



Comparación de la carga epidemiológica de casos de desnutrición aguda: morbilidad y mortalidad en el período 2024-2026

1. Introducción

La comparación del comportamiento de un fenómeno de interés es muy común en muchos ámbitos del ejercicio analítico en la mayoría de las disciplinas.

Se pueden mencionar algunos ejemplos de comparaciones, entre ellos:

- Promedio de saturación hídrica del suelo en un espacio geográfico particular y en un período específico de tiempo de año “B” contra el mismo período y espacio, en año “C”.
- Porcentaje de población en pobreza en año “x” contra porcentaje de pobreza en la misma población en año “y”.
- Porcentaje de analfabetismo en adultos en departamento “RQ” contra porcentaje de analfabetismo en adultos en departamento “LM”, en el mismo año.
- Tasa de cambio de la moneda nacional respecto a alguna moneda internacional en el mismo mes contra distintos años.

En epidemiología, las comparaciones se realizan, clásicamente, bajo tres perspectivas o dimensiones:

- Tiempo (un momento o período del tiempo vs otro momento),
- Espacio (un espacio geográfico contra otro), y
- Población (características como grupos de edad, sexo, asignación programática o intervención, etc.)

El objetivo primario en el análisis epidemiológico y en las otras disciplinas es determinar, en un primer acercamiento, las diferencias (si las hubiere) en tiempo, espacio y población. Es decir, es la fase exploratoria del comportamiento del indicador de interés.

El siguiente paso lógico en el proceso analítico, será, en la medida de lo posible, determinar las probables causas de ese comportamiento (ya sea disminución, incremento o no movimiento del indicador). Esas causas pueden ser atribuidas a acciones controladas o a fenómenos externos o coyunturales.



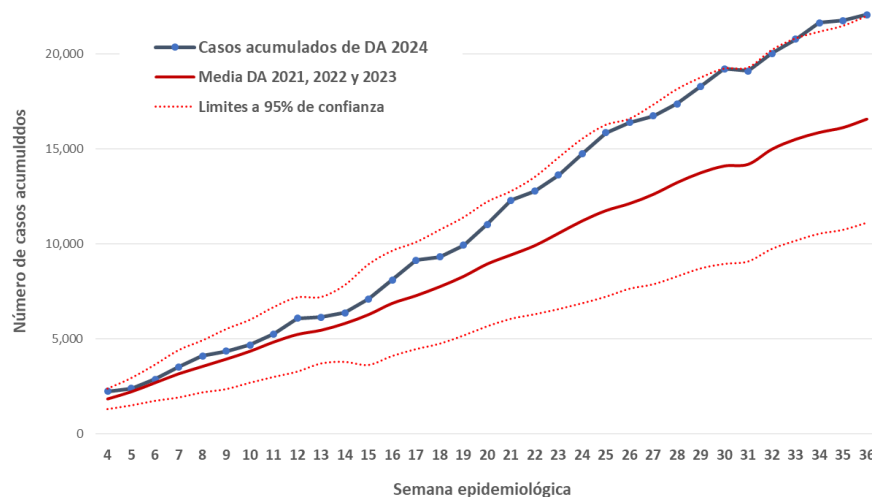
2. Comparación del comportamiento de los eventos de desnutrición aguda en los años 2024, 2025 y 2026 a la semana epidemiológica 14, según territorios priorizados en el “Protocolo Interinstitucional para el Abordaje Municipal de la Desnutrición Aguda en Territorios con Mayor Carga de Morbilidad o Mortalidad”

2.1. Análisis en 2024

Durante el año 2024, se inició una estrecha vigilancia del comportamiento de los eventos de desnutrición aguda en todo el territorio y se inició la identificación de aquellos espacios municipales en los cuales se concentraba la mayor carga de casos.

El comportamiento nacional de esa carga se ilustra en la Gráfica 2a, en la que se muestra la curva de tendencia epidemiológica de los casos por cada semana epidemiológica del año, en comparación con el comportamiento histórico de años comparables metodológicamente por la forma de identificación y reporte de casos de desnutrición aguda (años 2021 a 2023). En líneas rojas se muestra el promedio histórico (línea gruesa) y los límites de confianza a 95% (líneas punteadas) y, en línea azul, el comportamiento semanal de los casos acumulados hasta la semana 36 (septiembre).

Gráfica 2a. Tendencia del número acumulado de casos de desnutrición aguda en todo el país a la semana epidemiológica 36 de 2024, comparada con el promedio histórico (2021-2023)



Fuente: Procesamiento de SESAN de datos de MSPAS. Publicación SIINSAN a semana epidemiológica 36 de 2024.

2.2. Protocolo de intensificación de acciones a nivel municipal

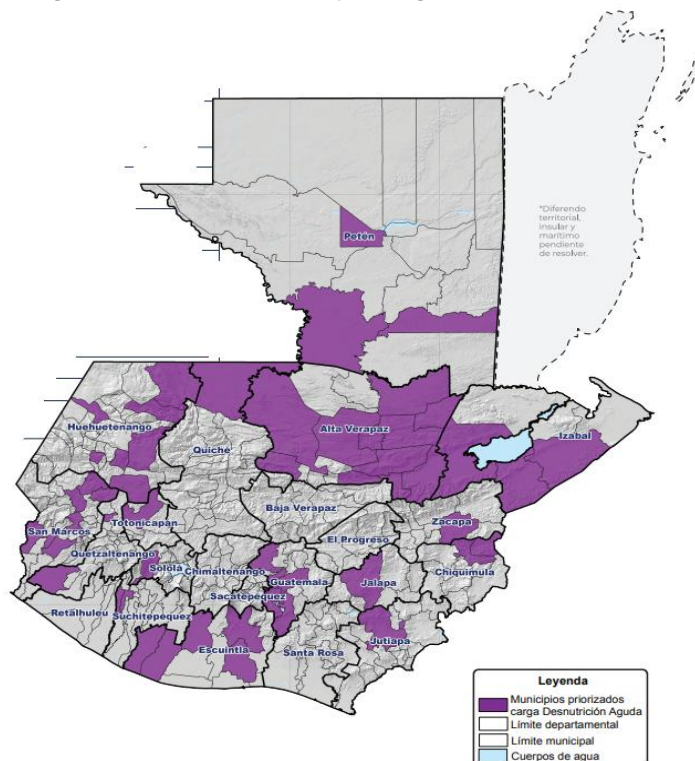
A partir de la semana 36 se empezó a observar que la carga nacional estaba empezando a exceder el comportamiento histórico. Por ello, en reunión del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) de octubre de 2024, luego de haber identificado 28 municipios ubicados en cinco departamentos del país cuya carga era la mayor contribuyente

