

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA**

**Propuesta de Estrategia Pertinente y
Sociopolítica para Combatir el VIH y SIDA en
Pueblos Indígenas, el Caso
Del Pueblo Kiche' de
Quetzaltenango**

**Tesis
Presentada al Honorable Consejo Directivo de la
Escuela de Ciencia Política de la Universidad de San
Carlos de Guatemala**

**Por
ANA PATRICIA BURRION GOMEZ**

**Al Conferirse el Grado Académico de
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA**

**Y el Título Profesional de
SOCIOLOGA**

Guatemala, mayo del 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

RECTOR MAGNÍFICO

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios

SECRETARIO GENERAL

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA

DIRECTORA: Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
VOCAL I: Licda. Claudia Verónica Agreda Ajquí
VOCAL II: Lic. Pablo Daniel Rangel Romero
VOCAL III: Licda. Ana Margarita Castillo Chacón
VOCAL IV: Profesora María Amalia Mandujano Izaguirre
VOCAL V: Br. René Ponce Canales
SECRETARIO: Lic. Marvin Norberto Morán Corzo

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO**

EXAMINADOR: Licenciado Henry Dennys Mira Sandoval
EXAMINADOR: Licenciado Jorge Enrique Arriaga Rodríguez
EXAMINADOR: Licenciado Francisco Ernesto Rodas

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMÉN PÚBLICO DE TESIS

DIRECTORA: Licenciada Geidy Magali De Mata Medrano
SECRETARIO: Licenciado Marvin Norberto Morán Corzo
EXAMINADOR: Licenciado Edgar Roberto Jiménez Ayala
EXAMINADOR: Licenciado Juan Carlos Guzmán Morán
EXAMINADOR: Licenciado Jorge Enrique Arriaga Rodríguez

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
SECRETARÍA

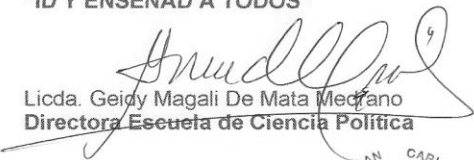
**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, nueve de septiembre del año dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **ANA PATRICIA BURRIÓN
GÓMEZ**, carnet **No. 199918473**, inicia trámite
para la realización de su Examen de Tesis.

Se admite para su trámite el memorial correspondiente y se dan por
acompañados los documentos mencionados. Se traslada al (a la) **Coordinador
(a) de la Carrera de Sociología, Lic. Jorge Enrique Arriaga**, para que considere
la aceptación del tema de tesis planteado y el nombramiento del (de la) Asesor (a)
de tesis. El resto de lo solicitado téngase presente para su oportunidad.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
1/f. chacón



Edificio M5, Ciudad Universitaria, zona 12
PBX USAC: 2418 8000
EXTS.: 1471, 1473 y 1476
e-mail: usacpol@usac.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

09 de septiembre de 2009.

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora
Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada De Mata:

Por medio de la presente me permito informarle que, verificados los registros de tesis en el Centro de Documentación de esta Escuela, el tema: **"ESTRATEGÍA POLÍTICA DEL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL, EL CASO DE QUETZALTENANGO"**, propuesto por el (la) estudiante **Ana Patricia Burrión Gómez**, carnet No. **199918473** puede **autorizarse** dado que el mismo es de importancia y trascendencia para la carrera de Sociología y no existen estudios sobre esta temática en esta Unidad Académica.

Para continuar con el proceso queda asignado como asesor (a) el (la) **Licenciado Douglas Mazariegos Marroquín**.

Sin otro particular, suscribo cordialmente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Jorge Enrique Arriaga
Coordinador Área Sociología
Jornada Nocturna

c.c.: Archivo
2/l. chacón



Edificio M5, Ciudad Universitaria, zona 12
PBX USAC: 2418 8000
EXTS.: 1471, 1473 y 1476
e-mail: usacpol@usac.edu.gt
Guatemala, Centroamérica




**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, nueve de septiembre del año dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **ANA PATRICIA BURRIÓN
GÓMEZ**, carnet No. **199918473**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose aceptado el Tema de Tesis propuesto, por parte del (de la)
Coordinador (a) de Carrera, Lic. Jorge Enrique Arriaga pase al (a la) Coordinador
(a) de Metodología, **Lic. Jorge Enrique Arriaga**, para que se sirva emitir
dictamen correspondiente sobre el Diseño de Tesis.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
3/fi. chacón



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

09 de septiembre 2009.

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora
Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

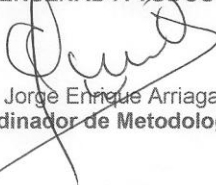
Estimada Licenciada De Mata:

Por medio del a presente me dirijo a usted con el objeto de informarle que, tuve a la vista el diseño de Tesis del (de la) estudiante **Ana Patricia Burrión Gómez**, carnet No. **199918473**, titulado: **"ESTRATEGÍA POLÍTICA DEL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL, EL CASO DE QUETZALTENANGO"**

El (la) estudiante en referencia hizo las modificaciones y por lo tanto, mi dictamen es favorable para que se apruebe dicho diseño y se proceda a realizar la investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Jorge Enrique Arriaga
Coordinador de Metodología



Se envía el expediente
c.c.: Archivo
4/fi. chacón

Edificio M5, Ciudad Universitaria, zona 12
PBX USAC: 2418 8000
EXTS.: 1471, 1473 y 1476
e-mail: usacpol@usac.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA


**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, nueve de septiembre del dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **ANA PATRICIA BURRIÓN
GÓMEZ**, carnet **No. 199918473**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (de la) Coordinador
(a) de Metodología, pase al (a la) Asesor (a) de Tesis **Licenciado Douglas
Mazariegos Marroquín**, para que brinde la asesoría correspondiente y emita su
informe.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política



Se envía el expediente
c.c.: Archivo
5/í. chacón

Edificio M5, Ciudad Universitaria, zona 12
PBX USAC: 2418 8000
EXTS.: 1471, 1473 y 1476
e-mail: usacpol@usac.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

Guatemala 28 de marzo de 2011

Licenciada:
Geidy Magalí De Mata Medrano
Directora, Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciada De Mata:

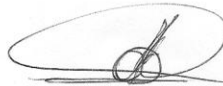
Por este medio me permito hacer de su conocimiento que he finalizado el proceso de asesoría de tesis de la estudiante **Ana Patricia Burrión Gómez**, quien se identifica con carné universitario número 199918473. El informe de investigación que presenta lleva por título: **"Propuesta de Estrategia Pertinente y Sociopolítica para Combatir el VIH y SIDA en Pueblos Indígenas, el Caso del Pueblo Kiche' de Quetzaltenango"**. Dicho informe hace énfasis a un tema de mucha importancia en nuestra sociedad, por las implicaciones que el mismo tiene desde una perspectiva sociológica.

Dentro del desarrollo de la investigación, la estudiante cumplió con todos los pasos en su elaboración propia, desde la selección del tema hasta el planteamiento de sus respectivas conclusiones. Su informe de investigación evidencia la magnitud del problema a nivel del municipio de Quetzaltenango, así como el impacto del mismo en los grupos étnicos estudiados, tomando en consideración aspectos relevantes como la cosmovisión propia de la sociedad estudiada, desde la teoría estructural funcionalista.

Después de haber verificado que durante el proceso de investigación, sistematización de la información y elaboración del informe final, y realizadas las observaciones y correcciones sugeridas, me permito en mi calidad de asesor de tesis emitir dictamen favorable a la misma, que presenta la estudiante Ana Patricia Burrión Gómez, a fin que pueda continuar con el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me permito reiterarle a la distinguida Directora mis más altas muestras de estima y mi disposición de continuar brindando mi experiencia profesional.

Atentamente,



Lic. Douglas Giovanni Mazariegos Marroquín
Asesor de Tesis

Cc/Arch. Personal

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
SECRETARÍA

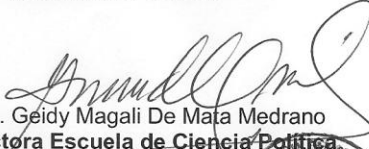
**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, veintinueve de marzo del año dos mil once.....

ASUNTO: El (la) estudiante **ANA PATRICIA BURRIÓN
GÓMEZ**, carnet **No. 1999-18473**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del Lic. (Licda.)
en su calidad de Asesor(a) de Tesis, pase al Lic. Jorge Enrique Arriaga
Rodríguez, para que proceda en su calidad de Coordinador de la Carrera de
Sociología a conformar el Tribunal que escuchará y evaluará la defensa de tesis,
según artículo setenta (70) del Normativo de Evaluación y Promoción de
estudiantes de la Escuela de Ciencia Política.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mañá Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política



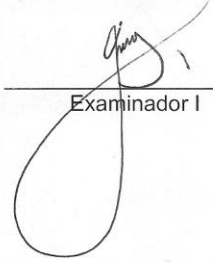
Se envía el expediente
c.c.: Archivo
6/í. chacón

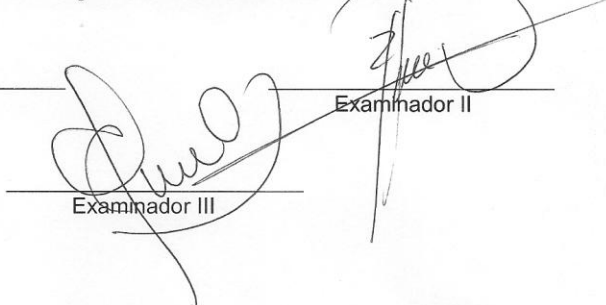
Edificio M5, Ciudad Universitaria, zona 12
PBX USAC: 2418 8000
EXTS.: 85085, 1473 y 1476
e-mail: usaccpol@usac.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

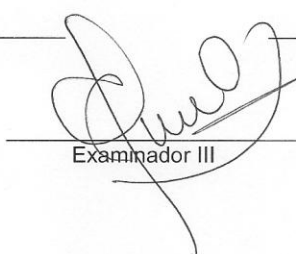


ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día martes cinco de abril del año dos mil once, se realizó la Defensa de Tesis presentada por **ANA PATRICIA BURRIÓN GÓMEZ** carnet No. **1999-18473**, intitulada: **“Propuesta de Estrategia Pertinente y Sociopolítica para combatir el VIH y SIDA en Pueblos Indígenas, el Caso del Pueblo Kiche’ de Quetzaltenango”**, para la Licenciatura de Sociología, ante el Tribunal Examinador integrado por: 1) Lic. Juan Carlos Guzmán Morán, 2) Lic. Edgar Roberto Jiménez Ayala y 3) Lic. Jorge Enrique Arriaga Rodríguez, Coordinador (a) de la Carrera de Sociología. Los infrascritos miembros del Tribunal Examinador desarrollaron dicha Evaluación y consideraron que para su aprobación deben incorporarse algunas correcciones a la misma.


Examinador I


Examinador II


Examinador III

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
7b/i. chacón



ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día martes veintiséis de abril del año dos mil once, se efectuó el proceso de verificar la incorporación de observaciones hechas por la terna examinadora del examen de defensa de tesis, conformada por: Lic. Juan Carlos Guzmán Morán, Lic. Edgar Roberto Jiménez Ayala y Lic. Jorge Enrique Arriaga Rodríguez, Coordinador de la Carrera de Sociología, el trabajo de tesis: **“Propuesta de Estrategia Pertinente y Sociopolítica para combatir el VIH y SIDA en Pueblos Indígenas, el caso del Pueblo Kiche’ de Quetzaltenango”**, presentado por la estudiante **Ana Patricia Burrión Gómez**, carnet No. **1999-18473**, razón por la que se da por APROBADO para que continúe con su trámite.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Lic. Jorge Enrique Arriaga Rodríguez
Coordinador de Sociología



Adj.: expediente
c.c.: Archivo
7c/i. chacón

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



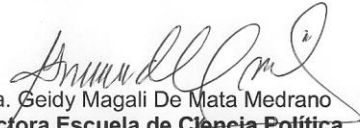
Escuela de Ciencia Política
SECRETARÍA

**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, veintisiete de abril del año dos mil once. -----

Con vista en los dictámenes que anteceden, autorizo la impresión del trabajo de Tesis de la (del) estudiante **Ana Patricia Burrión Gómez** carnet No. **1999-18473**, titulado: **“Propuesta de Estrategia Pertinente y Sociopolítica para combatir el VIH y SIDA en Pueblos Indígenas, el Caso del Pueblo Kiche’ de Quetzaltenango”**.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
B/l. chacón



Edificio M5, Ciudad Universitaria, zona 12
PBX USAC: 2418 8000
EXTS.: 85085, 1473 y 1476
e-mail: usacpol@usac.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

DEDICATORIA

- A Dios: Por la bendición de la vida, la sabiduría y la fortaleza que me ha regalado para poder culminar mi carrera profesional.
- A mis Padres: Carmen Gómez de Burrión y Paulino Burrión Hernández
Por su invaluable apoyo, su amor de padres y por estar conmigo en todas las fases de mi vida. Que este triunfo sea una pequeña retribución a sus múltiples esfuerzos.
- A mi hermano y
Hermanas: Leo, Bety y Ale
Por brindarme su apoyo incondicional en todo momento y que esa unión siempre nos caracterice y que este triunfo sea también de ellos.
- A mis sobrinitos: Krista Jimena y Juan Alejandro
Por los momentos de felicidad y alegría que me han dado.
- A mi cuñada: María del Rosario
A mi cuñado: José Fernando
Por todo el cariño y aliento brindado. Con sincero aprecio.
- A mis amigos: Por acompañarme en cada etapa de mi vida y por todos los momentos inolvidables compartidos que están en mi corazón.
- A la Escuela de
Ciencia Política: A la cual le guardo un gran cariño y respeto por todo lo que me dio en los años de vida universitaria. Con ella mi compromiso incalculable.

INDICE

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 01 |
| CAPITULO I | |
| Marco teórico..... | 07 |
| Metodología..... | 22 |
| CAPITULO II | |
| Situación actual..... | 27 |
| Datos importantes para conocer la región quetzalteca..... | 33 |
| CAPITULO III | |
| El VIH y SIDA en Quetzaltenango..... | 39 |
| Marco legal específico para Guatemala..... | 39 |
| Los compromisos que el Estado de Guatemala ha adquirido en el ámbito político internacional ó para propia iniciativa en el ámbito nacional..... | 41 |
| Generalidades demográficas..... | 48 |
| Escenario epidemiológico..... | 53 |
| CAPITULO IV | |
| Hallazgos de la investigación..... | 58 |
| Seroprevalencia de infección VIH..... | 59 |
| Proyecciones de VIH 2005-2015..... | 59 |
| Acciones en el presente período según el Ministerio de Salud..... | 72 |
| Fortalezas..... | 75 |
| Amenazas..... | 76 |
| Debilidades..... | 77 |
| Oportunidades..... | 78 |
| CAPITULO V | |
| <i>Propuesta de estrategia pertinente y sociopolítica para combatir el VIH y SIDA en pueblos indígenas, el caso del pueblo Kiche', Quetzaltenango.....</i> | 80 |
| Marco legal..... | 81 |
| Políticas públicas..... | 81 |
| Sociedad civil..... | 81 |
| Instituciones estatales responsables del tema VIH y SIDA: | |
| Ministerio de Salud y Ministerio de Educación..... | 82 |
| Medios de Comunicación..... | 82 |
| Ministerio de Trabajo..... | 83 |
| Investigaciones y estudios..... | 83 |

| | |
|-------------------|----|
| Bibliografía..... | 85 |
|-------------------|----|

ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo 1: Caracterización de casos de SIDA..... | 88 |
| Anexo 2: Prevalencia de SIDA en Guatemala..... | 89 |
| Anexo 3: Corredor epidemiológico departamental Prevalencia De SIDA en Guatemala..... | 90 |

Introducción

Aproximadamente siete millones de indígenas viven en Centro América. De estos, el 85% viven en Guatemala. La etnia predominante en Guatemala es la Maya¹, que hablan aproximadamente veintidós idiomas diferentes, con una base común. Los idiomas más hablados son el Kiche', Q'eqchi', Mam y K'aqchiquel. De trescientos treinta y tres municipios que componen la república, ciento ochenta y siete tienen más de setenta por ciento de población maya².

Sin embargo, ser indígena en Guatemala es equivalente, la mayoría de los casos, a marginación, pobreza y falta de oportunidades. El hecho de nacer indígena en Guatemala supone, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, tener una esperanza de vida promedio al nacer diecisiete años más baja que el resto del país y, en el caso de las mujeres, tener tres veces más posibilidades de morir. A lo que se suma, que casi siete de cada diez niños sufren algún grado de desnutrición³.

El Estado guatemalteco no ha logrado establecer una capacidad de atención y cumplimiento constitucional a todos los habitantes indígenas de este país. Cualquier informe lo demuestran, especialmente los de salud, educación y justicia que Naciones Unidas ha realizado a través de su

¹ Investigación ¿Por qué estamos como estamos? Etnicidad Estado y Nación, Arturo Taracena, Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica –CIRMA-.

² Afirmación del líder Q'eqchi' Álvaro Pop.

³ Informe Nacional de Desarrollo Humano “Diversidad étnico-cultural: La ciudadanía en un Estado plural 2005, Programa de Naciones Unidas para Guatemala.

