

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el departamento de Quetzaltenango, 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 del departamento de Quetzaltenango. Se recolectaron datos de fuentes secundarias correspondientes al año 2006.

El estudio permitió determinar que: 1) Existe predominio del VIH y SIDA en personas del sexo masculino (62.2%) y menores de 39 años (69.7%), siendo Quetzaltenango uno de los departamentos más afectados correspondientes a la ruta del SIDA y departamento fronterizo, 2) El programa de profilaxis sexual reporta 470 personas usuarias, de las cuales el 100% son mujeres, no tomando en cuenta varones lo cual es preocupante debido a que los varones son los que se reportan con más casos de VIH y SIDA, 3) La mayoría de recurso humano que presta los servicios de atención a la salud en el departamento de Quetzaltenango son insuficientes en cantidad y no cumplen con los estándares recomendados internacionales, 4) La mayoría de la población Quetzalteca 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 Departamento, caracterizándose por una tendencia a la centralización del mismo y a la ausencia de asignación de este en algunos centros de salud .

El aporte de esta investigación es que el Departamento de Quetzaltenango 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 Departamento pueda cumplir con los compromisos adquiridos para alcanzar los Objetivos del Milenio.

CONTENIDO

	Página
1. ANALISIS DEL PROBLEMA	1
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA	9
4. OBJETIVOS	173
5. DISEÑO DEL ESTUDIO	175
6. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	185
7. CONCLUSIONES	213
8. RECOMENDACIONES	217
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	219
10. ANEXOS	235
ANEXO 1. Tablas y gráficas de la referencia teórica, presentadas en orden de aparición	235
ANEXO 2. Instrumento para la recolección de datos	273

1. ANALISIS DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes 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. 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. 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 ha 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 y nacional respectivamente, se hace necesario establecer la situación de la misma en el Departamento de Quetzaltenango en función de las dimensiones Biológica, Atención en Salud, Estilos de Vida y Socioeconómica.

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación se realizó en el Departamento de Quetzaltenango, 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 del área de salud del Departamento de Quetzaltenango durante los meses de febrero a junio de 2007?

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. MAGNITUD

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 y la de Quetzaltenango de 116.91 por cada 100,000 habitantes ocupando el sexto lugar a nivel nacional. 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 departamento (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

Quetzaltenango 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 Departamento de Quetzaltenango, 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 en el departamento.

Lo anterior plantea la necesidad de estudiar la situación actual de VIH y SIDA en la población Quetzalteca 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 HTLV-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 macrófagos, 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 (detección 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. ddl vs. AZT/ddl 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

transcriptasa 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 está 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 parte 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 ignoran 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 numerosas 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 iniciales en inglés de tres preceptos: *Abstenerse* de las relaciones sexuales, *Ser (Be) fiel* a la pareja, o usar *Condomes*. 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 celos 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 antirretrovirales 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 se 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 promedio 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 corren 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 transmite 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 inter pares 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 Kibaki, 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 pública, 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 tamizaje 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 numerosos.

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 etéreo 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 tamizaje 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 fueron 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 recibéndolo 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 Malawi 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 las 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 inglés) 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 VIH/SIDA 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 Initiative, 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 tamizaje 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 más importante; Asimismo se observa un aumento en el aporte de casos en el grupo de los heterosexuales, llegando actualmente a 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 notificó 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 detectó 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, Quiché, 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 y SIDA 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 20°C de media); en temporadas calurosas llegan a alcanzar los 37°C, (99°F). 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 18° a 25° C. Por encima de los 1,899 metros, están las llamadas "tierras frías", de clima más seco, con temperaturas entre los 15° y 25° 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 Amatique. Es la principal salida comercial de Guatemala al 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 acarrear 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 consiste 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 domiciliarias.

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 a cabo 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 ciudad 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 oficiales sobre 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 multiculturalismo 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, jardinería, 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, jardinería, 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, jardinería, 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 Kms². 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 2003. 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, realizó 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 Pública 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 Pública y Saneamiento Ambiental 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 Pública 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 resolutoria 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 diagnóstico 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 tamizaje 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 quienes 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 Pública 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 Pública 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 tablas 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 víctima 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. Índice 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 ocupó 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 N° 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 servicios 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

Total: 65.6%

Masculina 87.6%

Femenina 46.4%

Desempleo

Total: 1.8%

Masculina: 2.2%

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 servicios, 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 primero 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 Pública 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 a 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 denominadas 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 embarazadas 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 1990 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 1999, 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 1997 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 del Departamento de Quetzaltenango.

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, del Departamento de Quetzaltenango.
- B. La Dimensión Estilos de Vida con base a las subdimensiones: cultura, recreación, religión, hábitos y costumbres en relación a VIH y SIDA, del Departamento de Quetzaltenango.
- 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, del Departamento de Quetzaltenango.
- D. La Dimensión Socioeconómica con base a las subdimensiones: pobreza, organización social, educación, trabajo e inversión en salud en relación a VIH y SIDA, del Departamento de Quetzaltenango.

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 del área de salud del Departamento de Quetzaltenango.

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

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 Km ²	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
		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

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 en su fase de trabajo de campo abordó el Departamento de Quetzaltenango. En el 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. Dirección de 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 al Departamento de Quetzaltenango 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 del Departamento de Quetzaltenango, no se expuso información que potencialmente pueda vulnerar, discriminar o generar marginalización social de los habitantes del departamento estudiado. 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 del departamento.

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 departamental. 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 del Departamento, 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 dicho departamento. Se consideró necesario trasladar la información en la jefatura de área para compartir 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 del Departamento de Quetzaltenango.

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 a la Jefatura de Área de Salud para compartir los productos de esta investigación a quien la requiera

La información permitió determinar los avances alcanzados por Quetzaltenango 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 el área de salud del departamento 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 algunas organizaciones no gubernamentales, para proporcionar la información necesaria.

F. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se consideraron dos niveles:

- Se realizó el análisis de la información del departamento.

- La información identificada, se analizó con la información contenida en la literatura a nivel Nacional.

Al tener el informe individual del departamento, 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 del Departamento de Quetzaltenango en su respectivo informe, así como en el consolidado de presentación de resultados (anexo 2).

Los datos a nivel departamental fueron obtenidos como producto del trabajo de campo. Luego se analizará la información obtenida.

6.1 DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

1.1) Demografía

Tabla 1

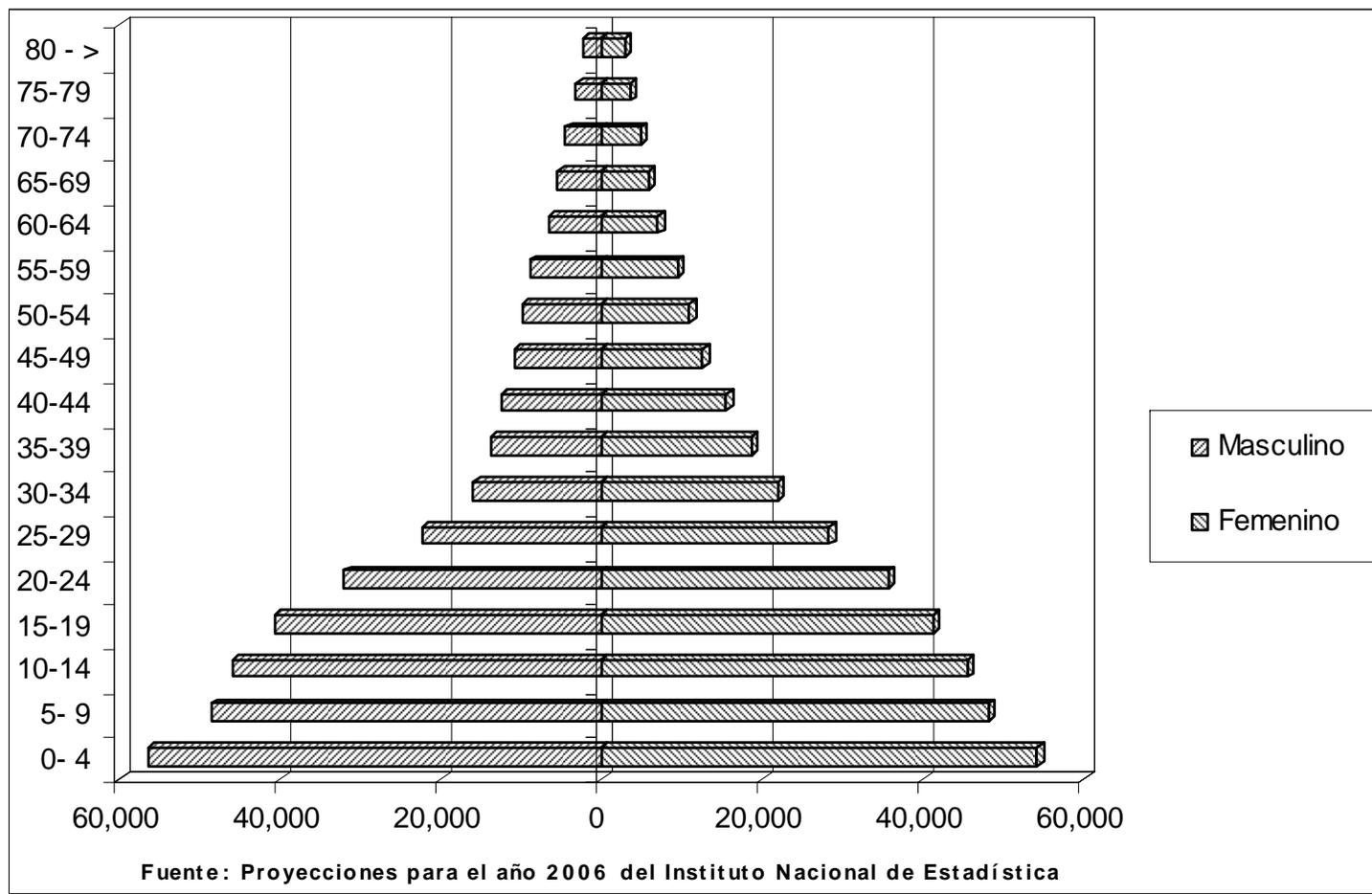
Distribución de la población según edad y sexo del Departamento de Quetzaltenango. Guatemala junio de 2007.

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

3
4
5
6
7
8
9
10

Gráfica No. 1
Pirámide poblacional del Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.



3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

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: ₁Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
₂Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2004

1.2) Morbilidad

20
21
22

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	
	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	1	9	2	8	1	1	7	8	3	5	1	2	2	1		84	5
SDA													4	5	8	2	2	2	2	3	5	4	4	1			3	1	4	4

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

3
4
5
6

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	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Diagnósticos								4	5	8	2	2	2	3	5	4	4	1	3	1	43	4
SIDA											5	1										2
Total								4	5	8	2	2	2	3	5	4	4	1	3	1	43	4
											5	1										2

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

7
8
9
10
11
12
13
14
15

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

16
17
18
19
20
21
22

3 1.3) Mortalidad

4
5 Tabla 6
6 Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo
7 en el Departamento de Quetzaltenango.
8 Guatemala junio de 2007.
9

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		
	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	
Histoplasmosis											1	5					3	1							1	8	3
Tb pulmonar			1						1			3		1	1	2										8	1
PCP			1								1	1	1	1												3	2
Sx Diarréico										1	1	2														3	1
Neumonía				1											1	1	1									2	2
Menigitis													2		1											0	3
Toxoplasmosis	1									1							1									2	1
Criptococosis												1		2												3	0
Candidiasis														1								1				1	1
Tb Extra-pulm.										1			1													1	1
Otras	1	2					1	1		2	1	1	3	6	7	4	3		1				1	1	28	16	
Total	2	2	2	1			1	2	1	4	4	5	0	3	7	0	1		1		1	1	2	59	31		

10 Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de
11 Quetzaltenango, año 2006
12

13
14 NOTA: No se presentan resultados sobre mortalidad en mujeres embarazadas y en
15 puerperio, debido a que no se reportaron casos en el Área de Salud de
16 Quetzaltenango en el año 2006.
17

3
4
5
6
7

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
		M	F	M	F	
	Causas					
1	Paro cardiopulmonar	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

8
9
10
11
12
13
14
15
16

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
		M	F	M	F	
	Causas					
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

17
18
19
20
21
22
23

3 1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

4

5

Tabla 9

6

Indicadores de salud-enfermedad del Departamento de Quetzaltenango.

7

Guatemala junio de 2007.

8

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

9

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

10

11

12

13

3 2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

4
5 2.1) Cultura

6
7 Tabla 10

8 Distribución de la población según grupo étnico del Departamento de Quetzaltenango.
9 Guatemala junio de 2007.

10

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena	282,120	40
Indígena	423,180	60
Total	705,300	100

11 Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

12
13
14 Tabla 11

15 Idiomas hablados en el Departamento de Quetzaltenango.
16 Guatemala junio de 2007.

17

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	

18 Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

3 2.2) Religión

4
5 Tabla 12
6 Templos y altares religiosos del Departamento de Quetzaltenango.
7 Guatemala junio de 2007.
8

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos ₁	35	4.1
Templos no católicos ₂	751	88
Altars para ritos mayas ₃	67	7.9
Total	853	100

9 Fuente: ₁Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
10 ₂ Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
11 ₃ Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006
12
13

14 2.3) Hábitos y Costumbres

15
16 Tabla 13
17 Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento de Quetzaltenango.
18 Guatemala junio de 2007.
19
20

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol	649	82	139	18	788
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total	649	82	139	18	788

21 Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango,
22 Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006
23
24
25
26

3
4
5
6

Tabla 14
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento de Quetzaltenango.
Guatemala junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total	36	100

7
8
9

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

10
11
12
13
14
15

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

16
17
18

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de Quetzaltenango, año 2006

3
4
5
6
7

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

8 Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud de
9 Quetzaltenango, año 2006

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

3 3. ATENCIÓN A LA SALUD

4
5 3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

6
7 Tabla 17
8 Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento de Quetzaltenango.
9 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

10 Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango,
11 Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

12
13
14
15 3.2) Infraestructura de Servicios

16
17 Tabla 18
18 Infraestructura de servicios de salud del Departamento de Quetzaltenango.
19 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

20 Fuentes: ₁Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Quetzaltenango,
21 Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
22 ₂Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

23
24 * Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA: World Vision, Global Fund, IDEI

3 4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4
5 4.1) Pobreza

6
7 Tabla 19
8 Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento de Quetzaltenango.
9 Guatemala junio de 2007.
10

Indicador	Dato
Pobreza	50.8%
Pobreza extrema	11.2%
Índice de desarrollo humano	0.65

11 Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

12
13
14
15 4.2) Organización Política y Social

16
17 Tabla 20
18 Organización política y social del Departamento de Quetzaltenango.
19 Guatemala junio de 2007.
20

Organizaciones	Número
Partidos políticos ₁	19
COCODES ₂	328
COMUDES ₂	24

21 Fuente: ₁Delegación Departamental de Quetzaltenango, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
22 ₂Gobernación Departamental de Quetzaltenango, año 2006
23
24
25
26

3 4.3) Educación

5 Tabla 21

6 Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
7 del Departamento de Quetzaltenango.
8 Guatemala junio de 2007.
9

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

10 Fuente: ₁Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental
11 Educación de Quetzaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
12 ₂Registro de Estadística de Universidades, año 2006
13

14 Tabla 22

15 Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
16 del Departamento de Quetzaltenango.
17 Guatemala junio de 2007.
18
19

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

20 Fuente: ₁Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental
21 Educación de Quetzaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
22 ₂Registro de Estadística de Universidades, año 2006
23
24
25

3
4
5
6
7

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

8
9
10
11
12
13
14
15
16

Fuente: ₁Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental
Educación de Quetzaltenango, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
₂Registro 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

17
18
19
20
21
22
23

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005,
Analfabetismo en Guatemala, Departamento de Quetzaltenango, año 2006

3 4.4) Trabajo

4
5 Tabla 25
6 Indicadores de trabajo del Departamento de Quetzaltenango.
7 Guatemala junio de 2007.
8

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%

9 Fuentes: ¹Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de
10 Empleo e Ingresos, año 2006,

11 ²Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística
12 (INE), año 2004,

13 ³Análisis del Departamento de Quetzaltenango, Dirección de Análisis Económico,
14 Ministerio de Economía, año 2005,

15 ⁴Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,
16
17

18 4.5) Inversión en Salud

19
20 Tabla 26
21 Presupuesto para inversión en salud del Departamento de Quetzaltenango.
22 Guatemala junio de 2007.
23

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

24 Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud Quetzaltenango, año 2006
25
26
27
28
29
30
31
32
33

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.

3 En Quetzaltenango la *proporción de Mujeres en Edad Fértil* es de 31% (tabla 2). La
4 unidad de Informática del Centro Nacional de Epidemiología para el año 2006 un total
5 2,880 mujeres infectadas con VIH y SIDA; y de éstas 82% se encontraron en edad fértil
6 incluyendo a esta población en un grupo de riesgo para la transmisión vertical del VIH y
7 SIDA (26).

8
9 El número total de migrantes del departamento de Quetzaltenango reportados en el
10 Área de Informática del Área de Salud para el año 2006 (tabla 2) constituyen 4.7% de
11 la población en dicho departamento, este dato es relevante ya que se considera pueden
12 existir conductas de riesgo que predisponen a contraer la infección y después esta
13 población al regresar a su lugar de origen puede transmitir dicha enfermedad. En
14 cuanto al porcentaje de migrantes infectados no se tienen datos pero se considera a los
15 camioneros una población migrante en riesgo, especialmente aquellos que se mueven
16 en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que se
17 encuentran ubicados en la ruta comercial del país, esta se origina en Izabal pasando
18 por ciudad de Guatemala y termina en Tecún Umán. Quetzaltenango es un
19 departamento que se encuentra en dicha ruta por lo que es necesario tener un mejor
20 conocimiento en lo que respecta a la población migrante.

21
22 La *morbilidad por VIH y SIDA* en Quetzaltenango según el Área de Salud del
23 departamento (tabla 3), reportó para el año 2006, 135 casos de VIH (84 casos de sexo
24 masculino y 51 de sexo femenino) y 86 casos de SIDA que indica una tasa de 31.33
25 casos por 100,000 habitantes lo cual es bajo comparado con la tasa a nivel nacional
26 que es de 91.73 casos por 100,000 habitantes según el Programa Nacional de
27 Prevención de VIH y SIDA para el 2006. Esto podría deberse a que existe subregistro
28 de casos o bien que no se toman en cuenta los casos que se refieren a centros
29 especializados en VIH de la ciudad capital (23,101).