a la carga nacional, o que hubiesen presentado al menos un caso de defunción por desnutrición aguda como causa básica, se decidió realizar una priorización de tales territorios de acuerdo con un protocolo específico de atención con el propósito de intensificar de manera conjunta e interinstitucional, las acciones de prevención y atención a la situación de la desnutrición aguda en los territorios identificados con mayor carga de morbilidad o mortalidad.¹

Tres meses después, en la primera reunión de CONASAN del mes de enero de 2025, se decidió la ampliación de este protocolo a 50 municipios pertenecientes a 15 departamentos², sobre la base de los datos epidemiológicos de la semana 51 de 2024.

En agosto del mismo año, se realizó una revisión de los municipios priorizados y, en sesión de CONASAN del mismo mes, se decidió otra ampliación, agregando cinco municipios más a la lista anterior (mapa 1), de tal manera que, a partir de ese momento, se llegó a 55 municipios pertenecientes a 16 departamentos del país. En el Anexo 1 puede consultar la lista de los 55 municipios priorizados.

Mapa 1. Territorios municipales (55) priorizados en el Protocolo Interinstitucional para el Abordaje Municipal de la Desnutrición Aguda en Territorios con Mayor Carga de Morbilidad o Mortalidad. Agosto 2025



Fuente: https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/20250910-01-ACTUALIZACION-ANEXO-1_ULTIMO.pdf

¹ https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/20250414-Protocolo_Interinstitucional_Desnutricion_Aguda_2025_V01.pdf

² https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/20250910-01-ACTUALIZACION-ANEXO-1_ULTIMO.pdf

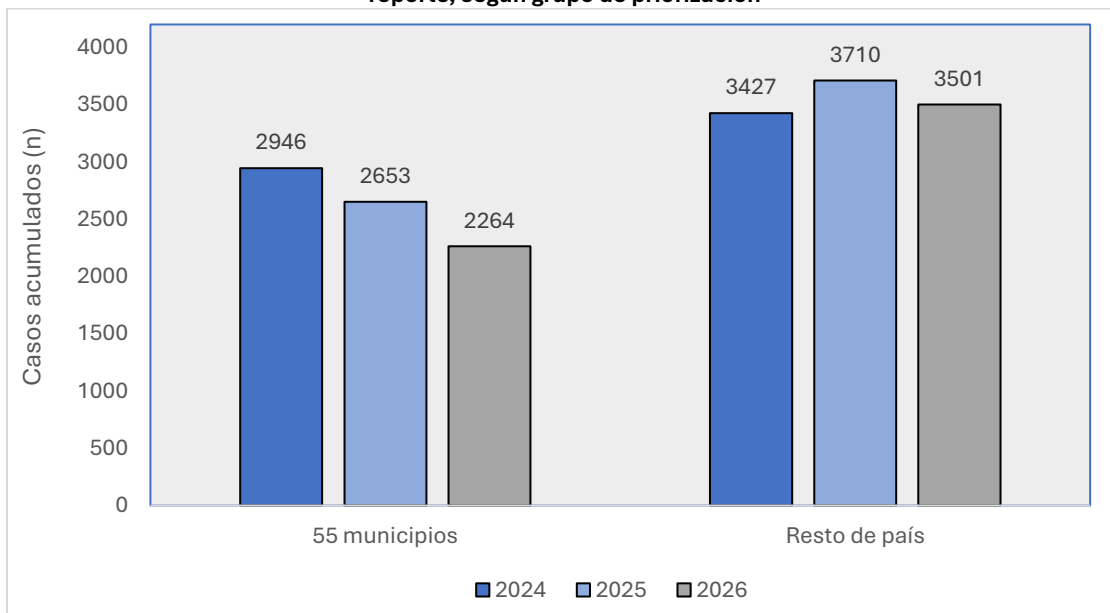
2.3. Análisis comparativos entre grupos de municipios

Tomando los datos de la carga municipal acumulada a la semana epidemiológica 14 de cada año, según los registros administrativos proporcionados por la Dirección de Epidemiología y Gestión del Riesgo del Ministerio de Salud y Asistencia Social (DEGR/MSPAS), se procedió a un análisis de la tendencia histórica de la carga, discriminando los municipios priorizados del resto de municipios del territorio nacional.

Se debe tomar en cuenta que, a la fecha del informe de la semana 14 (período del 05 al 11 de abril, con actualización de datos al 13 de abril de 2026), hay 50 municipios que han estado en la lista por un período de 15 meses (28 de ellos, en realidad con 17 meses), mientras que los cinco agregados en agosto de 2025 han estado en la lista durante siete meses.

En la Gráfica 2b se compara la carga de casos de desnutrición aguda acumulados a la semana 14 según año (tomando en cuenta el tiempo de “exposición” mencionado en párrafos anteriores) y separando en dos grandes grupos: los pertenecientes a la lista de priorizados y los municipios restantes.

Gráfica 2b. Número de casos de desnutrición aguda, acumulados a la semana epidemiológica 14 por año de reporte, según grupo de priorización



Fuente: DEGR/MSPAS. Informes de morbilidad por desnutrición aguda, semana epidemiológica 14 de los años 2024, 2025 y 2026.