Programa de Desarrollo y los de la Organización Mundial de la Salud OMS/OPS.

En el ámbito de la salud, el abordaje a la situación del VIH y SIDA en América Latina se ha planteado desde connotaciones médicas y derechos humanos; sin embargo, poco se ha trabajado desde la vida cotidiana y las diversas influencias que puedan tener en y hacia los pueblos indígenas.

La epidemia del VIH y SIDA ha estado presente en Guatemala desde los años ochenta. No se duda que los pueblos indígenas hayan sido afectados por esta enfermedad. Lamentablemente hoy en día, los datos y la realidad sobre el VIH SIDA en los pueblos indígenas es casi inexistente⁴. A este hecho se le debe poner mucha importancia dadas las manifestaciones de identidad particular, manejo de sus idiomas, cosmovisiones ancestrales, relación con la naturaleza, fortaleza de sus redes sociales comunitarias, mecanismos de autoridad basados en el papel fundamental de los ancianos y el papel de servicio que tienen que tener hacia la comunidad. Y en el caso guatemalteco, por la magnitud de su población con respecto al total, cuarenta y dos por ciento.

En consecuencia: ¿Cómo afecta el VIH y SIDA a los pueblos indígenas en Guatemala? ¿Cuál es su causa? ¿Cuál es el rol de la homosexualidad en el mismo? ¿Cuál es su impacto comunitario? ¿Cómo evoluciona esta situación? ¿En qué se diferencia a las situaciones que se

⁴ Opinión del líder indígena José M. Yac, director del programa de VIH y SIDA del IDEI.

viven en las poblaciones mestizas o ladinas? ¿Qué características tiene en lo rural y en lo urbano?

Las respuestas pueden encontrarse a partir de los siguientes puntos:

- La temática a investigar no debe ser un juego de intereses politizados; por el contrario requiere de una calidad profesional-multidisciplinaria sensible a indagar la problemática en pueblos indígenas; sobre todo cuando existe una cosmovisión milenaria que puede aportar elementos indispensables para tratamiento y prevención.
- La inversión económica y la importancia político-social-cultural que conlleva un estudio de esta magnitud, necesita el concurso de una respetuosa participación de las instituciones responsables de la salud y el eco de las instituciones de investigación vinculada a pueblos indígenas.
- La superación de la discriminación y el racismo hacia la vida y cultura de los pueblos indígenas, especialmente el pueblo maya en Guatemala.
- El aumento de la participación de profesionales mayas en toda la estructura de trabajo del ministerio de salud y la aprobación de enfoques pertinentes culturalmente y capaces de desarrollarse en contextos multiculturales.
- Mejorar las capacidades de dialogo e involucramiento en el terreno de las instituciones y organizaciones internacionales de cooperación y apoyo técnico.

Este estudio de investigación, es un acercamiento a lo que conocen los Kiche's, radicados en Quetzaltenango, acerca del VIH y SIDA; qué aprendizajes y propuestas tienen para prevenir esta enfermedad y qué proponen desde la visión maya, para prevenir el contagio.

El objetivo general en el cual estuvo basado este estudio fue: Obtener un documento con una estrategia multicultural, que resuma las grandes conclusiones, recomendaciones y líneas de acción para combatir el VIH y SIDA en Guatemala. De este objetivo general se desprendieron los siguientes objetivos específicos: 1) Determinar la situación y respuesta al VIH y SIDA, con enfoque multicultural en Quetzaltenango y 2) Identificar las principales necesidades y oportunidades de intervención en el campo del VIH y SIDA que puedan servir de insumo para la definición de una estrategia multicultural.

En el primer capítulo se desarrolla el marco teórico conceptual básico que muestra los términos que se desarrollan a lo largo de la investigación, así como la teoría sociológica que se tomó como base en el estudio, que fue la teoría estructural funcionalista de la cultura.

En el segundo capítulo se muestra cómo es la situación actual tanto política, económica y social de los pueblos indígenas de Guatemala, en especial de la étnica Kiche'. Se hace la salvedad que el principio más importante es que todas las personas merecen la misma consideración y respeto, en virtud de su naturaleza y esto implica respeto de su identidad y

sus expresiones culturales. En un Estado de derecho, este principio debe ser garantizado por la Constitución Política como un primer paso en su reconocimiento y respeto público.

En cuanto a la situación y respuesta de la epidemia del VIH/SIDA a nivel Centroamericano es preocupante; principalmente en Guatemala, en donde no se logra visualizar la magnitud y gravedad de la epidemia, por un deficiente sistema de registro de casos, especialmente en las áreas rurales que habitadas en su mayoría por población indígena.

En el tercer capítulo se expone el problema del VIH-SIDA con todas sus especificidades en una aplicación específica para la ciudad de Quetzaltenango. Describiendo las características y la información acerca de la enfermedad, procurando sustentar la materia principal de la investigación, encontrando insumos para poder llegar a lo que es el planteamiento de una estrategia pertinente al tratamiento político, social y con enfoque multicultural al VIH y SIDA.

El cuarto capítulo desarrolla los hallazgos encontrados durante la investigación reconocer que el factor predominante es precisamente la indiferencia. Aquí predomina un hallazgo que son las limitaciones de Estado con respecto las coberturas de salud y educación. Aunque se han hecho importantes avances en los últimos años, no se tiene una información sólida sobre la realidad del VIH SIDA en poblaciones indígenas. A estas situaciones, hay que agregarles la corrupción y el clientelismo de Estado.

El quinto y último capítulo está dedicado al desarrollo de la propuesta pertinente, sociopolítica con enfoque multicultural, para el tratamiento del VIH y SIDA para pueblos Indígenas, el caso de los Kiche's de Quetzaltenango.

Capítulo I

1.1 Marco Teórico

La base teórica de este estudio fue: la Teoría Estructural Funcionalista de la Cultura; debido a que este estudio necesitó un enfoque cultural y las organizaciones fueron su unidad de análisis e investigación para satisfacer necesidades culturales de sociedad.

La ideología que se debe originar del Ministerio de Salud es funcional a la estructura del sistema de salud guatemalteco. El sustento teórico para su uso se encontró a partir de la teoría estructural funcionalista desde lo que plantea Talcott Parson sobre el imaginario de la estructura de un sistema social visto como un conjunto mas o menos perfecto de formas de relaciones mutuas, relativamente estables entre unidades.

Los funcionalistas Malinowski y Radcliffe-Brown son los principales teóricos de la teoría estructuralista con enfoque cultural. El análisis de Malinowski es sistémico en cuanto estudia a la organización tomando en consideración las interrelaciones de los elementos culturales y su medio ambiente. Se cree pertinente tomar en cuenta este método ya que, el sistema de salud guatemalteco necesita perfeccionarse debido a que la población que recibe los servicios es multicultural y multilingüe y los servicios que provee el sistema de salud no toma en cuenta estas características.

Por su parte, Alfred Reginald Radcliffe-Brown, gran seguidor de Emile Durkheim quien perfeccionó el positivismo que primero había ideado Augusto Comte, promoviendo el realismo epistemológico y el método hipotético deductivo. Para él (Durkheim) la sociología era la ciencia de las instituciones y su meta era descubrir hechos sociales estructurales. Durkheim fue el mayor proponente del funcionalismo estructuralista, una perspectiva fundacional tanto para la sociología como para la antropología. Según su visión, las ciencias sociales debían ser puramente holísticas, esto es, la sociología debía estudiar los fenómenos atribuidos a la sociedad en su totalidad, en lugar de centrarse en las acciones específicas de los individuos. Radcliffe-Brown estudia los elementos de la cultura en su relación con los sistemas sociales. Se dedicó principalmente al estudio de sociedades primitivas, con el propósito de establecer generalidades sobre la estructura social. Por ejemplo, señalaba que las instituciones son la base de la permanencia del orden social, de modo análogo a las funciones vitales de los órganos del cuerpo. Sus estudios de la función social examinan el modo en que las costumbres de un pueblo contribuyen a la estabilidad social de un grupo humano.

Basado en lo anterior, es necesario conocer las costumbres, la cosmovisión maya, la medicina natural, la forma cómo conciben las relaciones sexuales, qué piensan y qué conocen en cuanto al VIH y SIDA. Está comprobado que las instituciones del Estado guatemalteco no

contempla la perspectiva multicultural y multilingüe. Esta perspectiva esta ausente en el sistema educativo y el sistema de salud.

De acuerdo con los estructuralistas, el ser humano ejecuta las formas culturales movido por las estructuras de una sociedad determinada. En este enfoque teórico de la cultura, quedan comprendidos los análisis sobre los efectos culturales que resultan de los cambios económicos, políticos y sociales.

Bajo este marco teórico, Margaret Mead⁵, sostiene que la cultura "es un conjunto de formas de comportamiento adquiridas, que ponen de manifiesto juicios de valor sobre las condiciones de vida y que un grupo humano transmite mediante procedimientos simbólicos (lenguaje, mito, saber) de generación en generación" La dimensión cultural atraviesa las instituciones creadas por los pueblos, dando como resultado que la cultura sea el sujeto mismo y no la persona que la produce.

Su aplicación es válida, por que encontramos que un sistema debe resolver diferentes problemas y cumplir con sus tareas como en el caso del sistema de salud para alcanzar sus objetivos. Como institución debe obtener beneficios de la inversión que realiza en la base y la de alto nivel debe lograr resultados en los eventos internacionales. El sistema como tal debe adaptarse a las condiciones culturales de la población como el entorno social que los rodea; familia, escuela o empresa, debe asegurar la

⁵ El documento de Margaret Mead, citada por Espinoza en 1953 y por Pérez en 1994.

integración de sus miembros, la forma en que los pueblos indígenas aprueben en principio los valores, la ideología y las normas válidas y aceptadas socialmente, de tal forma que sea posible la cohesión y la resolución de conflictos que pueden surgir entre dirigentes locales y a nivel nacional.

Bajo el análisis estructural funcionalista con enfoque cultural, se conoció que los problemas de los pueblos indígenas de Guatemala, son de todo tipo, desde la carencia de medios para la subsistencia, hasta la *ausencia de real presencia* en la escena política y el debilitamiento físico y anímico de las comunidades por la presencia de numerosas enfermedades, entre éstas las infecciones de transmisión sexual. La paradoja es que, frente a los problemas, estos pueblos se han ideado mecanismos de sobrevivencia y una fuerza que solamente es posible explicársela por la dureza de la situación y por la voluntad inquebrantable de persistencia nacida de la misma adversidad⁶.

La marginación de la población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza y falta de tierras, 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 en 1998, la pobreza y la etnicidad o pertenencia a un pueblo indígena están

⁶ Documento de Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los Pueblos Indígenas de las Américas, presentado en Abya-Yala, Kuyarinakui.

directamente relacionados. Las ciudades con mayor población indígena, por efectos de la migración, como México, La Paz, Guatemala, Lima y Quito son las que exhiben mayores niveles de pobreza⁷.

⁷ IBID.

Datos importantes relacionados a pueblos indígenas
Cuadro 1⁸

| Departamento | Lugares del estudio | Índice ⁹ de DH | Índice DH S/g étnico | Índice Salud | Índice Salud S/g étnico | Índice Edu. | Índice Edu. S/g étnico | Tasa de alfabetismo 15 años Indígena % | Tasa de alfabetismo 15 años no indígena % | Índice P Rural | Índice P Indígena | Hospitales ¹⁰ # | Centros de Salud # | Puestos de salud # | Índice Pobreza Total % | Pobreza Extrema % |
|---|--------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|-------------------------|-------------|------------------------|--|---|----------------|-------------------|----------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| 1. Suchitepéquez 403,945 ¹¹ 2,510 Km ² | | 0.587 | 0.565 (Tz'utujil) | 0.600 | 0.712 (Tz'utujil) | 0.580 | 0.431 (Tz'utujil) | 54.6 | 77.4 | 58.9 | 51.5 | 1 | 12 | 27 | 64.7 | 15.9 |
| 17,721 | Samayac | | | | | | | | | 51.6 | 82.6 | | | | 68.3 | 14.7 |
| 16,028 | San Francisco Zapotitlán | | | | | | | | | 34.8 | 14.6 | | | | 59.4 | 13.2 |
| 2. Alta Verapaz 776,246 8,686 Km ² | | 0.514 | 0.508 (Q'eqchi') | 0.620 | 0.659 (Q'eqchi') | 0.412 | 0.372 (Q'eqchi') | 43.6 | 88.1 | 79.0 | 92.8 | 3 | 16 | 31 | 84.1 | 41.2 |
| 144,461 | Cobán | | | | | | | | | 67.3 | 85.1 | | | | 71.7 | 31.4 |
| 3. Chimaltenango 446,133 1,979 Km ² | | 0.618 | 0.611 (Kaqchikel) | 0.644 | 0.675 (Kaqchikel) | 0.624 | 0.553 (Kaqchikel) | 67.2 | 83.0 | 51.2 | 79.1 | 1 | 14 | 56 | 59.4 | 13.5 |
| 35,441 | San Juan Comalapa | | | | | | | | | 44.9 | 97.2 | | | | 65.2 | 12.7 |
| 74,077 | Chimaltenango | | | | | | | | | 15.1 | 64.9 | | | | 27.3 | 4.3 |
| 4. Escuintla 538,746 | | 0.605 | | 0.570 | | 0.654 | | 54.3 | 75.9 | 52.3 | 7.5 | 2 | 15 | 36 | 47.6 | 7.8 |

⁸ Elaboración propia, Patricia Burrión. Datos obtenidos de diferentes fuentes que se van citando conforme los datos se van desarrollando.

⁹ Información de índices de desarrollo, tomados del Informe Nacional de Desarrollo Humano “Diversidad étnico-cultural: La ciudadanía en un Estado plural”.

¹⁰ Información de hospitales, centros de salud y puestos de salud, tomadas del mapa digital de cobertura del Ministerio de Salud de Guatemala.

¹¹ Datos demográficos del Censo Nacional de Población y Habitación 2002.

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|------|------|------|------|---|----|----|------|------|
| 4,384 Km ² | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36,756 | Palín | | | | | | | | | 32.9 | 26.5 | | | | 27.4 | 4.1 |
| 5. Guatemala 2,541,581 108,890 Km ² | | 0.795 | 0.547 (Poqomam) | 0.852 | 0.568 (Poqomam) | 0.803 | 0.483 (Poqomam) | 62.2 | 90.8 | 14.0 | 13.5 | 7 | 35 | 83 | 14.2 | 1.6 |
| 95,312 | Chinautla | | | | | | | | | 19.1 | 16.1 | | | | 17.6 | 1.3 |
| 6. Huehuetenango 846,544 7,360 Km ² | | 0.560 | 0.496 (Mam) | 0.686 | 0.541 (Mam) | 0.471 | 0.428 (Mam) | 45.1 | 70.6 | 77.3 | 65.1 | 2 | 19 | 80 | 78.3 | 30.3 |
| 41,671 | Aguacatán | | | | | | | | | 88.0 | 88.3 | | | | 81.7 | 29.4 |
| 81,294 | Huehuetenango | | | | | | | | | 77.3 | 65.1 | | | | 31.5 | 4.0 |
| 7. Jalapa 242,926 2,063 Km ² | | 0.568 | 0.547 (Poqomam) | 0.619 | 0.568 (Poqomam) | 0.533 | 0.483 (Poqomam) | 48.0 | 64.7 | 68.4 | 19.3 | 1 | 8 | 24 | 72.0 | 30.0 |
| 105,796 | Jalapa | | | | | | | | | 62.9 | 8.5 | | | | 68.7 | 28.1 |
| 8. Jutiapa 389,085 3,219 Km ² | | 0.593 | 0.547 (Poqomam) | 0.624 | 0.568 (Poqomam) | 0.600 | 0.483 (Poqomam) | 58.7 | 68.3 | 72.8 | 3.4 | 1 | 15 | 53 | 62.2 | 24.0 |
| 13,079 | Yupiltepeque | | | | | | | | | 78.7 | 13.3 | | | | 80.7 | 31.1 |
| 9. Quetzaltenango 624,716 1,951 Km ² | | 0.655 | 0.553 (K'iche') | 0.714 | 0.634 (K'iche') | 0.552 | 0.472 (K'iche') | 64.4 | 81.9 | 48.8 | 54.1 | 3 | 21 | 52 | 50.8 | 11.2 |
| 14,829 | Salcá | | | | | | | | | 25.1 | 34.9 | | | | 17.2 | 1.0 |
| 10. Quiché 655,510 8,378 Km ² | | 0.508 | 0.553 (K'iche') | 0.638 | 0.634 (K'iche') | 0.383 | 0.472 (K'iche') | 39.6 | 71.7 | 75.3 | 88.1 | 4 | 22 | 70 | 84.6 | 33.2 |
| 62,369 | Santa Cruz del Quiché | | | | | | | | | 65.5 | 82.6 | | | | 68.3 | 21.3 |
| 11. Retalhuleu 241,411 1,856 Km ² | | 0.632 | | 0.690 | | 0.631 | | 58.2 | 75.4 | | | 1 | 10 | 30 | 55.3 | 10.9 |
| 12. San Marcos | | 0.583 | 0.468 | 0.630 | 0.526 | 0.571 | 0.364 | 51.8 | 71.6 | 78.2 | 31.3 | 2 | 21 | 78 | 73.1 | 25.0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|---|-----------------------|------|------|------|-------|---|----|----|------|------|
| 794,951 3,791 Km ² | | (Tektitek o) 0.551 (Sipakap ense) | | (Tektitek o) 0.686 (Sipakap ense) | | (Tektit eko) 0.450 (Sipakap apense) | | | | | | | | | | |
| 13,268 | Sibinal | | | | | | | | | 88.5 | 7.5 | | | | 90.0 | 43.9 |
| 36,325 | San Marcos | | | | | | | | | 45.9 | 4.9 | | | | 28.3 | 3.6 |
| 13. Santa Rosa 301,370 11,241 2,955 Km ² | | 0.604 | 0.537 (Xinca) | 0.624 | 0.521 (Xinca) | 0.625 | 0.534 (Xinca) | 61.1 | 71.4 | 65.1 | 2.8 | 1 | 14 | 54 | 63.2 | 19.2 |
| | Santa Cruz Naranjo | | | | | | | | | 61.8 | 1.7 | | | | 57.9 | 14.6 |
| 14. Sololá 307,661 1,060 Km ² | | 0.579 | 0.553 (K'iche') | 0.702 | 0.634 (K'iche') | 0.483 | 0.472 (K'iche) | 51.9 | 93.4 | 51.2 | 96.4 | 1 | 10 | 32 | 77.5 | 29.2 |
| 8,149 | San Juan la Laguna | | | | | | | | | 48.7 | 99.7 | | | | 80.9 | 38.1 |
| 51,939 | Nahualá | | | | | | | | | 66.9 | 100.0 | | | | 85.8 | 38.0 |
| 11,142 | Panajach el | | | | | | | | | 88.1 | 71.6 | | | | 35.5 | 3.6 |
| 15. Izabal 314,306 9,038 Km ² | | 0.611 | 0.726 (Garífuna) | 0.647 | 0.774 (Garífuna) | 0.591 | 0.758 (Garífuna) | 48.4 | 72.9 | 71.2 | 23.3 | 2 | 8 | 31 | 47.9 | 8.2 |
| 81,078 | Puerto Barrios | | | | | | | | | 40.1 | 6.3 | | | | 24.3 | 2.8 |
| 48,588 | Livingsto ne. | | | | | | | | | | 95.0 | | | | 61.8 | 10.9 |
| 16. Totonicapán 339,254 1,060 Km ² | | 0.540 | 0.553 (K'iche') | 0.574 | 0.634 (K'iche') | 0.497 | 0.472 (K'iche) | 55.8 | 89.9 | 64.2 | 98.3 | 1 | 9 | 25 | 73.7 | 22.6 |
| 17. Zacapa 200,167 2,690 Km ² | | 0.638 | | 0.683 | | 0.620 | | 62.2 | 69.9 | 61.1 | 0.8 | 1 | 11 | 43 | 42.4 | 7.0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-------|--|-------|--|-------|--|------|------|------|------|---|----|----|------|-----|
| 39,871 | Gualán | | | | | | | | | 62.4 | 1.0 | | | | 41.6 | 6.7 |
| 18. Chiquimula 302,485 2,376 Km ² | | 0.564 | | 0.597 | | 0.507 | | 27.9 | 62.8 | 74.0 | 16.7 | 1 | 11 | 27 | 56.5 | |