30
31 En cuanto a la morbilidad por SIDA, se reportaron 85 casos los cuales son descritos
32 como SIDA, aún sabiendo que la persona no enferma por la infección sino más bien por
33 el déficit inmunológico que causa la enfermedad y predispone a contraer enfermedades
34 oportunistas.

3 Durante el año 2006 se informaron de 55 casos de VIH en mujeres embarazadas o en
4 puerperio encontrándose entre los 15 y 44 años, es importante realizar pruebas de
5 tamizaje y con ello lograr una detección temprana de la infección y disminuir así el
6 riesgo de transmisión vertical.

7
8 En cuanto a la *mortalidad* por VIH y SIDA en el departamento (tabla 6) el Área de
9 Salud reportó para el 2006, 90 muertes asociadas al SIDA, entre las causas se reportó
10 histoplasmosis, tuberculosis pulmonar, síndrome diarreico, neumonía, meningitis,
11 toxoplasmosis, criptococosis, candidiasis, tuberculosis extra pulmonar. En cuanto a la
12 mortalidad en menores de 1 año se reportaron 4 muertes por PCP, toxoplasmosis, y 2
13 sin diagnóstico específico. En el grupo etáreo de 1 a 4 años se reportaron 2 muertes
14 secundarias a bronconeumonía y tuberculosis pulmonar.

15
16 No se analizan los datos de mortalidad en mujeres embarazadas, VIH y SIDA, dado que
17 según el Área de Salud del departamento de Quetzaltenango se reportan casos para el
18 periodo de estudio.

19
20 La *tasa de mortalidad específica por SIDA* (tabla 9) reportada por el Área de Salud de
21 Quetzaltenango para el departamento es de 12.76 muertes x 100,000 habitantes, la cual
22 es mayor comparada con la encontrada a nivel nacional el cual es de 2.2 muertes por x
23 100,000 según las boletas de notificación por VIH de todas las Áreas de Salud (62).

24
25 La *razón de masculinidad* (tabla 10) de pacientes con VIH para el departamento de
26 Quetzaltenango para el año 2006 fue de 8:5, dato que es similar a lo reportado a nivel
27 nacional cuya razón de masculinidad es de 4:2 (13). Aun así existe un aumento de
28 casos de mujeres que padece de SIDA en el departamento lo cual puede deberse a una
29 mayor identificación de casos por ser éstas las que más consultan a los servicios de
30 salud en demanda de atención materno infantil, a quienes como parte de su control
31 prenatal se les realiza la prueba de VIH. Esta tendencia es importante dado que
32 evidencia el VIH y SIDA ya no es una enfermedad exclusivamente de hombres, ante lo
33 cual los servicios de salud tienen el reto para evitar la enfermedad en este grupo de
34 población, para lo cual deberá informar a las usuarias de los servicios de salud sobre
35 los factores de riesgo que favorecen la infección del SIDA así como las formas de

3 prevención de la misma, considerando tanto acciones de promoción salud tanto en los
4 servicios como fuera de los mismos.

7 DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

9 Esta dimensión se refiere a riesgos generados de acuerdo a las formas de conducta de
10 los pobladores de cierta región. Se refiere a determinantes culturales, hábitos y formas
11 de comportamiento individual y colectivo.

13 Los *aspectos culturales* de una población son determinantes en su comportamiento por
14 lo que, las diferencias étnicas también pueden ser factores de riesgo en la adquisición
15 de enfermedades. Quetzaltenango está compuesto por 40% de población no indígena y
16 60% son indígenas (tabla10), esto difiere de lo reportado a nivel nacional en donde se
17 reporta que un total de 54.85% de no indígenas. Según el estudio de la OMS en
18 Guatemala hay un mayor porcentaje de casos de infección en población no indígena.
19 Los factores culturales son muy importantes en la adquisición de VIH, porque los dos
20 grupos poblacionales tienen practicas sexuales y cuidados de salud sexual y
21 reproductiva diferentes, que ponen a un grupo respecto a otro en situación de mayor
22 riesgo para adquirir la enfermedad. Por razones culturales y barreras idiomáticas,
23 siendo los idiomas hablados en el departamento español y quiche, kaqchiquel, mam
24 (tabla 11), parte de la población indígena no consultan a los servicios de salud lo cual
25 puede explicar la falta de detección de casos de VIH y SIDA en este grupo (143).

27 En el departamento Quetzaltenango, 4.1% de los templos son católicos, 88% de
28 templos no católicos y 7.9% de altares para ritos mayas (tabla 12)

30 La *Situación de consumo de alcohol y drogas ilícitas* en el departamento durante el año
31 2006 (tabla 13), reportan un total de 788 casos de alcoholismo. Esto no debe
32 interpretarse como que no existe consumo de otro tipo de drogas sino que existe un
33 subregistro o falta de estudios en el departamento, ya que a nivel nacional, según el
34 SECCATID, se reporta el consumo de drogas tales como los cigarrillos, sustancias
35 inhaladas, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, crack, cocaína y éxtasis. El

3 consumo de drogas es un factor de riesgo importante para la adquisición del VIH y el
4 SIDA por lo que en el caso del departamento se deberán hacer esfuerzos por realizar
5 estudios que permitan caracterizar la existencia o no del consumo de otras drogas y con
6 ello planificar acciones sanitarias correspondientes de acuerdo a los hallazgos
7 encontrados (17).

8
9 Sobre lugares en donde se realiza comercio sexual (tabla 14) únicamente se
10 encuentran registrados de 36 lugares, lo cual puede ser explicado por un subregistro de
11 estos lugares. Es preocupante el poco control del comercio sexual siendo esta la
12 principal vía de transmisión de VIH en Guatemala. Según el Área de Salud hay 140
13 mujeres que se encuentran reportadas como trabajadoras del sexo, desconociéndose si
14 existen más personas que se dediquen a esta actividad, debe mejorarse la detección y
15 su control tanto para la promoción de su salud sexual como para la detección oportuna
16 del VIH y SIDA por ser una población de alto riesgo para adquirir y transmitir esta
17 enfermedad

18 La profilaxis sexual (tabla 16) que se ofrece a través de preservativos ha sido difundida
19 por el departamento de salud reproductiva del Área de Salud en Quetzaltenango, este
20 atiende a las trabajadoras del sexo y a la población en general, utilizado este método
21 como medida preventiva. Durante el año 2006 se distribuyeron 470 preservativos como
22 método de barrera, todos a pacientes de sexo femenino.

23
24 Es importante destacar que la difusión de la información del preservativo no sólo como
25 método anticonceptivo sino como método de barrera para la prevención de
26 enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social
27 contempla el programa de profilaxis sexual que está dirigido a las trabajadoras del sexo
28 en todo el país, las cuales son vistas periódicamente con el fin de detectar
29 enfermedades de transmisión sexual así como VIH para contrarrestar el avance de esta
30 enfermedad.

3 DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD

4

5 Esta dimensión se refiere a la disponibilidad y cantidad de recursos para administrar la
6 atención en salud y a las formas de articulación con la producción, distribución y
7 consumo de bienes y servicios.

8

9 Con respecto al *Personal dedicado a la salud* en Quetzaltenango existen un total de 240
10 médicos, esto permite que haya 1 médico por cada 2,939 personas (tabla 17),
11 evidenciando la falta de personal médico por habitantes en el departamento de
12 Quetzaltenango ya que según la PAHO el estándar de médicos por habitantes es de 14
13 por 10,000. A nivel de República, en Guatemala hay 1 médicos por cada 9,489
14 habitantes, este dato revela que no se cuenta con el personal médico necesario para
15 cubrir las necesidades de salud de sus pobladores.

16

17 En el departamento, el número de enfermeras graduadas es de 126, existiendo 1
18 enfermera por cada 5,598 habitantes que, según la guía de indicadores priorizados la
19 cobertura es baja en comparación al estándar calculado de 3 enfermeras por 10,000
20 habitantes; no siendo así el caso en cuanto al número de auxiliares de enfermería el
21 cual es de 429, siendo 1 auxiliar de enfermería por 1,644 habitantes encontrándose en
22 el estándar citado en la guía mencionada el cual es de 5 auxiliares por 10,000
23 habitantes (tabla 17).

24

25 El departamento cuenta con 592 promotores de salud (1 promotor por 1,191
26 habitantes), en la guía de indicadores priorizados el estándar es de 1 promotor por
27 1,200 habitantes, colocando al departamento con una adecuada cobertura para la
28 población, por lo que es necesario dar una buena educación a los promotores para que
29 estos logren llevar a las comunidades un buen plan educacional preventivo y
30 aprovechar este recurso humano valioso.

31

32 Asimismo el departamento también cuenta con el siguiente personal de salud: 20
33 técnicos en salud (1 técnico por 35,265 habitantes), 35 laboratoristas (1 laboratorista
34 por 20,151 habitantes), 1 odontólogo (1 odontólogo por 705,300 habitantes), 1
35 psicólogo (1 psicólogo por 705,300 habitantes), 1 trabajador social (1 trabajador por

3 705,300 habitantes). No se cuenta con un estándar establecido para realizar
4 comparaciones sobre el personal de salud por habitante.

5 En cuanto a la *Infraestructura de servicios* el Ministerio de Salud Pública y Asistencia
6 Social es el principal proveedor de servicios a la población general, el departamento
7 de Quetzaltenango cuenta con 1 Hospital regional, 0 Centros de Salud tipo A, 16
8 Centros de Salud tipo B, 60 Puestos de Salud, 0 unidades mínimas, 13 centros de
9 convergencia, lo cual implica una sobrecarga de pacientes atendidos para los escasos
10 recursos disponibles, además el departamento no cuenta con tratamiento para el
11 paciente VIH/SIDA, por lo que la persona afecta debe de ser referida a la Ciudad
12 Capital centralizando la atención en el área metropolitana. Tomando en cuenta que los
13 pacientes que acuden al sistema público de salud son las personas de escasos
14 recursos, se demuestra la inequidad con respecto a la atención de los pacientes que
15 cursan con la enfermedad ya que estos no están en las posibilidades de cubrir con los
16 gastos que implica el traslado a otros centros de referencia (tabla 18).

17
18 El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es un proveedor de salud para
19 los trabajadores afiliados, es una institución autónoma que se financia mediante las
20 contribuciones obligatorias de los trabajadores, el departamento cuenta con 6 clínicas
21 en las cuales no se da tratamiento antirretroviral para pacientes con diagnóstico de VIH
22 SIDA a nivel departamental, sino son referidos a nivel central por lo que la población
23 cubierta por el IGSS no tienen accesibilidad a nivel departamental a servicios para la
24 atención de pacientes con VIH/SIDA observada en el sector público (tabla 18).

25
26 El sector privado no lucrativo esta integrado por organizaciones no gubernamentales,
27 Quetzaltenango consta de 3 ONG`s específicas para VIH SIDA, las cuales son IDEI,
28 WORLD VISION, THE GLOBAL FUND.

30 DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

31
32 Esta dimensión se refiere a la distribución de los bienes y servicios que le permiten a los
33 pobladores acceder a mejores condiciones de vida.

3 Según “la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, el Instituto
4 Nacional de Estadística (INE) y el Informe Final de Mapas de Pobreza, SEGEPLAN”, la
5 *pobreza general* se define como un ingreso anual de Q. 4,318.00 o menos por persona,
6 incluyéndose dentro de este grupo 56.2% de la población guatemalteca. Asimismo, se
7 define como *pobreza extrema* el ingreso anual de Q.1, 911.00 o menos, incluyéndose
8 16% de la población guatemalteca dentro de este grupo.

9
10 Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala, en su publicación del
11 año 2005, 50.8% de la población total del departamento de Quetzaltenango se
12 encuentra pobre y 11.2% extremadamente pobres (tabla 19). Estos datos son similares
13 a los reportados por SEGEPLAN a nivel nacional.

14 La situación antes señalada es muy importante porque El VIH y SIDA tiene efectos más
15 graves en las personas que carecen de recursos económicos y que tienen apoyo social
16 limitado lo cual los hace mas vulnerables, además la pobreza disminuye el acceso a la
17 educación y por lo tanto a la información sobre los métodos de prevención para el VIH,
18 se acompaña de niveles bajos de salud presentando la población incidencias altas en
19 otras enfermedades como las de transmisión sexual y tuberculosis. La nutrición
20 deficiente asociada a VIH disminuye la calidad de vida y el periodo de ventana
21 aumentando la mortalidad.

22
23 El *Índice de Desarrollo Humano* es una medición por país elaborada por el Programa de
24 las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en tres parámetros: vida larga
25 y saludable (según la esperanza de vida al nacer), la educación (según la tasa de
26 alfabetización) y el nivel de vida digno (según el PIB per cápita en USD).

27
28 El departamento de Quetzaltenango según el PUND tiene un Índice de Desarrollo
29 Humano de 0.65 (tabla 19) con un Desarrollo Humano medio, siendo similar que el de
30 la república de Guatemala (0.663) que se interpreta como un nivel medio. La alta
31 prevalencia de VIH SIDA sobre todo en personas jóvenes y económicamente activa no
32 permite la progresión del país provocando un estado en el cual hay un estancamiento e
33 incluso un retroceso de dicho indicador, es por esto la importancia de detener y
34 disminuir la propagación del VIH SIDA, objetivo propuesto en las metas del milenio.

3 *Organización social y política:* el departamento de Quetzaltenango cuenta con 19
4 partidos políticos. La organización social de Quetzaltenango esta compuesta por 328
5 COCODES (Comité Comunitario del Desarrollo) y 24 COMUDES (Consejo Municipal
6 del Desarrollo) (tabla 20). Según gobernación departamental por cada 22 COCODES
7 debe haber 1 COMUDE, encontrándose los COMUDES adecuados para el estándar.
8 Estas organizaciones representan a las comunidades del departamento, por lo que es
9 necesario que como autoridades tengan el conocimiento sobre la magnitud del VIH y su
10 prevención, priorizando a la enfermedad y formular conjuntamente proyectos para la
11 educación de los habitantes para apoyar un respuesta social organizada, con
12 pertinencia social y cultural y con la participación social de los demás sectores sociales
13 como lo es el caso de educación y salud, medios de comunicación y grupos sociales
14 que conforman la organización social del departamento.

15 Con lo que respecta a la *Educación* el porcentaje de *analfabetas* en el departamento de
16 Quetzaltenango (tabla 24) es de 22% (78% alfabetas), estos indicadores son similares a
17 los encontrados a nivel nacional donde los analfabetas alcanzan 25.19% (74.81%
18 alfabetas) un bajo nivel educativo disminuye el acceso a información sobre qué es el
19 VIH y cómo prevenirlo, asimismo la información no es preparada de forma adecuada
20 para la comprensión por parte de estas personas. Es de suma importancia tomar en
21 cuenta el nivel educativo para orientar los programas de educación y de prevención
22 para que estos sean efectivos.

23

24 *La Infraestructura y Recursos humanos dedicados a la Educación* en Quetzaltenango
25 se distribuye así: Cuenta con 1,647 centros dedicados a la educación (sector público y
26 privado) (tabla 21), para lograr cumplir con los objetivos del milenio es necesario utilizar
27 todos los recursos disponibles, dichos establecimientos pueden ser de gran utilidad
28 para implementar programas de educación sexual y preventiva para enfermedades
29 como el VIH SIDA y de transmisión sexual. Asimismo se encuentran inscritos 216,444
30 estudiantes reportados en el año 2006 (tabla 22), considerando que es 30.6% del total
31 de la población hace notar la importancia de utilizar el recurso descrito anteriormente
32 para desarrollar acciones de promoción y educación en salud de la población.

33 El departamento de Quetzaltenango cuenta con 8,354 maestros tanto del sector público
34 como del sector privado (tabla 23), como personas encargadas de la educación de la
35 población, son un recurso humano importante que se podría utilizar para apoyar y

3 liderar las actividades antes descritas en pro de disminuir y controlar el VIH y SIDA en
4 el departamento.

5
6 En cuanto a la subdimensión de *trabajo* (tabla 25) Quetzaltenango es un departamento
7 con una tasa de empleo del 95.25%, mayor a lo encontrado a nivel de República la cual
8 corresponde a 53.82%. La población económicamente activa es de 70.63% similar a la
9 PEA de la República la cual corresponde a 69.85%. El ingreso promedio mensual en el
10 departamento es de Q1, 939.56, estos datos son menores en comparación a los
11 encontrados a nivel nacional donde el ingreso mensual de Q.2, 326.19. Dichos datos
12 son importantes al considerar que la PEA es el grupo más afectado por el VIH
13 repercutiendo en el avance del departamento, ya que se pierde la fuerza de trabajo
14 debido a la mortalidad e incapacidad que produce la enfermedad. Esto disminuye la
15 productividad del país, generando más pobreza y desigualdad.

16
17 Entre las *actividades económicas principales* se encuentran agricultura, industria
18 manufacturera textil, comercio, los productos agrícolas principales son el café, trigo,
19 papa. Los *productos artesanales* principal son los trajes típicos, jaspe, muebles. Lo
20 anterior concuerda con los datos nacionales que evidencia que las actividades
21 económicas principales son la agricultura y el comercio. Es importante elaborar
22 estrategias de trabajo, mediante las cuales se facilite el acceso al empleo y capacitación
23 de la población a modo de y mejorar la calidad de vida de las personas lo cual se refleja
24 en una mejor educación y conocimiento sobre el VIH y SIDA (tabla 25).

25 La *Inversión en salud* en Quetzaltenango se distribuye así: del *presupuesto anual*
26 asignado al Área de Salud de Quetzaltenango es Q2,651,050.85 que representa un
27 0.007% del total del presupuesto de la nación de Q491,293,744.83. En el Área de
28 Salud hay establecido un total de Q 56,926.00 para el programa de VIH y SIDA el cual
29 representa 2.14% del total del presupuesto destinado al Área de Salud , a nivel nacional
30 dicho programa recibe un total de Q 812,079 el cual representa 0.16% del presupuesto
31 general de la nación.