Una primera observación es que la carga de desnutrición aguda acumulada en todo el país, a la semana 14 del año 2024 era de 6,373 casos (suma de las dos columnas azules) y en 2026, esa carga total es de 5,765 (suma de las dos columnas grises), lo que representa una reducción de 9.5% con relación al valor de 2024.



Seguidamente, se observa que en los 55 municipios la carga en el año 2024 fue de 2,946 casos, comparado con 3,427 casos en el resto del país. Es decir que, a esa altura del año, un 46% (2,946/6,373) de la carga nacional estaba acumulada en solamente 16% de los municipios, mientras que a la misma altura del año 2026 la carga en los mismos territorios priorizados se redujo a 39% (2,264/5,565) de la carga total del país.

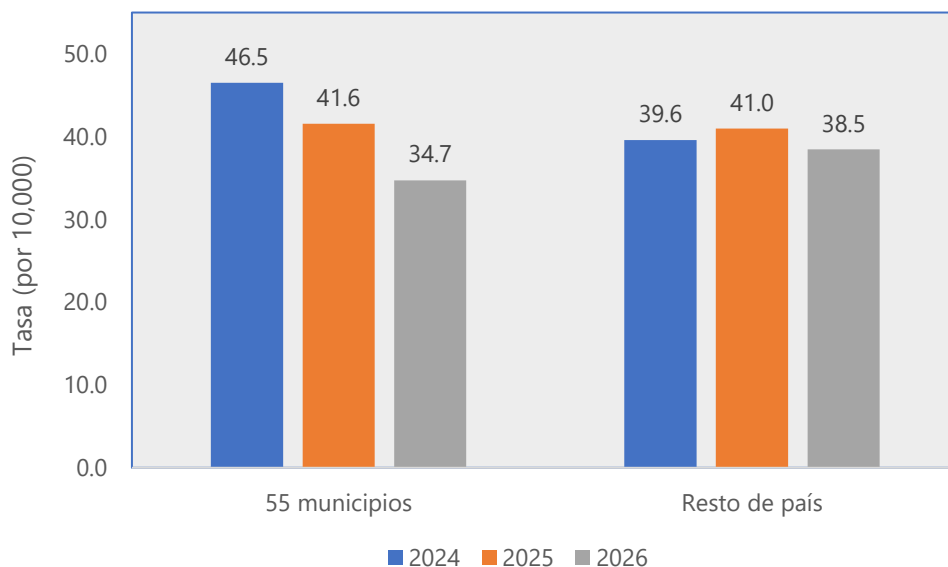
En general, el comportamiento de la carga acumulada en los territorios priorizados refleja un descenso sostenido (panel de la izquierda). En los 55 municipios la carga acumulada en 2026 es 14.7% menor a la que tenían en el 2024, mientras que en el resto del territorio nacional (panel de la derecha) no se ven cambios significativos en los tres años observados.

3. Comparación de la carga acumulada de tasas (por 10,000 niños menores de cinco años) de desnutrición aguda a nivel de territorios diferenciados por priorización, años 2024, 2025 y 2026

3.1. Análisis entre 2024 y 2026

Realizando la misma comparación conceptual en tiempo y espacio, pero para la medida del riesgo poblacional de sufrir un evento de desnutrición aguda en los territorios, se presentan en la Gráfica 3a los resultados comparativos de las tasas acumuladas por 10,000 menores de cinco años.

Gráfica 3a. Comparación de la carga acumulada de tasas (por 10,000 niños menores de cinco años) de desnutrición aguda en el año 2024, 2025 y 2026, según territorios municipales priorizados y el resto del país a la semana epidemiológica 14



Fuente: DEGR/MSPAS. Informes de morbilidad por desnutrición aguda, semana epidemiológica 14 de los años 2024, 2025 y 2026.



Se hace evidente que en los territorios priorizados no solamente había una alta concentración de casos respecto a todo el país, como se ha visto en párrafos anteriores, sino que también el riesgo de padecer un evento de desnutrición aguda es más alto en estos municipios comparados con el resto del país. Así, a la semana 14 del año 2024 había un exceso de 6.9 puntos porcentuales de riesgo en los 55 municipios, comparados con el resto del país (columnas azules); mientras que en el año 2026, el riesgo se ha invertido y en los 55 municipios es 3.7 puntos porcentuales menor que en el resto de país.

Tal como se observó en el análisis de la carga acumulada, en el caso del riesgo se observa una reducción sostenida en los municipios priorizados, mientras que no se observa cambio sustancial en los no priorizados. En efecto, en los municipios priorizados se observa una reducción de 11.8 puntos porcentuales en el riesgo (comparación 2026 vs 2024, grupo 55 municipios).

3.2. Conclusiones

- Se ha observado un comportamiento de reducción interanual de la carga acumulada de DA en los 55 municipios de la lista de priorización del Protocolo Interinstitucional para el Abordaje Municipal de la Desnutrición Aguda en Territorios con Mayor Carga de Morbilidad o Mortalidad comparando las cifras a la semana epidemiológica 14 de los años 2024 a 2026.

- De la misma manera, se observa un comportamiento de reducción interanual de las tasas acumuladas de desnutrición aguda en los mismos territorios y los mismos puntos del tiempo.

- No se observa tendencia de reducción de carga y riesgo de desnutrición aguda en el resto de los municipios del país a través del tiempo comparando la misma semana epidemiológica 14 de los años 2024 a 2026.

- Si bien la tendencia interanual estratificada en dos grupos (55 municipios priorizados y resto del país) muestra comportamiento diferenciado, tanto en la carga acumulada como en el riesgo acumulado, a favor de los 55 municipios priorizados, ésta tiene un carácter estrictamente descriptivo. No es posible hacer atribuciones específicas sobre qué acciones específicas o conjunto de acciones podrían explicar tal comportamiento al menos que se realicen correlaciones con datos de cobertura que demostraran, también, una mejoría diferenciada de cobertura acciones específicas que se esperaría haber ocurrido en los territorios priorizados de manera intensificada.