Cuadro 2¹²

| Objetivo Desarrollo del Milenio | Año base 1987 | Dato más reciente 2002 | Meta 2015 |
|---|----------------------|-------------------------------|--------------------|
| Haber detenido y comenzado a disminuir para el 2015, la propagación del VIH/SIDA. | | | |
| Tasa del uso de anticonceptivos (%) | 4.5 | 57 | n.d. ¹³ |

¹² Datos del Informe Nacional de Desarrollo Humano “Diversidad étnico-cultural: La ciudadanía en un Estado plural”.

¹³ n.d.: no definido.

Cuadro 3¹⁴

| Departamento | Población ¹⁵ | Idiomas | Estudiantes | Docentes | Establecimientos ¹⁶ | Analfabetismo ¹⁷ |
|----------------|-------------------------|---|-------------|----------|--------------------------------|-----------------------------|
| Suchitepéquez | 481,050 Hab | Español, K'iche' y Kaqchikel | 142,655 | 5,955 | 1,213 | 23.95% |
| Alta Verapaz | 1,014,421 Hab. | Español, Q'eqchi' y Poqomchi' | 259,466 | 9,053 | 3,187 | 35.07% |
| Chimaltenango | 562,574 Hab. | Español y Kaqchikel | 152,243 | 6,512 | 1,457 | 17.13% |
| Escuintla | 655,165 Hab. | Español, Poqomam y Kaqchikel | 187,552 | 7,374 | 1,535 | 17.33% |
| Guatemala | 2,994,044 Hab. | predomina el Español y en algunos municipios el Kaqchikel | 861,523 | 39,428 | 6,930 | 7.88% |
| Huehuetenango | 1,056,591 Hab. | Español, Mam, Q'anjob'al, Jakalteco, Chuj, Awakateko, Chalchiteko y Tektiteko | 276,965 | 10,542 | 3,202 | 30.44% |
| Jalapa | 293,922 Hab. | Español y Poqomam | 85,730 | 3,361 | 946 | 28.94% |
| Jutiapa | 415,995 Hab. | Español | 136,665 | 5,284 | 1,567 | 26.94% |
| Quetzaltenango | 737,608 Hab. | Español, Mam y K'iche' | 241,970 | 9,473 | 1,983 | 19.58% |
| Quiché | 861,077 Hab. | Uspanteko, Ixil, Sakapulteko, K'iche', | 226,766 | 8,607 | 2,497 | 40.28% |

¹⁴ Información obtenida del Anuario Estadístico 2008 del MINEDUC.

¹⁵ Datos proporcionados por el Censo 2002, INE.

¹⁶ Un Establecimiento es un nivel, jornada y plan.

¹⁷ Información proporcionada por CONALFA.

| | | | | | | |
|-------------|--------------|---|---------|--------|-------|--------|
| | | Q'eqchi y Español | | | | |
| Retalhuleu | 284,372 Hab. | Español y K'iche' | 90,738 | 3,616 | 806 | 19.31% |
| San Marcos | 950,615 Hab. | Español, Mam y Sipakapense | 286,563 | 10,510 | 3,020 | 22.99% |
| Santa Rosa | 329,406 Hab. | Español | 104,673 | 4,175 | 1,203 | 21.56% |
| Sololá | 398,494 Hab. | K'iche', Kaqchikel, Tz'utujil y Español | 114,724 | 5,082 | 1,204 | 27.82% |
| Izabal | 383,634 Hab. | Español, Q'eqchi y Garífuna | 112,480 | 4,727 | 1,435 | 24.09% |
| Totonicapán | 433,751 Hab. | Español y K'iche' | 112,902 | 4,360 | 1,112 | 24.71% |
| Zacapa | 213,324 Hab. | Español y una minoría habla Chorti | 61,582 | 2,559 | 818 | 20.65% |
| Chiquimula | 347,964 Hab. | Español y Chorti | 99,086 | 4,561 | 1,488 | 33.18% |

El SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) es causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana); es la etapa final de un largo proceso de destrucción del organismo humano. El virus del SIDA destruye las células del cerebro causando un deterioro mental progresivo. No existe ninguna droga que pueda detener este virus; para ello sería necesario matar todas las células infectadas matando al individuo; este virus, una vez dentro del cuerpo se mantiene replicándose constantemente a través de todas las fases de la enfermedad.

Esta es una enfermedad infecciosa degenerativa con una tasa de mortalidad del cien por ciento. Se hace esta afirmación basada en los indicadores arriba mencionados, ya que la población rural e indígena tiene muy pocos accesos y en algunos casos ningún acceso a un centro de salud y las distancias para los hospitales son abismales como por ejemplo San Vicente Buenavaj, Sibilia, Cabricán por mencionar algunos.

Además en Guatemala, la mayoría de las y los portadores de VIH tienen acceso a antiretrovirales solamente cuando están afiliados al IGSS, a las dos clínicas especializadas en VIH y SIDA ubicadas en la ciudad Capital (Clínica Familiar “Luis Ángel García”, así como la Clínica del Hospital Roosevelt), donde se llevan a cabo programas de detección y prevención de la transmisión materno infantil y la clínica ubicada en el centro de Quetzaltenango Isaac Cohen; de lo contrario el tratamiento en clínicas privadas es demasiado caro e imposible para una persona

indígena. Por esta razón se hace esta afirmación que si alguna persona rural e indígena se contagia de VIH y SIDA, tiene muy pocas probabilidades de mantenerse y llevar una vida casi normal.

El VIH se transmite por tres vías: 1) Vías de transmisión sexual (por el intercambio de fluidos como el semen o el flujo vaginal); 2) Vías de transmisión sanguínea (mediante transfusiones de sangre, el compartir agujas o jeringas para medicamentos o drogas); y 3) Vías de transmisión vertical (la madre infecta al niño durante el embarazo, el parto o al amamantarlo).

Se le llama enfermedad de transmisión sexual, a aquella que generalmente se contrae al tener relaciones sexuales con una persona infectada. Constituye un factor importante el acto sexual como momento de transmisión de este tipo de padecimiento. También se refiere al grupo de infecciones se transmiten por la presencia de fluidos corporales infectados (semen, líquido, pre-eyaculatorio, sangre, fluidos vaginales, leche materna).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha cambiado recientemente la dominación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) por infecciones de transmisión sexual (ITS) por considerar que el término enfermedad es inapropiado para las infecciones que no producen manifestación, las cuales son las que se presentan con mayor frecuencia especialmente en mujeres. Otra parte importante del problema son las

formas de discriminación étnica y racial¹⁸, que se da por parte del resto de la sociedad y que afectan la interculturalidad, que es un conjunto social único formado por una diversidad de grupos culturalmente definidos en convivencia armoniosa y el normal desarrollo social.

A nivel internacional, en las últimas décadas se han venido generando acuerdos, tratados, convenios, estudios y programas relacionados a salud y a VIH y SIDA, a favor de los grupos originarios, quienes a través de la historia han sido víctimas de la introducción de epidemias y actualmente todavía, siguen sufriendo grandes inequidades en materia sanitaria, lo que implica una violación a sus derechos humanos fundamentales. Pero a nivel nacional, a pesar que Guatemala, conoce y ratificó Los Objetivos del Milenio, suscrita por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas y un número significativo de objetivos se relacionan con la salud y el desarrollo; no se ha logrado avances significativos en cuanto a este tema.

Es indispensable que el Estado guatemalteco logre un ambiente político (se refiere al sistema político-administrativo de un país, sus características socioeconómicas y su situación cultural)¹⁹ adecuado para que las políticas de salud, especialmente las relacionadas a

¹⁸ En su concepción inicial, el racismo estuvo basado en la diferencia e inferioridad biológica; en la actualidad esa interiorización está basada, predominantemente, en los “rasgos culturales”. Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala, 2005. Diversidad étnico – cultural: La ciudadanía en un Estado plural.

¹⁹ Índice para la Evaluación del Ambiente Político Alrededor del SIDA, The Future Group International, noviembre 1998.

ITS²⁰/VIH/SIDA puedan tener el avance y éxito deseado. Debido a que el método funcionalista estudia los fenómenos sociales desde el punto de vista de las funciones que cumplen las instituciones o estructuras sociales, como por ejemplo, clases, en una sociedad. Por esta razón, es necesario que el gobierno asuma su responsabilidad dando soporte político que venga desde el más alto nivel, por ejemplo su marco jurídico, recursos disponibles para lograr una respuesta inmediata y precisa para lograr resultados e impactos en cuanto al combate de la epidemia nacional del VIH y SIDA.

El funcionalismo afirma que el sistema total en una sociedad está compuesto de partes que están interrelacionadas e interdependientes, y que cada una cumple una función necesaria en la vida de un grupo. Tomando en cuenta lo anterior, los programas de información y prevención del VIH/SIDA deben estar relacionados con los demás Ministerios del gobierno: Educación, Economía, Cultural, Salud y otros, a manera que se pueda obtener un apoyo político a nivel de Estado. Este apoyo se puede pronunciar por dos vías: Explícito e implícito. El apoyo explícito puede hacerse evidente a través de pronunciamientos hechos por funcionarios de alto nivel de gobierno y otros líderes a favor de los programas de prevención del VIH/SIDA. El apoyo implícito se observa con frecuencia en

²⁰ Abreviatura que significa Infecciones de Transmisión Sexual.

función de lo que el gobierno ejecuta realmente en las áreas de políticas nacionales y operativas²¹.

A nivel de gobierno es indispensable contar con una estrategia pertinente²² a los pueblos indígenas, tomando en cuenta su cultura e idioma, lo cual entenderemos como un concepto grupal que describe las normas, los acuerdos, los significados que se dan a las acciones y las expectativas que tienen las personas²³. La cultura y la estructura social (sociedad) no son entonces, diferentes abstracciones de los mismos fenómenos²⁴.

1.2 Metodología

Dadas las características de la investigación, fue necesario familiarizarse desde el principio con la sociedad bajo estudio, que es la población maya-Kiche', ubicada en Quetzaltenango; reconociendo los problemas afines al tema de VIH y SIDA en lo particular; y como se está tomado como base el método estructural-funcional desde la perspectiva cultural, se pone énfasis en las estructuras sociales y en las instituciones. Este método consistió en poner en práctica procedimientos y técnicas pertinentes al grupo investigado y así conocer la función de los fenómenos

²¹ IDEM.

²² Las estrategias son los métodos utilizados para hacer algo. Según el método escogido, se puede llegar a la finalidad antes o después, mejor o peor y con mayor o menor coste. No existen estrategias buenas y malas en sí mismas, pero sí estrategias adecuadas o inadecuadas para un contexto determinado. Los resultados obtenidos dependen en gran medida de saber elegir la estrategia adecuada para cada tarea. Galeon, en línea. <http://www.galeon.com/aprenderaaprender/estrategias/estrategias.htm>, consultada el 22 de febrero 2009.

²³ Investigación de Parker, Herat y Carballo (1991), pag 79.

²⁴ Documento de Clifford, Gertz (1957), vol 59.

sociales en la estructura de la sociedad, desde el enfoque multicultural. Debido a que en el estructural-funcionalismo existen teorías de alcance medio y no integradas en un sistema global teórico; la metodología de los procesos de investigación no pudo ser separada del sistema teórico del conocimiento.

Las teorías pueden poseer distintos grados de generalización de los procesos y fenómenos sociales investigados, lo que dificultó la interpretación e hizo el cúmulo de datos se quede en el nivel descriptivo. Para ello, las fuentes de información se constituyeron un momento determinante, así los insumos obtenidos analizando los estudios que se han realizado en cuanto al tema VIH y SIDA – ruralidad – pueblos indígenas, análisis de estadísticas de información del Ministerio de Salud y entrevistas a líderes y líderes indígenas que se han atrevido a abordar el tema y a demandar las grandes necesidades de los pueblos indígenas²⁵. Estas herramientas de obtención de información estuvieron orientadas a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo afecta el VIH y SIDA a los pueblos indígenas en Guatemala, especialmente a los Kiche's?
- ¿Cuáles son las causas principales del contagio?
- ¿Cómo evoluciona esta situación?
- ¿Cuáles son las características de esta epidemia en lo rural y en lo urbano?

²⁵ Informe de investigación de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Guatemala; OPS/OMS; Washington D.C. 1998.

- ¿Cuál es el impacto a nivel comunitario?
- ¿Cuáles son las posibles estrategias y recomendaciones, para que los pacientes indígenas, portadores de VIH y SIDA obtengan un tratamiento pertinente a su cultura, raza y etnia?

En estas instancias correspondió observar y analizar la información de los estudios ya realizados, la información obtenida por medio de las entrevistas a líderes indígenas así como, con las instituciones gubernamentales responsables, que básicamente responden a las dependencias del Ministerio de Salud y las del Ministerio de Educación en un proceso de prevención.

En un segundo paso de la investigación, se realizó la observación, dejando a un lado los prejuicios de conocimiento que igualmente plantearon conocer cuáles son los problemas y que propuestas y/o soluciones serían consideradas.

Se obtuvieron las características como poco o falta de conocimiento del tema, mucha pobreza, analfabetismo, entre otros, que dieron la pauta de dar a conocer rutas por donde avanzar pertinentemente para no irrumpir en el orden social y optimizar toda acción para el tratamiento del VIH y SIDA.