32
33 Es importante que se destine un presupuesto específico para VIH y SIDA al Área de
34 Salud del departamento de Quetzaltenango, ya que como se observa la enfermedad
35 esta presente entre sus pobladores, sin contar con los casos no registrados, por lo que

3 hasta que las autoridades encargadas no tomen al VIH SIDA como una enfermedad
4 prioritaria, no será posible cumplir con el objetivo acordado en las metas de milenio en
5 detener y disminuir la propagación del VIH y SIDA

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

7. CONCLUSIONES

7.1. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

- 32 A. La población Quetzalteca tiene características demográficas de una población
33 joven (80.64% menores de 39 años), con una alta proporción (31%) de mujeres
34 en edad fértil, este patrón es similar a lo encontrado en la mayoría de los

- 3 departamentos del país, existiendo además una concentración poblacional alta
4 (393 habitantes por kilómetro cuadrado) en comparación con el promedio a nivel
5 de toda la República de Guatemala (119 personas por kilómetro cuadrado)
- 6 B. En Quetzaltenango el 4.7% de la población corresponde a migrantes lo cual pone
7 en riesgo a los habitantes del Departamento considerando que dicha población
8 posee conductas de riesgo importantes que predisponen a un aumento en la
9 transmisión del VIH y SIDA, Además de esto Quetzaltenango se encuentra en la
10 “ruta del SIDA” que corresponde a los departamentos fronterizos que se
11 encuentran ubicados en la ruta comercial del País, que facilitan el movimiento
12 poblacional entre Países.
- 13 C. En Quetzaltenango la mayoría de casos de VIH aún corresponden al sexo
14 masculino (62.2%), en comparación a lo encontrado con la nueva tendencia a
15 nivel nacional (52.14%).
- 16 D. Los casos de SIDA reportados en Quetzaltenango afectan en igual proporción en
17 ambos sexos (masculinos 50.5% y femenino 49.5%). Lo que demuestra un
18 aumento de casos de SIDA en mujeres comparado
- 19 E. Los casos de VIH y SIDA, en el Departamento de Quetzaltenango, afectan
20 predominantemente a población joven (menores de 39 años), siendo 69.7% de
21 todos los casos reportados en el Departamento.
- 22 F. El Departamento de Quetzaltenango se encuentra dentro de los cinco
23 departamentos con mayor número de casos de VIH y SIDA a nivel nacional.
24 Dicho departamento presenta a su vez el mayor número de casos de mortalidad
25 por SIDA (90 casos en el 2006) a nivel nacional, siendo las primeras cinco
26 causas: Histoplasmosis, Tuberculosis, Paro cardiopulmonar, Sx. Diarreico y
27 Neumonía
- 28 G. La morbilidad por SIDA en Quetzaltenango es alta (85 casos) ocupando el cuarto
29 lugar a nivel nacional. La descripción de la enfermedad causal específica no fue
30 encontrada, solo el número total de enfermedades.

3 H. El departamento de Quetzaltenango reporta 55 casos de VIH en mujeres
4 embarazadas, ocupando el primer lugar a nivel nacional. No se reportaron casos
5 de SIDA ni de muertes por SIDA.

6

7 **7. 2. CARACTERÍSTICAS DE ESTILOS DE VIDA**

8 A. El grupo étnico mas afectado por el VIH y SIDA en Quetzaltenango es el no
9 indígena, que representa el 55.48% de los casos notificados lo cual es inferior a
10 lo encontrado a nivel nacional, con un 66% de la población del país, no
11 pudiéndose determinar la situación de la epidemia en el grupo indígena, dado
12 que las fuentes de información consultadas no cuentan con esta información.

13 B. Según las Área de Salud de Quetzaltenango, un total de 788 personas son
14 consumidores consitudinarios de alcohol. No hay estudios específicos respecto
15 al consumo de drogas.

16 C. Quetzaltenango aunque no se encuentra dentro de los cinco departamentos del
17 País con mas centros de comercio sexual registrados, es necesario tener un
18 mayor control de centros clandestinos no reportados, debido a que en estos
19 centros es en donde existe el mayor riesgo de Infección por VIH y SIDA,
20 considerando que Quetzaltenango es uno de los departamentos del País que
21 reporta mas casos de VIH y SIDA

22 D. Según el área de Salud de Quetzaltenango, se reportan 470 personas usuarias
23 de profilaxis sexual, de las cuales el 100% son mujeres. Esto es preocupante
24 debido a que en el departamento los varones son los que se reportan con más
25 casos de VIH y SIDA, de los cuales ninguno esta en profilaxis sexual, pudiendo
26 éstos transmitir con mayor facilidad la Infección del VIH.

27

28 **7.3. CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD**

- 3 A. Los servicios de atención a la salud en el Departamento de Quetzaltenango son
4 prestados prioritariamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y
5 en una menor parte por prestadores privados y el Instituto Guatemalteco de
6 Seguridad Social.
- 7 B. La mayoría de recursos humanos que prestan los servicios de atención a la
8 salud en Quetzaltenango son insuficientes en cantidad y no cumplen con los
9 estándares internacionales en relación al número de acuerdo al tamaño de la
10 población, a pesar de que en Quetzaltenango se reporta un mayor número de
11 personas dedicadas a los servicios de salud en comparación con el resto de
12 departamentos a nivel nacional.
- 13 C. A pesar del apoyo de las ONG's en Quetzaltenango (IDEI, WORLD VISION,
14 THE GLOBAL FUND) aún se sigue reportando un gran número de casos de VIH
15 en los habitantes del Departamento..

16

17

18 **7.4. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS**

- 19 A. En Quetzaltenango el 50.8% de la población se encuentra en pobreza y el 11.2%
20 en extrema pobreza, ocupando el 17vo. Lugar a nivel nacional.
- 21 B. El Índice de Desarrollo Humano en Quetzaltenango es de 0.65 similar al
22 encontrado a nivel nacional de 0.663. Lo cual coloca a Quetzaltenango como un
23 departamento con un Índice de Desarrollo Humano medio.
- 24 C. El grupo más afectado por la epidemia del VIH y SIDA, en Quetzaltenango es la
25 población económicamente activa, la cual representa 70.63% de la población, lo
26 cual tiene repercusiones sociales y económicas negativas para el país.
- 27 D. En Quetzaltenango un total de 22% de sus habitantes son analfabetas,
28 encontrándose dentro del promedio a nivel nacional 25%.

- 3 E. La principal actividad económica e la población a nivel nacional es la agricultura,
4 20 de los 22 departamentos la practican como medio de subsistencia,
5 encontrándose al maíz, café y frijol como los principales productos agrícolas que
6 se producen. Los textiles son el producto artesanal más frecuente encontrado en
7 los departamentos.
- 8 F. Quetzaltenango cuentan con organizaciones civiles, partidos políticos, comités
9 cívicos, consejos comunitarios de desarrollo y consejos municipales, que
10 constituyen una fortaleza social para enfrentar la epidemia en el país en acciones
11 de promoción de la salud y prevención del VIH y SIDA.
- 12 G. Quetzaltenango cuenta un presupuesto asignado para el programa de VIH y
13 SIDA de Q 56,926.00 el cual es insuficiente para cubrir al total de pacientes
14 diagnosticados con VIH y SIDA en lo que concierne a tratamiento ARV,
15 hospitalizaciones, laboratorios, pago de recurso humano dedicado a la atención
16 de estos pacientes etc.

17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

28 **8. RECOMENDACIONES**

29
30

Se recomienda:

- 31 A. Promover la ejecución de planes de acción en promoción y educación en
32 salud dirigidos a la población más afectada por la enfermedad: jóvenes,

- 3 mujeres en edad fértil, población migrante y las y los trabajadores
4 comerciales del sexo, con el fin de informar las formas de adquisición y
5 prevención de la infección por VIH y SIDA.
- 6 B. Realizar estudios a nivel departamental para caracterizar el consumo de
7 drogas ilícitas y alcohol en la población, y de este modo tomar acciones
8 específicas de salud relacionadas con los resultados encontrados.
- 9 C. Fortalecer el programa nacional de profilaxis sexual porque aun existen
10 departamentos que cumplen con las metas establecidas para protección del
11 las y los trabajadores del sexo.
- 12 D. Promover acciones de prevención del SIDA apoyándose en las
13 organizaciones e instituciones sociales gubernamentales y no
14 gubernamentales que existen en el departamento..
- 15 E. Promover la descentralización en el manejo de los pacientes con VIH y SIDA
16 así como mejorar y crear infraestructuras dedicadas a dicha enfermedad.
17 Asimismo facilitar la compra y distribución de medicamentos antirretrovirales
18 en los distintos centros de primer nivel departamentales.
- 19 F. Evaluar la contratación de personal médico y paramédico para cubrir la
20 demanda poblacional y mejorar los servicios de atención con base a los
21 estándares necesarios para todo el departamento. así como la creación de
22 personal de enfermería especializado en VIH y SIDA.
- 23 G. Tomar en cuenta los recursos humanos e infraestructura de educación que
24 existe en el Departamento para promover información sobre salud
25 reproductiva y sexual y VIH SIDA en la red educativa pública y privada.
- 26 H. Al ser las personas pobres y extremadamente pobres las más afectadas por
27 el VIH y SIDA, se recomienda desarrollar estrategias para reducción de
28 pobreza, a fin de mitigar ésta y las desigualdades de atención en salud de
29 esta población para cumplir así con los Objetivos del Milenio en la reducción
30 de pobreza y detención y disminución de la propagación del VIH y SIDA.

- 3 I. Aumentar y priorizar un presupuesto fijo al área de salud para la prevención y
4 el tratamiento del VIH y SIDA. Asimismo se propone que el mismo sea
5 monitoreado por organizaciones no gubernamentales, con una distribución y
6 manejo equitativo de los recursos económicos, basándose en las
7 necesidades del departamento, de manera que se pueda dar un manejo
8 adecuado de los pacientes con VIH y SIDA que se encuentran registrados.

9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29 **9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
30

- 31 1. Academia de Lenguas Mayas de Guatemala [en línea] Disponible en:
32 [http://www.almg.org.gt/]. 8 de marzo de 2007
- 33 2. Acuerdos de Paz. 3ª ed. Guatemala: URL, Minieduc, Secretaria de la Paz y
34 Gobierno de Suecia. 1998. 2p

- 3 3. Aguilar S. et al. Proyecciones sobre la magnitud de la epidemia de VIH SIDA en
4 Guatemala. 1980-2010. Guatemala, PASCA, 1999 (pp. 2-26).
- 5 4. Ahmed, Thoraya. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World
6 Population 2005: La promesa de igualdad, equidad de género, salud
7 reproductiva y objetivos de desarrollo del milenio. Fondo de población de
8 las Naciones Unidas. Cap. 4, agosto 2005. 138p.
- 9 5. Antela, Antonio. OPS/ONUSIDA: Situación epidemiológica de Latinoamérica y el
10 Caribe, en: Manual de capacitación en el manejo integral de personas
11 adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y
12 comunitarios en Latinoamérica y el Caribe, 2002. (pp. 9 -10) [en línea].
13 Disponible en: [[http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/manualcapacitacion](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/manualcapacitacion/manejopvvs2004.pdf)
14 [manejopvvs2004.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/manualcapacitacion/manejopvvs2004.pdf)]. 20 de febrero de 2007
- 15 6. Arzobispado de Guatemala. Jurisdicciones Eclesiásticas. [en línea]. Disponible
16 en: [www.iglesiaticatolica.org.gt/jurisdiccioneseclesiasticas]. 9 de marzo de
17 2007.
- 18 7. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2ª, 2002 Madrid. El VIH/SIDA y las
19 personas de edad. Nueva York, Naciones Unidas, 2002. 85p.
- 20 8. Asociación de Derechos Humanos Agua Buena: Boletines Informativos: Acceso
21 en Centroamérica. [en línea] disponible en:
22 [<http://72.14.253.104/search?q=cache:sPjmxLE30J:www.aguabuena.org/b>
23 [oletines/noviembre092002.html+leyes+VIH+Belice&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl](http://72.14.253.104/search?q=cache:sPjmxLE30J:www.aguabuena.org/b)
24 [=gt&lr=lang_es](http://72.14.253.104/search?q=cache:sPjmxLE30J:www.aguabuena.org/b)]. 27 de febrero de 2007.
- 25 9. Banco Mundial: 2ª Conferencia Internacional “Discapacidad y desarrollo inclusivo
26 compartiendo, aprendiendo y construyendo alianzas” 2004. VIH/SIDA y
27 discapacidad: descubrir las voces ocultas. Washington D.C. 2004. 2p.
- 28 10.-----El Banco Mundial apoya la lucha contra el VIH/SIDA en América Latina y el
29 Caribe, Washington D.C. 2001. [en línea]. Disponible en:
30 [<http://www.worldbank.org/worldaidsday/lac-sp.htm>]. 20 de febrero de 2007.
- 31 11.-----Project Appraisal to the Central American Integration System for a Regional
32 HIV/AIDS Project. Washington D.C. 2005. [en línea]. Disponible en:
33 [www.worldbank.org/AIDS]. 21 de febrero de 2007.
- 34 12.-----Proyecto Regional de VIH-SIDA en Centroamérica. Washington D.C. 2003.
35 [en línea]. Disponible en: [[http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:20994765~menuPK:10)
36 [/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:20994765~menuPK:10](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:20994765~menuPK:10)
37 [74629~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1074568,00.html](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:20994765~menuPK:10)]. 21 de
38 febrero de 2007.
- 39 13.-----Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Guatemala:
40 Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia [en línea]. Disponible en:
41 [www.worldbank.org/AIDS]. 19 de febrero de 2007.

- 3 14.-----VIH/SIDA en Centroamérica: La epidemia y prioridades para su prevención.
4 Washington D.C. 2002. [en línea]. Disponible en:
5 [http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/d29684951174975c8
6 5256735007fef12/39734ab88bdf0d6f85256dbf0004cdbc/\$FILE/HIV%20in%
7 20CA%20spanish.pdf]. 20 de febrero de 2007.
- 8 15.Bermúdez, María Paz y Teva, Inmaculada: Situación actual de VIH/SIDA en
9 México: Análisis de las diferencias por entidad federativa, en: Psicología y
10 salud, Universidad Veracruzana, 2004. [en línea] disponible en:
11 [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-3770665_itm]. 20
12 de febrero de 2007
- 13 16.Bianco, Mabel et al. UNESCO: Los enfoques culturales que guían las estrategias de
14 prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires. Un estudio de situación. En: Un
15 enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Estudios e informes -
16 serie especial, N. 18, división de políticas culturales y de diálogo intercultural, 2003.
17 [en línea] disponible en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001298/
18 129889s.pdf#xml=http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=ged%set=3
19 ed23d9f_0_165%hits_rec=1%hits_lng=spa]. 20 de febrero de 2007
- 20 17.Cabrera, Dino et al: Infección VIH/SIDA en la jurisdicción de la dirección de salud
21 de Lima, ciudad, en: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud
22 Publica, V.22 N.4, oct/dic 2005. (pp. 274-280). [en línea] disponible en:
23 [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-
24 46342005000400006&lng=es&nrm=iso]. 20 de febrero de 2007.
- 25 18.Cáceres, Carlos et al. ONUSIDA: SIDA y sexo entre hombres en América Latina,
26 junio 2002. [en línea] disponible en: [http://hivaidsclearinghouse.
27 unesco.org/ev_eN.php?id=6636_201&id2=do_topic]: 20 de febrero de 2007
- 28 19.Cáceres, Carlos: La prevención del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe, en:
29 Serie de informes técnicos del departamento de desarrollo sostenible,
30 Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. [en línea] disponible en:
31 [http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354202].: 21 de
32 febrero de 2007.
- 33 20.Canes, Maritza. El microcrédito a la vivienda y su aporte a la inclusión indígena
34 en Guatemala. [en línea]. Disponible en: [www.naerus.net/sat/
35 workshops/2005/papers/12.pdf]. 8 de marzo de 2007.
- 36 21.Cañas, Elías J. et al. Europa, Epidemiología de la Infección VIH y SIDA. Grupo
37 andaluz para el estudio de enfermedades infecciosas. 2002. Cap. 2.
38 (pp37-54).
- 39 22.Casal, Gualberto et al: Situación de VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo
40 XX. Análisis de las diferencias entre países, Rev Med Chil, 2001 agost;
41 129(8): [en línea] disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-
42 98872001000800015&script=sci_arttext]. 20 de febrero de 2007

- 3 23. Centers for Disease Control and Prevention: Global AIDS Program for Central
4 America. Programa Profile. [en línea] disponible en:
5 [http://www.cdc.gov/NCHSTP/OD/GAP/countries/docs/04profiles/FY04%20
6 Central%20American%20Regional.Final.pdf]. 21 de febrero de 2007.
- 7 24. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).
8 Informe analítico. Situación de la prestación de los servicios de agua
9 potable y saneamiento. Saneamiento básico. [en línea]. disponible en:
10 [http://www.bvssan.incap.org.gt/eswww/eva2000/guatemala/informe/inf-
11 04.htm]. 8 de marzo de 2007.
- 12 25. Cimac, SM: Atentan normas mexicanas contra personas con VIH/SIDA No discriminación y
13 privacidad, derechos violados. [en línea] disponible en: [http://www.cimacnoticias.
14 com/noticias/03ene/03011303.html]. 27 de febrero de 2007.
- 15 26. Comunicado de Prensa de Ministros de Salud de Centro América (COMISCA).
16 Proyecto Regional de VIH y SIDA para Centroamérica. Guatemala, 23 de
17 Abril de 2004. (pp 3-5). [en línea] disponible en: [http://www.pasca.
18 org/foro/proyecto_regional_para_america_central_para_la_preencion_y_c
19 ontrol_de_vih_sida_sica.pdf]. 20 de febrero de 2007
- 20 27. Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala. [en línea] Disponible en
21 [http://www.cdag.org]. 8 de marzo de 2007.
- 22 28. Conferencia de VIH. 3ª, 2005. Río de Janeiro. Patogénesis y Tratamiento.
23 Brasilia. Organización de las Naciones Unidas. Programa de VIH/SIDA.
24 2005. [en línea] disponible en: [http://data.unaids.org/Publications/
25 FactSheets04/fs_amlat_24jul05_en.pdf?preview=trae]. 21 de febrero de
26 2007.
- 27 29. Congreso de la República de Guatemala. Ley General para el combate del virus
28 de inmunodeficiencia humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia
29 Adquirida (SIDA) y de la promoción, protección y defensa de los derechos
30 humanos ante el VIH/SIDA. 2ª ed. Educativa. Guatemala, 2004. 2p.
- 31 30.-----Ley de Áreas Protegidas y su Reglamento. Guatemala. Librería Jurídica.
32 2005. 4p.
- 33 31.-----Ley de Creación del Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales,
34 Guatemala. Librería Jurídica. 2005. 3p
- 35 32.-----Ley de Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente. Guatemala.
36 Librería Jurídica. 2005. 7p.
- 37 33.-----Ley del Organismo Ejecutivo. Guatemala. Librería Jurídica. 2005. 2p.
- 38 34.-----Ley Forestal, Guatemala. Librería Jurídica, 2005. 7p.
- 39 35.-----Ley Orgánica del IGSS, Guatemala. Librería Jurídica, 2004. 93p.