- Si lo anterior fuese el caso (intensificación demostrada y sostenida en los territorios priorizados), se esperaría que la tendencia se mantenga a través del tiempo en las observaciones venideras.



4. Mortalidad por desnutrición aguda en menores de cinco años

4.1. Análisis comparativo 2024-2025

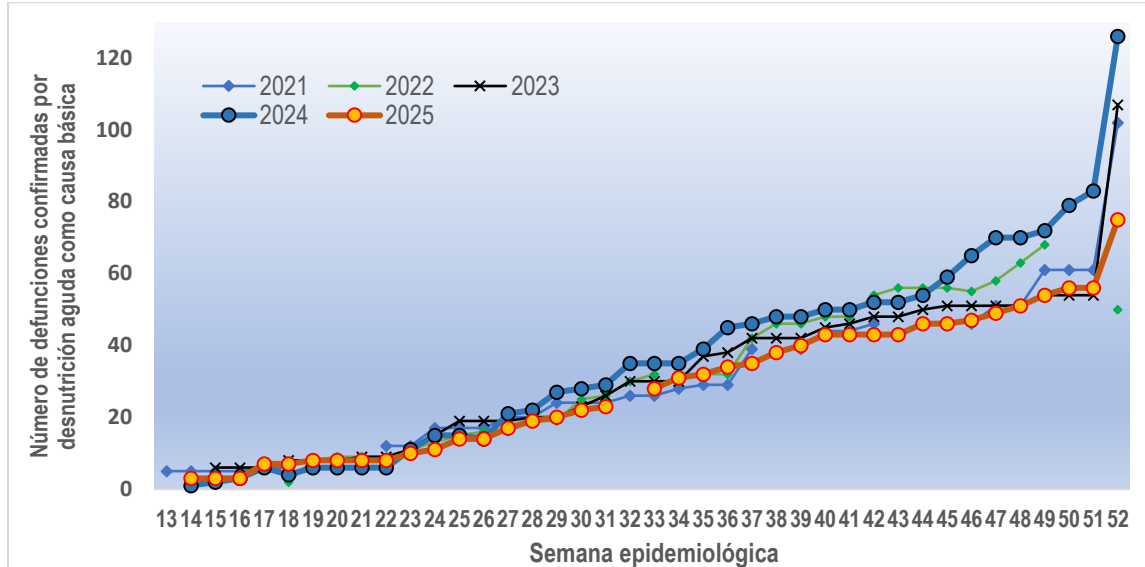
La Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo del MSPAS publica el documento de “Análisis de Mortalidad por Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años” como producto del trabajo de la Mesa Técnica de análisis de morbilidad y mortalidad por desnutrición aguda del mismo Ministerio.

Esta publicación se genera de manera semanal, luego de revisar la documentación de cada caso de fallecimiento en el que se menciona la desnutrición aguda como un evento asociado a la muerte ya sea como causa básica o como causa contribuyente del deceso. Los fallecimientos registrados durante un año calendario son analizados generalmente en el primer trimestre del año siguiente para agotar el acumulado de casos de defunción provenientes del registro administrativo del Registro Nacional de las Personas (RENAP) y la información clínica del caso proveniente de los centros de atención del sistema nacional de salud. La Mesa Técnica considera todo fallecimiento en el que se encuentra involucrada la desnutrición aguda como un caso “sospechoso”. Finalmente clasifica las defunciones en aquellas en las que la desnutrición aguda ha sido la causa básica de la muerte (casos confirmados) y aquellas en las que, si bien la desnutrición aguda estaba presente, no fue la causa básica de la muerte, de acuerdo con los criterios estandarizados de clasificación de las causas de defunción (caso descartado).

En abril de 2026, se recibió la publicación correspondiente a la mortalidad de todo el año 2025 con datos actualizados al 15 de abril de 2025. En esta publicación se da cuenta de 323 casos de defunción analizados como casos sospechosos. De éstos, se declararon como “casos confirmados” un total de 75 casos (23.2%) y se declararon como “casos descartados” los restantes 248. El resultado analítico de este año contrasta con los resultados del año 2024 en el que se acumuló un total de 428 casos sospechosos, 126 casos confirmados (29.4%) y se descartaron 302.

En la Gráfica 4a, se muestra el comportamiento histórico de los casos confirmados según semana epidemiológica en los años 2021 a 2025 para todo el país.

Gráfica 4a. Defunciones por desnutrición aguda confirmadas, acumuladas por semana epidemiológica y año

