empleo activo en la República de Guatemala por Departamento en el año 2006	Población > 10 años Total de la población	Conjunto de personas de 10 años y más que durante el periodo censal ejercieron una ocupación o la buscaban activamente en la población a estudio.

Índice de Desarrollo Humano	Combina información sobre esperanza de vida, alfabetización, inscripción escolar y producto interno bruto por persona por Departamento en el año 2006	Índice de desarrollo humano para cada departamento	Se entiende por desarrollo humano: el experimentar una vida larga y saludable, tener educación para desarrollar capacidades y contar con ingresos para tener un estándar de vida adecuado.
Porcentaje de población en pobreza	Población con ingreso menor a Q. 4020 por familia anualmente en cada departamento en el año 2006	Porcentaje de población en pobreza	Proporción de Habitantes que alcanza a cubrir con esfuerzo los gastos de la canasta básica
Porcentaje de Población en extrema pobreza	Población con ingreso menor a Q. 1873 por familia, anualmente en cada departamento en el año 2006	Porcentaje de pobreza extrema por departamento	Proporción de Habitantes que no alcanza a cubrir los gastos de la canasta básica

Etnias	Agrupación de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias en cada departamento en el año 2006.	Número de grupos étnicos por departamento	Diversidad cultural que existe en cada departamento a estudio
Idiomas, Dialectos y Lenguas	Distintas manifestaciones que el lenguaje adopta en las diferentes comunidades de los departamentos de Guatemala en el año 2006	Número de lenguas, dialectos e Idiomas por departamento	Diversidad lingüística de cada departamento a estudio