



“Metas del Milenio: Informe de Avance de Guatemala”

**METAS
DEL MILENIO:
INFORME DE AVANCE DE
GUATEMALA**

Sistema de las Naciones Unidas

Guatemala, 7 de octubre de 2002

INTRODUCCIÓN

Desde la década de 1990 se han venido realizando cumbres mundiales que impulsan una agenda de desarrollo global. Estas cumbres han generado importantes reformas en las políticas públicas, han provocado cambios institucionales y han favorecido una mejor asignación de los recursos. En septiembre del 2000 ciento cuarenta y siete jefes de Estado y de Gobierno adoptaron la Declaración del Milenio que agrupa y sintetiza los objetivos para el desarrollo asumidos con anterioridad. Los ocho principales objetivos son llamados “Objetivos de Desarrollo del Milenio” y consisten en: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2) lograr la enseñanza primaria universal; 3) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; 4) reducir la mortalidad infantil; 5) mejorar la salud materna; 6) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y 8) fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

A continuación se presenta una evaluación del grado de avance de Guatemala con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a las metas e indicadores derivados de esos objetivos. Se trata de una evaluación que cubre un período suficientemente largo (1990-2000) como para evaluar el desempeño del país y no el de particulares administraciones gubernamentales. Por consiguiente, debe interpretarse como un análisis de un proceso de largo plazo, como lo es el desarrollo, y no como un análisis de coyuntura. Se hace, además, teniendo presente que Guatemala es un país que se encuentra en situación de post-conflicto, lo que le da ciertas especificidades, especialmente a la luz de los compromisos establecidos en los Acuerdos de Paz firmados en 1996. El contexto de post-conflicto ha sido fuente de ventajas y desventajas. Por un lado, el desarrollo de Guatemala fue afectado negativamente por un conflicto armado interno que tuvo una serie de costos económicos, políticos y sociales, con resabios que aún persisten. Por otro, hubo un esfuerzo significativo para cumplir con los compromisos de los Acuerdos de Paz, especialmente en materia de gasto público social, que permitió avanzar en el cumplimiento de algunas metas sociales. Ello también estuvo acompañado por un aumento de la movilización interna y externa de recursos. Aunque estos esfuerzos permitieron el avance en determinados indicadores, persisten grupos sociales rezagados, especialmente entre los indígenas, en ciertas regiones del país y en el área rural en general. Las estadísticas, en las cuales también ha habido avances significativos aunque persisten desafíos importantes, no siempre reflejan adecuadamente estos rezagos.

Es difícil evaluar las posibilidades de que Guatemala pueda alcanzar las Metas del Milenio, la mayor parte de las cuales se han establecido para el año 2015, porque es un país vulnerable a desastres naturales y a crisis económicas, como lo reflejan las consecuencias negativas de la sequía del 2001 y la reducción –previsiblemente de largo plazo- de los precios del café. Situaciones como éstas pueden hacer retroceder al país en el futuro, por lo que no pueden proyectarse automáticamente tendencias que se han dado en el pasado y suponer que seguirán dándose en el futuro. También tendrá que proseguirse con los esfuerzos de movilización de recursos, especialmente internos, para financiar avances adicionales en materia de desarrollo, sobretodo ante la existencia de grupos sociales rezagados que requieren esfuerzos grandes, y ante metas que se hace más difícil alcanzar cuando se llegan a porcentajes más altos de cobertura. Los avances futuros tendrán que complementarse, además, con una visión y un esfuerzo compartido

de la sociedad en su conjunto, que deberá trascender la actividad de las distintas administraciones de gobierno.

El Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio es una herramienta para aumentar la atención, el apoyo, las alianzas y los compromisos políticos a favor del seguimiento periódico de los objetivos, metas e indicadores de desarrollo. El énfasis de este informe, de acuerdo con los lineamientos que se han dado para prepararlo, es proveer una idea numérica del avance en los últimos diez años en el logro de cada meta, de su situación actual, y de las perspectivas de cumplimiento. No está diseñado para incluir análisis en profundidad, ni recomendaciones detalladas de políticas. Es un documento que pretende ayudar a que el debate nacional sobre el desarrollo se concentre en los aspectos prioritarios, e intenta generar una atmósfera que favorezca el actuar de los responsables de diseñar y ejecutar las políticas públicas. Puede ser un punto de partida para que la sociedad guatemalteca y la Comunidad Internacional compartan una visión del desempeño pasado y de las perspectivas del desarrollo futuro.

Para la elaboración del presente Informe se ha contado con la participación de profesionales de distintos sectores del gobierno, de la sociedad guatemalteca, del Banco Mundial, y de las distintas Agencias, Fondos y Programas de las Naciones Unidas presentes en el país. Además, se contó con el apoyo financiero del propio Sistema de Naciones Unidas y de la cooperación del gobierno de Italia. Las Naciones Unidas hacen propicia la oportunidad para renovar su compromiso de aportar su cooperación para facilitar que Guatemala pueda alcanzar las nobles metas del compromiso del Milenio para el año 2015, de manera que toda la población goce de un mayor nivel de desarrollo humano, particularmente los que hoy se encuentran en una situación de pobreza y de pobreza extrema.

CONTEXTO NACIONAL PARA EL DESARROLLO

Guatemala se encuentra en una situación de post-conflicto. En 1996, el gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) firmaron los Acuerdos de Paz que pusieron fin a 36 años de enfrentamiento armado interno y que establecieron una agenda de desarrollo como base de una paz firme y duradera. En los Acuerdos se asumieron compromisos y metas de desarrollo económico y social, y de gasto público. Además, como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz se suscribió, en mayo del 2000, el Pacto Fiscal para un Futuro con Paz y Desarrollo. Este pacto fue el resultado de un amplio esfuerzo de concertación que se concretó en la adopción de un conjunto de principios y compromisos de política fiscal en el corto, mediano y largo plazo. Entre 1990 y 2001 el gasto público social ejecutado por el gobierno central pasó de 3.5% a 6.4% del PIB, conforme a lo establecido en los Acuerdos de Paz. Ello ha ocurrido dentro de un marco de creciente importancia asignada a la descentralización, reflejado en programas como el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y el Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE), así como en la aprobación reciente de la Ley de Descentralización, el nuevo Código Municipal y la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.

Economía y pobreza

En el año 2000, Guatemala contaba con aproximadamente 11 millones de habitantes y con uno de los menores Índice de Desarrollo Humano (0.631) en América Latina, por lo que ocupó el puesto 120 de 173 países a nivel mundial. La economía y una parte importante de la población dependen fuertemente de la agricultura, que en el 2000 aportó en torno al 23% del PIB, y de la actividad comercial, que representaba alrededor del 25% del PIB. Entre los pobres, el 46% se clasificaba en ese año como población económicamente activa (PEA) y el 57% se dedicaba a la agricultura, 15% a la industria manufacturera y 13% al comercio.

En el 2000 el 16% de la población se encontraba en situación de pobreza extrema y el 56% en situación de pobreza. Aproximadamente ocho de cada diez pobres se ubicaban en áreas rurales y apartadas del país. El 30% de los pobres se concentraba en la Región Suroccidental (Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu, San Marcos y Sololá), y cuando se analiza la incidencia de pobreza en cada una de las regiones se observa que la Región Norte (Alta y Baja Verapaz) tenía la mayor incidencia de pobreza (84%). A partir del 2000, como consecuencia de la caída de los precios del café y de la sequía, es probable que se hayan reducido los ingresos de las personas en el área rural y que haya aumentado la pobreza. Por lo tanto, debe tenerse presente que las coyunturas económicas y los desastres naturales pueden afectar los progresos en el logro de los ODM.

Indicadores clave del desarrollo

Indicador	Valor	Año
Población total (en millones de habitantes)	11.4	2000
Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años (defunciones por mil nacidos vivos)	59	1994-1999
Razón de mortalidad materna (defunciones por cien mil nacidos vivos)	169	2000
Esperanza de vida al nacer (en años)	64.8	2000
PIB per cápita (Paridad del Poder Adquisitivo - PPA en dólares EE.UU.)	3,821	2000
Tasa anual de crecimiento de la población	2.6%	1975-2000
Incidencia de la pobreza (% de la población por debajo de la línea de pobreza nacional)	56%	2000
Prevalencia estimada de VIH en la población adulta de 15 a 49 años	0.85%	2001
Porcentaje de la población con acceso a fuentes de abastecimiento de agua	85%	2000
Porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al normal para su edad	24%	1998
Tasa neta de escolarización de la enseñanza primaria	84%	2000
Razón entre las tasas brutas de escolarización de la enseñanza primaria entre niñas y niños	92%	2000

POBREZA EXTREMA

Objetivo 1	Erradicar la pobreza extrema y el hambre
Meta 1	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día PPA
Meta 2	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

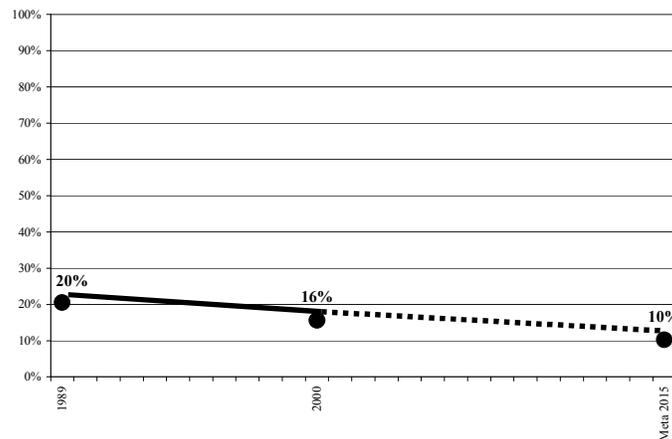
Resumen del desempeño
Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas
Débil pero mejorando
¿Se alcanzará la meta?
Potencialmente

Diagnóstico y tendencias

La información disponible muestra que la incidencia de la pobreza extrema,¹ medida con base en el porcentaje de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario (ajustado por la paridad del poder adquisitivo) se ha reducido en la última década. Si se mantuviera la tendencia de este indicador de pobreza, utilizado principalmente para realizar comparaciones internacionales, se podría alcanzar la meta de reducirlo a la mitad en el año 2015. Sin embargo, al analizar la evolución de la incidencia de la pobreza según algunas características seleccionadas se encuentran disparidades significativas.

Evolución de la pobreza extrema

Porcentaje de la población con menos de US\$1 diario PPA
(años 1989 y 2000, y meta 2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ENS 1989, la ENCOVI 2000, y el factor de conversión del PPA del PIB de 1993, proporcionado por el Banco Mundial.