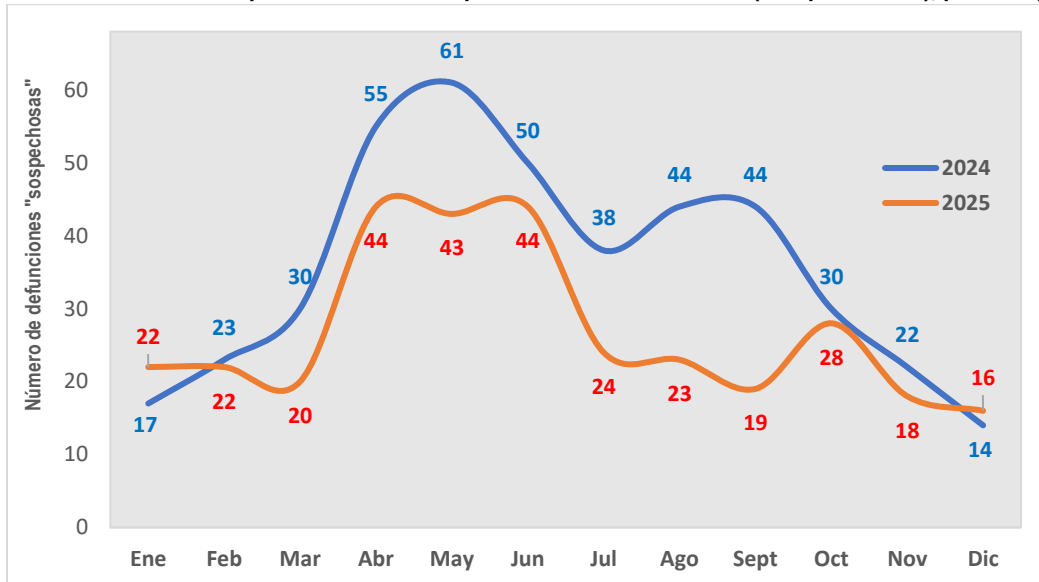


Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

Tomando en consideración el valor total acumulado a la última semana de cada año, se observa que el año 2024 fue el período en el que hubo mayor mortalidad, a partir del hecho que la desnutrición aguda fue confirmada como causa básica de la defunción, seguido por los años 2023 y 2021, respectivamente.

Cuando se analiza el mes del año en que ocurrieron todas las defunciones analizadas por la Mesa Técnica, como se observa en la Gráfica 4b para los años 2024 y 2025, se detecta que hay un patrón de estacionalidad de tales defunciones, con una acentuación que inicia en el mes de abril y se reduce hacia el último trimestre.

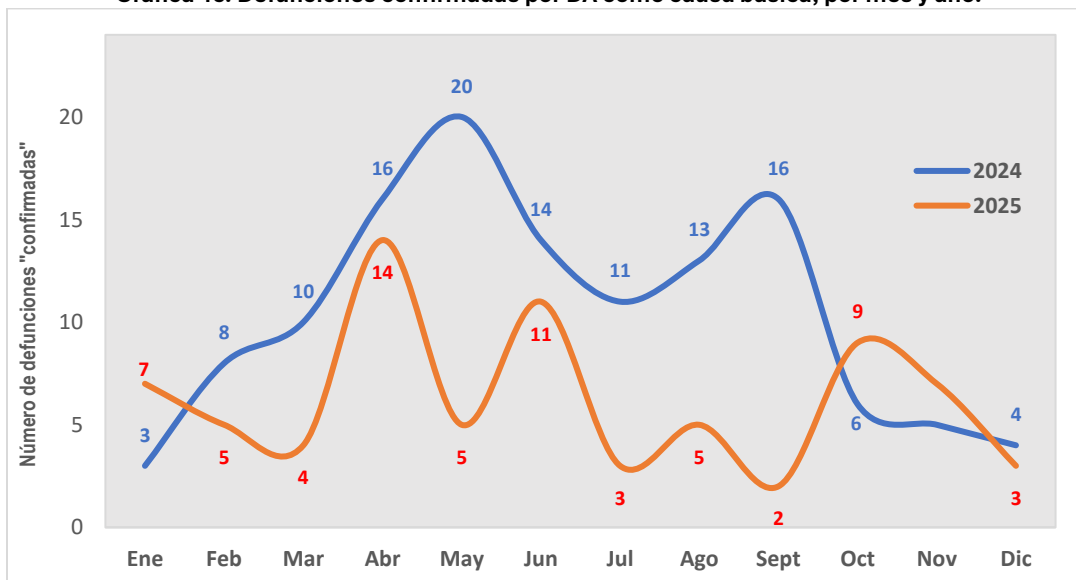
Gráfica 4b. Defunciones reportadas en todo el país como asociadas a DA ("sospechosos"), por mes y año.



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

El patrón tiene el mismo comportamiento para el caso de las defunciones que fueron confirmadas, tal como se ve en la Gráfica 4c, para el año 2024. Sin embargo, en 2025 la ocurrencia de los casos confirmados parece ser menos estacional.

Gráfica 4c. Defunciones confirmadas por DA como causa básica, por mes y año.



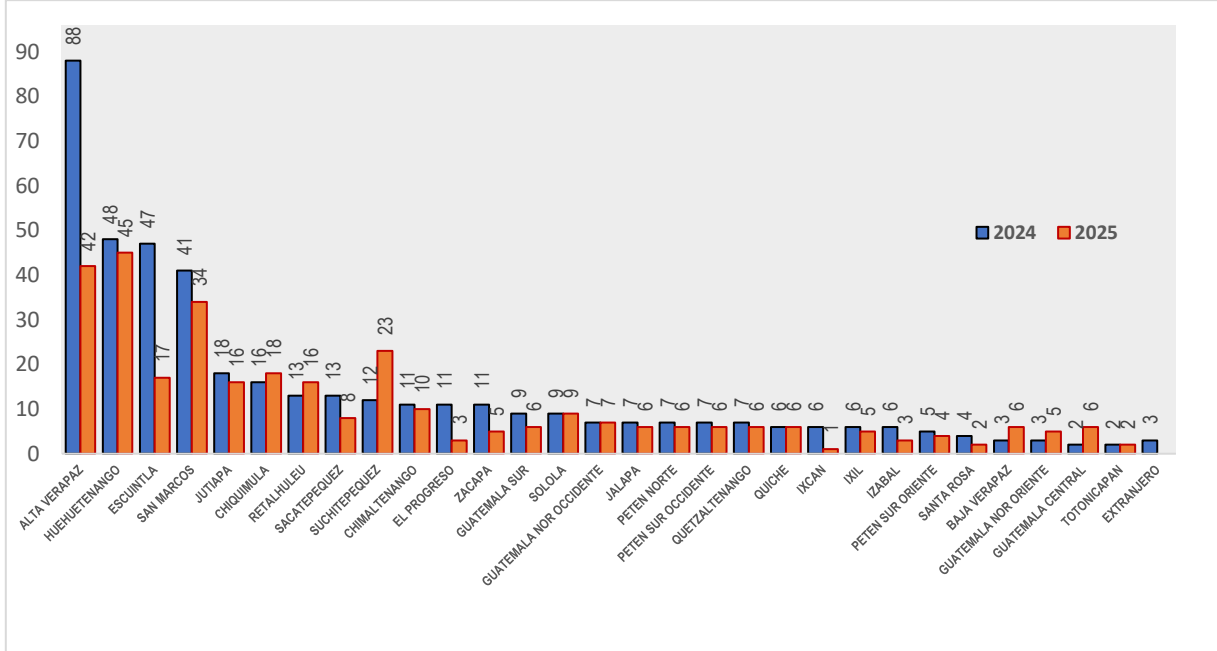
Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