- 3 36.-----Ley Reguladora de las Áreas de Reservas Territoriales del Estado de
4 Guatemala. Guatemala. Librería Jurídica, 2005. 3p.
- 5 37.-----Situación de la vivienda en Guatemala. [en línea] disponible en:
6 [www.congreso.gob.gt/plumainvitada/40.doc]. 8 de marzo de 2007.
- 7 38.-----Vivienda Digna 2002. [en línea]. disponible en: [http://www.congreso.gob.
8 gt/plumainvitada/40.doc]. 8 de marzo de 2007.
- 9 39.-----Código de Salud, 1997 [en línea] disponible en: [http://www.proam.gob.
10 gt/files/CodSalud.pdf]. 13 de marzo de 2007.
- 11 40.-----Código de Trabajo, 2005. [en línea] disponible en: [http://www.aseprola.org/
12 espanol/Documentos/codigos_trabajo/guatemala_ct.pdf] .: 13 de marzo de 2007.
- 13 41.-----Código Municipal, 2002. [en línea] disponible en:
14 [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/05codmunl.pdf]. 13 de marzo de
15 2007.
- 16 42.-----Ley de Desarrollo Social, 2001. [en línea] disponible en:
17 [http://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyDesarrolloSocial.pdf]. 14 de
18 marzo de 2007.
- 19 43.-----Ley de Descentralización, 2002 [en línea] Disponible en:
20 [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/LeyDescen.pdf] .: 13 de marzo de
21 2007.
- 22 44.-----Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, 2002. [en línea]
23 disponible en: [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/014DESUR.pdf]. 13
24 de marzo de 2007.
- 25 45.-----Ley del Servicio Civil, 1998. [en línea] Disponible en:
26 [http://www.contraloria.gob.gt/legal/docs/leyes/lcivil.pdf]. 14 de marzo de
27 2007.
- 28 46.-----Ley Nacional de Educación, 1991. [en línea] Disponible en:
29 [http://www.mineduc.gob.gt/uploads/Ley_Educacion_Nacional.doc]. 13 de
30 marzo de 2007.
- 31 47.-----Ley Orgánica del INFOM, 1965. [en línea] disponible en:
32 [http://www.infom.org.gt/infom/downloads/leyorg.pdf] .: 14 de marzo de
33 2007.
- 34 48.-----Territorio. [en línea] disponible en: [http://www.congreso
35 .gob.gt/gt/congreso_ninos2/formaci%C3%B3n_pol%C3%ADtica/territorio.as
36 p]. . 8 de marzo de 2007.
- 37 49.De León Carpio, Ramiro. Catecismo Constitucional. Instituto de Investigación y
38 Capacitación Atanasio Tzul. 7ª ed. Guatemala: Tipografía Nacional, 1995. 142p.

- 3 50.Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948.
4 Organización de los Estados Americanos [en línea] disponible en:
5 [http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm]. 13 de marzo de 2007.
- 6 51.Dirección de Fomento de Tierras y Agua (FAO). Perfil de Guatemala. [en línea]
7 disponible en: [http://www.fao.org/ag/agl/aglw/aquastat/countries/
8 guatemala/indexesp.stm]. 8 de marzo de 2007.
- 9 52.Economía global: El caso de Guatemala. [en línea] disponible en:
10 [http://www.aapguatemala.org/brigades/descarregues/dossier%202_econo
11 mia.pdf]. 8 de marzo de 2007.
- 12 53.Embajada de Estados Unidos de América en Guatemala. Asuntos de
13 Inmigración. Informe Anual Sobre la Trata de Personas 2004. [en línea]
14 disponible en: [http://spanish.guatemala.usembassy.gov/tipguate2004.html].
15 8 de marzo de 2007.
- 16 54. Enciclopedia Wikipedia 2006 Guatemala. [en línea] disponible en:
17 [http://es.wikipedia.org/wiki/guatemala]. 8 de marzo de 2007.
- 18 55.Europa Press: SIDA -Más de dos millones de adultos y niños viven con SIDA en
19 América Latina, según un estudio. [en línea]. Disponible en:
20 [http://www.lukor.com/not-por/0411/30110652.htm]. 27 de febrero de 2007.
- 21 56.Frieden, Thomas R. et.al. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic.
22 N Engl. J. Med. 2005 Dic 1;(353):2397-2402.
- 23 57.Fundabiem: servicios que se brindan, 2007 [en línea]. Disponible en:
24 [http://www.fundabiem.org/QueHacemos/tabid/54/default.aspx]. 9 de marzo
25 de 2007
- 26 58.Fundación para la Niñez. Estado mundial de la infancia 2007: la mujer y la infancia;
27 el doble dividendo de la igualdad de género. Nueva York. 2006. 146p.
- 28 59.Fundación World Vision International. Diciembre 2006. [en línea] disponible en:
29 [http://ong.consumer.es/fundacion-world-vision-international-espana.104].
30 26 febrero de 2007.
- 31 60.Gallo, Robert. et. al. The Discovery of HIV as the Cause of AIDS. N Engl. J Med.
32 2003 Dic 11;(349):2283-2285.
- 33 61.Gálvez J. Juventino, Proyecto de manejo integrado de los recursos naturales en
34 el altiplano de Guatemala (MIRNA): Consultoría Sistema de Monitoreo y
35 Evaluación de la Biodiversidad, Guatemala 2001.
- 36 62.García J., 2007. Situación de la epidemia VIH SIDA, Guatemala, enero 1984 -
37 junio 2006. Unidad de Informática, Centro Nacional Epidemiológico.
38 (entrevista personal).

- 3 63. Gente Positiva. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA. Guatemala. [En
4 línea] Disponible en: [[http://www.gentepositiva.org.gt/docs/plan_](http://www.gentepositiva.org.gt/docs/plan_estrategico_nacional_revisado_2002guatemala.pdf)
5 [estrategico_nacional_revisado_2002guatemala.pdf](http://www.gentepositiva.org.gt/docs/plan_estrategico_nacional_revisado_2002guatemala.pdf)]. 8 de marzo de 2007.
- 6 64. Grupo Cemat. Sistema de Integración Centroamericana: Análisis de componente
7 Guatemala. [en línea] disponible en: [<http://www.cemat.org/analisis.html>]. 9
8 de marzo de 2007.
- 9 65. Guatemala. Ministerio de Cultura y Deportes. [en línea] disponible en:
10 [<http://www.mcd.gob.gt/MICUDE>]. 9 de marzo de 2007.
- 11 66. Guatemala. Ministerio de Educación. Hoja Informativa No.3: Sistema de
12 Información educativa. Unidad de Informática 7 de Marzo 2001. [en línea]
13 disponible en: [<http://www.mineduc.gob.gt/Utilitarios/downloads/default.asp>].
14 8 de marzo de 2007.
- 15 67. Guatemala. Ministerio de Educación. Memoria de Labores 2005. [en línea]
16 disponible en: [<http://www.mineduc.gob.gt/default.asp>]. 8 de marzo de 2007.
- 17 68. Guatemala. Ministerio de Finanzas Públicas. Presupuesto del Ministerio de Salud
18 Pública y Asistencia Social. [en línea] disponible en:
19 [<http://www.minfin.gob.gt/archivos/presua2006/doccc14.pdf>]. 8 de marzo de 2007.
- 20 69.-----Presupuesto General de la Nación. [En línea] Disponible en:
21 [<http://www.minfin.gob.gt/archivos/presua2006/doccc01.pdf>]. 8 de marzo
22 del 2007.
- 23 70. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa
24 Estratégico Nacional ITS, VIH y SIDA 1999 -2003. Guatemala: MSPAS
25 1999. 2p.
- 26 71.-----Centro Nacional de Epidemiología. Memoria anual de informática y
27 vigilancia epidemiológica, 2004. Guatemala: MSPAS 2005. 52p.
- 28 72.-----Centro Nacional de Epidemiología. Memoria anual de informática y
29 vigilancia epidemiológica 2005. Guatemala: MSPAS 2006. 593p
- 30 73.-----Comisión intersectorial para la atención integral de la adolescencia y la
31 juventud. Guatemala: MSPAS 2006. (pp. 2-25).
- 32 74.-----Normas, principios y recomendaciones para la vigilancia de VIH/SIDA.
33 Guatemala: MSPAS 2003. (pp. 2-20).
- 34 75.-----Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del ITS,
35 VIH Y SIDA. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de
36 Transmisión Sexual ITS, Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH) y
37 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Guatemala 1999-2003.
38 Guatemala: MSPAS. 2003.

- 3 76.-----Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del ITS,
4 VIH Y SIDA. Programa Nacional de Prevención y control de Infecciones de
5 Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y
6 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Guatemala 2006-2010.
7 Guatemala: MSPAS 2006. (pp 1-57).
- 8 77.-----Política Pública 1998 – 2005 Respecto de la Prevención a las Infecciones
9 de Transmisión Sexual y VIH y SIDA y a la respuesta a la epidemia del
10 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Guatemala: MSPAS 2006.
11 (pp. 5 – 16).
- 12 78.Guatemala. Organismo Judicial. Centro Nacional de Análisis y Documentación
13 Judicial. CENADOJ. Reformas al Código de Salud. [en línea] disponible en:
14 [http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/C
15 entronalisisDocumentacionJudicial/cds/2003/Leyes%20en%20PDF/Decreto
16 s%202003/Decreto%2053-2003.pdf]. 8 de marzo del 2007.
- 17 79.Guatemala: Organización Política. [en línea] disponible en:
18 [http://pdba.georgetown.edu/Decen/Guatemala/guatemala.html]. 8 de marzo
19 de 2007.
- 20 80.Guatemala, Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia de la
21 República. Informe Anual 2006: Política de Desarrollo Social y Población.
22 Guatemala. SEGEPLAN, 2006. 68p.
- 23 81.-----Detener la propagación del VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM
24 6): Un desafío para enfrentar. Guatemala. SEGEPLAN, 2006. (pp.147-178).
- 25 82.-----Instituto Nacional de Estadística y Universidad Rafael Landívar. (2001).
26 Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo
27 1994 y ENIGFAM 1998. Guatemala: SEGEPLAN, INE, URL, 2001. (pp.1-45)
- 28 83.-----Instituto Nacional de Estadística y Universidad Rafael Landívar. (2004).
29 Informe Final de Mapas de Pobreza, combinando información del Censo
30 2002 y ENCOVI 2000. Guatemala: SEGEPLAN, INE, URL,2004 (pp 1-45)
- 31 84. Guatemala. Secretaría Ejecutiva Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de
32 Drogas. (SECCATID). Estudio nacional sobre la desregulación psicológica y su
33 relación con el uso de drogas en adolescentes guatemaltecos – 2002 [en línea].
34 Disponible en: [http://www.seccatid.gob.gt/DesregulacionPsicologica.htm]. 8 de
35 marzo de 2007.
- 36 85.-----Encuesta 1999-2000 Consumo de Drogas en Guatemala Estadísticas.
37 2001. Guatemala: SECCATID,2001 (pp 1-4)
- 38 86.Guatemala. Tribunal Supremo Electoral. Organizaciones políticas vigentes/no
39 vigentes. [en línea]. Disponibles en [http://www.tse.org.gt/index.htm?pid=32].
40 9 de marzo de 2007

- 3 87. Guía del Mundo. Organización Política de Guatemala. [en línea] disponible en:
4 [http://www.guiadelmundo.com/paises/guatemala/politica.html]. 8 de marzo de 2007.
- 5 88. Hirschmann A. Informe sobre los avances en las declaraciones de UNGASS:
6 Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Guatemala, 2005. MSPAS (pp2-56).
- 7 89. Índice de Desarrollo Humano, 2007. [en línea] disponible en:
8 [http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_Desarrollo_Humano]. 5 de
9 marzo de 2007.
- 10 90. Kishor, S, et al. Profiling domestic violence: a multi-country study. ORC Macro.
11 Maryland. 2004. [en línea] disponible en: [http://www.
12 measuredhs.com/pubs/pdf/OD31/OD31.pdf] .: 27 de febrero de 2007.
- 13 91. Latin America Statistics Summary. 2007 [en línea]. Disponible en:
14 [http://www.avert.org/southamerica.htm]. 21 de febrero de 2007.
- 15 92. Marcovici K. El UNGASS Género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en
16 América Latina y el Caribe. Washington, 2002. OPS-OMS (pp. 1-20).
- 17 93. Médicos Sin Fronteras: Guatemala lucha contra la creciente crisis del SIDA. [en
18 línea] disponible en: [http://www.msf.es/proyectos/
19 america/guatemala/Guatemala.asp]. 27 de febrero de 2007.
- 20 94. -----Guatemala: MSF pide mayor compromiso para ampliar la cobertura del
21 tratamiento de SIDA. [en línea] disponible en:
22 [http://www.msf.es/noticias/noticias_basicas/2006/guatemalaampliartratamien
23 tovih.asp]. 27 de febrero de 2007.
- 24 95. Mererouco, Juan José y Ana Bouquet. UNESCO: Sistematización de las acciones y
25 estrategias en VIH/SIDA en Uruguay desde un enfoque cultural, en: Un enfoque
26 cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Estudios e informes - serie
27 especial, No. 17, división de políticas culturales y de diálogo, 2003 [en línea]
28 disponible en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001298
29 /129890s.pdf#xml=http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=ged%set
30 =3ed23d3c_2_165%hits_rec=1%hits_ing=spa]. 20 de febrero de 2007.
- 31 96. Merson, Michael. The HIV–AIDS Pandemic at 25 — The Global Response. N
32 Engl. J. Med. 2006 Jun 8;(354):2414-2417.
- 33 97. Monterroso, Eugenia, et al. Encuesta sobre salud y educación sexual de
34 jóvenes. Asociación de Guatemala de Educación sexual. Guatemala: PASCA
35 1988. 2p.
- 36 98. Municipalidad de Guatemala, Dirección de Desarrollo Social. Proyecto de
37 Mantenimiento de Parques y Áreas Verdes Barriales. Guatemala, la
38 municipalidad, enero de 2007.
- 39 99. Nelson KE, et al. Changes in sexual behavior and decline in HIV infection among
40 men in Thailand. N Eng J Med 1996;(335):297-303.

- 3 100. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública: Situación epidemiológica del VIH/SIDA
4 en Nicaragua hasta el primer semestre de 2005. Semana 31, Año 2005, del
5 31 de julio al 6 de agosto. [en línea] disponible en:
6 [http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/editorial31.html]. 20 de
7 febrero de 2007.
- 8 101. Núñez C, et al. Exclusión Social y VIH-SIDA Guatemala: cuadernos de desarrollo
9 humano. Guatemala: Sistema de Naciones Unidas, 2001. (pp.1-34)
- 10 102. Núñez C. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y
11 Comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en
12 Guatemala, Guatemala 2003. OPS/OMS (pp 1 – 41).
- 13 103. -----Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y
14 Comportamientos en mujeres trabajadoras del sexo en Guatemala. 2003.
15 OPS/OMS (pp 1 – 41).
- 16 104. Okie, S. Fighting HIV — Lessons from Brazil. N. Engl J. Med 2006 mayo 11;19
17 (354):1977-1981.
- 18 105. Organización de las Naciones Unidas. Los objetivos de desarrollo del milenio:
19 Objetivo 6: combatir VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. [en línea],
20 disponible en :[<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>]
- 21 106. -----Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. [en línea]
22 disponible en: [<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>]. 14 de marzo
23 de 2007.
- 24 107. -----Objetivos de Desarrollo de la ONU para el año 2015. [en línea] disponible
25 en: [www.onu-centrodeinformacion.org]. 8 de marzo de 2007.
- 26 108. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
27 (UNESCO). Manual para formulación de estrategias y políticas, en: Un
28 enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. Colección
29 especial de manuales metodológicos, N. 2, división de políticas culturales y
30 diálogo intercultural, 2003. [en línea] disponible en:
31 [[http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125588s.pdf#xml=http://un
32 esdoc.unesco.org/ulis/cgi-
33 bin/ulis.pl?database=ged&set=3ed28d75_0_85&hits_rec=5&hits_lng=spa](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)].
34 21 de febrero de 2007.
- 35 109. -----Síntesis de los estudios por país: Un panorama internacional, en: Un
36 enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Estudios e
37 informes - serie especial, N. 10, división de políticas culturales y de diálogo,
38 2003. [en línea] disponible en:
39 [<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001262/126289s.pdf>]. 21 de
40 febrero de 2007

- 3 110. Organización Internacional de Trabajo. Grupo Especial Técnico Tripartito.
4 Reunión especial de alto nivel sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo.
5 Ginebra. 2000. 18p.
- 6 111. -----NATLEX. [en línea] disponible en:
7 [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.details?p_lang=fr&p_country=H
8 ND&p_classification=05.01&p_origin=SUBJECT]. 27 de febrero de 2007.
- 9 112. -----Ley de Promoción, Protección y Defensa de 105 Derechos Humanos ante
10 el SIDA. Nicaragua. [en línea] disponible en:
11 [www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/laws/nicaragualey.pdf]. 27 de
12 febrero de 2007.
- 13 113. -----Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Informe
14 diciembre 2004. Ginebra. OIT. 2004. 4p.
- 15 114. -----Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo de trabajo. Mujeres,
16 VIH/SIDA y el mundo del trabajo. [en línea] disponible en: [www.ilo.org/aids].
17 20 de febrero de 2007.
- 18 115. -----El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto
19 y medidas adoptadas. Informe anual. Ginebra; 2004. OIT. 101p.
- 20 116. Organización Internacional del Trabajo y OMS. Directrices mixtas OIT/OMS sobre
21 los servicios de salud y el VIH/SIDA. Ginebra. 2005. OIT. 107p.
- 22 117. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa ONUSIDA/OMS. Las
23 tasas de infección por el VIH están disminuyendo en algunos países, pero el
24 número de personas que viven con VIH sigue aumentando en todo el
25 mundo. Ginebra 2005. 4p.
- 26 118. -----El género y la infección por VIH-SIDA, Hoja informativa programa mujer,
27 salud y desarrollo, 2001 [en línea] disponible en
28 [http://www.paho.org/spanish/ad/ge/gender-hiv1sp.pdf]. 20 de febrero de
29 2007
- 30 119. -----Situación de las y los adolescentes guatemaltecos. Guatemala, 2000. [en
31 línea] disponible en: [http://medicina.usac.edu.gt/adolesc/situacion.pdf]. 22 de
32 marzo de 2006.
- 33 120. -----Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment scale-up. [en línea]
34 disponible en: [http://www.who.int/hiv/HIVCP_NIC.pdf]. 21 de febrero de
35 2007.
- 36 121. -----Women and HIV/AIDS. Fact sheet 242. [en línea] disponible en:
37 [http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html] .: 20 de febrero de 2007
- 38 122. Organización Panamericana de la Salud. ASIS Guatemala. Página electrónica.
39 [en línea] disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ASI/Guatemala].
40 08 de febrero 2007.