Porcentaje de la población con menos de US\$1 diario PPA según características seleccionadas

Característica	1989	2000
País	20%	16%
Grupo étnico del jefe del hogar		
Indígena	31%	24%
No indígena	14%	10%
Género de la jefatura del hogar		
Masculina	20%	16%
Femenina	22%	12%
Area geográfica		
Urbana	9%	5%
Rural	26%	22%

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ENS 1989, la ENCOVI 2000, y el factor de conversión del PPA del PIB de 1993 proporcionado por el Banco Mundial.

Otros indicadores parecen confirmar que se ha producido una reducción de la incidencia de la pobreza extrema entre 1989 y el 2000². Por ejemplo, al comparar la incidencia de la pobreza extrema a partir de canastas básicas de consumo alimenticio,³ y ajustando por la inflación nacional, se encontró que alrededor del 18% de la población se encontraba en condiciones de pobreza extrema en 1989, y que ésta se había reducido a 16% en el 2000. En ese mismo año, alrededor del 93% de los extremadamente pobres vivían en el área rural y cerca del 72% eran indígenas.⁴ A nivel regional la mayor incidencia de pobreza extrema se encontraba en la región Norte (40%) y la región de Noroccidente (33%).

Evolución de la población en pobreza extrema según características seleccionadas

Característica	1989	2000
País	18%	16%
Grupo étnico del jefe del hogar		
Indígena	32%	26%
No indígena	9%	8%
Género de la jefatura del hogar		
Masculina	18%	17%
Femenina	17%	10%
Area geográfica		
Urbana	4%	3%
Rural	25%	24%

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

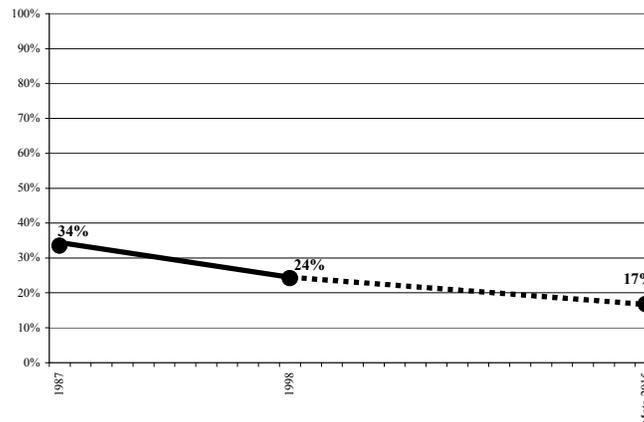
Otro indicador que apunta a pocos avances, e incluso a retrocesos en materia de la distribución del ingreso y del consumo, es que a partir de 1989 la proporción del ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población permaneció virtualmente estancado, al pasar del 2.7% en 1989 a 2.8% en 1998. Este mismo indicador, utilizando el consumo en lugar del ingreso –que es un indicador más confiable– pasó de 6.2% en 1989 a 5.8% en el 2000, poniendo en evidencia un empeoramiento de la distribución del consumo entre esos dos años. Por otra parte, la significativa incorporación de mujeres al mercado de trabajo durante la década de 1990 probablemente explique, al menos en parte, el por qué fue en los hogares con jefatura femenina fue donde hubo una mayor reducción en la incidencia de la pobreza extrema entre 1989 y el 2000.

Reducir el hambre

El porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al normal para su edad (desnutrición global) se redujo de 34% a 24% entre 1987 y 1998, pero en la región Nororiente pasó de un 27% a un 29%.⁵ Los niños de madres residentes en áreas rurales, indígenas o sin educación, superan el promedio nacional, ya que el 29%, el 34% y el 35% sufrían en 1998 de desnutrición global, respectivamente⁶. A nivel regional la desnutrición global alcanzaba en ese año el 33% en la región de Noroccidente en comparación con un 19% en la región Metropolitana⁷.

Evolución de la desnutrición global

Porcentaje de menores de cinco años desnutridos según su peso para la edad
(años 1987 y 1998, y meta 2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). “Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999”, Julio de 1999, pág. 127.

Otros indicadores relevantes son la desnutrición crónica (insuficiencia de talla para la edad) y la desnutrición aguda (peso insuficiente para la talla), que corresponde a la pérdida de peso reciente. El porcentaje de niños menores de cinco años con retardo en el crecimiento en talla para la edad se redujo de 58% a 46% entre 1987 y 1998, pero en la región Norte pasó de 50% a 57% y en la región Nororiente de 43% a 49%.⁸ En 1998 el 2.5% de los niños menores de cinco años tenía un peso inferior al normal para su talla⁹.

Políticas y programas

De acuerdo al Programa de Gobierno 1996-2000, los fondos sociales eran los instrumentos centrales de la política de combate a la pobreza. Durante el período 2000-2001 el Gobierno de la República formuló una Estrategia de Reducción de la Pobreza. En el 2001 se estableció, mediante el Decreto Legislativo No. 32-2001, que reforma la ley de Impuesto al Valor Agregado (IVA), que medio punto porcentual (0.5%) de la recaudación resultante del impuesto se destinaría específicamente para programas y proyectos para seguridad alimenticia de la población en

condiciones de pobreza general y extrema. Ello comprende programas y proyectos para madres con niños por nacer, asistencia materno infantil y programas preescolares y escolares. Además, se impulsó el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSAN). Finalmente, la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) está llevando a cabo acciones para implementar un Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) con el objeto de concretar las opciones de inversión más rentables, desde el punto de vista económico y social según los lineamientos de la política de Gobierno, así como para asegurar el control, la eficiencia y racionalidad del gasto público.

Desafíos y prioridades

Para reducir la pobreza extrema (medida con base en el porcentaje de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario, ajustado por la paridad del poder adquisitivo) sin modificar la concentración del ingreso, se requeriría un crecimiento anual del PIB per cápita de 1.97 % desde el año 2000 hasta el 2015.¹⁰ Para alcanzar dicha meta sin un aumento del ingreso per cápita (con un crecimiento del PIB equivalente al crecimiento de la población), se requeriría de una reducción de la concentración del ingreso del 0.39% por año.¹¹ Una combinación en la cual tanto el crecimiento como la redistribución aportarían la mitad de la reducción de la pobreza extrema se daría en el caso en que hubiera una redistribución del 0.32% por año¹² y una tasa anual de crecimiento del PIB per cápita de 0.32%.

Los principales desafíos se encuentran en cómo beneficiar en mayor medida a la población indígena y rural, y en especial a la población de la Región Norte y de Noroccidente, debido a que se encuentran con los mayores índices de pobreza extrema del país y a que concentran un porcentaje significativo de la población extremadamente pobre. Ello plantea desafíos nacionales y locales, no sólo en materia de inversión pública, sino también para impulsar un proceso de crecimiento económico con equidad, acompañado de la extensión de la calidad y cobertura de servicios de educación y salud.

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas		✓	
Capacidad de recolección de datos		✓	
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico			✓
Capacidad de análisis estadístico			✓
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y disseminar la información			✓

EDUCACIÓN

Objetivo 2 Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3 Velar por que, para el año 2015, los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

Débil pero mejorando

¿Se alcanzará la meta?

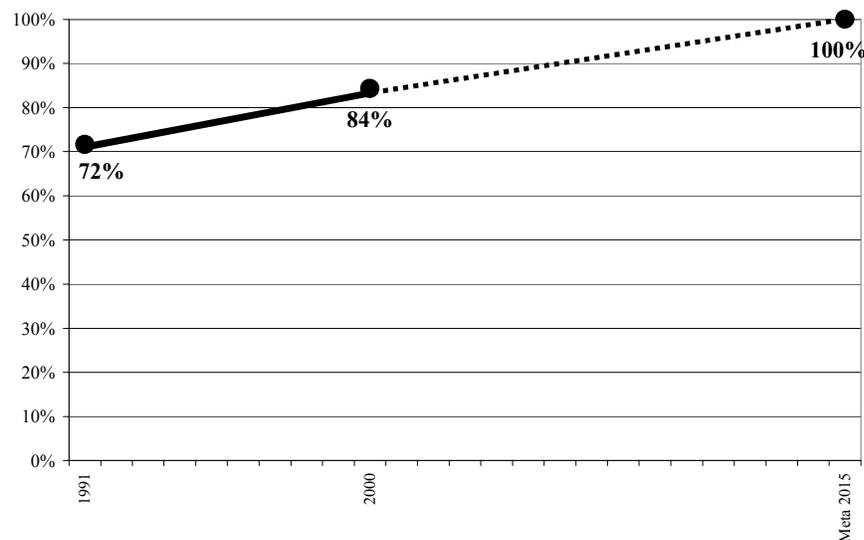
Potencialmente

Diagnóstico y tendencias

En el 2000 la tasa neta de escolarización (TNE) de la enseñanza primaria fue 84%¹³, por lo que hubo un progreso significativo respecto a 1991, cuando era de 72%.¹⁴ Si se mantuviera la tasa de progreso lograda por Guatemala durante la década de 1990 se puede afirmar que potencialmente es posible alcanzar la cobertura de educación primaria universal en el año 2015. Sin embargo, en la medida en que un país se acerca a la meta se dificulta continuar con la tasa de progreso, debido a que es más difícil y costoso llegar a la población más apartada y dispersa.

Educación primaria

Tasa neta de escolarización de la enseñanza primaria
(años 1991 y 2000, y meta 2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de información de los Anuarios Estadísticos 1991 y 2000 del Ministerio de Educación.

Existen disparidades en el grado de avance. Por ejemplo, durante el mismo período hubo cuatro departamentos en los que se redujo la TNE de la enseñanza primaria: El Progreso (de 95% a 86%), Guatemala (de 91% a 85%), Sacatepéquez (de 89% a 78%) y Zacapa (de 82% a 80%).¹⁵ Al comparar la evolución de la TNE de la enseñanza primaria entre niños y niñas se observa una mayor incorporación de niños (de 72% a 86%) que de niñas (de 71% a 82%) entre 1991 y el 2000.¹⁶ En el 2000 la TNE de la enseñanza primaria de los estudiantes indígenas era de 71% mientras que para los no indígenas era de 84% (79% a nivel nacional).¹⁷

Tasa neta de escolarización de la enseñanza primaria según características seleccionadas

Característica	1991	2000
País	72%	84%
Sexo		
Hombres	72%	86%
Mujeres	71%	82%
Región		
Metropolitana	91%	85%
Norte	45%	68%
Nororiente	72%	82%
Suroriente	82%	91%
Central	76%	89%
Suroccidente	74%	88%
Noroccidente	50%	77%
Petén /1	61%	103%

/1 En el año 2000 se tiene una tasa neta de escolarización que supera el 100%, lo que indica incoherencias en los datos sobre matrícula y/o población (en este último caso puede deberse a migraciones).

Fuente: Elaboración propia a partir de información de los Anuarios Estadísticos 1991 y 2000 del Ministerio de Educación.