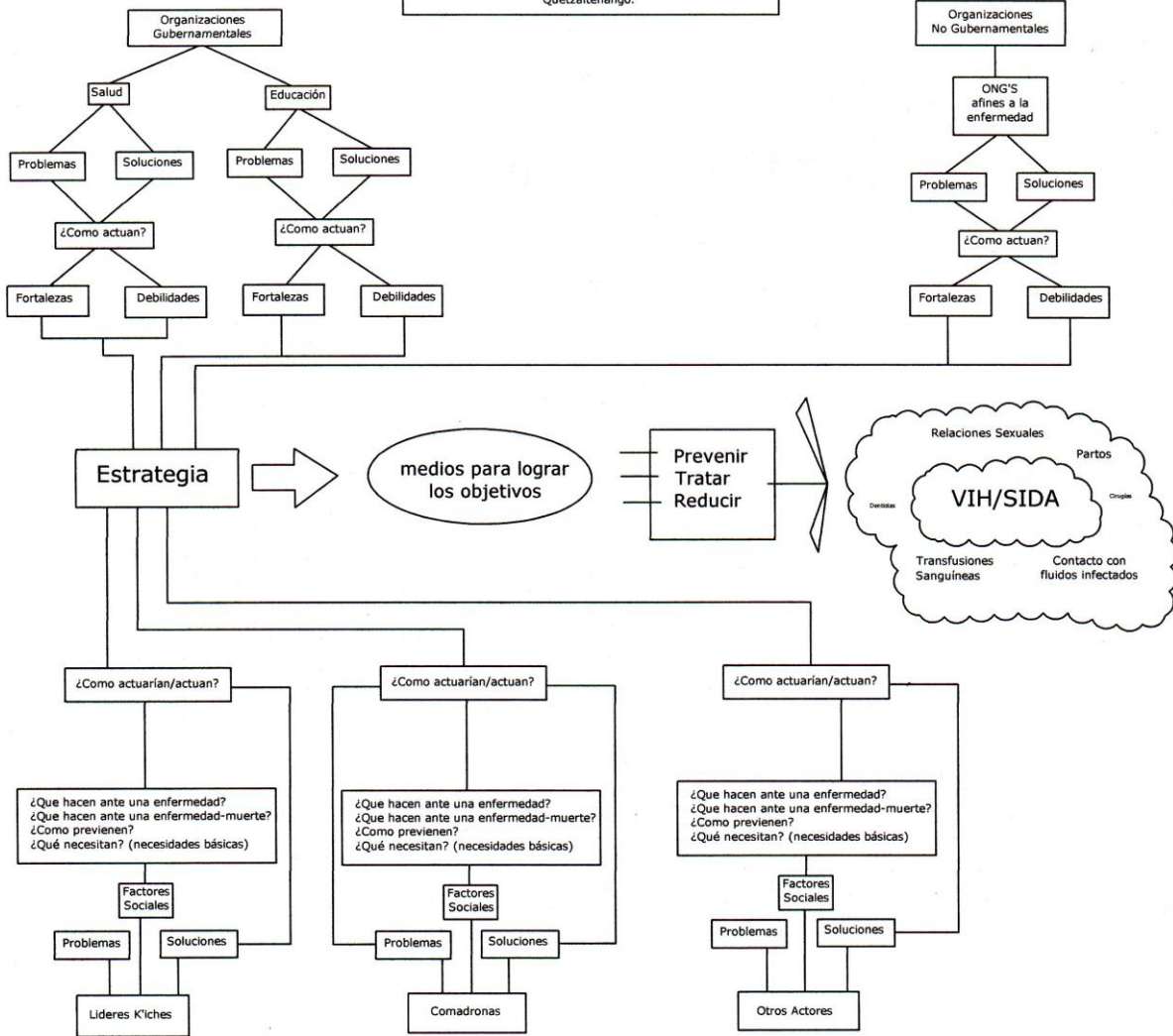
En una tercera acción del estudio, se confrontan dos visiones que son la visión indígena y la occidental y dos formas de actuar, la del pueblo Kiche' y la gubernamental, las cuales a su vez presentarían aspectos

particulares. Con esto se establecieron los errores y se abren las puertas para el planteamiento de estrategias.

En última instancia luego de haber conocido y observado la situación del VIH y SIDA en lo rural e indígena, se procedió al análisis y proyección de estrategias (que consistió en establecer los medios para lograr los objetivos), después de haber realizado revisiones y consultas.

Dichos objetivos están definidos por personas no convencionales en el tema pero que comparten la preocupación de esta epidemia y por expertos de la enfermedad y en epidemiología que redundan en prevenir, reducir y tratar la enfermedad, considerando los factores principales de contraerla (ver estructura de estrategia).

Estructura para la Construcción de las Estrategias Políticas en el tratamiento del VIH/SIDA, cabecera departamental de Quetzaltenango.



Capítulo II

2.1 Situación Actual

Guatemala es uno de los países que posee uno de los índices más altos de población indígena de América Latina: un cuarenta y dos a escala nacional, proporción que se eleva al ochenta por ciento en algunos departamentos²⁶. La población indígena se reparte en veinte y dos grupos étnicos diferentes que hablan veinte y cuatro idiomas de origen maya, garífuna y xinca. Sin embargo, aún no se ha reconocido ni aprovechado la diversidad étnica de la nación y los pueblos indígenas son objeto de una fuerte discriminación racial, social, económica y cultural. Un setenta por ciento de la población indígena es pobre²⁷.

La sociedad guatemalteca de hoy ha logrado importantes avances (en educación primaria y secundaria, derecho al voto, reconocimiento de los idiomas indígenas) en términos comparativos con lo que se era hace escasos diez años. Estos avances, como lo es el tener diputadas y diputados indígenas en el Congreso de la República; se registran en varios frentes y encuentran como un hito fundamental la firma de los Acuerdos de Paz de los cuales el más interesante para este tema es el Acuerdo de Identidad de los Pueblos Indígenas²⁸. Hasta el momento se puede decir que si se quiere medir el grado de cumplimiento de este acuerdo se pueden

²⁶ Instituto Nacional de Estadística INE, Censo 2002, Guatemala.

²⁷ Datos obtenidos del Informe de Desarrollo Humano Guatemala, 2005.

²⁸ Opinión líder indígena, Álvaro Pop, Reunión del Colectivo Naleb', octubre 2008.

mencionar las siguientes recomendaciones que se obtuvieron a diez años de haberse firmado:

La situación de pobreza, exclusión social y discriminación que enfrentan los pueblos indígenas no ha cambiado sustancialmente. En este orden de ideas, el Acuerdo tiene un grado muy bajo de cumplimiento. Si bien es cierto que ha habido avances en el campo de los derechos culturales, el acceso a la tierra, la seguridad jurídica y los derechos de los pueblos indígenas siguen postergados.

Con miras a avanzar en esta dirección, se recomienda:

- Promover la erradicación de la pobreza y la superación de la exclusión de los pueblos indígenas en el ámbito económico, cultural y social, en consulta con los pueblos indígenas. Lo anterior conlleva apoyar política y financieramente mecanismos de consulta regular de los pueblos indígenas e igualmente reconocer y respetar los procesos impulsados a iniciativa propia.
- Fortalecer las economías indígenas y campesinas sobre la base de la justicia social. A su vez, promover una visión recíproca entre los productores del norte y del sur, en la que prevalezca la justicia y la igualdad de condiciones en sus relaciones comerciales.
- Fortalecer las instituciones y organizaciones que estén impulsando acciones alrededor de los derechos de los pueblos indígenas e

igualmente apoyar los procesos políticos a nivel local y nacional de los pueblos indígenas.

- Apoyar la realización de una nueva consulta popular sobre los cambios a la constitución prevista en los Acuerdos de Paz.
- Contribuir en materia educativa en la promoción de los idiomas indígenas y la incorporación de la cosmovisión maya en los contenidos escolares²⁹.

Existe un consenso entre los pueblos indígenas, en torno a la percepción de mayores espacios, donde el debate y la confrontación de ideas permiten ir construyendo poco a poco el país que se quiere, que se desea, que se anhela, un ejemplo de esto es la creación y realización de acciones de la Comisión contra la Discriminación y Racismo –CODISRA- y la Defensoría de la Mujer Indígena –DEMI-.

El respeto de la diversidad y el reconocimiento de las diferencias se han fundamentado desde dos puntos de vista: moral y político. Desde el punto de vista moral, se reconoce que los seres humanos comparten aspectos en común pero a la vez, son seres culturales, es decir, seres con características específicas que comparten con otras personas y que las diferencian de otras³⁰. Estas diferencias son importantes y deben gozar de reconocimiento y respeto público y político. En otras palabras, se parte del

²⁹ *A diez años de los Acuerdos de Paz en Guatemala: Balance y perspectivas de la Cooperación Internacional* 2 y 3 de Mayo de 2007 Parlamento Europeo Bruselas, 2007.

³⁰ Encuesta de discriminación y racismo 2005, Naleb’.

principio que todas las personas merecen la misma consideración y respecto, en virtud de su naturaleza y esto implica respeto de su identidad y sus expresiones culturales. En un Estado de derecho, este principio debe ser garantizado por la Constitución Política como un primer paso en su reconocimiento y respeto público.

En cuanto a la situación y respuesta de la epidemia del VIH y SIDA a nivel Centroamericano es preocupante; principalmente en Guatemala, en donde no se logra visualizar la magnitud y gravedad de la epidemia, por un deficiente sistema de registro de casos, especialmente en las áreas rurales que habitadas en su mayoría por población indígena³¹.

Es imperante desarrollar una estrategia nacional³², con perspectiva multicultural, de información, prevención y sensibilización sobre la situación de este tema, en las áreas altamente vulnerables, como lo son las comunidades rurales e indígenas, en especial la mujer indígena, quien afronta grandes desventajas tales como: biológicas, económicas, sociales, culturales, el limitado acceso a servicios sociales de calidad y la violencia por motivo de género; que contribuyen a impulsar la propagación de la epidemia³³.

³¹ Información obtenida del I Foro Centroamericano de VIH y Sida y pueblos indígenas, Antigua Enero 2010.

³² SEGUIMIENTO A LA DECLARACIÓN DE SAN SALVADOR: En el marco del IV Encuentro de Personas viviendo con VIH-SIDA 2005, realizado durante el IV CONCASIDA en San Salvador en noviembre de 2005, los jefes de gobierno y de Estados centroamericanos y de la República Dominicana firmaron la Declaración de San Salvador. Este documento contempla la firma de 11 acuerdos presidenciales y toma como antecedentes los compromisos internacionales previamente adquiridos por las naciones en diversas cumbres, foros y reuniones regionales. De los 11 acuerdos presidenciales, solamente 9 están directamente relacionados con un compromiso directo de gobiernos.

³³ Mendizábal, Modesto; Análisis de situación y respuesta ante el VIH/SIDA en Centroamérica, agosto 2006. USAID y Centers for Diseases Control and Prevention.

Actualmente se reportan diez mil seiscientos setenta y siete casos acumulados de SIDA desde mil novecientos ochenta y cuatro a octubre del dos mil siete, de los cuales el setenta por ciento son hombres, la mayoría entre veinte y cinco y treinta y cuatro años. El noventa y cuatro punto treinta y ocho por ciento de los casos reportados notifican la vía de transmisión a través de contacto sexual.

Lamentablemente no se cuentan con informes sobre la relación entre adicción a alguna droga intravenosa y el riesgo de infectarse por VIH en Guatemala. Los departamentos con mayor incidencia acumulada son Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala e Izabal, todos mayores a los ciento veinte y ocho casos por cien mil habitantes. El setenta y uno por ciento de los casos se encuentran en los departamentos de Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala, Izabal, Retalhuleu, Sacatepéquez y Quetzaltenango³⁴. El total de personas con tratamiento antirretroviral es de siete mil ochocientos cincuenta y dos.

La epidemia afecta de manera especial a la población joven y productiva entre los quince y los cuarenta y nueve años de edad. Se da este corredor epidemiológico debido a que son los departamentos de paso de los migrantes que van hacia el norte y por esta razón se cree que en estos lugares son mas vulnerables debido a la existencia de venta de estupefacientes por medio del narcomenudeo, mucha prostitución,

³⁴ León Noriega, Laura; Informe del Diagnóstico de situación y respuesta al VIH y sida en Guatemala; enero 2008.

discotecas, bares y esto da lugar a que los migrantes se queden por un tiempo y luego prosigan con su ruta.

De los dos mil cuatrocientos setenta y ocho casos de notificados en el departamento de epidemiología de Ministerio de Salud, de agosto del dos mil tres a agosto del dos mil cinco, el veinte y cinco por ciento corresponde a población del grupo maya, seiscientos ocho casos de sida y trescientos ochenta y uno de VIH. En relación con los casos notificados en población maya, estos se concentran en los departamentos de Alta Verapaz, El Quiché, Chimaltenango, Sololá, Totonicapán.

Los jóvenes guatemaltecos de las comunidades mayas y mestizas cuentan con conocimientos, actitudes y practicas sobre la sexualidad humana, la reproducción y el VIH y SIDA que no se conocen a profundidad. Este estudio generara acciones políticas y sociales para atender a los pacientes del VIH y SIDA y también para prevenir a las poblaciones indígenas, especialmente las ubicadas en Quetzaltenango.

A continuación se presenta algunos datos relevantes del área geográfica donde se ejecuta la investigación (Quetzaltenango) y una breve reseña histórica.

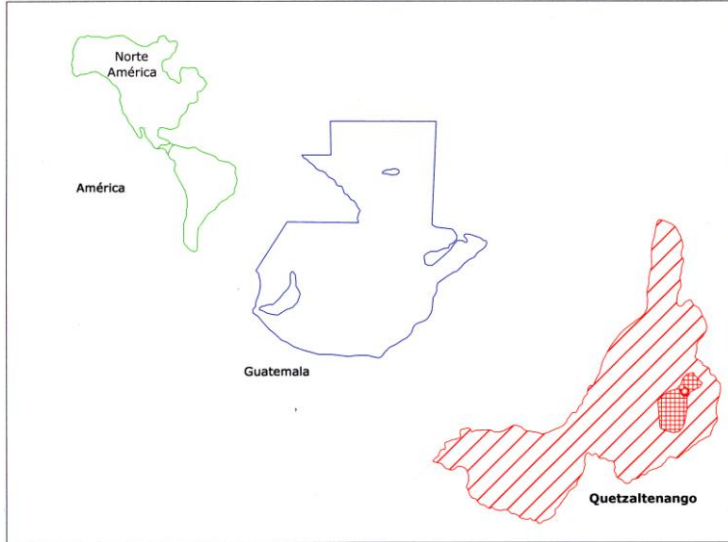


Fig. 1: Contexto geográfico de Quetzaltenango.

Concretamente en el departamento de Quetzaltenango, donde se investigó para obtener la estrategia socio-política para el tratamiento de una enfermedad mortal, existen muchas connotaciones que se reflejan en indicadores sociales exponentes de las particularidades de este pueblo.

2.2 Datos importantes para conocer la región quetzalteca:

Perteneciente a la región occidental de Guatemala, el municipio de Quetzaltenango es la cabecera del departamento del mismo nombre, se encuentra a una altura de dos mil trescientos treinta y tres metros sobre el nivel del mar, con una extensión de ciento veinte kilómetros cuadrados, a una distancia de doscientos kilómetros de la ciudad capital.

Ocupa un valle relativamente grande del río Samalá, dispuesto entre la región montañosa de la Sierra Madre, con suelos de características volcánicas, cuyo volcán más relevante es el Santa María. A decir de su configuración montañosa, generalmente el clima es frío³⁵.

El municipio de Quetzaltenango es de primera categoría, siendo la segunda ciudad en importancia de Guatemala. Se constituye como centro de carácter industrial, comercial y de servicios a escala regional, a razón de su ubicación geográfica, peso demográfico y consolidación tradicional.

Uno de los factores de desarrollo responden a la comunicación mediante las redes de carreteras, entre estas: La CA-uno que de la ciudad Capital conduce a la frontera con México, misma que paulatinamente en los últimos años ha sido ampliada en función a la magnitud comercial. También cuenta con rutas que la comunican con la carretera internacional del Pacífico CA-dos³⁶.

El territorio de Quetzaltenango expone un pasado anterior a la colonia, el que es indicado en algunos textos antiguos. En los títulos de la casa Ixquím – Nehaib, señora del territorio de Otzayá, refieren que Quetzaltenango era una cabeza de calpul, conocida por Nimá Amac, un pueblo muy grande, todo de indígenas mames principales.

³⁵ Pinzón Escobar, Jaime Armando; Análisis del proceso arquitectónico y artístico del cementerio general de Quetzaltenango. Tesis de Arquitectura. Facultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala; 1989.

³⁶ Xicara Chojolan, Eleazar Jonathan; Conservación y restauración del antiguo edificio de Gobernación en el Centro Histórico de Quetzaltenango. Tesis de Arquitectura; Universidad de San Carlos de Guatemala; 1990.

La nación Mam fue conquistada por Nijaib y Cavec, príncipes de la confederación Quiche, al menos de los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán. Posteriormente fue consumada esta conquista por Quicab, quedando los dominios Mam bajo la soberanía de los quiches³⁷.

El nombre primitivo de Quetzaltenango fue Culajá que significa “Garganta de Agua”, durante el reino de los Mames; que seguramente estaría dado en función al río Samala y el valle en esta zona, denotando la implicación garganta de agua. Al ser conquistado el territorio por los Quiches le llamaron Xelajú, que tiene una traducción “Bajo los diez cerros”, por los cerros que rodean al valle.

Posteriormente los naturales que acompañaban a los conquistadores le dieron el nombre de Quetzaltenango, que significa “En la muralla del Quetzal”. La ciudad fue fundada por Pedro de Alvarado, el quince de mayo de mil quinientos veinte y cuatro y luego para finales de la época colonial, el noble ayuntamiento fue creado por Real Cédula, el veinte y cuatro de diciembre mil ochocientos cinco, creando formalmente la primera municipalidad el tres de enero de mil ochocientos seis³⁸.