- 3 123. -----Foro Social Mundial. Violencia alimenta pandemia de SIDA. 2007. [en
4 línea]. Disponible en: [<http://www.ipsnoticias.net/nota.asp?idneluz=39446>].
5 8 de marzo de 2007.
- 6 124. Organización Panamericana de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas
7 sobre VIH/SIDA. Vigilancia del SIDA en las Américas, junio 2005. pp. 10-18
8 y 20-21 [en línea] disponible en:
9 [[http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/vigilancia_del_SIDA_en_las_america](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/vigilancia_del_SIDA_en_las_america_s_junio_2005.pdf)
10 [s_junio_2005.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/vigilancia_del_SIDA_en_las_america_s_junio_2005.pdf)]. 20 de febrero de 2007.
- 11 125. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 26^a
12 Conferencia Sanitaria Panamericana. 2002. Síndrome de Inmunodeficiencia
13 Adquirida en las Américas. [en línea] disponible en:
14 [[http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_eN.php?id=5662_201&id2=do_p](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_eN.php?id=5662_201&id2=do_p_rintpage)
15 [rintpage](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_eN.php?id=5662_201&id2=do_p_rintpage)]. 20 de febrero de 2007.
- 16 126. -----Belice analiza los servicios de VIH/SIDA. [en línea] Disponible en:
17 [http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora14_sep05.htm]. 21 de febrero de
18 2007.
- 19 127. -----Boletín informativo. Negociaciones facilitan tratamiento para el VIH/SIDA.
20 [en línea] disponible en: [[http://www.paho.org/](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora12_sep05.htm)
21 [Spanish/DD/PIN/ahora12_sep05.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora12_sep05.htm)]. 21 de febrero de 2007.
- 22 128. -----El estado de la epidemia de VIH en la región, SIDA 25 años, análisis de
23 situación, en: La OPS en los 25 años del VIH en las Américas, 2005. [en
24 línea] disponible en: [[http://www.paho.org/spanis](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/SIDA25_analisis.htm)
25 [h/dd/pin/SIDA25_analisis.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/SIDA25_analisis.htm)]. 21 de febrero de 2007.
- 26 129. -----Gender and HIV, en: Gender, ethnicity and health, 2004 [en línea]
27 disponible en: [www.paho.org/english/ad/ge/hiv.htm]. 20 de febrero de
28 2007.
- 29 130. -----Health care settings: Latin America and the Caribbean, en: VIH stigma,
30 2003. [en línea] disponible en: [[http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma-](http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma-e-health_care_settings_latino_america_and_the_caribbean.pdf)
31 [e-health_care_settings_latino_america_and_the_caribbean.pdf](http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma-e-health_care_settings_latino_america_and_the_caribbean.pdf)]. 21 de
32 febrero de 2007.
- 33 131. -----Involucrando a los hombres en la salud sexual y reproductiva, Hoja
34 informativa programa mujer, salud y desarrollo, 2002. [en línea] disponible
35 en: [<http://www.paho.org/spanish/ad/ge/mensrhsp.pdf>]. 21 de febrero de
36 2007.
- 37 132. -----Legislaciones e hitos sobre acceso a tratamientos en Latinoamérica y el
38 Caribe, Respuesta al VIH/SIDA: acceso a antirretrovirales, agosto 2003. [en
39 línea] disponible en: [[http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/acceso-arv-](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/acceso-arv-06.pdf)
40 [06.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/acceso-arv-06.pdf)]. 27 de febrero de 2007
- 41 133. -----Pacientes bajo tratamiento en América Latina y el Caribe, en: Respuesta al
42 VIH/SIDA: acceso a antirretrovirales, agosto 2003. [en línea] disponible en:

- 3 [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_es.php?id=5953_201&id2=do_to
4 pic]. 21 de febrero de 2007.
- 5 134. -----Perfiles de país: Guatemala. Boletín epidemiológico. 2004 Jun;25(2): 7-11
- 6 135. -----Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Análisis del sector de
7 agua potable y saneamiento en Guatemala. 2002 [en línea] Disponible en:
8 [http://www.bvsde.paho.org/eswww/fulltext/analisis/guatemala/capitulo4.html
9]. 8 de marzo 2007.
- 10 136. -----Plan regional de VIH e ITS para el sector de salud, 2006 [en línea]
11 disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/hiv_regional
12 _plan_2006-2015_spanish.pdf]. 20 de febrero de 2007.
- 13 137. -----Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: situación
14 de la epidemia de el SIDA El control de las enfermedades transmisibles, 18
15 ed. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613),
16 2005. 102p.
- 17 138. -----Promoción de la salud en las Américas: informe anual del director 2001.
18 Washington, OPS, 2001. 16p.
- 19 139. -----Unidad de género, etnia y salud. Violencia de Género y VIH/SIDA.
20 Washington; 2005. 2p. (Hoja Informativa).
- 21 140. -----VIH/SIDA en las Américas. Una epidemia multifacética, 2001. (pp. 4–14).
22 [en línea] disponible en: [http://hivaidsclearinghouse.unesco
23 .org/ev_eN.php?id=6657_201&id2=do_topic] .: 20 de febrero de 2007.
- 24 141. Pembrey, Graham. VERT: HIV – AIDS in Latin America, enero 2007. [en línea]
25 disponible en: [http://www.avert.org/aidslatinamerica.htm]. 21 de febrero de
26 2007.
- 27 142. Pérez L., Epidemiología Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.
28 Veinte años de experiencia. Rev Invest Clín.2004 mar-abr;56 (2) 7-11.
- 29 143. Prensa Libre. [en línea.] disponible en [http://www.prensalibre.
30 com/especiales/ME/septiembre/etnias.html] . 8 de marzo de 2007.
- 31 144. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Estadísticas del Informe
32 sobre desarrollo humano. 2003. [en línea] disponible en:
33 [http://www.pnud.org.ec/principalidh2003.html]. 5 de marzo de 2007.
- 34 145. -----Informe Nacional de Desarrollo Humano 2002. [en línea] disponible en:
35 [http://www.pnudguatemala.org/documentos/pdf/informesdh/2002]. 8 de
36 marzo de 2007.
- 37 146. Programa de las Naciones unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). El VIH y el SIDA
38 en Belice y la intervención de USAID. [en línea] disponible en:
39 [http://www.usaid.gov/espanol/hiv_belice.pdf]. 21 de febrero de 2007.

- 3 147. -----Belice. [en línea] disponible en: [[http://www.unaids.org/en/Regions](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/belize.asp)
4 _Countries/belize.asp]. 21 de febrero de 2007
- 5 148. -----El Salvador. [en línea] disponible en: [[http://www.unaids.org/en/Regions](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/el_salvador.asp)
6 _Countries/Countries/el_salvador.asp]. 21 de febrero de 2007.
- 7 149. -----El VIH y el SIDA en El Salvador y la intervención de USAID. [en línea]
8 disponible en: [http://www.usaid.gov/espanol/hiv_el_salvador.pdf]. 21 de
9 febrero de 2007.
- 10 150. -----El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana, Ginebra: ONUSIDA,
11 2003, 31p.
- 12 151. -----La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA: mantener la promesa, un
13 programa para la acción sobre la mujer y el SIDA. 2004 8p.
- 14 152. -----La epidemia de SIDA en América Latina y el Caribe, en: Hoja informativa,
15 2003 [en línea] disponible en: [[http://data.unaids.org/publications/fact-](http://data.unaids.org/publications/factsheets04/fs_lamerica_carib_es.pdf)
16 sheets04/fs_lamerica_carib_es.pdf]. 20 de febrero de 2007
- 17 153. -----Nicaragua. [en línea] disponible en: [[http://www.unaids.org/en/Regions_](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/nicaragua.asp)
18 Countries/Countries/nicaragua.asp]. 21 de febrero de 2007.
- 19 154. -----Perfiles de país: informe sobre la epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA,
20 2006. (pp.1-40).
- 21 155. -----Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA. Diciembre de 2002. Ginebra,
22 2003. [en línea] disponible en:
23 [[http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate2002_sp.d](http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate2002_sp.doc)
24 oc]. 20 de febrero de 2007.
- 25 156. -----Uniendo el mundo contra el SIDA, Hoja informativa, 2006. [en línea]
26 disponible en: [[http://data.unaids.org/pub/globalreport/2006/200605-](http://data.unaids.org/pub/globalreport/2006/200605-fs_latinamerica_es.pdf)
27 fs_latinamerica_es.pdf] .: 20 de febrero de 2007.
- 28 157. -----Vigilancia epidemiológica en Argentina, 2004 [en línea] disponible en:
29 [www.onusida.org.ar/argentina]. 20 de febrero de 2007
- 30 158. -----Vigilancia epidemiológica en Chile, 2004 [en línea] disponible en:
31 [www.onusida.org.ar/chile]. 20 de febrero de 2007
- 32 159. -----Vigilancia epidemiológica en Paraguay, 2004 [en línea] disponible en:
33 [www.onusida.org.ar/paraguay]. 20 de febrero de 2007
- 34 160. -----Vigilancia epidemiológica en Uruguay, 2004 [en línea] disponible en:
35 [www.onusida.org.ar/uruguay]. 20 de febrero de 2007
- 36 161. Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización
37 Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Ginebra:
38 ONUSIDA 2006. 94p.

- 3 162. -----Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA 2005. Informe sobre la
4 epidemia mundial de SIDA. ONUSIDA, OMS, 2005. 104p.
- 5 163. -----Situación de la epidemia de SIDA, diciembre 2006. pp. 44-52, 58 [en línea]
6 disponible en:
7 [http://data.unaids.org/pub/epireport/2006/2006_epiupdate_es.pdf]. 20 de
8 febrero de 2007
- 9 164. Programa de las Naciones Unidas. La situación del desarrollo humano 2005 [en
10 línea] disponible en: [http://hdr.undp.org/reports/global/2005/español/pdf]. 5
11 de marzo de 2007.
- 12 165. -----Metas del milenio: Informe del avance de Guatemala [en línea] disponible
13 en: [http://www.undp.org/rblac/targets/guatemala.pdf]. 5 de marzo de 2007
- 14 166. Programa Estado Nación. 2º Informe sobre Desarrollo Humano en
15 Centroamérica y Panamá, 2003 [en línea] disponible en:
16 [http://www.estadonacion.or.cr/region 2003]. 5 de marzo de 2007
- 17 167. Reproductive Health for Refugees Consortium. If Not Now, When? Addressing
18 Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced and Post-Conflict
19 Settings. 2002. [en línea] disponible en: [http://www.rhrc.org/resources/gbv
20 /wc_gbvcontents.html]. 21 de febrero de 2007.
- 21 168. Rodríguez, Carlos *et al*: El SIDA sí tiene rostro, Rev Ciencias Médicas, 2005
22 11(2):1-8 [en línea] disponible en: [http://www.cpicmha.
23 sld.cu/hab/vol11_2_05/hab09205.htm]. 20 de febrero de 2007.
- 24 169. Samayoa B. 2007. Epidemiología VIH. Hospital General San Juan de Dios.
25 Clínica Familiar "Luis Ángel García" (entrevista personal).
- 26 170. Santo Domingo. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.
27 Análisis de situación VIH-SIDA en República Dominicana: Estrategia
28 nacional de información, educación y comunicación. Dirección general de
29 Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, 2001 [en línea]. Disponible en:
30 [http://www.digecitss.org.do/eniecanalis_situacion.htm]. 20 de febrero de
31 2007.
- 32 171. Severino, Irene y de Moya, Antonio. Patronato de lucha contra el SIDA: Rutas
33 migratorias de Haití a República Dominicana: Implicaciones para el VIH-
34 SIDA e implicaciones para las personas infectadas, 1999, [en línea]
35 disponible en: [www.laccaso.org/pdfs/repdomesp.pdf] .: 20 de febrero de
36 2007
- 37 172. Situación de financiamiento e indicadores de monitoreo de los componentes de la
38 política de desarrollo social y población. [en línea], 2003 (pp. 4-43).
39 Disponible en:
40 [http://www.pohaproject.com/pubs/countryreports/GUA_sitfin_salud.pdf]. 8
41 marzo 2007.

- 3 173. Torres-Goitia, Javier et al: Proceso de negociación conjunta para el acceso a
4 medicamentos antirretrovirales y reactivos en la subregión andina,
5 Argentina, México y Paraguay, mayo 2003 [en línea] disponible en:
6 [http://www.conhu.org.pe/docmarco.pdf]. 21 de febrero de 2007
- 7 174. Traa-Valarezo, Xi: Evaluación social y estrategia para los pueblos indígenas y
8 afro-descendientes. [en línea]. 21 de febrero de 2007. Guatemala.
9 [http://www.wds.worldbank.org/servlet/wascontestservlet/wdsp/IB/2005/02/2
10 5/000012009_20050225132439/render/pdf/IPP1060/CR1IPIP082243.pdf]
- 11 175. United Nation Children Fund (UNICEF). VIH/SIDA y la Infancia: Prevención entre
12 los jóvenes. [en línea] disponible en: [www.unicef.org/spanish/
13 aids/index_preventionyoung.html]. 20 de febrero de 2007.
- 14 176. United Nations Children's Found (UNICEF). HIV – AIDS and Children, 2005 [en
15 línea] disponible en: [http://www.unicef.org/aids/]. 21 de febrero de 2007
- 16 177. -----The AIDS pandemic and children in Latin America and the Caribbean, Fact
17 sheet, 2005 [en línea] disponible en: [www.unicef.org/media/files/
18 lacfacts.pdf]. 20 de febrero de 2007
- 19 178. United States Censu Bareu: IDB Population Pyramid 2006. [HTML] disponible en:
20 [http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html]. 9 de marzo de 2007
- 21 179. Universia Internacional: El clima de Guatemala [en línea]. Disponible en:
22 [http://internacional.universia.net/latinoamerica/datos-
23 paises/guatemala/clima.htm]. 8 de marzo de 2007.
- 24 180. Universidad de los Trabajadores de América Latina. Estadística de Guatemala.
25 2002 [en línea] Disponible en: [www.atal.org/citadal/estadística/60.htm]. 8 de
26 marzo del 2007.
- 27 181. Uribe, Patricia: Retos de ONUSIDA para el siguiente milenio y la participación en
28 México, Salud Pública Méxi.41(6):1-7 1999 nov-dic [en línea] disponible en:
29 [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0036-
30 36341999000600010&script=sci_arttext]. 20 de febrero de 2007
- 31 182. Yáñez J. OPS: Promoción de salud sexual y prevención de VIH SIDA y las ITS
32 en los pueblos indígenas de las Américas. Washington, Asociación mundial
33 de sexología, 2003. 40p

34
35
36
37
38
39

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

10. ANEXOS

18 ANEXO 1. Tablas y gráficas de la referencia teórica, presentadas en orden de 19 aparición

20
21
22
23
24

Tabla 1
Resumen mundial de la epidemia de VIH y SIDA

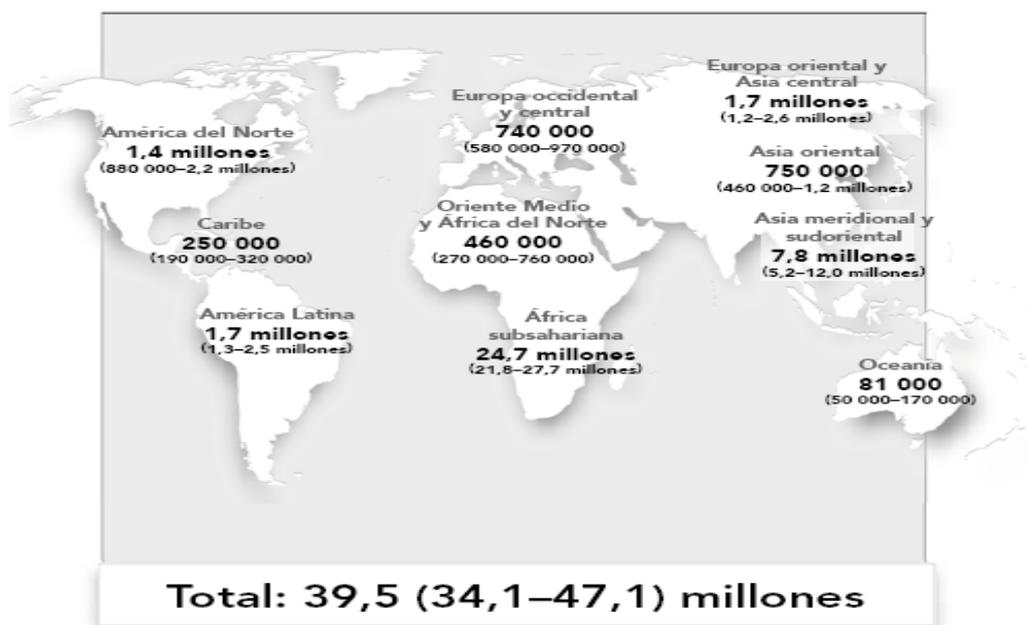
Personas que viven con el VIH y SIDA	Total	39.5 millones (34,1–47,1 millones)
	Adultos	37,2 millones (32,1-44,5 millones)
	Mujeres	17,7 millones (15,1-20,9 millones)
	Menores de 15 años	2.9 millones (2.1-2.9 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2006	Total	4,3 millones (3,6–6,6 millones)
	Adultos	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).

25
26
27
28
29
30

Gráfica 1
Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH a final de 2006

3



Fuente: ONUSIDA, diciembre 2006 (137).