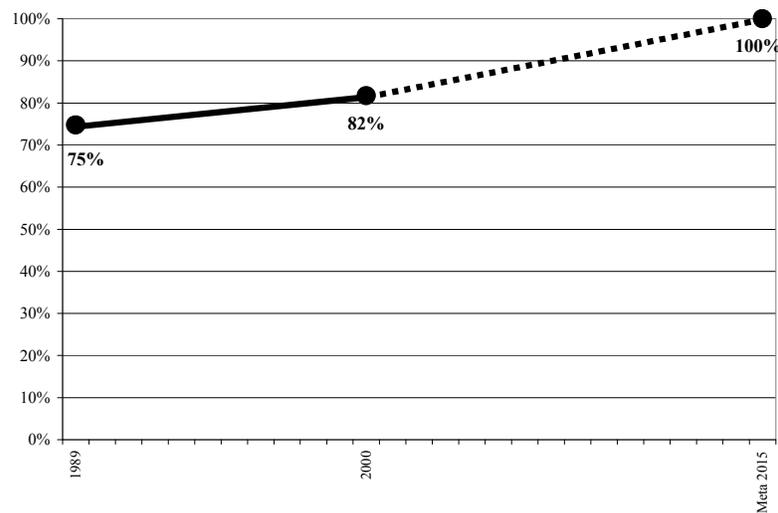
El porcentaje de los estudiantes que comenzaron el primer grado y llegaron al quinto grado fue de 30% para los niños y las niñas con edad para asistir a esos años, tanto de la cohorte que inició en 1991 como de la que inició en 1994.¹⁸ Este porcentaje fue de 22% y 49% para los estudiantes que iniciaron en la cohorte de 1994 del área rural y urbana, respectivamente. No se encontró una diferencia significativa de este indicador según el género de los estudiantes¹⁹.

Alfabetismo

La tasa de alfabetismo de personas entre los 15 y 24 años de edad se incrementó de 75% a 82% entre 1989 y 2000²⁰. Esta tasa de progreso es inferior a la necesaria para alcanzar una tasa de alfabetismo de 100% en el 2015. Además, en la región de Nororiente se redujo la tasa de alfabetismo de 79% a 75% en el mismo período. Existían disparidades significativas en la tasa de alfabetismo de adultos según el género (mujeres 76% y hombres 88%), la etnia (indígenas 70% y no indígenas 89%) y el área (rural 74% y urbana 93%). Las regiones con las menores tasas de alfabetismo eran la Norte (62%) y la Noroccidente (64%).

Alfabetismo

Tasa de alfabetismo de los adultos de 15 a 24 años
(años 1989 y 2000, y meta 2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

Políticas y programas

Como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz se ha impulsado la Reforma Educativa. En 1997 se constituyó la Comisión Paritaria para la Reforma Educativa que se encargó de preparar una propuesta inicial de dicha reforma. A su vez, ese mismo año, se creó la Comisión Consultiva de Reforma Educativa (CCRE) que actualmente agrupa a 22 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Como primer producto concreto de la Reforma Educativa se dio prioridad a la transformación curricular y a la profesionalización docente.

Durante la década de 1990 se implementó la Nueva Escuela Unitaria (NEU) y un programa de becas para niñas. Ambas iniciativas fueron evaluadas y mostraron resultados positivos en la retención de estudiantes. Además, se implementó un programa de textos escolares y se incrementó el salario de los maestros en varias ocasiones pero no se cuenta con evaluaciones sobre el impacto que han tenido en la calidad y la eficiencia del sistema educativo. En 1990 también se inició la atención educativa bilingüe con el funcionamiento del Programa de Educación Bilingüe Intercultural (PRONEBI) que, en 1995, se transformó en la Dirección General de Educación Bilingüe (DIGEBI). El Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE) es la principal estrategia que se ha llevado a cabo para avanzar en la meta de tasa neta de escolaridad.

Alfabetismo

El Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA) planteó una Estrategia Nacional de Alfabetización Integral 1990-2000, en que se estableció como meta reducir la tasa de analfabetismo en un 50% entre 1990 y 2000. Según las estadísticas de CONALFA, en 1990

había 2,123,414, analfabetos de 15 años y más de edad. A partir de la ENCOVI 2000 se estimó que había aproximadamente 2,013,951 analfabetas de 15 años o más de edad en el 2000.

Desafíos y prioridades

Entre los principales desafíos están el determinar qué políticas y programas tendrán el máximo impacto en mejorar la calidad de la educación (el aprendizaje de los estudiantes), y en la incorporación y retención de los estudiantes, especialmente de los que actualmente están más rezagados. También se requiere definir e implementar una política de descentralización, de financiamiento y de evaluación permanente del sistema educativo. Es fundamental darles una formación inicial universitaria de alto nivel a los maestros.

Se llevó a cabo un ejercicio para contar con una primera estimación de los recursos adicionales necesarios para lograr la Educación Primaria Universal (EPU) en el 2015. Se estima una brecha promedio anual de unos US\$ 85 millones durante el período 2002-2015. Este cálculo no incorpora mejoras en la calidad de la educación.

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas			✓
Capacidad de recolección de datos		✓	
Calidad de la información de las encuestas recientes			✓
Capacidad de seguimiento estadístico		✓	
Capacidad de análisis estadístico			✓
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y diseminar la información			✓

EQUIDAD DE GÉNERO

Objetivo 3 Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 4 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 antes del fin del año 2015

Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

Débil pero mejorando

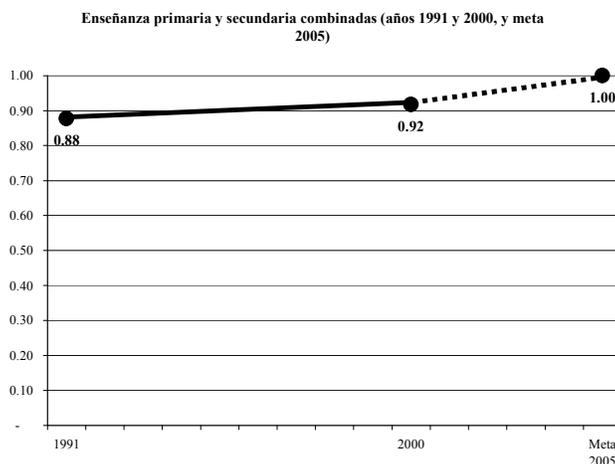
¿Se alcanzará la meta?

Poco probable

Diagnóstico y tendencias

En el 2000 la razón entre las tasas brutas de escolarización de la enseñanza primaria y secundaria entre niños y niñas fue 0.92²¹, es decir hubo un progreso respecto 1991, cuando era de 0.88.²² Si se mantuviera la tasa de progreso lograda por Guatemala en esta razón, durante la década del noventa, sería poco probable alcanzar la paridad de género en la enseñanza primaria y secundaria en el año 2005. Además, algunos departamentos como Alta Verapaz (0.80) y Baja Verapaz (0.83) se encontraban en el 2000 muy por debajo del promedio nacional.

Evolución de la razón entre niñas y niños en la educación



Fuente: Elaboración propia a partir de información de los Anuarios Estadísticos 1991 y 2000 del Ministerio de Educación.

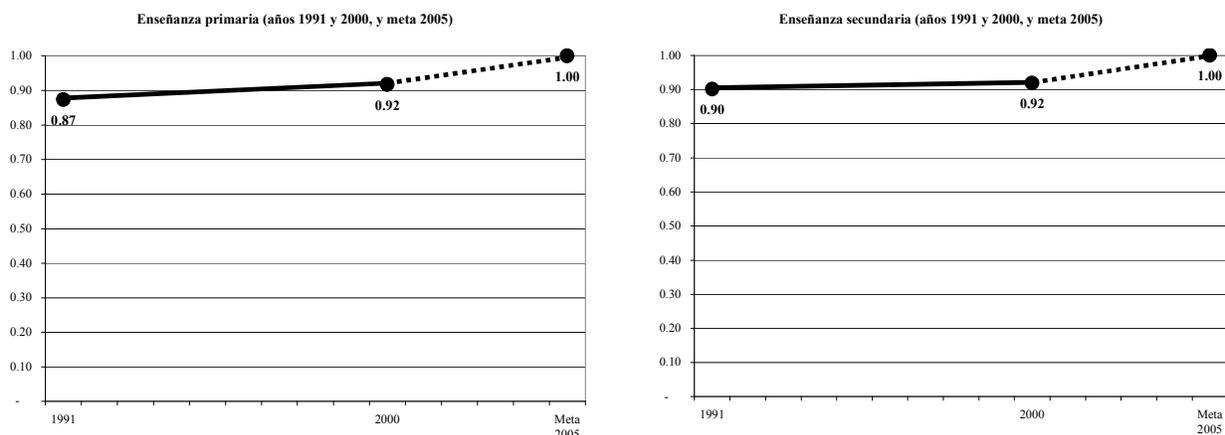
Razón entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria combinadas según característica

Característica	1991	2000
País	0.88	0.92
Región		
Metropolitana	0.95	0.93
Norte	0.72	0.80
Nororiente	0.96	0.99
Suroriente	0.92	0.94
Central	0.91	0.95
Suroccidente	0.82	0.92
Noroccidente	0.73	0.84
Petén	0.91	0.99

Fuente: Elaboración propia a partir de información de los Anuarios Estadísticos 1991 y 2000 del Ministerio de Educación.

Al analizar por separado la tasa de progreso en la razón entre las tasas brutas de escolarización de la enseñanza primaria y la secundaria, se observa que los esfuerzos futuros requeridos difieren. Para alcanzar la paridad entre los niños y niñas en la enseñanza primaria en el 2005 se requeriría un mayor esfuerzo que el logrado durante el período 1991-2000, pero debiera ser aún mayor para aumentar de forma significativa y equitativa la cobertura en la secundaria. En la primaria la desigualdad se debe a una menor incorporación de las niñas, lo que refleja una mayor preferencia de las familias por educar a los niños. La disparidad entre los géneros se da principalmente en el primer ciclo de la enseñanza secundaria (ciclo básico), 0.87 en el 2000,²³ mientras que en el segundo ciclo (ciclo diversificado) existe una muy leve disparidad en favor de las mujeres (1.03).²⁴ En la enseñanza primaria los cinco departamentos más rezagados en el 2000 eran Alta Verapaz (0.84), Baja Verapaz (0.83), Jalapa (0.86), Quiché (0.85) y Huehuetenango (0.86); mientras que en la enseñanza secundaria eran Alta Verapaz (0.56), Sololá (0.74), Chimaltenango (0.77), Quiché (0.77) y Huehuetenango (0.81)²⁵.