Para el período republicano, fue elevada a la categoría de ciudad por decreto del veinte y nueve de octubre de mil ochocientos veinte y cinco. Por divisiones políticas Quetzaltenango se constituyó como capital del sexto estado de Centro América, llamado Estado de los Altos en mil

³⁷ Xicara Chojolan, Eleazar Jonathan; Conservación y restauración del antiguo edificio de Gobernación en el Centro Histórico de Quetzaltenango. Tesis de Arquitectura; Universidad de San Carlos de Guatemala; 1990.

³⁸ Pinzón. Op. Cit., p. 32.

ochocientos veinte y seis; quedando de nuevo incorporada al estado de Guatemala por decreto de Asamblea Constituyente el trece de agosto de mil ochocientos cuarenta; erigido más tarde como departamento por decreto, el dieciséis de septiembre de mil ochocientos cuarenta y cinco.

Desde el período colonial la región fue cuna de una prospera raza quiché. Luego de la colonización española, la ciudad de Quetzaltenango fue en crecimiento, mostrando un gran impulso cultural, constituyéndose en un centro de desarrollo.

Para finales del siglo XIX y principios del siglo XX alcanzó un gran apogeo económico, radicándose en esta ciudad grandes capitalistas que determinaron en alguna medida el futuro de Quetzaltenango. En dicha época, la élite tendría mucha influencia europea, tanto en su sistema de vida y cultura como en la arquitectura, caracterizando las construcciones privadas con estilo romántico y neoclásico, adoptando este último en las construcciones públicas³⁹

Quetzaltenango es llamada cuna de la cultura, de donde han surgido grandes personalidades del arte. El estilo neoclásico con referentes italianos contó con la colaboración de artistas locales y toda la mano de obra que esto implicó, procurando esa característica plástica de la ciudad.

La población del municipio rebasa los doscientos cincuenta mil habitantes y el grupo indígena es levemente mayor que el no indígena. Según las estimaciones en la década de los ochentas el setenta y siete por

³⁹ Idem. Pag. 35.

ciento de la población es alfabeta y de religión predominantemente católica⁴⁰.

La ciudad bajo estudio pudo superarse mediante fenómenos particulares y determinado grupo kiche' (los principales) en vista de los cambios políticos y económicos que rápidamente transformaron su pueblo indígena en una ciudad multiétnica y comercial, decidieron contar con las elites criollas para que les ayudaran a conservar su autoridad cultural, reforzar su poder político y ganar acceso al dinero.

Por su parte los criollos necesitaban a los principales para que les ayudaran a administrar la ciudad y a dividir a la población plebeya según un sistema de castas, limitando así la posibilidad de una alianza popular multiétnica⁴¹.

Este referente social explica en buena medida, como interactuó la sociedad en Quetzaltenango y de alguna manera implicó el desarrollo y evolución en muchos aspectos, al grado que tanto para las elites ladinas como para las k'iche's, la identidad nacional era importante.

En Quetzaltenango, la formación y conservación de una etnicidad k'iche' estaba inextricablemente vinculada a la formación de una conciencia regional y nacional. Muchas de las cuestiones en torno a raza, cultura, género y nacionalismo planteadas por el movimiento maya actual

⁴⁰ Pinzón Escobar, Jaime Armando; Análisis del proceso arquitectónico y artístico del cementerio general de Quetzaltenango. Tesis de Arquitectura. Facultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala; 1989, página 17.

⁴¹ Grandin, Greg; La sangre de Guatemala, raza y nación Quetzaltenango 1750 – 1954. Editorial Universitaria, Universidad de San Carlos de Guatemala. Plumsock Mesoamerican Studies. Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica. Guatemala; 2007

-en el que son actores claves los k'iche's de Quetzaltenango- tienen su origen en los esfuerzos que hicieron los ladinos en el siglo XIX para crear una identidad nacional homogénea"⁴².

⁴² Idem. Pag. 37.

Capítulo III

3.1 El VIH y SIDA en Quetzaltenango

En concreto, el presente capítulo expone el problema del VIH y SIDA con todas sus especificidades en una aplicación específica para la ciudad de Quetzaltenango. Describiendo las características y la información acerca de la enfermedad, procurando sustentar la materia principal de la investigación es como inicia este tercer apartado.

3.2 Marco Legal específico para Guatemala

En mayo del dos mil, el Congreso de la República aprobó la Ley General para el combate del virus de inmuno deficiencia humana –VIH- y del Síndrome de inmuno deficiencia adquirida –SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y SIDA. En dicha ley se establece la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA y de la Comisión Multisectorial, integrada por diversas instancias del Estado y dos de la Sociedad Civil y coordinada por el Ministerio de Salud.

La Ley de Desarrollo Social, Decreto Legislativo cuarenta y dos guión dos mil uno, incluye dentro de sus componentes el tema VIH y SIDA; por otra parte, en la Política de Desarrollo Social y Población, aprobada en abril de dos mil dos, en materia de Salud, se incluye como Instrumento de la Política el Programa Nacional de Prevención del VIH y SIDA y como objetivos específicos: Fortalecer la atención integral del ITS/VIH/SIDA e informar y educar a la población para la prevención del ITS/VIH/SIDA.

Diversos organismos internacionales entre ellos USAID, a través del Proyecto Acción SIDA de Centroamérica –PASCA-, ONUSIDA y otras agencias como UNICEF, PNUD, o CDC han apoyado el fortalecimiento de la capacidad del país para responder a la epidemia del VIH y SIDA en áreas claves como la planeación estratégica, el diálogo político, la sensibilización pública, la vigilancia epidemiológica y el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil.

La formulación de una política pública respecto a ITS/VIH/SIDA encuentra su fundamento normativo primigenio en la Constitución Política de la República de Guatemala, especialmente en sus artículos uno, dos, cuatro, once, veinte y cuatro, cuarenta y cuatro, cuarenta y seis, cuarenta y siete, cincuenta y uno, cincuenta y dos, setenta y dos, noventa y tres, noventa y cuatro, noventa y cinco, noventa y ocho y cien 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.

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 del VIH y SIDA, contenidos en los siguientes cuerpos legales:

- Ley de Desarrollo Social

- Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.
- Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA
- Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia
- Código de Trabajo
- Código Civil
- Código de Salud
- Código Penal (Reforma al Código penal relativa a la discriminación, artículo doscientos dos bis, Decreto cincuenta y siete guión dos mil tres) cinco punto dos Compromisos Nacionales e Internacionales que el Estado de Guatemala ha asumido respecto a ITS/VIH/SIDA.

3.3 Los compromisos que el Estado de Guatemala ha adquirido, en el ámbito político internacional o por propia iniciativa en el ámbito nacional, son los siguientes:

1. Evaluar la implementación del Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA mil novecientos noventa y nueve guión dos mil cuatro: Incluye el monitoreo sistemático de la ejecución del Plan Estratégico

Nacional –PEN-, la elaboración de informes trimestrales y la evaluación en el tercero y quinto año de su ejecución.

2. Compromisos adquiridos por los Estados miembros, en la Sesión Especial sobre VIH y SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas –UNGASS- de dos mil uno: Comprende dieciocho indicadores básicos que permiten vigilar los progresos en el cumplimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, adoptada en dicha Asamblea General. Cinco de ellos verifican el compromiso y acción mundiales, y el resto se refieren a indicadores de compromiso y acción nacionales. Entre ellos cabe destacar: Cantidad de fondos nacionales destinados a VIH y SIDA; existencia de un Plan Estratégico para luchar contra el VIH y SIDA; existencia de una política o estrategia general para fomentar la información, educación, comunicación, las intervenciones en salud, la ampliación del acceso a servicios y productos básicos de prevención, atención y apoyo integrales para el VIH y SIDA, con interés particular en los grupos vulnerables; la disposición de leyes y reglamentaciones que protegen los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y SIDA y el Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA.

3. Los objetivos de Desarrollo del Milenio: En septiembre del dos mil, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la

mujer. El sexto objetivo está relacionado con el VIH y SIDA y se refiere a “Combatir el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades”. Atañe a este objetivo la meta siete que establece “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año dos mil quince, 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 los quince y veinte y cinco años, tasa de uso de anticonceptivos y número de niños huérfanos por causa del VIH y SIDA.

Otras metas, en el ámbito de la salud, se refieren a la reducción de la mortalidad infantil en dos cuartas partes y mortalidad materna en tres cuartas partes. Al ser afectados estos grupos por la epidemia no se podrán cumplir dichas metas y más bien se pueden experimentar retrocesos.

4. Fondo Mundial: Los compromisos adquiridos respecto al Fondo Mundial que, como se indicó, compromete un total de cuarenta millones novecientos veinte y un mil novecientos diecisiete dólares, para un período de cinco años, consisten en:

- Dirigir acciones efectivas de prevención hacia las poblaciones más vulnerables y en las áreas de mayor incidencia del VIH y SIDA en el país, de conformidad con los estudios de vigilancia epidemiológica y con los reportes de caso.
- 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/SIDA de poblaciones

discriminadas y estigmatizadas, en las áreas geográficas priorizadas por el proyecto.

- Disminuir la transmisión madre-hijo de un treinta por ciento a un cinco por ciento de las parturientas atendidas por los servicios de salud.
- Reducir la mortalidad por SIDA en un treinta por ciento al tercer año y en un cincuenta por ciento al quinto año en las áreas priorizadas y reducción de la morbilidad por infecciones oportunistas en cinco por ciento 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 del SIDA (PNS) para poder dar respuesta a la creciente demanda de personas vivienda con SIDA (PVVS) así como a las acciones y estrategias de prevención en el país y a los distintos grupos vulnerables y población en general.

5. Compromisos de RESSCAD –Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana-: En esta reunión, realizada en agosto del dos mil tres, se acordó:

- Desarrollar una iniciativa subregional para garantizar la disponibilidad a bajo costo de medicamentos e insumos necesarios para resolver los problemas de compra de antirretrovirales, entre otros.

- Solicitar a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) el apoyo técnico y la movilización de recursos para el desarrollo de esta actividad.
- Panamá queda encomendado para dar seguimiento y coordinar esta iniciativa.

6. Compromisos en COMISCA –Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica- : Lo tratado en dicha reunión, realizada el veinte y tres de abril del dos mil cuatro, respecto al SIDA fue:

- Preparar un avance en las observaciones realizadas por los Ministros a la Propuesta del “Proyecto Regional para América Central para la Prevención y Control del VIH y SIDA” con un fondo estimado de 8 millones de dólares donado por el Banco Mundial (BM) para un período de ejecución de cinco años.
- Solicitar a SISCA y a OPS continuar con los esfuerzos de concretar la negociación conjunta de insumos de laboratorio para pruebas las diagnósticas del SIDA.

7. Compromiso del Presidente de la República, Licenciado Oscar Berger, con la Fundación Preventiva del SIDA “Fernando Iturbide” y la Asociación de Salud Integral –ASI- : A raíz de la presentación de una demanda contra el Estado de Guatemala, por parte de 51 personas que viven con VIH y SIDA - respaldadas por las organizaciones antes mencionadas, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, por su incumplimiento del deber y proteger la vida humana y el de velar por la salud de los

habitantes de la Nación, el tres de junio de dos mil cuatro, el Presidente Berger se comprometió a dar cumplimiento a las Medidas Cautelares otorgadas por la CIDH y, recibió de los peticionarios entre otros requerimientos los siguientes: Presentar como Iniciativa de Ley la “Política de Estado que garantice la atención integral en forma universal del VIH y SIDA”; la creación de la “Unidad de Personas viviendo con VIH y SIDA”; la derogación de los decretos nueve guión dos mil tres y dieciséis guión dos mil tres; la política de estado que declara la epidemia del VIH y SIDA como un problema prioritario en la agenda de Nación.

Además, garantizar la partida presupuestal anual para el fortalecimiento y funcionamiento del Programa Nacional del SIDA y garantizar que se cumplan los compromisos acordados por el Estado para la ejecución del apoyo financiero otorgado por el Fondo Global. Sin embargo, es pertinente indicar que, existiendo un marco legal vigente, que establece las obligaciones del Estado respecto a la epidemia y siendo una atribución del Organismo Ejecutivo la formulación de las políticas públicas a implementar para atender las responsabilidades que le competen, se ha considerado conveniente que sea dicho organismo, el que defina, apruebe y coordine la ejecución de la Política respecto a Infecciones de Transmisión Sexual y el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-.

8. Compromisos Adquiridos en la Cumbre Extraordinaria de Jefes de

Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

El once de noviembre del dos mil cinco, en esta Cumbre Extraordinaria llevada a cabo en San Salvador, El Salvador, los Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) declararon el firme compromiso de los Estados integrantes en seguir trabajando en la lucha contra el VIH y SIDA, liderando todos los esfuerzos de Estado con un enfoque de urgencia, armonizando y coordinando en respuestas nacionales y regionales. Además de:

- Reenfocar los esfuerzos para la prevención del VIH y SIDA, incluyendo programas específicos dirigidos y diseñados con la participación activa de los grupos más vulnerables al VIH y de las Personas Viviendo con VIH y SIDA (PVVS)
- Apoyar plenamente la Campaña Mundial sobre Niñez y Sida, dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Lograr avances importantes en la consecución de la meta de acceso a tratamiento universal para el VIH/SIDA en el año dos mil diez.
- Mantener e incrementar los recursos financieros provenientes de fuentes nacionales destinados a la respuesta al VIH y SIDA.
- Compartir experiencias y buenas prácticas entre los países del SICA.
- El acuerdo para la creación de una red de cooperación entre los Países del SICA en relación a las respuestas al VIH/SIDA, con la participación de las autoridades de salud y otras gubernamentales.

3.4 Generalidades demográficas

Al abordar la escena principal del padecimiento epidémico, resulta imprescindible el tratamiento de la demografía en el área de la investigación, sobre todo por representar estudios estadísticos de un colectivo humano (Guatemala y Quetzaltenango) dado en un momento concreto.

Partiendo de la información general, de los doce millones de habitantes pensados para este tiempo en Guatemala, en tanto otros consideran rebasar los trece millones para el dos mil nueve, el cuarenta por ciento es descendiente de pueblos amerindio/indígenas, de etnias predominantemente Mayas. Los mestizos (linaje mezclado europeo/indígena) y los criollos (blancos de descendencia española, alemana y de otros países europeos), son conocidos como ladinos y comprenden casi el sesenta por ciento de la población, existiendo un escaso porcentaje de afro caribeños que viven en la costa atlántica.

En su mayoría, la población guatemalteca es rural, a pesar del acelerado proceso de urbanización. En la actualidad, debido a los flujos migratorios del campo a la ciudad, más del cuarenta por ciento de la población se concentra en las principales ciudades del país. Es decir en un tiempo no muy lejano, dadas las tendencias del sistema en que se vive y la connotación histórica referida a la centralización, la mitad de la población será urbana.

Si bien es cierto, se entiende que el urbanismo representará en todo caso connotaciones afines a desarrollo, planificación, ampliación y demás características relativas a la convivencia de muchas personas en un solo lugar. Esto en conjunto estaría teóricamente representando una mejor calidad de vida.

Sin embargo, en las ciudades de muchos países, se observan grandes limitaciones para expresar una mejor vida, con frecuencia se observan crecidos asentamientos en condiciones totalmente precarias, también se percibe el hacinamiento en determinados sectores, la contaminación ambiental (aire, ríos, bosques), el deterioro de la salud física y psicológica de los habitantes, entre otras circunstancias negativas.

Es decir no necesariamente la ciudad implica calidad de vida, la migración se justifica en el renglón económico (es más rentable escribir y archivar en una computadora o hacer limpieza en una oficina que sembrar tantas cuerdas de maíz), el acceso a oportunidades (educación, organismos estatales, etc.).

Respecto a determinados problemas sociales (prostitución, drogadicción, trata de blancas, paternidad irresponsable), en su gran mayoría tendrían un origen o medio de fomento en lo urbano; así el desarrollo implica paralelamente el surgimiento de ciertos inconvenientes.

Asociado a esto, la asimilación generada en la convivencia de distintas etnias dentro de la ciudad como es el caso de Guatemala, considerando que existen veinte y tres idiomas autóctonos, la mayoría de

origen Maya y las lenguas Xinca y Garífuna, tienden en la migración a perderse además de otras expresiones culturales. Muchas personas que migran del campo a la ciudad, al procrear en ésta las nuevas generaciones ya no hablarían el idioma que hablaron sus padres o abuelos, ya no vestirían igual, no comerían lo que comían haya en el campo, y así el cambio se da en muchos aspectos.

Algunos reportes indican que existe en Guatemala una densidad poblacional promedio de ciento veinte habitantes por kilómetro cuadrado y más de la mitad de la población vive en condiciones de pobreza y cerca del quince por ciento por debajo de la línea de extrema pobreza. Curiosamente, del total de pobres en el país, la región Sur occidente, que estaría aludiendo ésta investigación por incluir a Quetzaltenango, concentra el veinte y ocho por ciento de los pobres, y al Norte de esta (Huehuetenango y Quiche), representan el veinte por ciento; es decir que el Occidente completo de Guatemala casi aglutina a la mitad de los pobres de toda la nación.

Otro de los datos que resulta bastante representativo para el trabajo, refiere que entre los habitantes de etnia maya, el grupo étnico mayoritario es el kiche' con cerca del veinte y nueve por ciento de los indígenas, considerando que es el grupo referido en la ciudad de Quetzaltenango.