4
5
6
7
8
9
10

Gráfica 2

Número estimado de nuevos casos de infección por VIH en adultos y niños a final de 2006

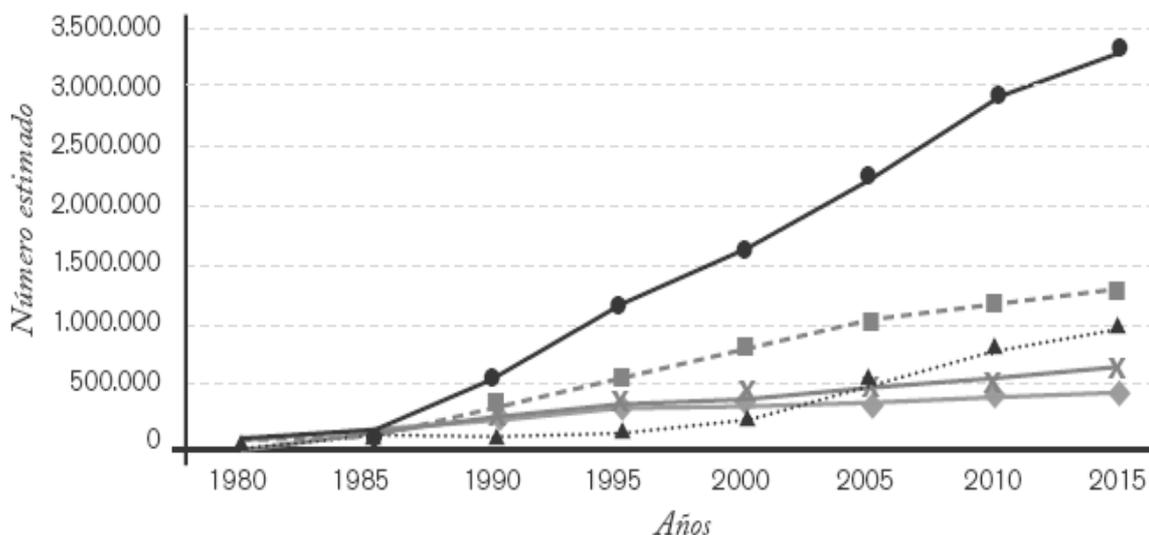


Fuente: ONUSIDA, diciembre 2006 (137)

11
12
13
14
15
16

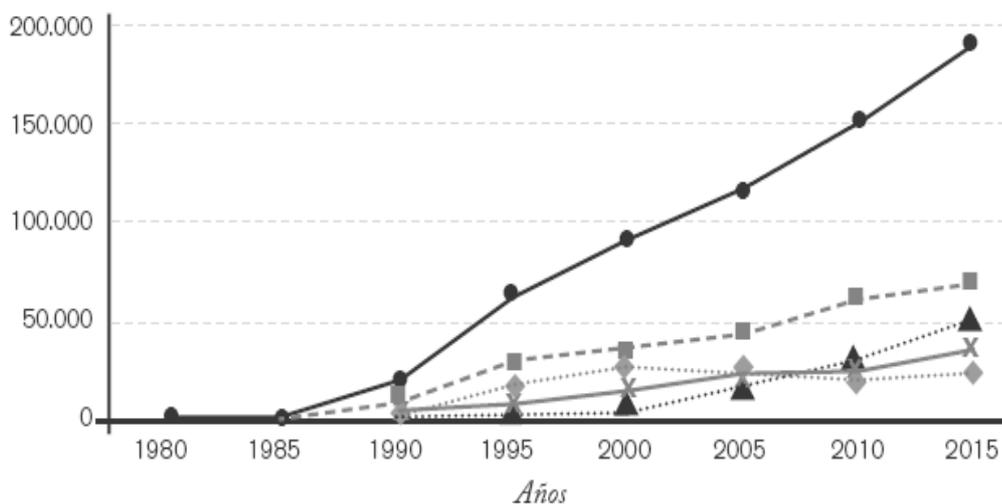
Gráfica 3

Proyección de Número Estimado de Personas con VIH en América Latina y el Caribe



3
4 Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA, 2006 (en: Plan
5 Regional de VIH e ITS para el Sector Salud)
6
7

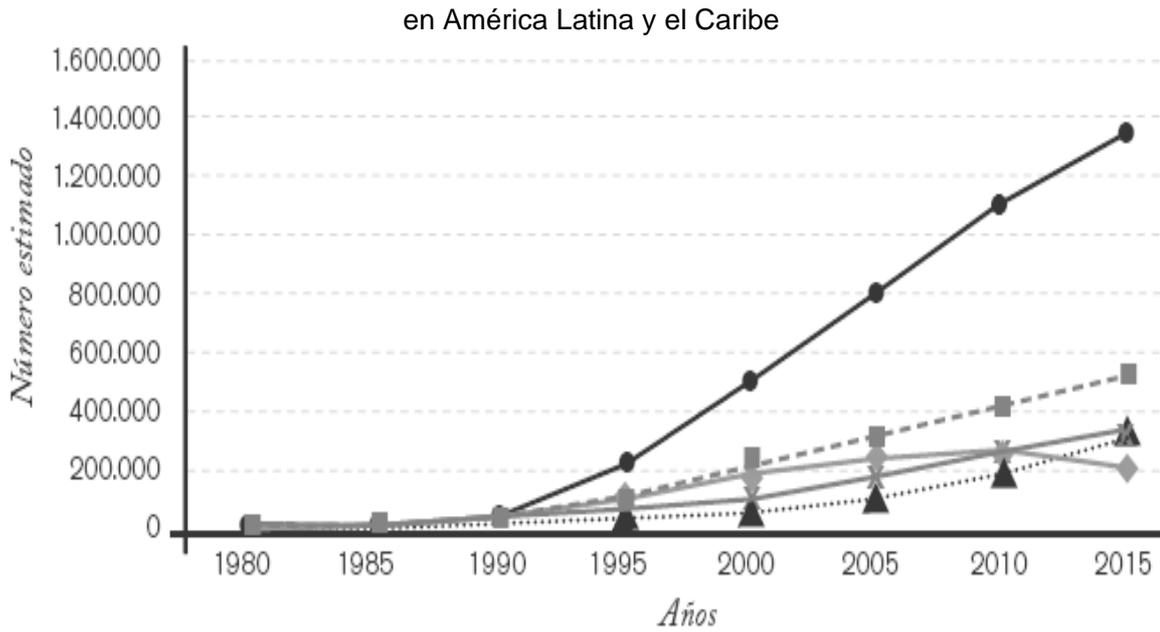
8
9 Gráfica 4
10 Proyección de número estimado de muertes debidas al SIDA (adultos y niños)
11 en América Latina y el Caribe
12
13



14 Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA, 2006 (en: Plan
15 Regional de VIH e ITS para el Sector Salud)
16
17

18 Gráfica 5
19 Proyección de número estimado de niños huérfanos a causa del SIDA
20

3



4

Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA, 2006 (en: Plan Regional de VIH e ITS para el Sector Salud)

5

6

7

8

9

10

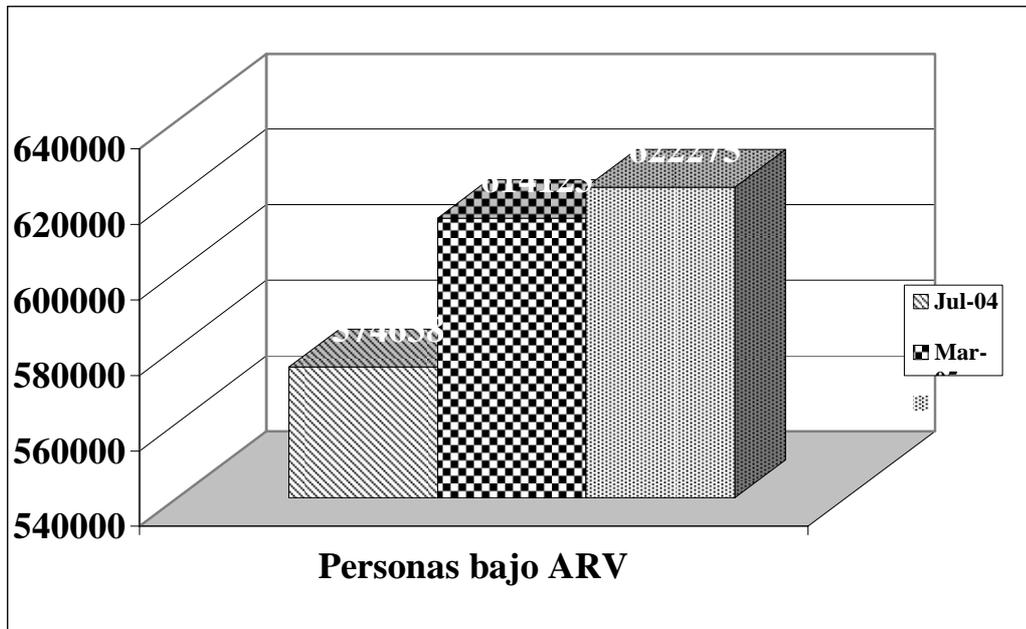
11

12

13

14

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)

15

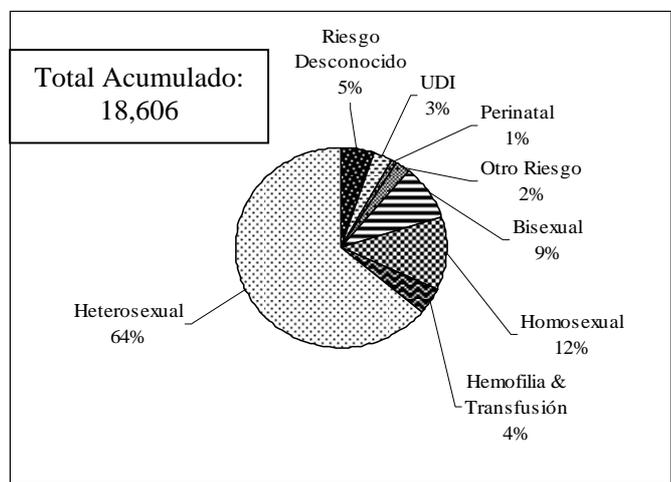
16

17

18

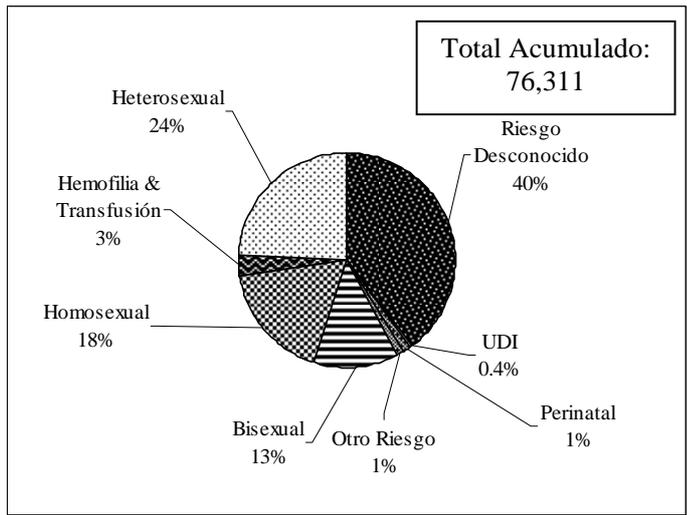
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

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)

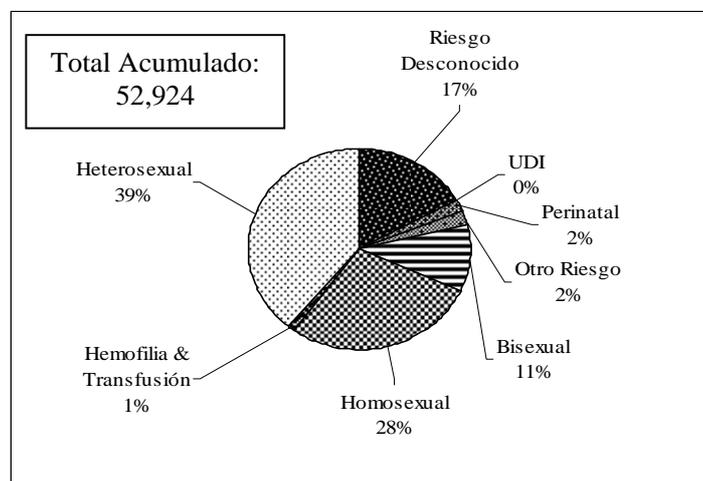
Gráfica 8
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en México



Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

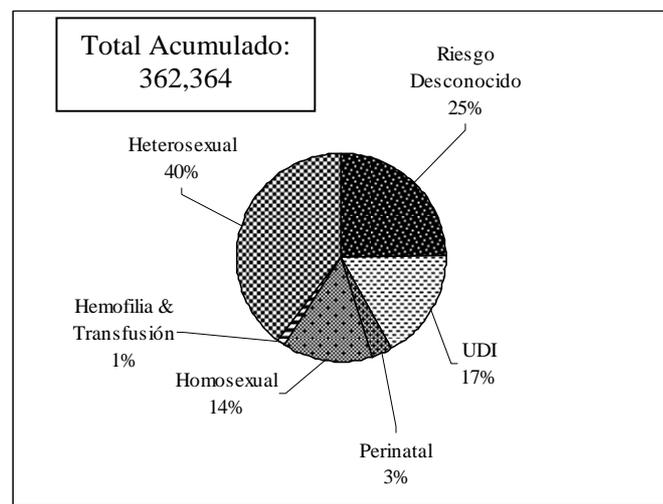
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

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

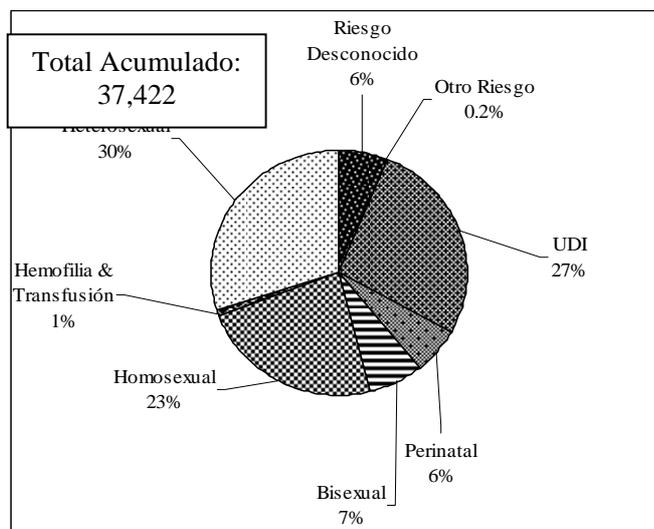


Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

Gráfica 11

3
4

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en el Cono Sur



Fuente: OPS, 2005 (en: Vigilancia del SIDA en las Américas)

5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

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 <i>per cápita</i> (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

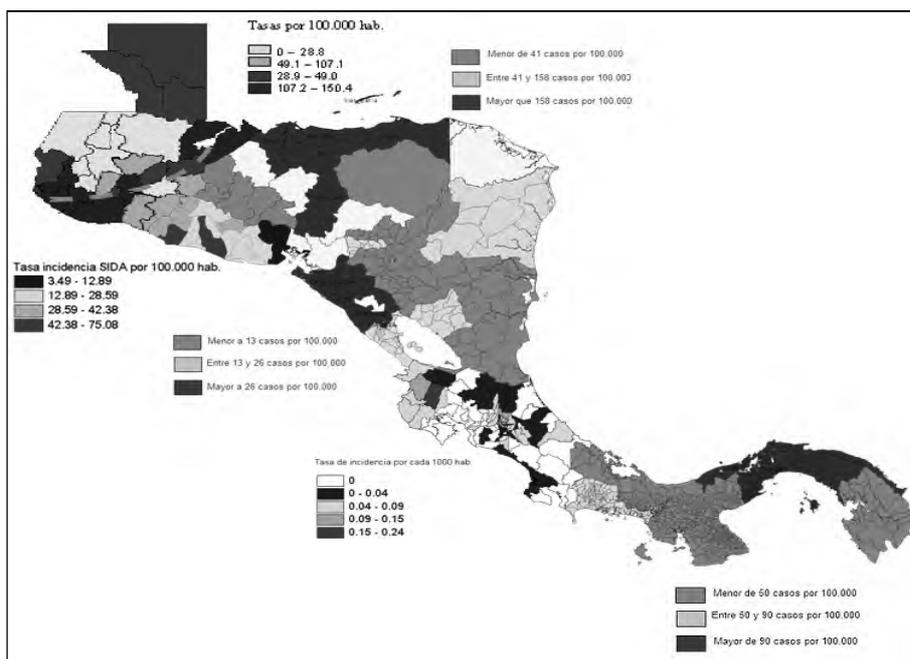
Fuente: Country at a glance, World Bank Group, ONUSIDA, Banco Mundial.

17
18
19
20
21
22
23

Gráfica 12

3
4

Tasas de notificación de infección por VIH en países de centroamérica, año 2005.



5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

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.

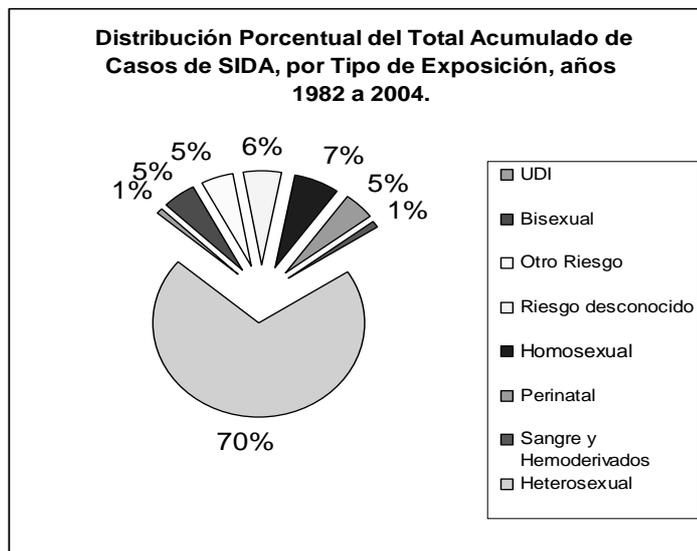
País	Casos de SIDA	Casos notificados /100,000 hab. (1982-2004)	Estimación de prevalencia de VIH en adultos (%)	Razón hombre/mujer Casos de SIDA (2001)	Prevalencia de VIH en TCS 2001/2002 (%)	Prevalencia de VIH en HSH 2001/2002 (%)
Honduras	16,363	228	1.6	1.2/1	9	13
Panamá	6,694	211	1.5	3/1	2	10.6
Guatemala	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

16
17
18
19
20
21
22
23

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.