Evolución de la razón entre niñas y niños en la educación



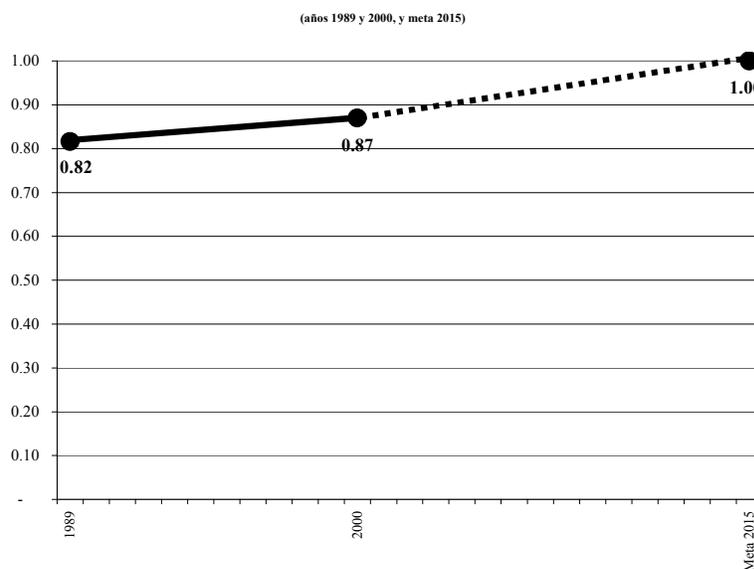
Fuente: Elaboración propia a partir de información de los Anuarios Estadísticos 1991 y 2000 del Ministerio de Educación.

Se estimó que la razón entre las tasas brutas de escolarización de la enseñanza primaria, secundaria y universitaria combinadas, entre niñas y niños, era de 0.85²⁶ en el año 2000²⁷. Además, se encontró que existían disparidades por etnia, área y región. En particular, se encontró que estas razones estaban por debajo del promedio nacional para la población indígena (0.75), del área rural (0.82) y en las regiones Norte (0.73), Noroccidente (0.75), Suroccidente (0.81) y Suroriente (0.83).²⁸ Finalmente, la mayor disparidad en la razón entre las tasas brutas de escolarización entre hombres y mujeres se encontró en la enseñanza universitaria (0.75)²⁹.

La razón entre la tasa de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad se incrementó de 0.82 a 0.87 entre 1989 y 2000³⁰. Esta tasa de progreso es inferior a la necesaria para lograr la meta de alcanzar una razón entre la tasa de alfabetización de las mujeres y los hombres adultos de 1.00 en el 2015. Además, en la región de Noroccidente se produjo un grave retroceso reflejado en una reducción en este indicador de 0.70 a 0.63 durante el mismo período³¹. En el 2000 también existían disparidades significativas en las razones entre las tasas de alfabetización de los adultos según la etnia (indígenas 0.73 y no indígenas 0.95) y el área (rural 0.80 y urbana 0.95)³². Finalmente las regiones con las menores

razones entre las tasas de alfabetización de adultos eran la Norte (0.73) y la Noroccidente (0.63)³³.

Razón entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres adultos (15 a 24 años)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

Entre 1989 y 2000, la proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola pasó de un 35% a un 37%³⁴. Este incremento se debió principalmente a una mayor participación en la industria manufacturera, fundamentalmente en actividades de maquila, y en los servicios financieros, en contraste con lo ocurrido en el sector comercio donde se redujo la proporción de mujeres entre los empleados remunerados de 41% a 34% en el mismo período³⁵. En el año 2000 los sectores del sector no agrícola en los que las mujeres participaban en mayor medida eran la industria manufacturera (21%), el comercio (19%) y otros (51%)³⁶. En contraste con la tendencia nacional, en la región Suroriente la participación de las mujeres empleadas remuneradas en el sector no agrícola pasó de 33% a 30%³⁷. En el 2000 existían disparidades en la participación de la mujer según el área (rural 28% y urbana 41%) y la etnia (indígena 35% y no indígena 37%)³⁸. En el sector agrícola la participación de las mujeres pasó de 11% a 13% entre 1989 y el 2000,³⁹ y en este último año el 58%⁴⁰ de la población ocupada en el sector agrícola correspondía a empleo no remunerado de las mujeres, en el cual se involucran como extensión de las tareas del hogar. En el caso de las mujeres indígenas esta proporción alcanzó el 64%, mientras que entre las no indígenas alcanzó el 47%.⁴¹

La proporción de puestos ocupados por mujeres en el Congreso de la República se incrementó de un 7% a un 11% entre 1990 y el 2001⁴². En 1999 en el Parlamento Centroamericano el 26% de los titulares y el 33% de los suplentes eran mujeres, y el 1% de los alcaldes elegidos eran mujeres⁴³. Hasta julio de 2001 el 43% de las personas empadronadas eran mujeres⁴⁴.

Cabe destacar dos variables adicionales que contribuyen a ilustrar la inequidad de género en Guatemala. En primer lugar, entre 1991 y 2000 hubo una mayor incorporación de niños que de niñas en la enseñanza primaria. Como consecuencia, la tasa neta de escolarización de los niños

aumentó de 72% a 86%, mientras que la de las niñas se incrementó de 71% a 82% en el mismo período. En segundo término, en el 2000 el ingreso monetario mensual de las mujeres equivalía a aproximadamente al 60% del ingreso monetario mensual de los hombres.⁴⁵ Finalmente, la extensión del SIDA/VIH a un número significativamente mayor de mujeres en Guatemala a partir de 1996 es un indicador de la creciente vulnerabilidad de las mujeres en esta área.

Políticas y programas

Se creó el Programa de Becas para la Niña en un esfuerzo conjunto del sector privado y del Ministerio de Educación con la finalidad de mejorar los índices de retención y promoción escolar de las niñas. Este programa ha incrementado gradualmente su cobertura, pasando de 5,211 niñas en 1996 hasta 71,386 en el 2001.

La Reforma Educativa que está actualmente en proceso de implementación pretende superar la discriminación contra la mujer mediante la inclusión del tema de género como uno de los ejes temáticos de la transformación curricular a partir de una nueva dimensión del ser humano.

Desafíos y prioridades

Se llevó a cabo un ejercicio para contar con una primera estimación de los recursos adicionales necesarios para lograr que la razón entre las tasas brutas de escolarización de la enseñanza primaria y secundaria combinadas, entre mujeres y hombres, fuera de 1.00 en el año 2005. Se estima que se requieren alrededor de US\$ 14 millones adicionales durante el período 2001-2005 para lograr esta meta en la enseñanza secundaria.⁴⁶ Este cálculo no incorpora mejoras en la calidad de la educación.

Uno de los principales desafíos es mejorar el acceso universal en los distintos niveles de enseñanza, tanto para hombres como para mujeres, y no centrarse exclusivamente en reducir las disparidades de acceso de las mujeres. Además, es fundamental promover la implementación de programas que promuevan la incorporación temprana y la retención de las mujeres en la escuela (reducir el costo de oportunidad de las mujeres) y romper los estereotipos existentes de las mujeres en la sociedad (eliminar los conceptos estereotipados de los papeles masculino y femenino en todos los niveles de enseñanza).

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas		✓	
Capacidad de recolección de datos			✓
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico			✓
Capacidad de análisis estadístico			✓
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y diseminar la información			✓

MORTALIDAD DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS

Objetivo 4 Reducir la mortalidad de la niñez
Meta 5 Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

Débil pero mejorando

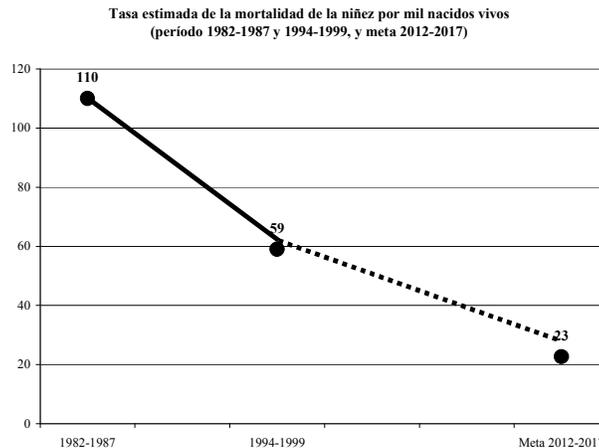
¿Se alcanzará la meta?

Potencialmente

Diagnóstico y tendencias

Si se mantuviera la misma tendencia de reducción de la tasa estimada de mortalidad de la niñez (niños menores de cinco años) a partir de la década del ochenta, se podría alcanzar la meta de una tasa de mortalidad de la niñez de 23 defunciones por mil nacidos vivos en el período 2012-2017 (ver el siguiente gráfico). Para establecer la meta se utilizó como punto de referencia la tasa estimada de mortalidad de la niñez para el período 1990-1995, es decir, 68⁴⁷ defunciones por cada mil nacidos vivos⁴⁸.

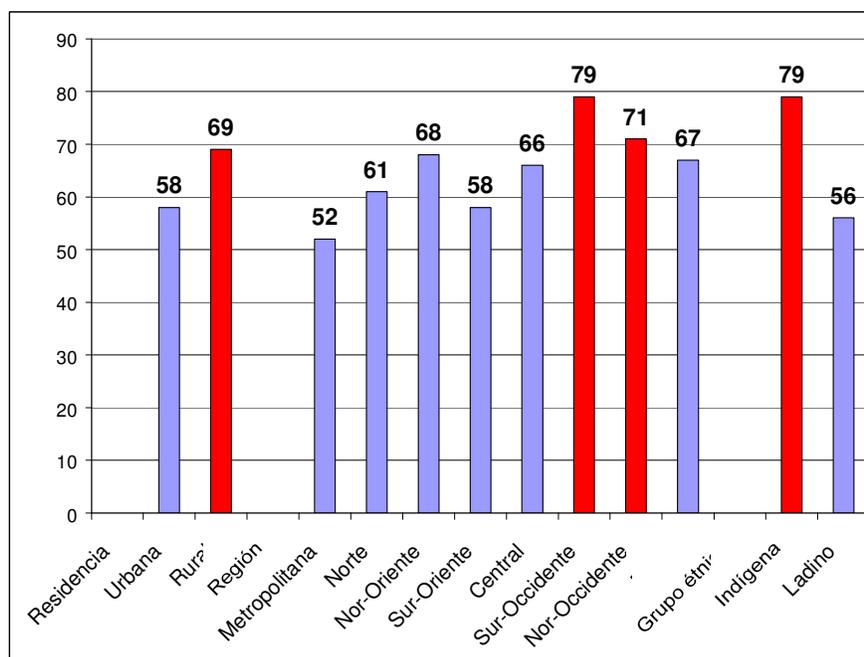
Evolución de la tasa de mortalidad de la niñez



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). "Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999", Julio de 1999, pág. 86.