En el tema de salud, tratando la mortalidad y natalidad, puede percibirse un pequeño avance, así han mostrado descenso en los últimos quince años a nivel del país. La esperanza de vida al nacer ha aumentado

para los hombres de cincuenta y nueve punto setenta y ocho a sesenta y tres punto uno entre los quinquenios de mil novecientos noventa a mil novecientos noventa y cuatro y dos mil al dos mil cinco y para las mujeres de sesenta y cinco y sesenta y ocho siempre en los mismos períodos.

Por su parte el perfil de morbilidad del país se ha mantenido básicamente durante el período mil novecientos noventa al dos mil cinco, con un patrón de enfermedades infecciosas y nutricionales principalmente en el grupo de menores de cinco años. La desnutrición moderada y grave no ha variado en los últimos cinco años presentando una prevalencia en el grupo de tres a cincuenta y nueve meses de cuarenta y nueve por cien.

También como tema importante, la mortalidad proporcional atribuible a enfermedades transmisibles ha descendido en el período mil novecientos noventa al dos mil cinco, pero se mantiene dentro de las primeras causas. Así mismo, la razón de la mortalidad materna registrada en el año dos mil fue de ciento cincuenta y tres por cien mil nacidos vivos. La mortalidad infantil y de la niñez demuestra que el grupo más vulnerable es la población rural e indígena. Entre otros datos, se estima que cerca del treinta y ocho por ciento de los hombres indicaron tener entre uno y cuatro hijos vivos. El promedio de edad a la que los hombres tienen su primer hijo es de veinte y cinco años y se reportaron alrededor de tres millones de mujeres en edad fértil.

Como argumento alusivo a las problemáticas que se enfrentan para el tratamiento de esta enfermedad, es considerable dentro de la sexología social de Guatemala que el lugar de parto reportado para el grupo indígena es la casa en el setenta y siete por ciento de los casos. En este sentido ¿Qué tipo de controles antes, durante y después del parto pueden tenerse cuando la situación resulta ser bastante clandestina?, esta situación a la larga será determinante para el tratamiento de la enfermedad, misma que será discutida adelante.

En relación a la información demográfica, los problemas a resolver se centrarían en la pobreza, la desnutrición (cuarenta y nueve por ciento de los niños y niñas entre tres y cincuenta y nueve meses presentan desnutrición moderada o grave), especialmente entre la población rural e indígena.

Por aparte, considerando que el veinte y ocho por ciento de los pobres se encuentra en la región Sur occidente y que también es la región que reporta la mayor cantidad de casos de sida, según el diagnóstico de situación y respuesta al VIH y SIDA en Guatemala, ejecutado por la Doctora Laura León.

Es necesario hacer notar desde estas estimaciones que el cuarenta por ciento de la población es menor de quince años, y el cincuenta y tres punto cinco por ciento es menor de veinte años, es decir es un porcentaje poblacional que se encuentra en alto riesgo si no se actúa de inmediato, considerando la iniciación sexual; esto resulta contrariado a que solo se

estimen uno punto siete millones de personas en edad de mayor riesgo de infección.

3.5 Escenario epidemiológico

En este aspecto la salud reproductiva representa un renglón importante en relación al VIH y el SIDA. Para ello, establecer el conocimiento que se posea en todos los elementos que le competen a la reproducción del ser humano, resulta determinante para introducirse en el escenario de ésta epidemia.

Los fenómenos que se van dando en función al conocimiento de la enfermedad, llaman la atención por remitir en alguna medida el movimiento social intrínseco entre las sociedades o grupos más afectados. Así, es curioso que el saber acerca del VIH y el SIDA se haya incrementado en las mujeres de edad reproductiva, y también los departamentos que forman parte del corredor epidemiológico son los que reportan un mayor conocimiento del tema. Esto se debe a que tanto los estudios como donaciones para las instituciones que tocan este tema, se han enfocada en estas áreas.

Estos indicadores sugieren pensar que en tanto el problema se presenta, la reacción y el conocimiento del mismo es marcado en el lugar físico o en el grupo afectado, rebasando en ventaja a los lugares en donde la presencia del problema no es notablemente evidente.

Por aparte, dentro de los referidos fenómenos, valdría la pena definir que tipos de grupos sociales abarca el corredor epidemiológico y que circunstancias dentro de su comportamiento social los hacen ser susceptibles y afectados directos del problema; pensando que el corredor epidemiológico⁴³ se refiere a un trayecto que desde las fronteras con México, pasando por la costa sur, sube al centro del país y su otro extremo es la Costa Atlántica.

Entre otros datos, los hombres entre quince y cincuenta nueve años, y las mujeres de quince a cuarenta y nueve, dispuestos en el corredor referido de la epidemia reportan tener conocimientos altos y muy altos sobre infecciones de transmisión sexual, pero tienen poco conocimiento sobre la prueba de VIH.

Denotando la necesidad de informar y hacer funcionar masivamente la voluntariedad consejera del tema, así como la disponibilidad de la prueba; quizás a lo específico en las áreas geográficas con mayor incidencia acumulada y para las poblaciones en mayor riesgo.

Entre otros problemas paralelos, aparte de la necesidad del conocimiento de la enfermedad, la violencia sexual contra la mujer se expone especialmente en la región sur occidente, abarcando en definitiva el departamento de Quetzaltenango. Así mismo, no se reporta una relación directa entre conocimientos sobre el uso del condón y la utilización como medida de prevención.

⁴³ Ver mapa del corredor en anexo 3 del capítulo III.

Estas circunstancias definen la necesidad de utilizar estrategias diferentes, procurando el cambio de conductas e implementar sistemas de monitoreo e indicadores de efecto que permitan retroalimentar los proyectos de forma eficiente y oportuna para asegurar un impacto en la situación de la epidemia.

A partir de mil novecientos noventa y seis se observa un aumento significativo en el número de casos reportados, lo que obedece al aumento de pruebas diagnósticas en el país. En este sentido es considerable la existencia de las limitaciones en los sistemas de notificación, por lo tanto muchas de las estadísticas a criterio personal serían limitadas.

Desde el año de mil novecientos noventa y tres se percibe una reducción en la razón de masculinidad que registró su punto más alto en mil novecientos ochenta y ocho y a la fecha se encuentra en su punto más bajo. Esta aparente tendencia a la feminización de la epidemia puede estar expresada en los últimos años, considerando que se ha incrementado significativamente la oferta de pruebas sin costo a las mujeres embarazadas, mientras que a los hombres sólo se les ofrece la prueba sin costo si se identifican como homosexuales y en algunos casos como clientes de prostitutas.

Quetzaltenango es uno de los departamentos que particularmente presentan las tasas más altas de casos de SIDA⁴⁴, reportando casi ciento diez casos por cien mil habitantes. Llama la atención como otro de los fenómenos que en los departamentos que se caracterizan por su alto nivel productivo y comercial se concentre el mayor porcentaje de casos de SIDA, estimando solo los notificados.

Sin embargo, 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. Hasta aquí, el ochenta y tres punto dos por ciento de todos los casos ocurre en el grupo de veinte a treinta y nueve años de edad y el grupo de veinte a treinta y cuatro años de edad, aporta el cincuenta y dos punto once por ciento de todos los casos.

Estos datos en particular estarían remitiendo desde luego un tratamiento específico, respecto del rango de las edades, que un gran porcentaje ocurre en edades reproductivas, con efectos deducidos de la promiscuidad.

Por aparte, Quetzaltenango como uno de los departamentos y la ciudad en particular más comercial y productiva tiene acceso desde las fronteras mexicanas tanto por la Costa Sur (Tecún Uman y El Carmen) como por el altiplano (La Mesilla). Además de un marcado intercambio comercial con Suchitepéquez, Retalhuleu y desde luego la ciudad Capital,

⁴⁴ Ver mapa de caracterización de casos de SIDA, anexo 2 capítulo II.

que pertenecen no solo al corredor epidemiológico sino a los departamentos con las tasas más altas.

Capítulo IV

4.1 Hallazgos de la investigación

De mil novecientos ochenta y cuatro al dos mil se realiza en Guatemala únicamente el registro de casos SIDA. A partir de dos mil tres se inicia la vigilancia del VIH y durante el periodo de julio dos mil tres - octubre dos mil siete se ha notificado un total de tres mil seiscientos cincuenta y ocho casos, sesenta y tres por ciento comprendidos entre las edades de veinte y treinta y nueve años. Con relación al grupo étnico, el setenta y siete por ciento es población ladina y dieciocho por ciento maya. En cuanto al estado civil, el treinta y siete por ciento del total corresponde al grupo de solteros, y en segundo lugar, con treinta por ciento, está el grupo de unión libre. El veinte y nueve por ciento de estas personas ha cursado únicamente la primaria, veinte y siete por ciento es alfabeta y el veinte y cuatro por ciento analfabeta. La principal vía de transmisión al igual que en la notificación de casos de SIDA es sexual en un noventa y cuatro por ciento. Los departamentos con mayor tasa de notificación son los mismos encontrados en caso SIDA. Es importante hacer notar que, en los últimos cuatro años, la captación de casos VIH con relación a SIDA, se ha igualado. Esto podría deberse a un aumento (aunque no significativo) en el acceso a pruebas de VIH.

Actualmente las únicas clínicas de atención integral a personas portadoras del VIH y SIDA son la del Hospital de Coatepeque, Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, Hospital de Puerto Barrios

y Clínica Isaac Cohen del Hospital Rodolfo Robles en Quetzaltenango, en donde se proporciona terapia antirretroviral.

4.2 Seroprevalencia de infección VIH

Las cifras de seroprevalencia, según estudios de investigación realizados entre mil novecientos ochenta y ocho y dos mil tres permiten hacer un análisis de las tendencias en grupos vulnerables: trabajadoras comerciales del sexo (TCS), hombres que tienen sexo con otros hombres⁴⁵ (HSH) y mujeres embarazadas. Estas cifras indican que la epidemia de VIH y SIDA en el país se encuentra concentrada (seroprevalencia del VIH superior al cinco por ciento en grupos de alto riesgo y menor del uno por ciento en mujeres embarazadas). Los resultados del estudio multicéntrico muestran que la prevalencia en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es de once punto cinco por ciento (IC noventa y cinco por ciento de siete punto dos a diecisiete punto seis por ciento).

4.3 Proyecciones de VIH 2005-2015⁴⁶

La construcción de modelos de proyección de casos VIH y SIDA se realizó con Spectrum versión dos punto treinta y ocho, el cual es un software creado para la proyección de requerimientos futuros para mejorar la salud reproductiva¹². La epidemia de VIH y SIDA en Guatemala es aún concentrada, los insumos a ser utilizados por Spectrum fueron

⁴⁵ Estudio Multicéntrico de Prevalencia de ITS/ VIH y comportamientos en HSH en Puertos y la Capital del país, PASCA, Guatemala 2002.

⁴⁶ Proyecciones sobre la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA, 2005-2015, MSPAS,PNS, Departamento de vigilancia epidemiológica.

incorporados a la Hoja de Cálculo (Workbook) desarrollada en formato Excel. El año base utilizado para el ejercicio fue 2004. La configuración se realizó en función del año base, población adulta (quince a cuarenta y nueve años de edad), porcentaje de población urbana y población adulta urbana. Se aplicaron parámetros para grupos de alto y bajo riesgo. Los resultados de estas proyecciones se presentan a continuación. Para dos mil ocho se espera tener nuevas estimaciones para el país.

Según la Constitución Política de la República de Guatemala, existen acciones y obligaciones que el Estado debe otorgar como derechos de primera línea a todos los guatemaltecos/as con la finalidad de garantizar la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

En tal sentido, la educación sexual a nivel nacional, ha sido un tema a considerar con seriedad, principalmente cuando es a través de ella que un país alcanza un desarrollo social importante: Guatemala tiene más de trece millones de personas, donde cuarenta y dos por ciento de la población es indígena y el resto corresponde a mestizos o ladinos.

Así, en el marco de los derechos ciudadanos y colectivos de los/as guatemaltecas, hay que apuntarle al abordaje de la salud dirigida a la población indígena; por lo tanto, hablar de sida, género, masculinidad y homosexualidad puede parecer incómodo, principalmente cuando la orientación ha sido mayoritariamente médica de formación y orientación occidental.

... los pueblos indígenas constituyen uno de los grupos más vulnerables del sistema de salud. Las condiciones precarias en salud de estos grupos hacen necesaria la generación de indicadores y herramientas diagnósticas para la identificación de sus problemas específicos y la puesta en marcha de programas en salud diferenciados para estos grupos. Martín Hopenhayn, Álvaro Bello, Francisca Miranda. Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. CEPAL dos mil seis.

El hecho mismo de tener poco o nulo acceso a la salud, no solo por la falta de centros médicos (infraestructura), políticas públicas (respuesta del Estado), así como solvencia económica que le permita a hombres y mujeres indígenas recibir asistencia médica digna, marcan de manera alarmante las diferencias de éstos con la población mestiza.

Estas diferencias también se perciben con mayor discriminación, ya que, dependiendo del padecimiento o patología que presente este grupo (enfermedades respiratorias, gástricas, cancerígenas, SIDA, paludismo y la tuberculosis), así serán tratados.

En el contexto anterior, es de reconocer que el factor predominante es precisamente la indiferencia. Luego las limitaciones de Estado con respecto las coberturas de salud y educación. Aunque se han hecho importantes avances en los últimos años, no se tiene una información *sólida* sobre la realidad del VIH SIDA en poblaciones indígenas. A estas situaciones, hay que agregarles la corrupción y el clientelismo de Estado.

“...Además, el ochenta por ciento de los casos notificados en Centroamérica son masculinos, pero el papel de la transmisión homobisexual es difícil de precisar ya que la gran mayoría de hombres no reporta haber tenido relaciones con otros hombres”⁴⁷.

La cita anterior lleva a reconocer como “barreras” las diferentes concepciones que las culturas tienen sobre las relaciones sexuales y el valor que se da de ellas en la vida comunitaria. El uso del condón no ha sido popularizado y una de las razones de esta situación es precisamente a carga de culpabilidad que se asume al solicitarlo en las relaciones “naturales” o “normales” en la pareja y la desinformación o falta de información alrededor del mismo. Esto explicaría de alguna manera los fracasos de las campañas de distribución rural indígena de los mismos.

Ahora bien, es de entender que aún cuando estas limitaciones alcanza a hombres y mujeres, es más complicado y menos accesible para los indígenas; debido al uso de mecanismos médicos ajenos a su cosmovisión, medios comunicación y lenguaje que no son suyos y con el agravante de carecer de una conciencia social con pertinencia cultural de quienes ofrecen los servicios de salud.

⁴⁷ Caal, Meliné; Aguilar, José Manuel; Galindo, César; Romero, Carlos: “Diagnóstico Nacional De Recursos En VIH y Sida, y Derechos Humanos para la Diversidad Sexual”. Red Nacional de la Diversidad Sexual – REDNADS- 2008. Pág. 5.

El hecho de que los hombres pueden tener muchas parejas sexuales (hombres y mujeres) hacen que exista un mayor riesgo de transmisión; el consumo excesivo de bebidas alcohólicas conllevan a la violencia física de los hombres hacia las mujeres, que a su vez, implica el asumir las decisiones de sus parejas en cuanto al querer o no mantener relaciones sexuales sin su consentimiento; la falta de autonomía de las mujeres, imposibilita el uso o no de protección sexual (condón principalmente), que son pautas que incrementan cada vez más el riesgo de adquirir esta enfermedad, independientemente su condición étnica.

Para los pueblos indígenas, el contexto histórico y el modelo de desarrollo en transición feudal a capitalista en Guatemala, ha sido y continúa siendo la alfombra roja por donde han transitado. Ese camino ha demostrado la poca tolerancia, incompreensión y discriminación que se les ha adjudicado por ser individuos/as distintos, que comparten un mismo territorio y que manifiestan una cosmovisión diferente a la establecida e impuesta desde la colonia.

Han sido dos componentes importantes (causas) que han incrementado la situación de vulnerabilidad de este sector:

- Los efectos del conflicto armado (treinta y seis años de guerra; más de dos cientos mil muertos, en su mayoría maya; más de cuatrocientos comunidades militarmente eliminadas; más de un millón de desplazados) potenciaron la discriminación, la pobreza, la violencia e indiferencia de sus formas de vida y manifestaciones culturales.

- Una restricción de los derechos civiles, sociales y políticos de esta población a causa de la explotación sistematizada que surge a raíz de la conquista, han restringido la posibilidad de ganar otros derechos y espacios para exigir una vida digna y equitativa.
- El fenómeno de las migraciones. Tanto desde el área rural hacia las ciudades como hacia los Estados Unidos.

Lo anterior ha originado toda una plataforma organizativa de los pueblos indígenas para construir y replantear las políticas de Estado y políticas públicas que respeten sus derechos humanos y comprometan al Estado guatemalteco a garantizar las condiciones mínimas de su bienestar social. Este proceso construido como movimiento maya, ha sido reciente, ha tenido un papel clave en la reforma de Estado en los últimos quince años.