En la Gráfica 4d se muestra la distribución territorial, según cada jurisdicción de Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud (DDRIS) en la que ocurrieron las defunciones



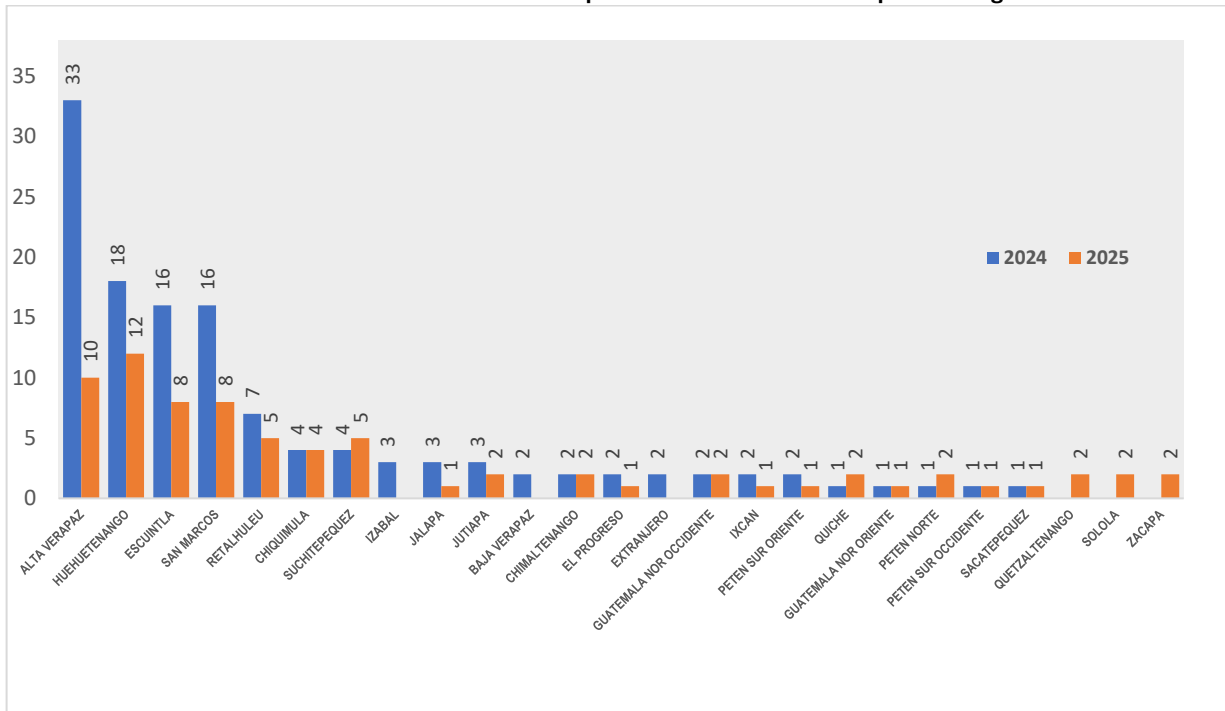
sospechosas, mientras que en la Gráfica 4e se muestra la distribución de los “casos confirmados”.

Gráfica 4d. Defunciones reportadas como asociadas a DA ("sospechosas") por año según DDRISS



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

Gráfica 4e. Defunciones confirmadas por DA como causa básica por año según DDRISS

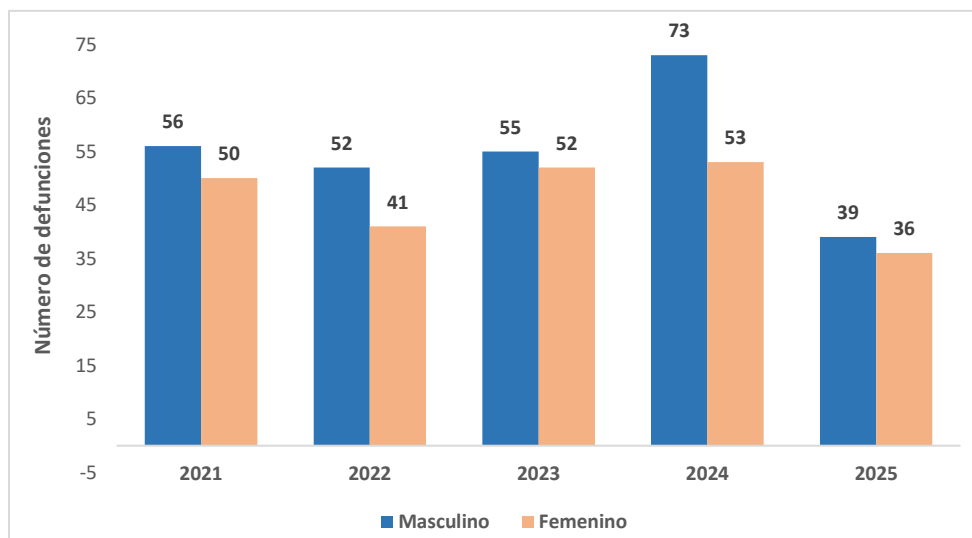


Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

Hay cuatro jurisdicciones sanitarias (Alta Verapaz, Huehuetenango, Escuintla y San Marcos) que presentan los mayores números de casos tanto “sospechosos” como “confirmados” tanto en el año 2024 como en el 2025. En general en todos los casos se refleja la reducción de números de defunciones comparando ambos años. Debe notarse también que las DDRISS de Quetzaltenango, Sololá y Zacapa no presentaron mortalidad confirmada por desnutrición aguda en el 2024, pero en 2025 presentaron dos casos confirmados cada uno. Las DDRISS de Suchitepéquez, Quiché y Petén Norte mostraron incremento de casos confirmados, aunque no de manera significativa.