La tasa estimada de mortalidad de la niñez para el período 1989-1999 fue de 65⁴⁹ defunciones por cada mil nacidos vivos, aunque con diferencias cuando se toman en cuenta algunas características sociodemográficas. Cuando la edad de la madre al momento del nacimiento era menos de 20 años, la tasa estimada de mortalidad de la niñez fue de 90⁵⁰ defunciones por cada mil nacidos vivos. Cuando nacía el séptimo o más hijos, la tasa estimada fue de 86;⁵¹ y cuando el intervalo respecto al nacimiento anterior era menor a dos años, la tasa estimada fue de 98.⁵² Al analizar la tasa estimada según algunas características socioeconómicas se encontró que en el área rural la tasa estimada fue de 69 mientras que en el área urbana fue de 58.⁵³ Las mayores tasas se estimaron en la región Suroccidente (79) y Noroccidente (71).⁵⁴ Si la madre era indígena la tasa estimada fue de 79 pero si era no indígena fue de 56, y si la madre no tenía ningún nivel de educación la tasa estimada fue de 79.⁵⁵

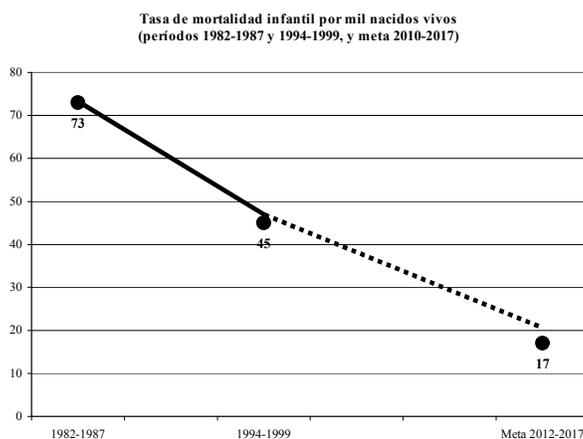
Tasa estimada de la mortalidad de la niñez para el período 1989-1999 según características seleccionadas (defunciones por mil nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). "Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999", Julio de 1999, pág. 89.

La tasa estimada de mortalidad infantil (niños menores de un año) para el período 1994-1999 fue de 45⁵⁶ defunciones por cada mil nacidos vivos, dándose un avance respecto a la tasa estimada de 73 para el período 1982-1987⁵⁷. Si se mantiene la tasa de progreso lograda por Guatemala en la tasa estimada de mortalidad infantil a partir de la década del ochenta, sería posible alcanzar la meta de una tasa de mortalidad infantil de 17 defunciones por mil nacidos vivos en el período 2012-2017.

Evolución de la tasa de mortalidad infantil



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). “Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999”, Julio de 1999, pág. 86.

La tasa estimada de mortalidad infantil para el período 1989-1999 fue de 49⁵⁸ defunciones por cada mil nacidos vivos. No existen diferencias significativas en los niveles de la mortalidad por sexo del niño. Sin embargo, al tomar en consideración características como el orden del nacimiento y la edad de la madre se observan diferencias importantes en las tasas estimadas. Así, cuando la madre tenía menos de 20 años la tasa estimada fue de 71⁵⁹, y cuando el intervalo con el nacimiento anterior es menos de dos años la tasa estimada fue de 70⁶⁰. Las regiones con las mayores tasas estimadas son la Suroccidente (58) y la Nororiente (54)⁶¹. También el nivel de escolaridad de la madre y el grupo étnico influyen en forma importante en las tasas estimadas de mortalidad infantil. En el caso de las madres sin educación o indígenas la tasa fue de 56⁶².

Las cifras de vacunación, de las encuestas nacionales de salud materno infantil y de los datos del sistema de información oficial, muestran un aumento de la cobertura en la última década. La cobertura de DPT3 (Difteria, Tos Ferina y Tétanos, tercera dosis) en el menor de 1 año para 1987, 1995 y 2000 fue 16%, 80% y 94%, respectivamente. Esta vacuna se administra a la par de la OPV (previene Poliomiélitis). La vacuna antisarampión administrada a partir de los 9 meses también ha tenido una mayor cobertura: 68%, 83% y 88% para los mismos años, respectivamente. En cuanto a BCG (previene Meningitis Tuberculosa) los resultados de cobertura fueron 34%, 79% y 97%, según informes oficiales. No se han notificado casos de Poliomiélitis desde 1990 y de Sarampión desde 1995. También han desaparecido los casos de Tétanos en niños mayores de un mes. Desde 1997 no se han reportado casos de Difteria y los brotes de Tos Ferina han sido acordes a las tasas de brotes correspondiente al perfil endémico esperado para dicha enfermedad.

Políticas y programas

Los programas que directamente han contribuido a los resultados en esta meta son el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas y el Programa de Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos (diarreas). En 1999 se realizó un reforzamiento de la vacunación antisarampión a la totalidad de la población de uno a menores de

15 años logrando que el 98% del grupo haya recibido hasta ese momento una o dos dosis de vacuna antisarampión. A partir de 1996, el país financia sus vacunas con recursos internos.

Además, se esperaría que la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) también haya tenido un impacto positivo en los indicadores. En particular, los servicios básicos que se prestan en el primer nivel incluyen atención integral a la mujer, atención infantil y preescolar, atención a la demanda por urgencias y morbilidad, y atención al ambiente.

Recientemente se adoptó de manera oficial por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalcientes de la Infancia (AIEPI-AINM-C), la cual se espera que contribuya a disminuir la tasa de mortalidad infantil y de la niñez menor de cinco años. Lo anterior se ha dado dentro del contexto de la Reforma del Sector Salud impulsado desde inicios de la década de 1990.

Desafíos y prioridades

A partir de los cálculos llevados a cabo a partir de la información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), se estimó que se requerirían al menos unos US\$.40 millones adicionales hasta el 2015 para incorporar el conjunto de la población a los servicios de salud que el MSPAS ofrece actualmente. Por ejemplo, si se utiliza la SPR (previene Sarampión, Paperas y Rubéola) vial de una dosis se estimó que se requerirían un promedio de US\$ 389,000 adicionales para lograr una cobertura de 100%, en los menores de un año, en el 2015, mientras que si se utiliza la MMR (previene Sarampión, Paperas y Rubéola) vial de 10 dosis se estimó que se requerirían un promedio de US\$ 335,000 adicionales.⁶³ Los principales desafíos son contar con un presupuesto adecuado, voluntad política para que los procesos sean sostenibles, seguir avanzando en la institucionalización de los compromisos de los Acuerdos de Paz y mejorar los sistemas de información y seguimiento.

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas			✓
Capacidad de recolección de datos			✓
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico			✓
Capacidad de análisis estadístico			✓
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y diseminar la información			✓

SALUD REPRODUCTIVA

Objetivo 5 Mejorar la salud materna
Meta 6 Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

Débil

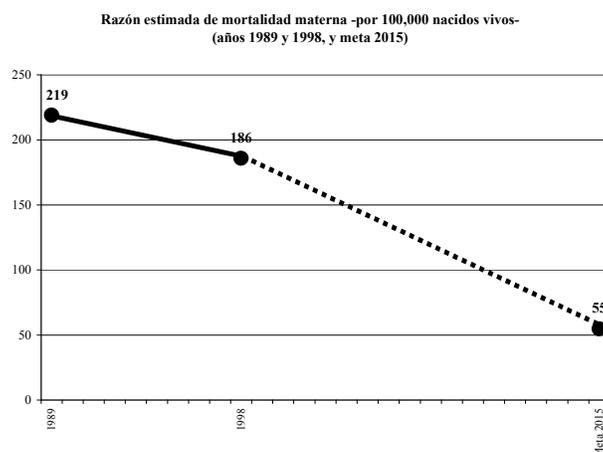
¿Se alcanzará la meta?

Poco probable

Diagnóstico y tendencias

Si se mantuviera la tasa de progreso lograda por Guatemala en la razón estimada de mortalidad materna en la década de los noventa no se alcanzaría la meta de una razón de mortalidad materna de 55 defunciones por cien mil nacidos vivos en el 2015. Además, parece existir un consenso entre los expertos del tema en Guatemala de que estas estimaciones adolecen de un grave subregistro. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha impulsado el desarrollo de la “Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000” con el fin de abordar esta temática a partir de un acuerdo nacional, interinstitucional e internacional sobre los datos de este indicador. Se estimó que la razón de mortalidad materna para el año 2000 fue de 169 defunciones por cien mil nacidos vivos. La metodología de esta estimación podrá ser replicada en el futuro para dar seguimiento a este indicador.

Evolución de la razón de mortalidad materna

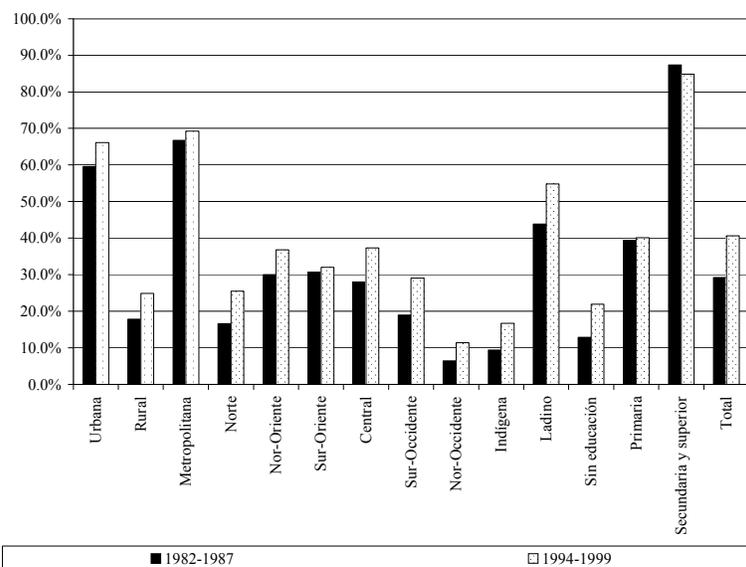


Fuente: Elaboración propia a partir de información de GSD y Measure Evaluation (2000). “Estimación de la Mortalidad Materna en Guatemala, Período 1996-1998”, marzo 2000, pág. 6 y 8.

En el año 2000, los departamentos con la razón más alta de mortalidad materna y que superaron la razón nacional fueron: Alta Verapaz (302), Sololá (297), Huehuetenango (255), Totonicapán (219), Izabal (217), Quiché (182), Petén (180) y Escuintla (179).⁶⁴ Las principales causas de las muertes maternas fueron: hemorragia (53% de las muertes maternas ocurridas), infección (14%), hipertensión inducida por el embarazo (12%) y aborto (10%).⁶⁵ El 57% de las muertes maternas fueron mujeres de 20 a 34 años de edad, el 65% de las muertes maternas eran mujeres indígenas y el 54% ocurrieron en el hogar.⁶⁶

El 41% de los nacimientos ocurridos en el país durante el período 1994-1999 fueron atendidos por personal con entrenamiento médico (médicos o enfermeras).⁶⁷ Sin embargo, cuando la madre era indígena el porcentaje de atención por personal con entrenamiento médico fue significativamente menor (17%).⁶⁸ Una situación similar se observa en el área rural (25%), en la región Noroccidente (11%) y en el caso de las mujeres sin educación (22%).⁶⁹ Esta situación ha mostrado un progreso respecto al período 1982-1987, cuando el 29% de los nacimientos ocurridos en ese período fueron atendidos por personal con entrenamiento médico.⁷⁰ Si se mantuviera esta tendencia se necesitarían alrededor de 50 años más para lograr que el 100% de los nacimientos fueran atendidos por personal con entrenamiento médico. Este es un desafío importante debido a que este personal es el que puede prevenir, identificar, atender y manejar una emergencia obstétrica y por lo tanto lograr una reducción en la mortalidad materna.