En tal sentido, existen organizaciones de sociedad civil e instituciones públicas que trabajan la temática de pueblos indígenas con el objetivo de propiciar y abrir brecha para el cambio de los paradigmas sociales que continúan satanizando el imaginario social de los/as guatemaltecas. Donde la discriminación y racismo hacia la población indígena en nuestro país, es el pan diario de cada día, especialmente contra las mujeres rurales.

Sin embargo, particularmente para el caso del SIDA y los pueblos indígenas, el manejo de la sexualidad y por ende, de la educación sexual sigue siendo un asunto difícil de trabajar; desde el ámbito privado y público de la temática.

En el ámbito privado, el hablar de sexo en las comunidades mayas implica una exaltación a la belleza humana, que tiene que ver con la complementariedad, la fuerza interna y externa del individuo, el “respetarse uno y al otro” y la disciplina del cuerpo.

Desde el vientre de la madre, se da inicio al aprendizaje del respeto a los valores: lo físico, intelectual, lo emocional. Entonces, la idea general de la sexualidad radica en identificarlo como un acto de pureza, donde el cuerpo es sagrado y por tanto, el manoseo es algo que hace perder tal valoración. Por eso el cuerpo debe cuidarse como un tesoro invaluable.

Lo anterior no significa que los/as personas que se identifican como indígenas sean frías o insensibles a compartir su sexualidad; más bien, para que el acto sexual se lleva a cabo, debe asumirse y platearse con mucho respeto alcanzar la plenitud de sus vidas.

Por ello, en la medida en que se cuide la sexualidad, se desarrolla la capacidad de habituarse plenamente en su vida y en el mundo.

Nuestra diversidad humana, una característica que debemos aprender a valorar y sostener, nos exige reconocer que cada comunidad tiene sus propios valores y prácticas. Es en este contexto donde debemos orientar nuestra búsqueda de formas efectivas de mitigar las repercusiones de la

epidemia del VIH. Los pueblos indígenas tienen una perspectiva holística de la salud, que incluye las dimensiones física, social, mental, emocional y espiritual.” Con motivo del Día Internacional de los pueblos indígenas del mundo. Miguel d'Escoto Brockmann.

En los pueblos indígenas la relación sexual tiene un significado muy distinto de lo que al día de hoy se enseña y se practica. En su primer sentido (sin concebirse como el único) la procreación de los hijos era la razón fundamental para llevar a cabo el acto sexual.

“La relación sexual se normaba por el calendario sagrado o lunar, a tal grado, que llegaba a prohibírseles a los varones protagonistas de danzas especiales y cuando se realizaban ciertas ceremonias espirituales, hacer el amor con sus parejas”⁴⁸.

Ello debido a la importancia que tenía el acto sexual con la vida de los individuos y la armonía con la naturaleza. En la medida en que hombres y mujeres no se respetaran a sí mismos, al cosmos y a la naturaleza, romperían el equilibrio que mantiene el sentido de sus existencias.

En esa misma línea, el SIDA para Guatemala y para los pueblos indígenas es un tema nuevo, sobre todo cuando la literatura médica para la comprensión y tratamiento, ha sido concebida para el control y en la prevención propiamente.

⁴⁸ Opinión de Virginia Ajxup. Coordinadora de la Organización de Pueblos Indígenas Pop Noj.

En los pueblos indígenas, lo poco que se ha sistematizado hace pensar que la concepción de la salud y la muerte, lleva implícito un sentido de reprimenda por una mala práctica de vida o por no encontrar una armonía con la naturaleza, el cosmos y la humanidad. En este sentido es indispensable generar procesos de investigación diacrónica y sincrónica, que permitan conocer en las redes sociales comunitarias situaciones como homosexualidad, infidelidad, lesbianismo e incluso tratamientos sobre enfermedades de transmisión sexual –ETS-.

A esto se le debe adicionar que la influencia de la iglesia católica, a raíz de la invasión en América, llevaba consigo una visión de pecado. La iglesia fue la primera institución con responsabilidades de hacer “educación a los pueblos indígenas” y este enfoque continuo.

De esa cuenta, la combinación de la influencia de la iglesia y la cosmovisión indígena sobre el concepto de salud/enfermedad, vida/muerte, crea la combinación perfecta para que esta población tuviera temores; principalmente cuando está determinada por situaciones de falta de salud que no tenía ningún lazo con su contexto, clima, prácticas sociales o alimentación.

El hecho de no reconocer la causa y no tener información alrededor del VIH SIDA en las comunidades⁴⁹, altera el ambiente social ocasionando una vergüenza familiar.

En esto radica la importancia de trabajar con padres/madres de familia indígenas en esta temática, transmitir oralmente sus experiencias sexuales, implica un desprendimiento de actitudes, romper con la concepción de lo “bueno y malo” del “sexo” entre hombres y mujeres indígenas, erradicar el hermetismo hacia lo que sus hijos desean saber y que no preguntan por miedo.

Ahora bien, tanto el noviazgo como el matrimonio, tienen una importancia trascendental para comprender la sexualidad en los pueblos indígenas en Guatemala. El noviazgo tiene que ver con las formas en que el hombre y la mujer se complementan. Históricamente se ha manejado un primer momento, lo noviazgos y el matrimonio estaban arreglados, de acuerdo a los intereses de los padres de ambos enamorados. Aquí no importaba si los jóvenes se gustaban o se querían, sencillamente estaban arreglados.

Pero lo importante de estos dos momentos, era que para la escogencia de las parejas se hacía uso de los Nawales, quienes determinaban quiénes eran aptos para ciertas actividades de la vida y por ende, de quienes eran los indicados para unirse en matrimonio.

⁴⁹ La muerte en este contexto, no es por el SIDA propiamente, más bien es por contraer varias enfermedades, a las que se le llaman oportunistas, que dañan de forma rápida y contundentemente el cuerpo de la persona contagiada. Las personas no mueren de SIDA propiamente.

Mi mamá decía: “no juegue con el muchacho. No es correcto, si no lo quiere déjelo, porque si su sentimiento es falso, eso cosecha en su vida”
Virgina Ajxup. Coordinadora de la Organización Pop Noj.

En esa medida, la educación que se socializaba en los jóvenes indígenas estaba sujeta con la naturalidad de la vida; no habían razones para adelantarse a los tiempos, que significaba que los noviazgos estaban supervisados por los padres de la novia.

Sin embargo, también los padres procuraban proporcionar un espacio y una situación de cuidado en la relación para evitar embarazos no deseados y cuidar la integralidad de los cuerpos, mentes y espíritus de hombre, la mujer y la criatura que concibieran.

Por ello, en el matrimonio existe una constante que no puede ser irrespetada: la lealtad. Esto es percibido como un valor. Hay una observancia a este tema de mucha importancia, pues al final del camino, son estas normas las que definen la dirección de sus actos.

Entonces... ¿Por qué se transmite el sida en personas indígenas? ¿Se debe a relaciones homosexuales o relaciones extramaritales? Para la primera pregunta se puede indicar que sí hay hombres y mujeres indígenas con Sida, eso es un hecho, y pasa por varias razones: por contacto de una relación sexual de mujeres por sus parejas hombres, de madres a hijos por ser portadoras del virus, por violaciones sexuales en ambos sexos.

En este sentido la vulnerabilidad de los pueblos indígenas debe ser estudiada, a su vez por el paso de lo tradicional a la modernidad, que es justamente uno de los asuntos dicotómicos que no han logrado descifrarse concienzudamente.

Llevar a cabo la unión matrimonial o en su lugar, la unión de hecho ha sufrido un cambio cultural para adaptarse al medio actual y ser aceptado por éste. Ya no existe una exaltación a la belleza e inteligencia humana, como dos elementos indispensables en el reconocimiento de la vida.

En la actualidad, debido en buena medida la cristianización, al conflicto armado interno, a las medidas económicas de un modelo incipiente capitalista y neoliberal, ha orillado a guatemaltecos/as mestizos e indígenas, a la migración fuera del país y a su interior, en la búsqueda espacios laborales que le procuren un ingreso para el mantenimiento de sus familias.

Este asunto, las migraciones, se encuentra vinculado a la mala distribución de la riqueza en el país, carencia de los sistemas de seguridad, educación, salud, alimentación y vivienda, aspecto que no es la parte central de este documento, pero que son causas trascendentales de la falta de desarrollo social en Guatemala.

Los medios de comunicación, como herramienta de información para la sociedad guatemalteca, han influido fuertemente para que se den

cambios estructurales de la dirección del país y en la conducta de los ciudadanos guatemaltecos,

Desde la información de corte conservacionista y de poca tolerancia hacia los pueblos indígenas, transmitida por los medios de comunicación, es que se construyen los imaginarios sociales de los ciudadanos en Guatemala; reproduciendo un clima de discriminación y racismo a todos los niveles de la sociedad y dirigidos desfavorablemente hacia la población indígena maya. Así, el tipo de educación y lo que se enseña ha sido otro elemento que va en detrimento del respeto y amor que se debe sentir en nuestra sexualidad. El hecho de tener una educación monolingüe, no apta para todos los guatemaltecos indígenas, así como la información que viene del exterior, no corresponde a nuestra cultura, y esto hace que la recepción de la información que llega a los jóvenes, hace que pierdan su identidad y la importancia de la sexualidad desde cosmovisión indígena maya.

Conocer y aprender de estas prácticas ancestrales, en cuanto a conocer cómo se concebía el amor y la familia desde la cosmovisión maya, nos lleva a reconocer que la búsqueda de ese respeto y de la valoración en esta cultura implica una responsabilidad constante del Estado y la sociedad civil misma.

En la medida en que este tema no sea abordado en una comunicación abierta, contextualizada en las diferencias etnias que integran la sociedad guatemalteca, será difícil llevar a cabo una educación

sexual fundamentada en la verdad, dando importancia a los valores y actitudes que permitan llevar a cabo la práctica de la sexualidad responsable, sentida y constructiva.

Sin esta línea de pensamiento es imposible erradicar los estigmas de la discriminación sexual y mucho menos garantizar salud de calidad a los jóvenes en el futuro. Existe otro elemento a discutir en cuanto al significado de la sexualidad en Pueblos Indígenas: el encuentro con la modernidad.

4.4 Acciones en el presente período según el Ministerio de Salud

En los últimos dos años se ha evidenciado una mejora en los procesos de planificación, coordinación y desarrollo de las acciones relacionadas a la respuesta ante la epidemia. No obstante, hay todavía algunas áreas a mejorar, particularmente el Monitoreo y evaluación y el análisis de la información que se produce en el país. Aunque las campañas y actividades de prevención han aumentado, tampoco hay evidencia de una disminución en el número de casos.

En lo concerniente a sociedad civil, se han consolidado la Alianza Nacional de Grupos y personas con VIH, que aglutina a todos los grupos de Personas con VIH organizados en el país y también se ha consolidado la Red Nacional de Mujeres con VIH. A su vez se ha logrado conformar la Red nacional de la diversidad sexual, que aglutina a un número considerable de grupos comunitarios de HSH. También se ha consolidado el trabajo de

Organizaciones basadas en la fe y la Red Legal de Derechos Humanos y VIH, que aglutina a los sectores que realizan incidencia en el tema de Derechos Humanos y SIDA, incluida la Procuraduría de Derechos Humanos.

Estos esfuerzos de coordinación reflejan, en cierta medida, el nivel de compromiso por mejorar la coordinación de la respuesta. A su vez, también responden a la necesidad de incidir de mejor manera para disminuir el fuerte estigma y discriminación existente en el país. Por lo pronto no existen en Guatemala, leyes que protejan y garanticen los derechos humanos (incluido a la salud) de los grupos más vulnerables a la epidemia. Lo que se convierte en un fuerte obstáculo para el buen éxito de los programas de prevención con estas poblaciones.

A pesar que la Política sobre SIDA y el Decreto veinte y siete dos mil, establecen claramente la prohibición de discriminar a quienes estén afectados por el VIH, no existe evidencia clara de que esto haya disminuido el estigma y la discriminación hacia ciertos grupos de la población, particularmente para hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras sexuales. Actualmente la Procuraduría de los Derechos Humanos está implementando (con apoyo del Proyecto *“Intensificación de las Acciones de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA en Grupos Vulnerables y Áreas prioritarias de Guatemala”* financiado del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria) un sistema

para dar seguimiento a las denuncias por discriminación a causa del VIH, (aun es incipiente), por lo que ha creado una Unidad específica para VIH⁵⁰. Por su parte la sociedad civil y el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA están realizando acciones para sensibilizar al personal de salud y a la sociedad en general sobre asuntos relacionados a estigma y discriminación.

Se han fortalecido los procesos de sistematización y coordinación nacional a través de la socialización del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA⁵¹ y mediante el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y SIDA .¹⁶

A pesar que el Ministerio de Salud Pública afirma que el Plan Estratégico Nacional (dos mil seis al dos mil diez) ha sido ampliamente consensuado por todos los sectores y se está buscando que sea el referente nacional para el diseño de cualquier intervención, es necesario resaltar que hace falta consulta, ante todo con los pueblos indígenas del país.

Lo mismo se puede decir del caso del Plan de Monitoreo y Evaluación el proceso de consenso y participación ya que si se consultara a los pueblos indígenas en general, tendría una verdadera validación del mismo y se obtendría como resultado, el fortalecimiento, con la puesta en marcha del Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación.

⁵⁰ Informe de Procuraduría de los Derechos Humanos, Guatemala, 2009.

⁵¹ Publicación en junio del 2006.

Es necesario mencionar que para este período que ha habido un incremento en el desarrollo de acciones para mejorar y aumentar la atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con VIH, con el aporte gobierno y el apoyo del Proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA fundamentalmente⁵².

Según la información recopilada con líderes indígenas, evidencian que la prevención, atención y apoyo en VIH y SIDA sólo pueden encararse eficazmente si se reconoce la dignidad y la diversidad de todas las personas. Sin el reconocimiento de lo anterior, la discriminación y el racismo, aleja a las personas portadoras del VIH y SIDA, del sistema de salud, las atemoriza y desalienta la adopción de comportamientos de cuidado hacia sí y hacia las personas cercanas.

Hasta el momento se identificó que se cuenta con las siguientes **fortalezas:**

- Existe un marco legal que ampara las acciones en el tema del VIH y SIDA más sin embargo los pueblos indígenas no se ven reflejados.
- Acuerdo para la creación de la unidad interculturalidad de pueblos indígenas en el Ministerio de Salud.
- Reglamento de unidad de atención de los pueblos indígenas
- Integración de las alianzas de mujeres indígenas para la salud sexual y reproductiva.

⁵² Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y SIDA – UNGASS Guatemala.

- Raíces, Valores, principios de la multiculturalidad.
- Unidad en el Ministerio de Salud para desarrollar el tema de pueblos indígenas dieciséis treinta y dos guión dos mil nueve.
- Alianza, red de organizaciones a nivel nacional
- Acuerdo veinte siete guión dos mil, política pública y marco legal, creación de unidad dieciséis treinta y dos Existencia de experiencias de trabajo (modelos innovadores de Tratamientos y atención entre sistemas occidentales y prácticas originarias.
- Existen personas de instituciones de organizaciones y pueblos indígenas sensibilizados a trabajar el tema VIH.
- Vigilancia epidemiológica en VIH.
- En algunos hospitales tales como en Sololá, Quetzaltenango y Alta Verapaz, ya han contratado a prestadores de servicios de salud que hablan idioma local.

A diferencia de otros países de Latinoamérica, Guatemala necesita trabajar en tolerancia y respeto a la diversidad y preferencias sexuales como también en la no discriminación basada en la identidad, sexo y orientación sexual. Por lo que se identificaron las siguientes:

Amenazas

- La crisis económica mundial puede incidir en los planes de nación.
- Desastres locales e internacionales.
- Influencia conservadora de la iglesia en el tema de VIH y educación sexual

- Cambio de gobierno.
- Crisis económica.
- Falta de política de estado.

Debilidades

- La población indígena y las organizaciones desconocen el marco legal.
- No existe un inventario exacto de organizaciones que trabajan el tema VIH y SIDA.
- No existe socialización de las salas situacionales regionales.
- Falta de acuerdo gubernativo.
- No existe producción de retrovirales genéricos y no se ha detenido el problema.
- Los planes estratégicos no responden a las necesidades de los sectores y pueblos indígenas.
- Acceso limitado de la población indígena, por geografía, estado organizacional, lingüística.
- No adecuación intercultural en los servicios de salud.
- No existe el reconocimiento de la diversidad dentro de los pueblos indígenas.
- Falta de coordinación entre instituciones del Ministerio de Salud e instituciones que trabajan pueblos indígenas en el tema de VIH.
- Sub-registro de información en VIH.

- No hay suficientes pruebas.
- No fondos destinados en el tema del VIH.
- Ausencia de personal con pertinencia cultural.
- Falta de sensibilización en abordar el tema en los pueblos indígenas en las comunidades.
- Estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH.
- No existe modelo de atención para pueblos indígenas.
- No se toca el tema en los medios de comunicación.