Un dato que resulta interesante es la distribución de los casos confirmados, según sexo, y que se observa en la Gráfica 4f. En la serie histórica desde 2021 a 2025, en todos los años hay predominancia de fallecidos de sexo masculino, notablemente en el año 2024. Este comportamiento de predominancia también se observa en la distribución de los casos “sospechosos” (datos no mostrados).

Gráfica 4f. Número de defunciones confirmadas por desnutrición aguda, según sexo y año



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

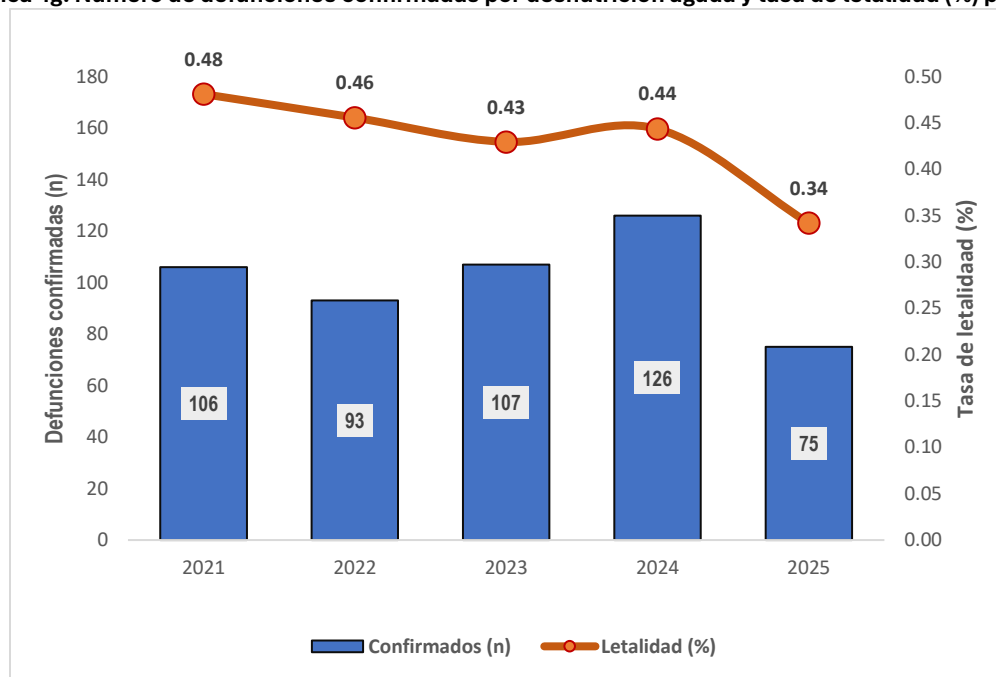
Con el objetivo de determinar el comportamiento de la proporción de defunciones directamente atribuibles a la desnutrición aguda, en la Gráfica 4g, se muestra la cantidad total de defunciones “confirmadas” dividido entre el número total de casos de desnutrición aguda reportados en cada uno de los años de la serie histórica analizada (2021 a 2025) que es la tendencia de la tasa de letalidad (%). Además, se muestra el número total de defunciones confirmadas acumuladas por año.

Como ya se había señalado previamente, el año de la serie histórica que muestra la mayor cantidad de casos confirmados es el 2024, seguido de 2023 y 2021 respectivamente (serie de columnas relacionadas al eje de la izquierda).

El año 2025 es el que tuvo el menor número de casos confirmados en la serie de cinco años. Así, la cantidad de 75 defunciones representa una reducción de 51 casos respecto a las 126 del año anterior, esa cifra representa un valor de 40.5% del valor de 2024.

La verdadera atribución de que un evento de morbilidad es la responsable de una muerte se realiza evaluando la tasa de letalidad (la proporción del número fallecimientos debidos al evento, dividido entre el número de eventos de la morbilidad en cuestión). La misma Gráfica 7g muestra en su eje de la derecha el valor de la tasa de letalidad expresada en porcentaje (la unidad de medida estándar). Se observa una reducción sostenida del valor de esa tasa a través del tiempo de la serie, notándose que el valor más bajo corresponde a 2025.

Gráfica 4g. Número de defunciones confirmadas por desnutrición aguda y tasa de letalidad (%) por año



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

Centrando la atención en la información del año 2025, se procedió a analizar los datos a la luz del concepto de las demoras ocurridas en la cascada de atención. Derivado del paradigma analítico que se usa en el análisis de la mortalidad materna se analizaron las siguientes demoras registradas en los datos de la Mesa Técnica de análisis del MSPAS:

- **Reconocimiento del problema.** Que significa la capacidad de la familia o la comunidad para reconocer que existe un riesgo para la vida del paciente. No tener esa capacidad



implica el primer impedimento para iniciar la búsqueda de atención oportuna para salvar la vida.