Porcentaje de partos con asistencia de personal con entrenamiento médico



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). "Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999", Julio de 1999, Pág. 103.

Políticas y programas

Se implementó el Programa de Salud Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia que fue sustituido por el Programa Nacional de Salud Reproductiva dentro del cual se promueven intervenciones como la planificación familiar con consentimiento informado y la atención materna neonatal. También han contribuido el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal del MSPAS de 1997 y las Normas del SIAS para el manejo de las complicaciones obstétricas más frecuentes.

Durante el año 2001 se inició por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva una campaña orientada a promover mediante hospitales, centros de salud y líderes comunitarios el uso de diversos métodos anticonceptivos para espaciar los embarazos, prevenir las enfermedades venéreas, abortos y promover la atención pre y post-natal. También se creó el Consejo

Consultivo de la Mujer a cargo del Ministerio de Salud en cumplimiento de los Acuerdos de Paz con el objetivo de ejecutar acciones en materia de salud integral y violencia contra la mujer.

Mediante el Decreto N° 42-2001 se aprobó la Ley de Desarrollo Social que a su vez dio como resultado la Política de Desarrollo Social y Población. Esta política identificó acciones para que, en materia de salud reproductiva se fortaleciera el acceso a servicios, se mejorara la información, se aumentara el personal para atender este desafío, se informara y educara a la población en el tema de salud reproductiva, y se fortaleciera el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, especialmente su Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Desafíos y prioridades

A partir de los cálculos llevados a cabo a partir de la información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), se estimó que se requerirían por lo menos alrededor de US\$ 40 millones adicionales hasta el 2015.⁷¹ Los principales desafíos identificados son ampliar y consolidar el proceso de Reforma del Sector Salud, reforzar el SIAS como una estrategia de extensión de cobertura y prestación de servicios de calidad, reforzar la coordinación IGSS-MSPAS, descentralizar el desarrollo de los recursos humanos para responder a las necesidades locales (calidad y cantidad de atención), promover la participación ciudadana en los servicios de salud (con énfasis en los servicios para la atención materno-infantil). Además, se requeriría contar con un presupuesto adecuado y con voluntad política para que los procesos sean sostenibles, al tiempo que se asegura la institucionalización de los compromisos de los Acuerdos de Paz y se mejoran los sistemas de información.

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas			✓
Capacidad de recolección de datos			✓
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico			✓
Capacidad de análisis estadístico			✓
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y disseminar la información			✓

VIH/SIDA

Objetivo 6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
Meta 7	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA
Meta 8	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves

Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas
Débil pero mejorando
¿Se alcanzará la meta?
Poco Probable

Diagnóstico y tendencias

Guatemala reportó su primer caso de SIDA a mediados de 1984. Según información proporcionada por el Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de 1984 a 2001 se han notificado un total de 4,369 casos (74% son hombres). El 20% de los casos es en personas entre 15 y 24 años de edad. Según MSPAS (2001), los departamentos que habían reportado la mayor parte de los casos eran Guatemala, Izabal y Retalhuleu. Actualmente, el SIDA es una enfermedad de notificación obligatoria en Guatemala, pero debido a las limitaciones para realizar diagnósticos y problemas en el sistema de notificación, se estima que la cantidad de casos es mayor que los contabilizados⁷². ONUSIDA estima que a finales de 2001 el número de adultos (15-49 años) y niños (0-15 años) infectados con VIH en todo el país era 67,000 personas.⁷³

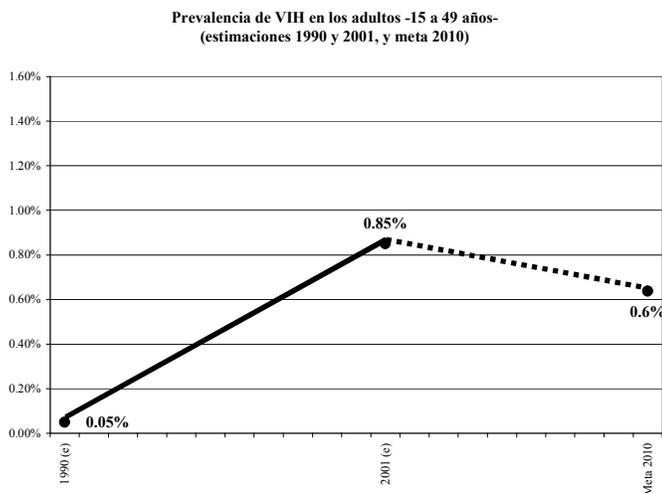
Según información proporcionada por ONUSIDA, a partir de 1998 se han llevado a cabo estudios de seroprevalencia de VIH en algunos departamentos del país (al menos la mitad) en forma sistemática. Ello ha permitido tener una mejor aproximación para caracterizar la epidemia del VIH/SIDA en Guatemala. En las muestras serológicas recolectadas durante los meses de octubre 2000 a enero 2001 en siete departamentos se encontró que el 57% de los casos de VIH+ de las mujeres fue entre las comprendidas entre los 16 y los 25 años de edad⁷⁴. En el mismo estudio se concluye que la seroprevalencia general de VIH en los grupos de estudio fue de 1.10% (47/4259), observándose en grupos de bajo riesgo (mujeres en post-parto inmediato, solicitantes de tarjeta de salud y bancos de sangre) una seroprevalencia de 0.5% (IC 95%, 0.29-0.85%) similar a la observada en los estudios centinela previos.⁷⁵ En grupos de alto riesgo (trabajadoras comerciales del sexo y militares) la seroprevalencia fue 2.42%.⁷⁶ Algunos sitios se encuentran en fases concentradas como el caso de El Petén, Izabal y Escuintla en donde la seropositividad en el grupo de alto riesgo es bastante alta.⁷⁷

En 1999, el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) efectuó un primer ejercicio de estimación de la magnitud de la epidemia de VIH en el país utilizando el software Spectrum. La prevalencia estimada de VIH en los adultos (15 a 49 años) pasó de 0.05% a 0.85% entre 1990 y 2001, y se estima que si todo sigue igual será de 1.56% en el 2010 (lo que significa alrededor de 111,087 personas infectadas por el VIH)⁷⁸. De acuerdo con estas estimaciones, para el año 2001, el país contabilizaba un total de 44,754 personas infectadas por el VIH (esta cifra podría oscilar entre 33,565 y 55,942), de las cuales el 76% correspondía al grupo de alto riesgo (mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y personas con infecciones de transmisión sexual), en el que la mayor proporción la representa el subgrupo de hombres que tienen sexo con hombres (35% del total). La información existente permite establecer que la

epidemia VIH/SIDA se ha instalado en los grupos de alto riesgo estudiados, característica de una epidemia de nivel concentrado.

En el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se establecieron acciones claves como que al menos el 90% de las personas entre 15 y 24 años de edad tengan acceso en el 2005 a métodos preventivos, y que la seroprevalencia de estas personas debiera reducirse en un 25% en el 2010. En el siguiente gráfico se muestra lo que significa este desafío para el caso de Guatemala, específicamente para la población entre 15 y 49 años de edad.

Reducir la propagación del VIH/SIDA



Fuente: Elaboración propia a partir de información de PASCA (2002). “Guatemala: Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA, Período 1980-2010”, versión preliminar.

Hasta finales de 2001 el número estimado de niños que perdieron a su madre o a su padre o ambos padres debido al SIDA (antes de que ellos cumplieran 15 años de edad) y que seguían vivos era 32,000⁷⁹. Por otra parte, se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en unión. En 1987 era el 23%, en 1995 el 32% y en 1998 el 38%.⁸⁰ Sin embargo, en 1998 solo el 27% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad utilizaba algún método anticonceptivo y sólo un 1.6% utilizaba el condón (el 2.3% en el caso de las mujeres en unión).⁸¹

Malaria

A partir de información del Proyecto Eliminación Gradual del DDT, se calculó que la tasa de incidencia de casos de malaria confirmados se incrementó de 0.4 a 3.1 por mil habitantes entre 1990 y 2001. No se tiene información de la proporción de la población en zonas de riesgo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria. Según información proporcionada por OPS, el país ha sido estratificado en zonas de alto, mediano y bajo riesgo, las cuales tuvieron tasas de incidencia de 25.9, 6.3 y 2.2 por cien mil habitantes en el año 2001. El 25% de la población reside en zonas de alto riesgo, el 40% en zonas de mediano riesgo y 35% en las de bajo riesgo. En total, en 2001 se registraron 43,419 casos, de los cuales 1,411 fueron por *P. falciparum* (el más peligroso) y el resto por *P. vivax*. No hubo muertes registradas por malaria.

El 66% de los casos de malaria y el 78% de los casos por *P.falciparum* ocurrieron en zonas de alto riesgo.

Según información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el 2001 la población en riesgo de padecer malaria fue 3,945,988 y los principales territorios en zonas de alto riesgo eran el Departamento de Alta Verapaz (34% de los casos totales del país); Ixcán (parte del Departamento de Quiché, con el 13% de los casos totales); Petén Suroccidental, Petén Suroriental y Petén Norte (partes del Departamento de Petén que aportaron el 19%, 11% y 3% de los casos totales).

Tuberculosis

Según información proporcionada por el Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la tasa de incidencia de casos de tuberculosis registrados se redujo de 32 a 24 por cien mil habitantes entre 1996 y 2000, más del 90% de los cuales fueron Bk+. La OPS/OMS estimó la tasa de incidencia de tuberculosis en 85 por cien mil habitantes para el año 2000, de los cuales el 45%, es decir 38 por 100,000 cada año, serían Bk+. En el año 2000, el 63% de los casos fue incorporado a la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS/TAES) y el 75% fue curado.

Políticas y programas

La participación del Gobierno y la sociedad civil en la iniciativa del Fondo Global, auspiciado por las Naciones Unidas, constituye un paso fundamental en la obtención de financiamiento para apoyar el trabajo que se desarrolla en el país en VIH/SIDA, malaria y tuberculosis.