Oportunidades

- Existe legislación en atención integral en toda la región en el tema de VIH.
- Ya existe una representación de los pueblos indígenas en instancias de toma de decisión y se reconoce el trabajo de pueblos indígenas.
- Existen alianzas de cooperación con gobiernos, pueblos y sociedad civil.
- Ya existen estructuras organizativas dentro de los pueblos indígenas, las cuales son reconocidas por los gobiernos.
- La posibilidad de creación de una agenda común de trabajo a nivel regional (CICA).
- El compromiso de apoyo de parte del PARLACEN, a la elaboración de una propuesta de ley marco de VIH-Sida, haciendo participes a los pueblos indígenas, aprovechando procesos de reformas actualmente llevándose a cabo en algunos países.

- Organizaciones no indígenas que pueden servir de aliados dentro de las mismas comunidades indígenas con mayor experiencia en el tema de VIH-Sida.
- Compromisos de entidades de los gobiernos en el trabajo con pueblos indígenas⁵³.

⁵³ FODA trabajado en el I Primer Foro Centroamericano de pueblos indígenas y VIH y SIDA, La Antigua, Guatemala 10, 11 Y 12 de febrero 2010.

Capítulo V

Propuesta de Estrategia Pertinente y Sociopolítica para combatir el VIH y SIDA en Pueblos Indígenas, el caso del pueblo Kiche' de Quetzaltenango

Basado en los hallazgos anteriores, se propone la siguiente estrategia, la cual está dividida en siete grandes bloques:

- 1) Marco Legal pertinente a la población multicultural y multilingüe de Guatemala.
- 2) Políticas Públicas pertinentes a los cuatro pueblos que conviven en Guatemala.
- 3) Sociedad civil conciente y sensible a la multiculturalidad del país.
- 4) Instituciones estatales responsables del tema de VIH-SIDA: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Gobernación tomando en cuenta el multilingüismo y multiculturalidad de Guatemala.
- 5) Medios de comunicación sensibles y concientes de no propagar la discriminación y el racismo hacia las y los portadores de VIH.
- 6) Trabajos dispuestos a aceptar personas portadoras del VIH.
- 7) Investigación en cuanto a la epidemia del VIH y SIDA además de enfermedades oportunistas, tomando en cuenta la multiculturalidad del país.

Marco legal

- Promoción de la existencia de un marco jurídico que garantice los derechos y penalice la discriminación por orientación sexual.
- Inculcar la inclusión del tema de la diversidad étnica y orientación sexual en los instrumentos legales de protección de derechos humanos.
- Provocación de debate en el Poder Legislativo con iniciativas de ley y/o leyes existentes, con la finalidad de lograr el reconocimiento y defensa de estos derechos, respaldados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Políticas Públicas

- Que todo diseño e implementación de políticas públicas relativas al VIH-SIDA implique la participación efectiva de referentes de personas indígenas portadoras y de instituciones que abordan el tema.
- Las políticas públicas contemplen mecanismos de monitoreo por parte de sociedad civil.
- Que las instituciones gubernamentales como La Comisión Contra la Discriminación y Racismo –CODISRA-, Defensoría de la Mujer Indígena –DEMI- entre otras, puedan proponer políticas públicas cuidando que la diversidad de la población guatemalteca se tome en cuenta.

Sociedad civil

- Que sociedad civil pueda implementar estrategias de incidencia política en los tres poderes del Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.
- Que sociedad civil mantenga un diálogo y acciones conjuntas con el sector de Cooperación Internacional.
- Sociedad civil logre la inclusión del tema en el debate público por medio de foros, entrevistas y actividades culturales en áreas rurales del país.

- Grupos representantes de pueblos indígenas puedan dialogar con Ministerio de Salud y Ministerio de Educación para lograr que a nivel rural e indígena se aborde el tema de prevención de VIH-SIDA.
- Unidad de pueblos indígenas del Ministerio de Salud conjuntamente con organizaciones indígenas dialoguen y aprueben la estrategia nacional para el combate del VIH-SIDA, tomando en cuenta la Ley de Idiomas Nacionales.

Instituciones estatales responsables del tema de VIH y SIDA:

Ministerio de Salud y Ministerio de Educación.

- Tanto la Unidad de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud como el Vice Ministerio de Educación Bilingüe dialoguen y realicen acciones conjuntas para informar a los estudiantes de la epidemia del VIH-SIDA y los mecanismos de prevención.
- Incluir el tema de VIH-SIDA y pueblos indígenas en agenda y que estos dos ministerios designen un monto de su presupuesto para realizar actividades con estudiantes rurales e indígenas.
- Que el tema de VIH-SIDA sea parte de la lista de temas de seminario de las carreras de Magisterio y Secretariado.
- Tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Educación, realice seminarios con sus trabajadores para dar a conocer la importancia, valor y responsabilidades que conlleva la diversidad de la población guatemalteca.

Medios de comunicación

- Dialogo entre Pueblos indígenas y representantes de medios de comunicación para conocer información relevante acerca de la epidemia del VIH-SIDA, las acciones y lenguaje discriminatorio y racista que pueden cometer sin darse cuenta; impactos y efectos que causan las noticias en la población lectora pero aún más en los portadores del VIH-SIDA.

- Inclusión del tema derechos humanos con énfasis en la discriminación y el estigma contra los portadores indígenas del VIH-SIDA en los programas de formación de periodistas y otros profesionales de la comunicación.
- Creación y difusión de campañas de comunicación masivas con contenido específico a favor de la ciudadanía portadora de VIH-SIDA e inclusión del tema en otras campañas institucionales.

Ministerio de Trabajo

- Creación de políticas para contrarrestar la discriminación hacia personas indígenas y no indígenas, portadoras de VIH-SIDA.
- Promover campañas para las personas indígenas y no indígenas, portadoras del VIH-SIDA puedan obtener empleos.

Investigaciones y Estudios

- Realización de estudios e investigaciones en el ámbito multicultural-multilingüe nacional sobre sexualidad, comportamiento sexual, estigma y discriminación de modo conjunto con las universidades y organizaciones de movimientos sociales, para así orientar, monitorear y evaluar las políticas públicas.
- Promoción y desarrollo de estudios e investigaciones nacionales de modo conjunto con las universidades y organizaciones de movimientos sociales para la construcción de un mapa de la violencia hacia personas indígenas y no indígenas portadoras del VIH y SIDA y de sus

vulnerabilidades como población, en cada departamento, para orientar las políticas públicas.

- Promoción de la generación de nuevos datos de índole multicultural-nacional, multi-regional y multi-disciplinario para trabajar temas epidemiológicos, antropológicos y sociopolíticos relativos a la sexualidad de los pueblos indígenas y se desarrolle una estrategia para estudios epidemiológicos de estas poblaciones.
- Promoción de una encuesta nacional que obtenga información sobre la sexualidad: hábitos, costumbres, estigma, sexo heterosexual y no heterosexual; con preguntas apropiadas culturalmente.
- Buscar estrategias para contrarrestar el estigma en la actividad sexual heterosexual y no heterosexual entre indígenas y no indígenas.

BIBLIOGRAFÍA

Pinzón Escobar, Jaime Armando, **Análisis del proceso arquitectónico y artístico del cementerio general de Quetzaltenango**, Tesis de Arquitectura. Facultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1989.

Xicará Chojolán, Eleazar Jonathan, **Conservación y restauración del antiguo edificio de gobernación en el centro histórico de Quetzaltenango**, Tesis de Arquitectura, Facultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1990.

Ralón Cajas, Carlos y Eswin De León, Instituto Diversificado Ocupacional del Altiplano occidental. Tesis de Arquitectura. Facultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1996.

Grandin, Grez, **La sangre de Guatemala, raza y nación en Quetzaltenango 1750 - 1954**. Editorial Universitaria, Universidad de San Carlos de Guatemala. Plumsock Mesoamerican Studies. Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica. Guatemala, 2007.

Ochoa Rabanales, María Olimpia, **Historia del Ferrocarril Nacional Eléctrico de Los Altos Quetzaltenango - San Felipe 1902 - 1936**. Tesis de Historia, Escuela de Historia, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1995.

Taracena Arriola, Arturo, **La arquitectura regional quetzalteca: una proposición de "unidad cultural"**. Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, Guatemala, Revista de Historia, Instituto de Historia de Nicaragua y Centro América. Publicación Semestral Julio - Diciembre. Universidad Centroamericana (UCA) No. 8. Nicaragua, 1996.

Baker, Paul, **Vivir como iguales. (Compilador). Apología de la justicia social**. Editorial Paidós. Traducción de J. Francisco Álvarez. Barcelona, España, 2000.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración del compromiso sobre el VIH y SIDA - UNGASS Guatemala**, Guatemala, 2007.

Congreso de la República de Guatemala, **Ley de VIH y SIDA Decreto 27-2000**, Guatemala.

Congreso de la República de Guatemala, Propuesta de política pública **Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual – ITS – y a la respuesta a la epidemia del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida – SIDA**, Guatemala, 2005.

Tarecena, Arturo, **Investigación ¿Por qué estamos como estamos? Etnicidad Estado y Nación**, Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica –CIRMA-, Guatemala, 2002.

Programa de Naciones Unidas, **Informe Nacional de Desarrollo Humano “Diversidad étnico-cultural: La ciudadanía en un Estado plural**, Guatemala, 2005.

Red Nacional de la Diversidad Sexual –REDNADS-, **Diagnóstico Nacional De Recursos En VIH y Sida, y Derechos Humanos para la Diversidad Sexual**, Guatemala, 2008.

The Future Group Internacional, documento, **Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los Pueblos Indígenas de las Américas, Abya-Yala, Kuyarinakui**, Índice para la Evaluación del Ambiente Político Alrededor del SIDA, Ecuador, 1998.

OPS/OMS, **Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Guatemala**, Washington D.C., 1998.

Instituto Nacional de Estadística –INE-, **Censo a nivel Nacional**, Guatemala, 2002.

Parlamento Europeo Bruselas, **A diez años de los Acuerdos de Paz en Guatemala: Balance y perspectivas de la Cooperación Internacional** Bruselas Suiza, 2 y 3 de mayo 2007.

Organismo Indígena para la Planificación del Desarrollo Naleb’, **Encuesta de discriminación y racismo**, Guatemala, 2005.

I Foro Centroamericano de VIH y Sida y pueblos indígenas, enero, Ciudad de La Antigua Guatemala, 2010.

Mendizábal, Modesto, USAID y Centers for Diseases Control and Prevention, **Análisis de situación y respuesta ante el VIH/SIDA en Centroamérica**, Guatemala, agosto 2006.

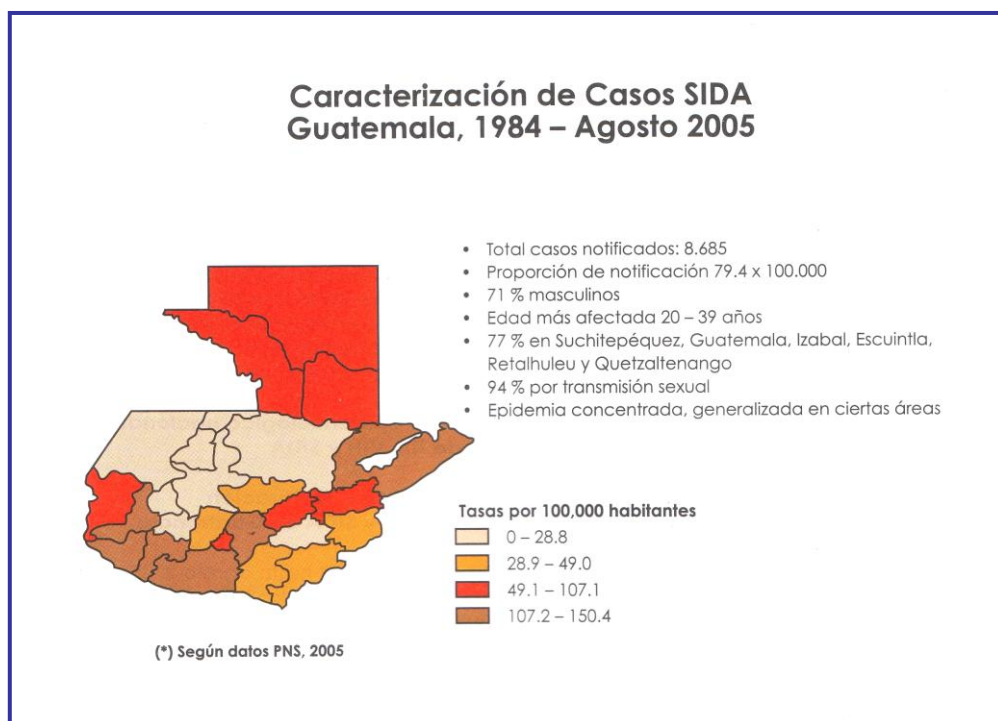
Noriega, Laura, **Diagnóstico de situación y respuesta al VIH y sida en Guatemala**; Guatemala, enero 2008.

PASCA, **Estudio Multicéntrico de Prevalencia de ITS/ VIH y comportamientos en HSH en Puertos y la Capital del país** Guatemala, 2002.

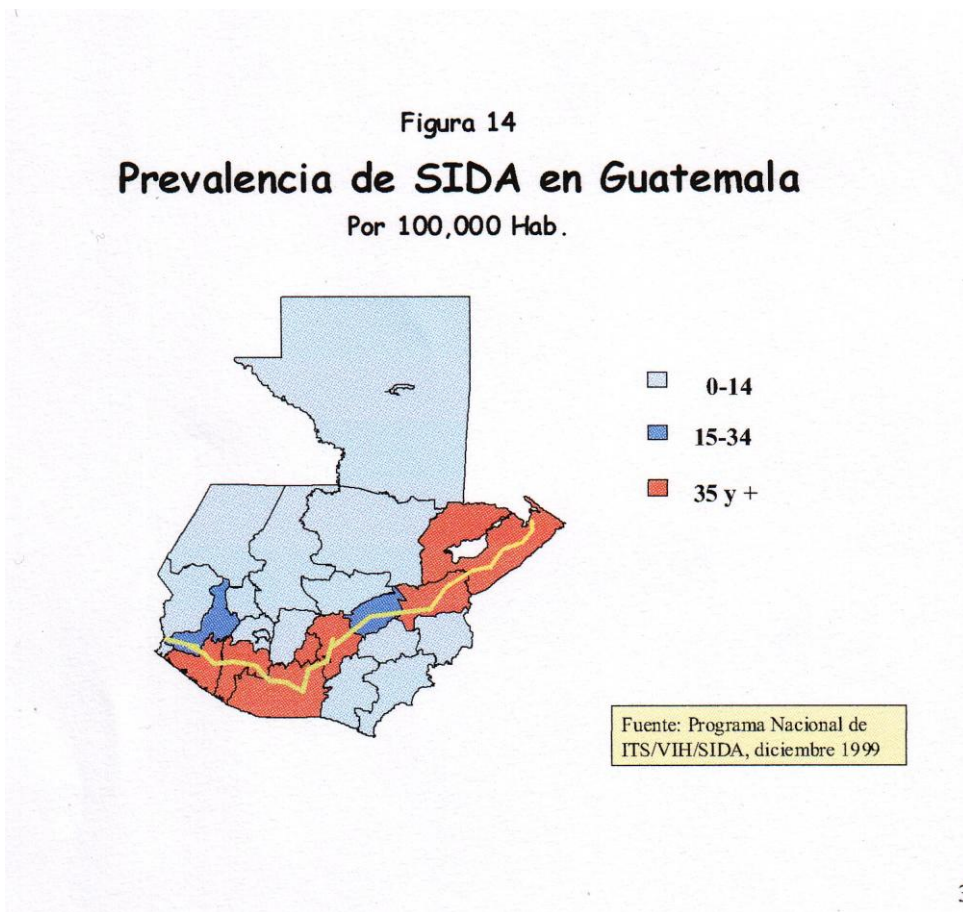
Departamento de vigilancia epidemiológica, Ministerio de Salud Pública, **Proyecciones sobre la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA 2005-2015**, Guatemala, 2005.

Anexos

Anexo 1: Caracterización de casos de SIDA (fuente: Plan estratégico Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y SIDA Guatemala 2006-2010).

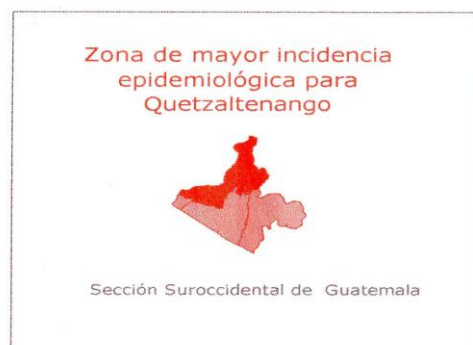
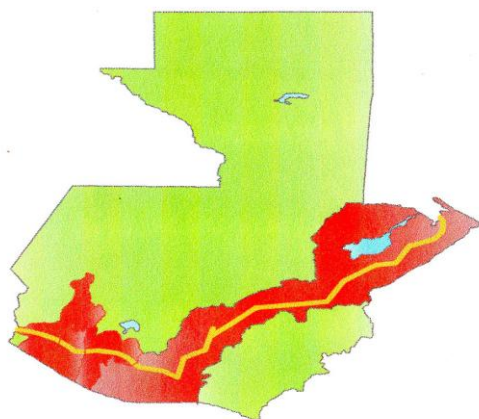


Anexo 2: Prevalencia de SIDA en Guatemala por 100,000 habitantes.



Anexo 3:

Corredor Epidemiológica departamental Prevalencia de SIDA en Guatemala



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, 1999.