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59

Gráfica 13



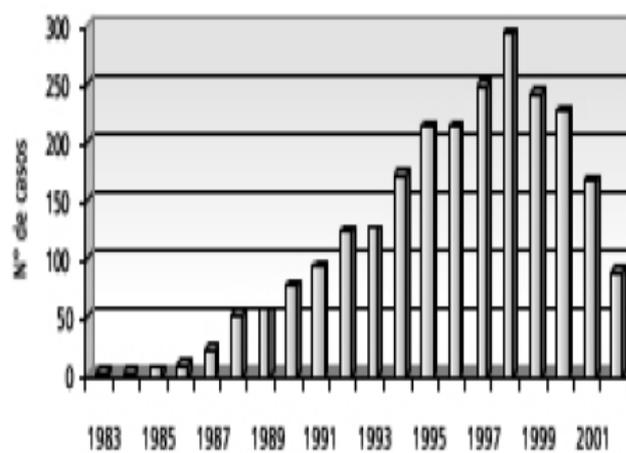
Fuente: datos de OMS de Centroamérica año 2005.

Nota: Total Acumulado: 39,985

Gráfica 14

Número de casos por año, Costa

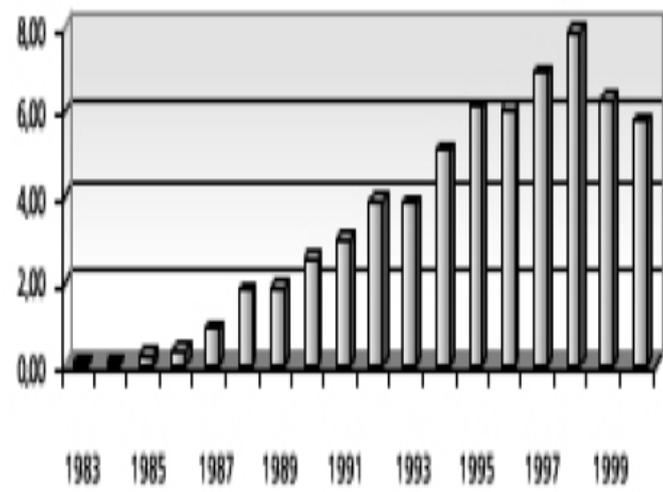
nuevos de SIDA, Rica, 2002.



Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59

Gráfica 15
Tendencia de Tasa de Incidencia Anual, Costa Rica, 1983 -2002



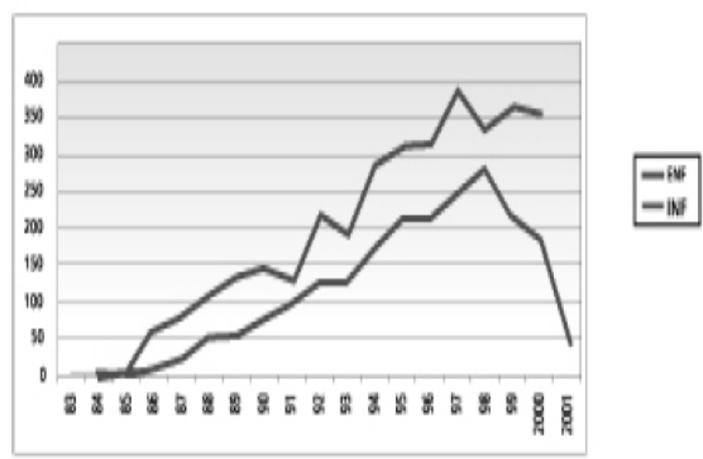
Casos por 100,000 habitantes.

Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Tendencia anual
Costa Rica, años

Gráfica 16

de VIH y SIDA,
1983-2010.

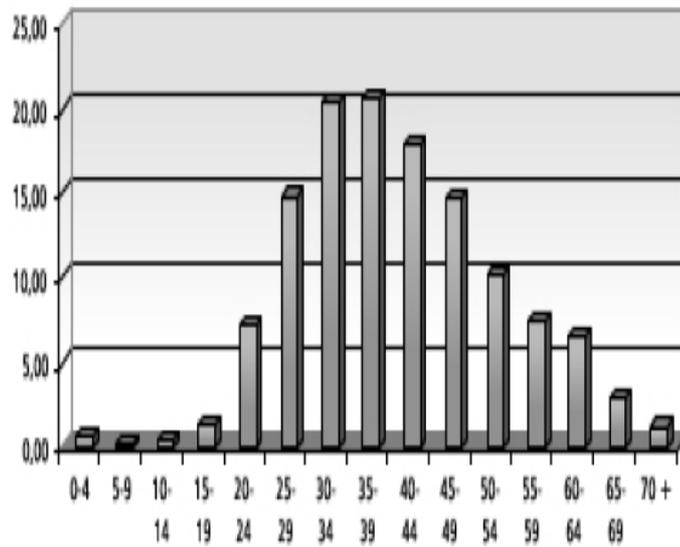


Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59

Gráfica 17

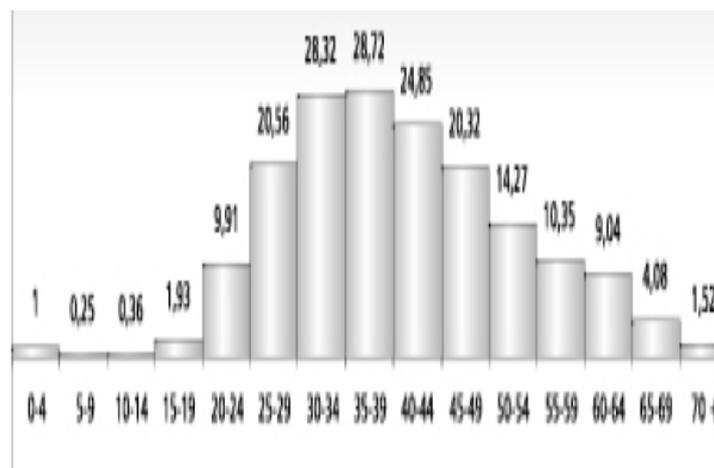
Tasa de incidencia específica, por grupos etáreos, Costa Rica, años 1983-2002.



Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gráfica 18

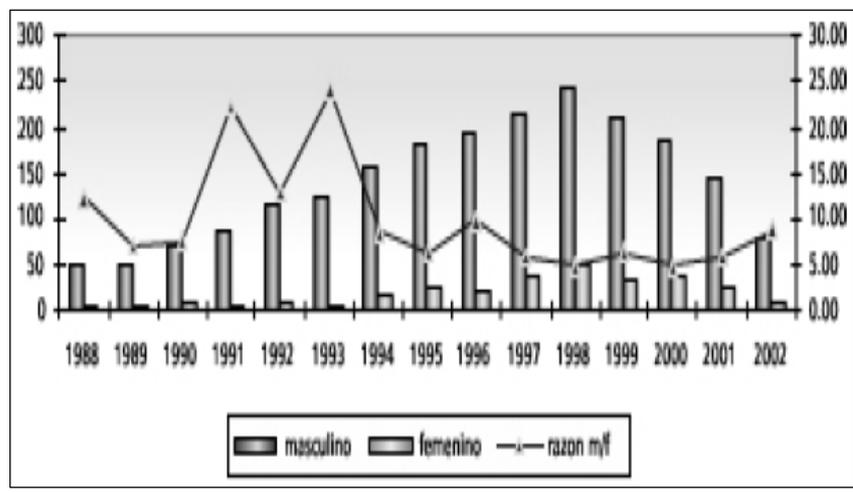
Riesgo relativo por grupos quinquenales de edad, Costa Rica, 2002.



Fuente: Unidad de Información Estadística del ministerio de Salud de Costa Rica.

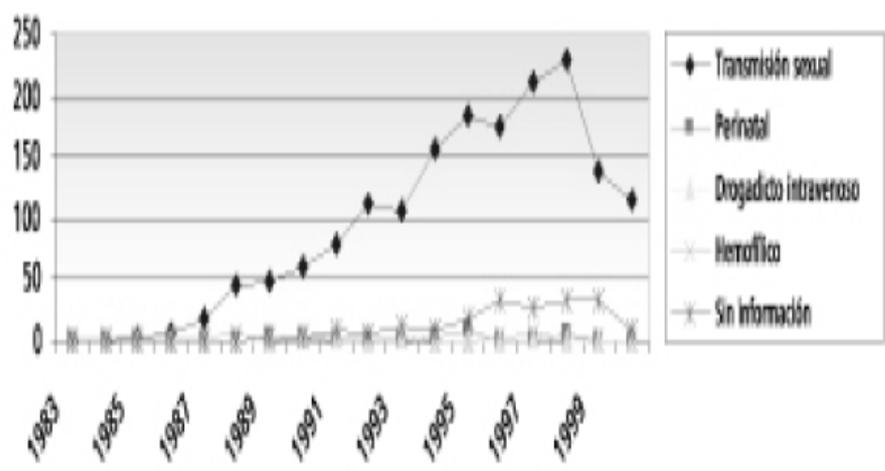
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

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 incidencia por vías de transmisión de la de SIDA,

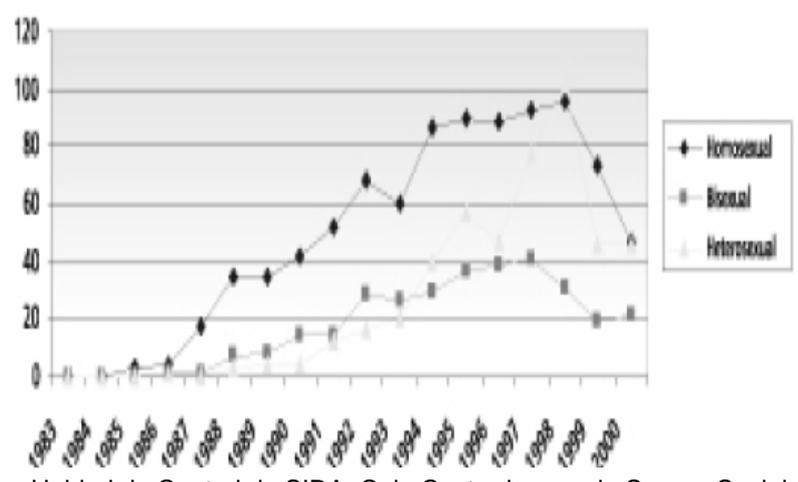


transmisión. Costa Rica, 2002.

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

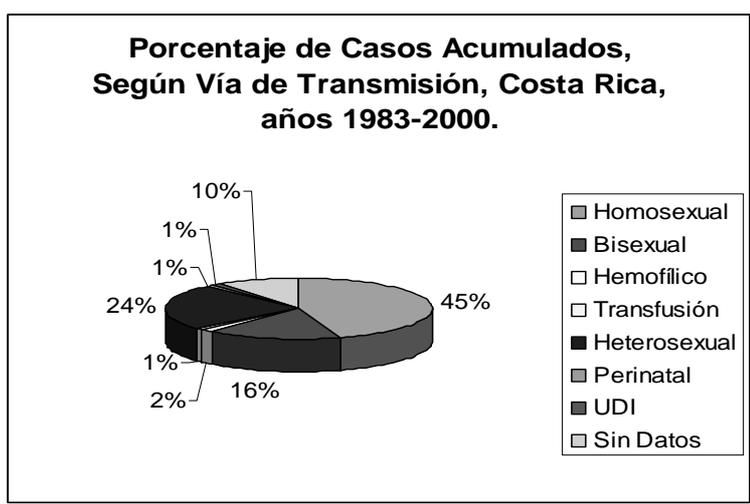
Fuente: Unidad de Control de SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

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.

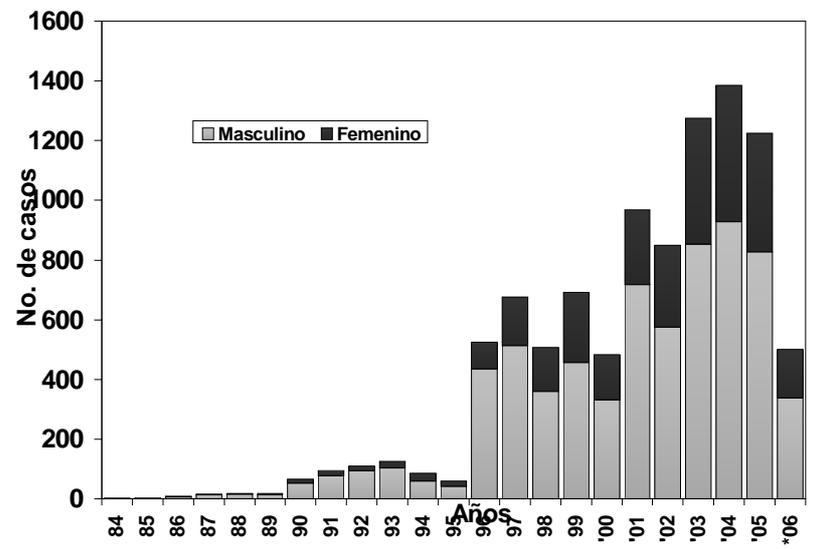
Gráfica 22



3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55

Fuente: Unidad de Control de SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social

Gráfica 23
Casos SIDA Notificados Según Género
Guatemala 1984 a Julio 2006

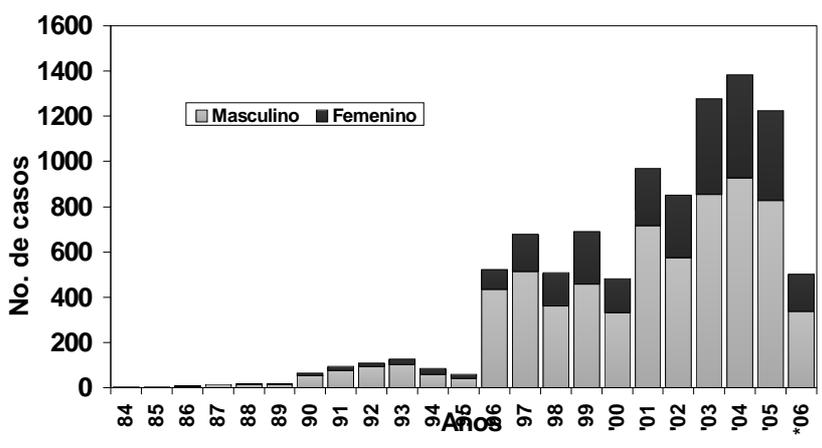


Unidad Informática, Centro Nacional de Epidemiología

Fuente:

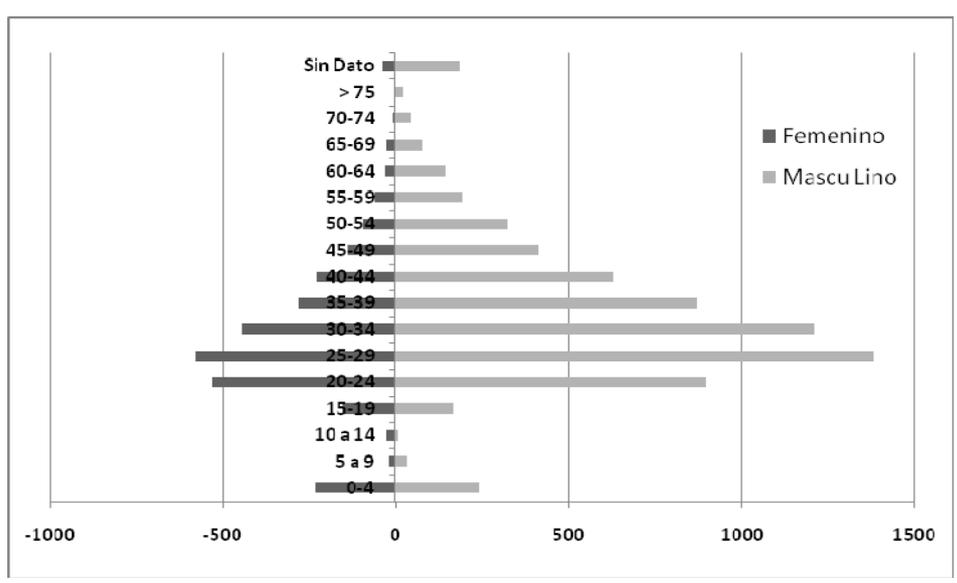
Gráfica 24
Casos SIDA notificados según género
Guatemala 1984 a Julio 2006

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27



Fuente: Unidad Informática, Centro Nacional de Epidemiología

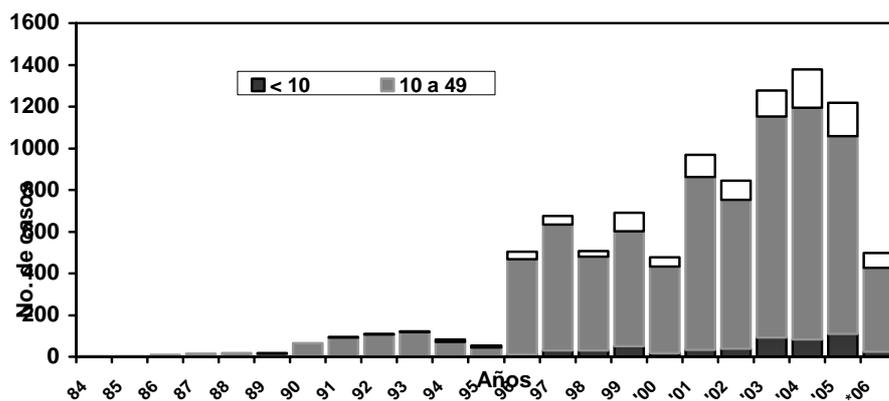
Gráfica 25
Pirámide poblacional de casos notificados de SIDA según grupo de edad y género
Enero 1984 - Agosto 2006



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

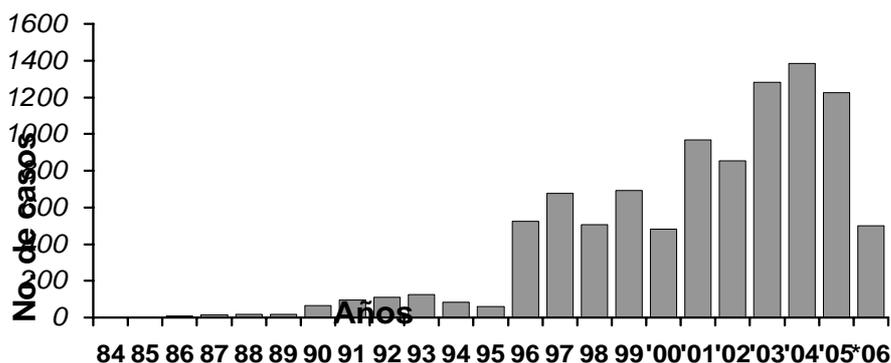
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006.