VIH/SIDA

A partir de 1991 se puso en práctica el Programa Nacional de prevención del VIH/SIDA pero sin un respaldo legal y como un programa que no se consideraba prioritario. Fue hasta el año 2000 que se creó legalmente el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA cuando se aprobó la “Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA” mediante el Decreto N° 27-2000 del Congreso de la República. Además se creó una Comisión Multisectorial conformada por aquellas organizaciones que velan y trabajan por la prevención de ETS/VIH/SIDA y se declaró la infección por el VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional. En el 2001 se asignó por primera vez una partida presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, específicamente para el tema del SIDA. En agosto del 2002 el Presidente asumió públicamente el compromiso de asegurar acceso universal a los tratamientos antiretrovirales, según los protocolos nacionales establecidos por consenso. Actualmente se cuenta con 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.

Malaria

En la década de los años noventa se desconcentró hacia los departamentos al personal operativo de la antigua División de Malaria del MSPAS y se originó la Coordinación de Enfermedades Transmitidas por Vectores con la responsabilidad de brindar la asesoría técnica para la implementación de las normas de los programas de vectores. En los primeros años de 1990 se trabajó con metas de erradicación mediante el uso de insecticidas y tratamientos de cura radical (masivos). Luego se llevó a cabo un proceso de readecuación técnico-normativa en dos etapas (1997 y 1999). En el 2001 se llevó a cabo un proceso de fortalecimiento en la capacidad de diagnóstico y en el 2002 se elaboró el Plan Nacional de Promoción, Prevención y Control de la Malaria. Actualmente se concluyeron los planes locales para dos de las cinco áreas de alto riesgo (Ixcán y Sayaxché). La estratificación de las áreas de riesgo se ha realizado utilizando el Índice Parasitario Anual (IPA) pero a partir del 2002 se tiene planificado utilizar estrategias más allá del IPA. La estrategia actualmente aprobada en el Plan Estratégico Nacional prioriza la vigilancia epidemiológica, la detección temprana y el tratamiento adecuado de los casos, la participación comunitaria y el control integral de vectores.

Como parte de la iniciativa “Hacer Retroceder la Malaria” se aplican medidas para el control integral de vectores se promueve que sean adecuadas a la realidad local e incluyen: medidas físicas de control de criaderos y uso de barreras (pabellones impregnados y otras), control biológico mediante *Bacillus Sphaericus*, Peces larvivoros (*Poecilia reticulata* y *Gambusia* spp.), y el uso limitado de insecticidas de acción residual (piretroides, carbamatos y larvicidas). Recientemente se concluyó la elaboración de los Planes Específicos para las áreas prioritarias. Se tiene previsto trabajar a partir del 2003 con 341 localidades que provocan el 65% de la malaria en el país. Finalmente, se pretende para el 2008 haber reducido en 40% el *P.vivax* y en 60% el *P.falciparum* con participación comunitaria (Grupos de Acción Social).

Tuberculosis

La supervisión de los tratamientos de la tuberculosis es evaluada por medio de estudios de cohorte de tratamiento acertado de los casos pulmonares confirmados por baciloscopia positiva. La presencia del VIH es conocida como uno de los factores más importantes para el incremento de casos de tuberculosis. El Programa Nacional de Tuberculosis ha establecido como norma ofrecer, previa consejería, la evaluación de la presencia del VIH en los enfermos que inician el tratamiento. Otros programas importantes son la aplicación de la Estrategia DOTS/TAES a nivel nacional, el mejoramiento de las capacidades y control de calidad de la red de laboratorios, y los preparativos para realizar la primera Encuesta Nacional de Resistencia. Los medicamentos y exámenes de laboratorio son gratuitos en los servicios públicos.

Desafíos y prioridades

A partir de los cálculos llevados a cabo por los programas de VIH/SIDA, malaria y tuberculosis para solicitar recursos financieros al Fondo Global, se estima que se requerirían por lo menos unos US\$ 100 millones durante el período 2003-2015 para iniciar el logro de las metas. Sin embargo, se requerirán recursos adicionales por parte de la cooperación externa y el Gobierno para asegurar alcanzar las metas que no se alcancen con los recursos del Fondo Global.⁸²

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

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas		✓	
Capacidad de recolección de datos		✓	
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico		✓	
Capacidad de análisis estadístico		✓	
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y diseminar la información		✓	

invernadero⁸⁸ en 1990 fue 0.2 toneladas métricas per capita.⁸⁹ El 83% de estas emisiones fueron monóxido de carbono y metano.

En Guatemala se ha logrado incrementar la proporción de población con acceso a fuentes de abastecimiento de agua y de servicios de saneamiento. Entre 1989 y 2000 esta proporción a nivel de país pasó del 75% al 85% en el caso del origen y el abastecimiento del agua, y del 57% al 79% en el caso del servicio de eliminación de excretas⁹⁰. Sin embargo, al desagregar este indicador por características sociodemográficas se encuentran disparidades. Según la información recabada hasta julio del 2002⁹¹ por el Sistema Nacional de Información sobre Agua y Saneamiento (SAS) el porcentaje de viviendas con sistema de agua y letrinas era del 53% y 67%, respectivamente.

Porcentaje de la población que vive en hogares con NBI de origen y abastecimiento de agua

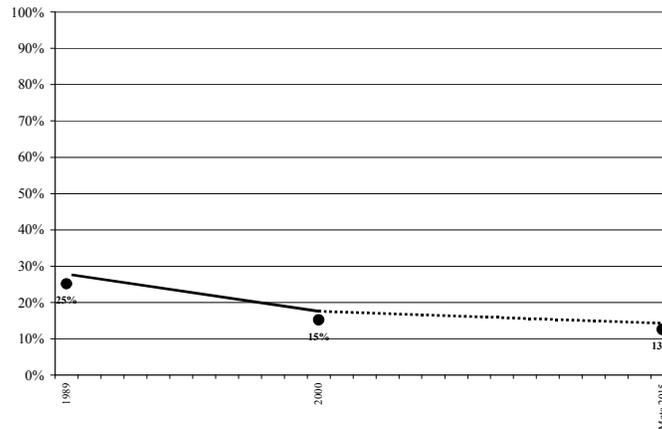
	1989	2000
País	25%	15%
Grupo étnico del jefe del hogar		
Indígena	35%	21%
No indígena	20%	11%
Género de la jefatura del hogar		
Masculina	26%	16%
Femenina	23%	12%
Area geográfica		
Urbana	21%	11%
Rural	28%	18%
Región		
Metropolitana	19%	10%
Norte	45%	38%
Noriente	22%	29%
Suroriente	30%	12%
Central	17%	10%
Suroccidente	21%	9%
Noroccidente	40%	19%
Petén	25%	28%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS89 y la ENCOVI2000.

Para esta estimación se utilizó el enfoque de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) porque no es posible contar con la información correspondiente al porcentaje de la población con acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua, según la definición que toma en cuenta las tecnologías utilizadas por las personas y la disponibilidad de al menos 20 litros por persona al día de una fuente situada a menos de 1 Km. de la vivienda del usuario.

Acceso a mejores fuentes de agua

Porcentaje de la población con NBI de origen y abastecimiento de agua
(años 1989 y 2000, y meta 2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS89 y la ENCOVI2000.

Para mejorar la vida de los habitantes de tugurios es importante que la población tenga derecho seguro a la tierra. Sin embargo, según la ENCOVI 2000, en el año 2000 sólo el 33% de la población vivía en hogares con vivienda o tierra agrícola con título de propiedad registrado. Esta situación era peor en las regiones de Petén (17%), Norte (23%) y Nororiente (26%). No se encontró una disparidad el título de propiedad entre la población que vivía en el área urbana y la rural.

Políticas y programas

Guatemala ratificó al menos ocho tratados internacionales relevantes al desarrollo sostenible durante la década de los noventa: 1) Convenio Centroamericano para la Protección del Ambiente (1989), y el Protocolo al Convenio de Creación de la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (1992); 2) Convenio Centroamericano sobre los Movimientos Transfronterizos de Desechos Peligrosos (1992); 3) Convenio para la Conservación de la Biodiversidad y Protección de Areas Silvestres Prioritarias en América Central (1992); 4) Convenio sobre Diversidad Biológica (1992); 5) Convenio Marco sobre Cambios Climáticos (1992) y Protocolo de Kyoto; 6) Convenio Centroamericano de cambios Climáticos (1993); 7) Convenio Centroamericano para el Manejo y Conservación de los Ecosistemas Naturales Forestales y el Desarrollo de Plantaciones Forestales (1993); y 8) Convenio de las Naciones Unidas para Combatir la Desertificación y la Sequía (1995).

Algunas medidas relevantes tomadas por Guatemala han sido: 1) El Acuerdo Gubernativo N° 252-89 que prohíbe la fabricación e importación de gases clorofluorocarbonos y productos terminados que tengan dichos gases; 2) La Ley de Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente (Decreto N° 68-86)⁹²; y 3) La Ley de Areas Protegidas (Decreto N° 4-89). Además la CONAMA elaboró en 1997 el Plan de Acción Ambiental. También se cuenta con un Plan de Acción Forestal. Se han llevado a cabo políticas y reglamentos que han contribuido a la sostenibilidad de los bosques y las áreas protegidas a través de incentivos financieros. En el

marco de la Ley de Areas Protegidas se creó el Sistema Guatemalteco de Areas Protegidas (SIGAP). Recientemente se creó el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Desafíos y prioridades

A partir de los cálculos llevados a partir de información de la ENCOVI 2000 y de proyecciones de la población del INE, se estimó que se requerirían en promedio unos US\$ 46 millones durante el período 2001-2015 para lograr la meta de reducir a la mitad en el año 2015 el porcentaje de personas sin acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua.

Los principales desafíos son concientizar sobre la importancia de los recursos humanos y el medio ambiente, contar con una masa crítica de profesionales que impulsen las políticas y los programas para garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, lograr un apoyo financiero adecuado para impulsar las políticas y los programas del medio ambiente, asegurar el cumplimiento de las leyes y reglamentos relacionados con el medio ambiente, y contar con un ordenamiento legal en el tema del agua, con un ente rector.

Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas			✓
Capacidad de recolección de datos		✓	
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico			✓
Capacidad de análisis estadístico		✓	
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos		✓	
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y diseminar la información			✓

Referencias bibliográficas

MINEDUC (2001). *Anuario Estadístico de la Educación 2000*, Unidad de Informática, Ministerio de Educación, Guatemala.

MINEDUC (1992). *Anuario Estadístico 1991*, Ministerio de Educación, Guatemala.

ENCOVI 2000. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2000*, Instituto Nacional de Estadística, base de datos.

ENS 1989. *Encuesta Nacional Sociodemográfica*, Instituto Nacional de Estadística, base de datos.

ENIGFAM/98-99. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1998-1999*, Instituto Nacional de Estadística, base de datos.

INE (1999). *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999*, Instituto Nacional de Estadística, julio de 1999.

GSD y Measure Evaluation (2000). *Estimación de la Mortalidad Materna en Guatemala, Período 1996-1998*, marzo 2000.

MSPAS (2002). *Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000*, Programa Nacional de Salud Reproductiva, versión preliminar.

MSPAS (2001). *Vigilancia Epidemiológica para VIH/SIDA en Sitios Centinela*, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Guatemala.

UNAIDS (2002). *Guatemala: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, 2002 Update.

PASCA (2002). *Guatemala: Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA Período 1980-2010*, Guatemala, abril 2002, versión preliminar.

CEMEC y CONAP (2002). *Programa de Fortalecimiento Institucional en Políticas Ambientales*, FIPA-USAID.

ANEXO
Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día (PPA)	1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día (PPA) 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza) 3. Proporción del consumo nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población
	Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal	Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	6. Tasa de matrícula en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado 8. Tasa de alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años
Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferentemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015	9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 11. Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional
Objetivo 4. Reducir la mortalidad de la niñez	Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5. Mejorar la salud materna	Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 19. Tasa de uso de anticonceptivos 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA
	Meta 8. Haber reducido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Índices de morbilidad y mortalidad palúdicas 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa
Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	25. Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques 26. Superficie de las tierras protegidas para mantener la biodiversidad biológica 27. Producto interno bruto (PIB) por unidad de utilización de energía (representa el uso eficiente de la energía) 28. Emisiones de dióxido de carbono (Más dos indicadores de la contaminación atmosférica global: el agotamiento de la capa de ozono y la acumulación de gases de efecto invernadero)
	Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable	29. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua
	Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	30. Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento 31. Proporción de la población con derecho seguro a la tenencia de tierra

Notas

¹ Existen problemas metodológicos derivados de la diferente composición de las muestras y, en menor grado, del cálculo del factor de conversión de la paridad del poder adquisitivo, que limitan la validez de comparar las mediciones de la pobreza a partir de las dos encuestas nacionales de hogares -realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)- que se utilizaron: la Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1989 (ENS 1989) y la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2000).

² Existen diferentes métodos para medir la pobreza y uno de los temas polémicos se refiere a la determinación de cuándo la persona es pobre, para lo cual es fundamental determinar la línea de pobreza que separa a los pobres de los no-pobres. En este informe se presentan dos líneas de pobreza extrema: 1) la línea internacional, con base en la cual una persona está en extrema pobreza si su consumo es menos de US\$1 diario (ajustado por la paridad del poder adquisitivo), y 2) la línea nacional, con base en la cual una persona está en situación de extrema pobreza si su consumo es menos que lo necesario para satisfacer las necesidades nutricionales mínimas diarias del individuo (Q1,912 mensuales ajustados por la inflación nacional). Cada definición tiene distinta finalidad. La primera sirve primordialmente para realizar comparaciones internacionales, mientras que la segunda toma en cuenta especificidades nacionales de cada país.

³ En este documento se está utilizando como una aproximación al porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria. Es una medida de pobreza más adecuada para tomar en cuenta las especificidades nacionales de la pobreza.

⁴ A partir de cálculos propios con la ENCOVI 2000.

⁵ Según INE(1999), Cuadro 9.8, página 127.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Según INE (1999), Cuadro 9.7, página 127.

⁹ Según INE (1999), Cuadro 9.6, página 126.

¹⁰ En el supuesto que el PIB per cápita crece en la misma proporción que el ingreso per cápita.

¹¹ El Coeficiente Gini pasaría de 0.555 a 0.522.

¹² El Coeficiente Gini pasaría de 0.555 a 0.528.

¹³ Según MINEDUC (2001), Cuadro N° 3.3.5, página 29.

¹⁴ Según MINEDUC (1992), Cuadro N° 2.6.4, página 35.

¹⁵ Según MINEDUC (2001), Cuadro N° 3.3.5, página 29 y MINEDUC (1992), Cuadro N° 2.6.4, página 35.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Cálculos propios a partir de la ENCOVI 2000.

¹⁸ En la construcción de estas cohortes se controló tanto por el aumento del número de las escuelas como por la repitencia.

¹⁹ Información proporcionada por el Proyecto MEDIR de USAID.

²⁰ Según cálculos propios a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

²¹ Según cálculos propios a partir de MINEDUC (2001), Cuadro N° 3.3.6, Cuadro N° 3.3.9 y Cuadro N° 3.3.12, páginas 30, 33 y 36.

²² Según cálculos propios a partir de MINEDUC (1992), Cuadro N° 2.5.3, Cuadro N° 2.5.4 y Cuadro N° 2.5.5, páginas 20-22.

²³ Según cálculos propios a partir de MINEDUC (2001), Cuadro N° 3.3.9, página 33.

²⁴ Según cálculos propios a partir de MINEDUC (2001), Cuadro N° 3.3.12, página 36.

²⁵ Según cálculos propios a partir de MINEDUC (2001), Cuadro N° 3.3.6, página 30.

²⁶ Según cálculos propios a partir de la ENCOVI 2000.

²⁷ Lamentablemente el diseño del cuestionario de la ENS 1989 no permitió hacer una estimación de este indicador a principios de la década de los noventa para analizar el comportamiento del mismo a lo largo del tiempo.

²⁸ Según cálculos propios a partir de la ENCOVI 2000.

²⁹ Ibid.

³⁰ Según cálculos propios a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

³¹ Ibid.

³² Según cálculos propios a partir de la ENCOVI 2000.

³³ Ibid.

³⁴ Según cálculos propios a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

³⁵ Ibid.

³⁶ Según cálculos propios a partir de la ENCOVI 2000.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ Según cálculos propios a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

⁴⁰ Según cálculos propios a partir de la ENCOVI 2000.

⁴¹ Ibid.

⁴² Según el diario de sesiones del Congreso de la República.

⁴³ Según información del Tribunal Supremo Electoral.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁶ Para esta estimación sólo se calculó los recursos adicionales necesarios para que existiera igualdad entre los sexos en la enseñanza secundaria debido a que el costo para la enseñanza primaria fue incluido en el objetivo anterior. Sólo se incluyeron los recursos adicionales para acelerar la incorporación de las niñas para alcanzar la tendencia actual de los niños en el año 2005 (no la universalización de la enseñanza secundaria).

⁴⁷ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.1, página 86.

⁴⁸ La tasa estimada de mortalidad de la niñez en el período 1994-1999 fue de 59 defunciones por cada mil nacidos vivos, es decir, hubo un progreso respecto a la tasa estimada de 110 para el período 1982-1987. Las tasas de mortalidad de la niñez presentadas corresponden a la probabilidad calculada de morir antes de cumplir 5 años siguiendo los procedimientos del llamado “método directo” en las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil de 1987, 1995 y 1998-1999.

⁴⁹ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.3, página 89.

⁵⁰ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.2, página 88.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

⁵³ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.3, página 89.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.1, página 86.

⁵⁷ Para establecer la meta se utilizó como punto de partida la tasa estimada de mortalidad infantil para el período 1990-1995; es decir, 51 defunciones por cada mil nacidos vivos.

⁵⁸ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.3, página 89.

⁵⁹ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.2, página 88.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Tomada de INE (1999), Cuadro 7.3, página 89.

⁶² Ibid.

⁶³ Esta estimación se basa en información global del Ministerio de Salud pues al momento de hacer esta versión del documento no se contaba con información específica del costo de las intervenciones del ministerio identificadas para promover el logro de las metas.

⁶⁴ Tomado de MSPAS (2002), Cuadro N° 1, página 4.

⁶⁵ Tomado de MSPAS (2002), página 2.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Según INE (1999), Cuadro 8.7, página 103.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Extensión de cobertura, control prenatal, atención del parto institucional, atención al puerperio, identificación temprana de signos de alarma del embarazo, acceso a métodos para espaciamiento de embarazo, neumonías, diagnóstico y casos de diarrea, sales de rehidratación oral, hierro y ácido fólico a embarazadas y puerperas, tratamiento específico de mal nutrido, vitamina “A” a niños de 6 a 36 meses de edad, diagnóstico de laboratorio: examen de papanicolau, y partos. Esta estimación se basa en información global del Ministerio de Salud debido que al momento de hacer esta versión del documento no se contaba con información específica del costo de las intervenciones identificadas para promover el logro de las metas.

⁷² Cabe destacar que el aumento en el número de casos registrados de SIDA puede deberse, en parte, a aspectos como una mayor apertura y atención al tema. Por lo tanto, no es recomendable analizar la evolución del SIDA a partir de estos registros sino que mediante estudios de seroprevalencia.

⁷³ UNAIDS (2002), página 2.

⁷⁴ Tomado de MSPAS (2001), página 7.

⁷⁵ MSPAS (2001), página 17.

⁷⁶ Tomada de MSPAS (2001), página 20.

⁷⁷ MSPAS (2001), página 17.

⁷⁸ PASCA (2002), páginas 9, 10 y anexo.

⁷⁹ UNAIDS (2002), página 2.

⁸⁰ INE (1999), Cuadro 4.5, página 42.

⁸¹ INE (1999), Cuadro 4.4, página 41.

⁸² Al momento de hacer esta versión del documento no se contaba con información específica del costo unitario de las intervenciones para promover el logro de las metas.

⁸³ Parque Nacional Sierra del Lacandón, Parque Nacional Laguna del Tigre, Parque Nacional Tikal, Parque Nacional Mirador-Río Azul, Biotopo Laguna del Tigre, Biotopo San Miguel la Palotada-El Zotz, Biotopo Dos Lagunas, Biotopo Cerro Cahuí, Monumento Natural Yaxhá Nakúm Naranjo, Monumento Cultural El Pilar, Zona de Uso Múltiple, Zona de Amortiguamiento, y Bioitzá.

⁸⁴ Según CEMEC y CONAP (2002).

⁸⁵ Al 7 de agosto del 2002.

⁸⁶ Según el Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero las emisiones de dióxido de carbono fueron 7,489.619 Gg.

⁸⁷ Las emisiones de dióxido de carbono fueron 8,040 Gg en 1999 según la Agencia Internacional de la Energía.

⁸⁸ Según el Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero las emisiones de metano fueron 199.556 Gg, las de óxido nitroso 20.709Gg, y las de otros gases (óxidos de nitrógeno, monóxido de carbono, compuestos orgánicos volátiles diferentes al metano y dióxido de azufre) fueron 1,185.892 Gg.

⁸⁹ Cada gas tiene diferentes potenciales de absorción de calor por lo que para efectos ilustrativos se sacó esta cifra combinada.

⁹⁰ Según cálculos propios a partir de la ENS 1989 y la ENCOVI 2000.

⁹¹ Esta información corresponde al 39% de las comunidades del país.

⁹² El artículo 8 establece que deben llevarse a cabo estudios de evaluación de impacto ambiental.