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

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

13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

Tabla 4
Casos notificados de SIDA según grupo de edad y género
Enero 1984 - Agosto 2006

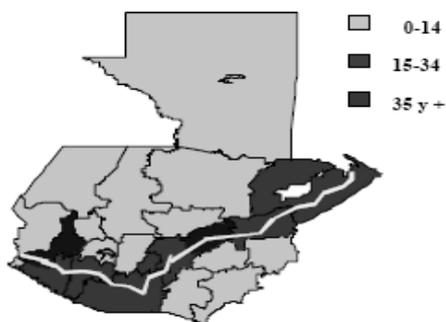
Grupos de Edades	Femenino	Masculino	Relación de Masculinidad	Sin Datos	Total	%

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

3
4
5
6
7
8
9
10

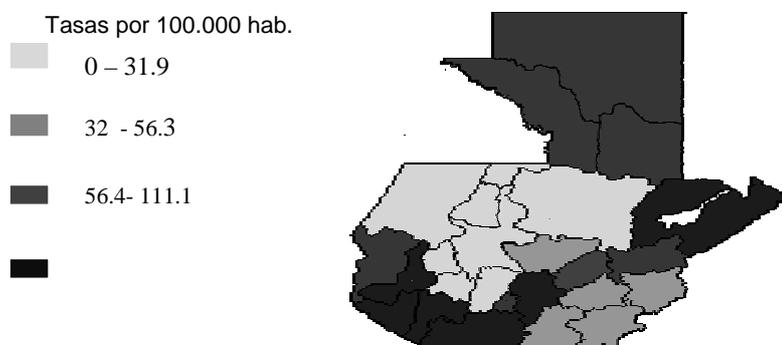
Gráfica 28
Departamentos con mayor actividad comercial en la República de Guatemala



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, 2006

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

Gráfica 29
Casos notificados de SIDA, según departamento de residencia,
Enero 1984 - Agosto 2006



3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

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 Control de ITS, VIH y SIDA,

Nacional de Prevención y 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

3
4

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.

5
6
7
8
9
10
11
12
13

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.

14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

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
-------------------	-----------	-------------

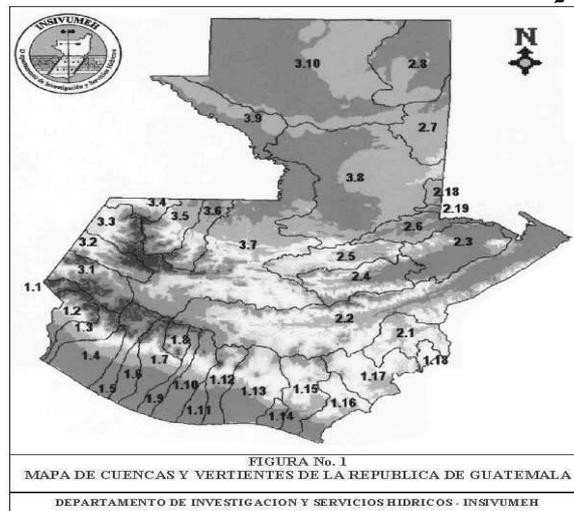
Municipios*	Autoridad: Alcalde.	Autoridad: Concejos Municipales.
	Término: 4 años.	Término: 4 años.
	Designación: Elección por votación directa.	Designación: Los síndicos y concejales son electos directamente por sufragio universal y secreto.
	Requisitos: Ser guatemalteco de origen y vecino inscrito 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. (<i>Código Municipal, Artículo 56.</i>)	
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. (<i>Código Municipal, Artículo 49.</i>)	

Fuente: Revisión Normativa, Universidad de Georgetown, abril 2005.

3
4
5
6
7
8
9
10

Gráfica 31
Principales ríos de Guatemala y sus cuencas

3
4



Fuente: Departamento de Investigación y Servicios Hídricos INSIVUMEH

25
26
27
28
29
30
31
32

Tabla 11
Situación actual de las aguas residuales en Guatemala.
Información general por grupos de ciudades

33

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)

42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

Tabla 12
Número de plantas de tratamiento de agua residual,

3
4

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)

5
6
7
8
9
10
11
12
13

3
4
5

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, Nentón)
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.
Poqomchies: 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).

6
7
8
9

Fuente: prensa libre, Etnias Guatemaltecas

3
4
5
6

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

7
8
9
10
11
12

Tabla 15
Casos notificados de VIH SIDA según grupo étnico en Guatemala 2004 y 2005

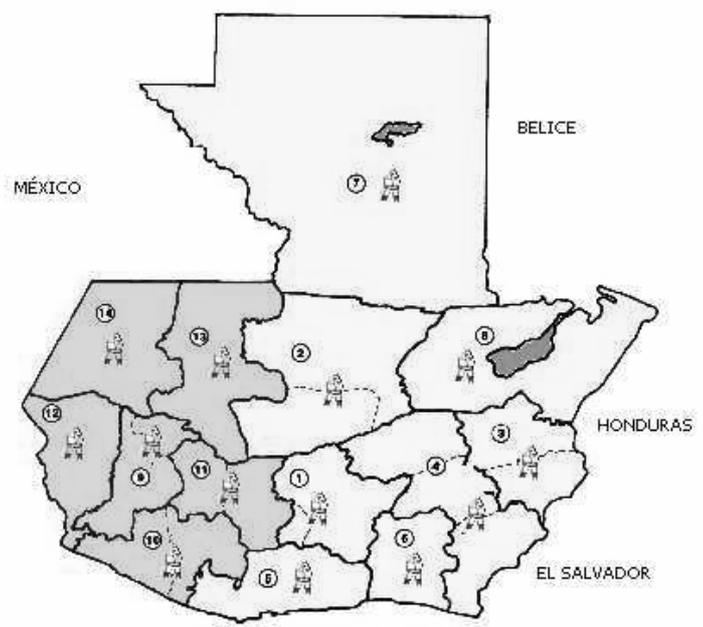
Grupo Etnico	SIDA		VIH	
	Totales	Porcentaje	Totales	Porcentaje
Ladino	1829	70	1566	75
Maya	714	27	461	22
Garífuna	8	0,3	17	0,8
Xinca	3	0,1	1	0,05
Sin dato	69	2,6	34	1,6
Total	2623	100	2979	100

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

13
14
15
16

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

Gráfica 32
Jurisdicciones Eclesiásticas en Guatemala



Mapa de Jurisdicciones Eclesiásticas de Guatemala

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ○ Provincia Eclesiástica de Guatemala | ○ Provincia Eclesiástica de Los Altos |
| 1. Arquidiócesis de Guatemala | 9. Arquidiócesis de Los Altos, Quetzaltenango - Totonicapán |
| 2. Diócesis de La Verapaz | 10. Diócesis de Suchitepéquez - Retalhuleu |
| 3. Diócesis de Zacapa | 11. Diócesis de Sololá - Chimaltenango |
| 4. Diócesis de Jalapa | 12. Diócesis de San Marcos |
| 5. Diócesis de Escuintla | 13. Diócesis de Quiché |
| 6. Diócesis de Santa Rosa de Lima | 14. Diócesis de Huehuetenango |
| 7. Vicariato Apostólico de Petén | |
| 8. Vicariato Apostólico de Izabal | |

Fuente: Iglesia Católica, jurisdicción eclesiástica

3
4
5
6
7
8

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)

9
10
11
12
13
14
15

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

16
17
18

3
4
5

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

6
7
8
9
10
11
12

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

13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

3
4

Gráfica 33
Gráfica de producción de servicios, Clínica Familiar, HGSJD, 1996-2003



5
6
7
8
9
10
11
12
13

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
Facilitadores 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)

14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

3
4
5

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).

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

3
4
5

Tabla 23
Diez primeras causas de morbilidad Enfermedades Transmisibles
Según MSPAS durante el año 2005

N o.	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).

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

3
4
5
6

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).

7
8
9
10

3
4
5
6

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).

7
8
9
10
11
12
13
14
15

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)

16
17
18
19
20
21
22

3
4
5
6

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)

7
8
9
10
11
12
13
14

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).

15
16
17
18
19
20
21
22
23

3
4
5
6

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).

7
8
9
10
11
12
13
14
15

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).

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

3
4
5
6

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).

7
8
9
10
11
12
13
14
15

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).

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

3
4
5
6

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	1 ^a	2 ^a	3 ^a	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).

7
8
9
10
11
12
13
14
15

Tabla 35
Suplementación con micronutrientes a niños y mujeres en peri y post parto durante el año 2005 según el MSPAS

<i>Seguridad Alimentaria y Nutricional</i>	
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 ácido 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).

16
17
18
19
20
21
22
23

3
4
5

Tabla 36
Organismos multilaterales

Entidad	Año 2002 (Q)	Año 2003 (Q)
Agencias multilaterales	2,216,611.00	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

6
7
8
9
10
11
12
13
14

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

15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

Gráfica 34

34

3
4

Prevalencia de VIH en la República de Guatemala Junio de 2007



5
6
7
8
9
10
11

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, de las Áreas de Salud de la República de Guatemala, año 2006

3
4
5
6
7

Gráfica 35
Prevalencia de SIDA en la República de Guatemala.
Guatemala, junio de 2007.



8
9
10
11
12
13

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. Instrumento para la recolección de datos

3



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



4 Nombre del Estudiante: _____

5 Departamento: _____

6

7

8

1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

9

10

1.1) Demografía

11

12

Tabla 1

13

Distribución de la población según edad y sexo del Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

14

15

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			

16

Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

17

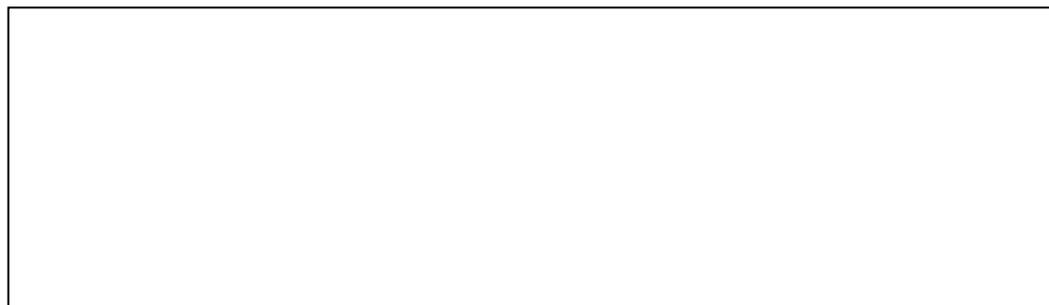
18

Gráfica No. 1

19

Pirámide poblacional del Departamento.

Quetzaltenango junio de 2007.



Fuente: Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística, año 2004

Tabla 2
Datos demográficos del Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

Indicador	Dato
Densidad demográfica ₁	habitantes por Km ²
Mujeres en edad fértil ₂	
Población migrante ₁	

Fuentes: ₁Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,
₂Proyecciones 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.
Quetzaltenango 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	
	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																														
SDA																														

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

3
4
5
6

Tabla 4
Morbilidad asociada a SIDA según edad y sexo en el Departamento.
Quetzaltenango 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	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Diagnósticos																						
Total																						

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

7
8
9
10
11
12
13
14

Tabla 5
Mujeres embarazadas o en puerperio diagnosticadas con VIH o SIDA
en el Departamento.
Quetzaltenango 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

15
16
17
18
19
20

3 1.3) Mortalidad

4
5 Tabla 6

6 Causas de mortalidad por SIDA según edad y sexo en el Departamento.
7 Quetzaltenango junio de 2007.
8

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																												

9 Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año
10 2006

11
12 Tabla 7

13 Causas de mortalidad por SIDA en mujeres embarazadas y en puerperio
14 en el Departamento.
15 Quetzaltenango junio de 2007.
16

	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								

17 Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año
18 2006
19

3
4
5
6
7

Tabla 8
Causas de mortalidad por SIDA en menores de un año
en el Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

	Edad en años	< 1		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1						
	Total					

8
9
10
11
12
13
14
15
16

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.
Quetzaltenango junio de 2007.

	Edad en años	1 – 4		Porcentaje		Total
	Causas	M	F	M	F	
1						
	Total					

17
18
19
20
21
22
23

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

3 1.4) Indicadores de Salud-Enfermedad

4

5

Tabla 10

6

Indicadores de salud-enfermedad del Departamento.

7

Quetzaltenango junio de 2007.

8

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	

9

Fuente: Boletas de Notificación de Infección por VIH y Caso de SIDA, del Área de Salud, año 2006

10

11

12

13

3 2. DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA

4
5 2.1) Cultura

6
7 Tabla 11
8 Distribución de la población según grupo étnico del Departamento.
9 Quetzaltenango junio de 2007.
10

Grupo étnico	Total	Porcentaje
No indígena		
Indígena		
Total		

11 Fuente: Mapa Lingüístico y Distribución de los Idiomas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2005

12
13
14 Tabla 12
15 Idiomas hablados en el Departamento.
16 Quetzaltenango junio de 2007.
17

Idioma	Sí	No

18 Fuente: Comunidades Lingüísticas de Guatemala, Academia de Lenguas Mayas, año 2004

3 2.2) Religión

4
5 Tabla 13
6 Templos y altares religiosos del Departamento.
7 Quetzaltenango junio de 2007.
8

Tipo de templo	Número	Porcentaje
Templos católicos ₁		
Templos no católicos ₂		
Altars para ritos mayas ₃		
Total		

9 Fuente: ₁Jurisdicciones Eclesiásticas, Conferencia Episcopal de Guatemala,
10 ₂ Congregaciones en Guatemala, Alianza de Evangélica de Guatemala,
11 ₃ Lugares Sagrados Mayas, Ministerio de Cultura y Deportes, año 2006
12
13
14

15 2.3) Hábitos y Costumbres

16
17 Tabla 14
18 Casos de consumo de drogas reportados en el Departamento.
19 Quetzaltenango junio de 2007.
20

Casos	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total
Alcohol					
Tabaquismo					
Drogas ilícitas					
Total					

21 Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de
22 Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006
23
24
25
26

3
4
5
6

Tabla 15
Lugares dedicados al comercio sexual en el Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

Lugares	Número	Porcentaje
Total		100

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud, año 2006

7
8
9
10
11
12
13

Tabla 16
Personas dedicadas al comercio sexual según sexo en el Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino		
Masculino		
Total		

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud, año 2006

14
15

3
4
5
6
7

Tabla 17
Usuarios de profilaxis sexual con preservativo según sexo
en el Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

Sexo	No. de usuarios	Porcentaje
Femenino		
Masculino		
Total		

Fuente: Informe Anual del Departamento de Salud Reproductiva, Área de Salud, año 2006

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

3 3. ATENCIÓN A LA SALUD

4
5 3.1) Recurso Humano Dedicado a la Salud

6
7 Tabla 18
8 Recurso humano dedicado a la salud en el Departamento.
9 Quetzaltenango junio de 2007.

10

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

11 Fuente: Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de
12 Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006

13
14
15 3.2) Infraestructura de Servicios

16
17 Tabla 19
18 Infraestructura de servicios de salud del Departamento.
19 Quetzaltenango junio de 2007.

20

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*	

21 Fuentes: ₁Dirección del Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Memoria de
22 Informática y Vigilancia Epidemiológica, año 2006,

23 ₂Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, año 2006

24
25 * Organismos no gubernamentales dedicados a VIH y SIDA:

3 4. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

4
5 4.1) Pobreza

6
7 Tabla 20
8 Indicadores de pobreza y desarrollo del Departamento.
9 Quetzaltenango junio de 2007.
10

Indicador	Dato
Pobreza	
Pobreza extrema	
Índice de desarrollo humano	

11 Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, año 2005

12
13
14
15 4.2) Organización Política y Social

16
17 Tabla 21
18 Organización política y social del Departamento.
19 Quetzaltenango junio de 2007.
20

Organizaciones	Número
Partidos políticos ₁	
COCODES ₂	
COMUDES ₂	

21 Fuente: ₁Delegación Departamental, Tribunal Supremo Electoral, año 2006,
22 ₂Gobernación Departamental, año 2006
23
24
25
26

3 4.3) Educación

4
5 Tabla 22
6 Establecimientos dedicados a la educación según nivel educativo y sector
7 del Departamento.
8 Quetzaltenango junio de 2007.
9

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria ₁			
Primaria ₁			
Básicos ₁			
Diversificado ₁			
Superior ₂			
Total			

10 Fuente: ₁Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental
11 Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
12 ₂Registro de Estadística de Universidades, año 2006
13

14
15 Tabla 23
16 Estudiantes inscritos según nivel educativo y sector
17 del Departamento.
18 Quetzaltenango junio de 2007.
19

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria ₁			
Primaria ₁			
Básicos ₁			
Diversificado ₁			
Superior ₂			
Total			

20 Fuente: ₁Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental
21 Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
22 ₂Registro de Estadística de Universidades, año 2006
23
24
25

3
4
5
6
7

Tabla 24
Número de maestros según nivel educativo y sector
del Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

Nivel educativo	Públicos	Privados	Total
Preprimaria ₁			
Primaria ₁			
Básicos ₁			
Diversificado ₁			
Superior ₂			
Total			

8
9
10
11
12
13
14
15
16

Fuente: ₁Anuario Estadístico de la Educación año 2005, Dirección Departamental
Educación, Ministerio de Educación, Guatemala Abril 2006,
₂Registro de Estadística de Universidades, año 2006

Tabla 25
Alfabetismo en la población del Departamento.
Quetzaltenango junio de 2007.

Alfabetismo	Número	Porcentaje
Alfabeta		
Analfabeta		
Total mayores de 15 años		

17
18
19
20
21
22
23

Fuente: Ministerio de Educación Estadísticas Educativas, Anuario Estadístico 2005,
Analfabetismo en Guatemala, Departamento, año 2006

3 4.4) Trabajo

4
5 Tabla 26
6 Indicadores de trabajo del Departamento.
7 Quetzaltenango junio de 2007.
8

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	

9 Fuentes: ¹Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Encuesta de
10 Empleo e Ingresos, año 2006,

11 ²Proyecciones de Población para el año 2006 del Instituto Nacional de Estadística
12 (INE), año 2004,

13 ³Análisis del Departamento, Dirección de Análisis Económico,
14 Ministerio de Economía, año 2005,

15 ⁴Ministerio de Trabajo y Previsión Social, año 2006,
16
17

18 4.5) Inversión en Salud

19
20 Tabla 27
21 Presupuesto para inversión en salud del Departamento.
22 Quetzaltenango junio de 2007.
23

Presupuesto	Cantidad
Asignado al área de salud	
Asignado en el área de salud para programas de VIH	

24 Fuente: Presupuesto Operativo Anual, Área de Salud, año 2006
25