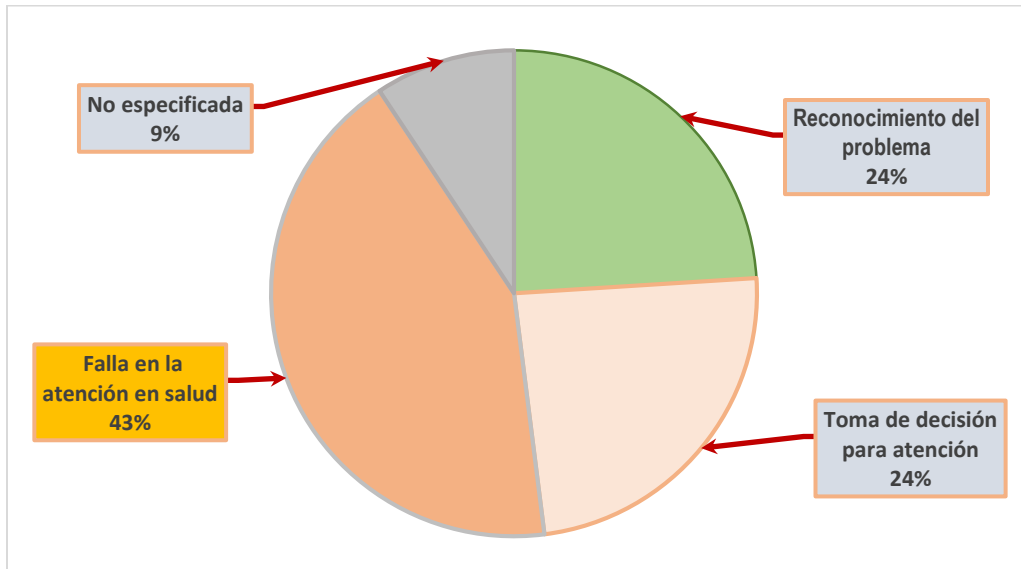
- **Decisión oportuna para buscar atención al problema.** Ocurre cuando, pese a reconocer que existe un problema que está poniendo en riesgo la vida de la persona, no se toma oportunamente la decisión de salir en búsqueda de la atención necesaria.
- **Obstáculos para acceder a los servicios de atención.** Ocurre cuando, pese a reconocer el riesgo y decidir la búsqueda de atención, existen obstáculos para el traslado de naturaleza física, económica, distancias, medios de transporte, falta de disponibilidad de servicios, entre otros.
- **Atención adecuada.** Aun cuando el paciente accede a un servicio puede ocurrir que el servicio tenga deficiencias en insumos, en personal calificado para atender adecuadamente, demorando a dificultando la adecuada atención para salvar la vida.

En la Gráfica 4h se muestra la distribución de tales demoras (o cuellos de botella) en la cascada de atención a los 75 fallecidos confirmados en el año 2025.

En una cuarta parte de los casos, el “obstáculo” o demora que contribuyó al desenlace fatal del caso fue la falta de reconocimiento del riesgo o problema. Esta demora es atribuible a la familia o la persona encargada del paciente, pero se debe, en general, a problemas de conocimiento o falta de información. El paciente con desnutrición aguda, especialmente el caso severo, tiene una alta labilidad por el compromiso inmunológico y la debilidad física general. La pérdida de apetito o la sobre agregación de una enfermedad son factores frecuentes de riesgo. En otra cuarta parte de los casos se tuvo como obstáculo o demora la que no se tomó oportunamente la decisión para buscar atención. El niño con desnutrición aguda sufre deterioro muy rápidamente. Retrasar la decisión de salir a buscar atención representa un alto riesgo en la cascada de atención para salvar la vida. No se registró ningún caso en el que la demora hubiese sido atribuida a dificultades en el traslado o acceso a los servicios de atención.

Es notable que la falla de atención a nivel de servicios haya representado casi la mitad de las demoras u obstáculos responsables del fallecimiento (sin tomar en cuenta que hay un 9% de casos en los que no se especificó o no se identificó la demora). Tampoco se detalla en qué consistió esa “falla” de los servicios para atender el caso y salvar la vida.

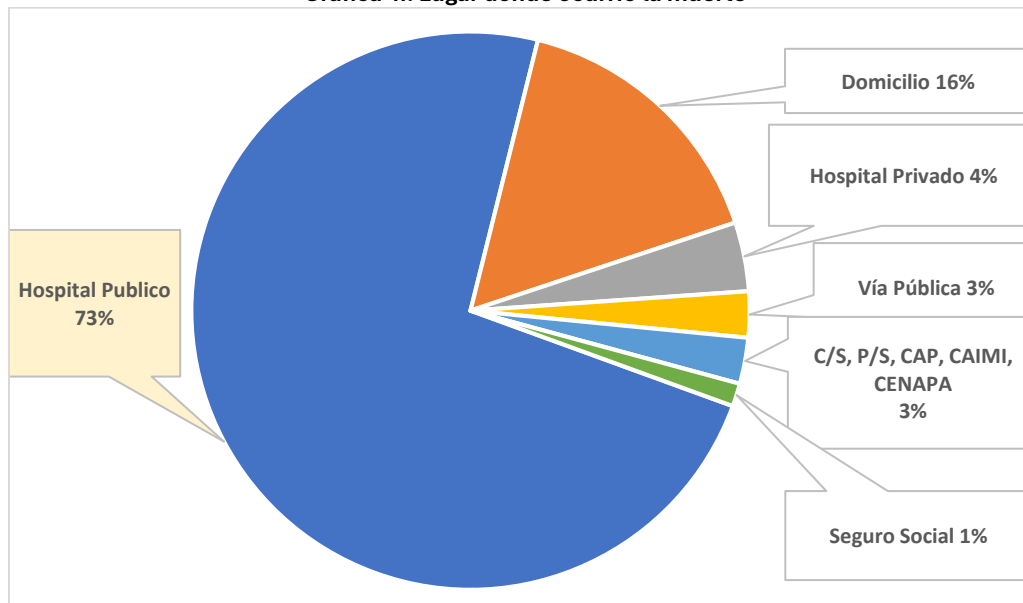
Gráfica 4h. Cuellos de botella (demoras) en la cascada de atención a los 75 fallecidos confirmados en el año 2025



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

En la Gráfica 4i, se muestra la distribución proporcional de los lugares en donde se registró el fallecimiento de los 75 casos confirmados en 2025. Las tres cuartas partes de los fallecimientos ocurrieron en centros de la red de servicios públicos del sistema de salud del país. Ese dato se complementa con la información desplegada en la Gráfica 4h para interpretar el escenario de la mortalidad por desnutrición aguda.

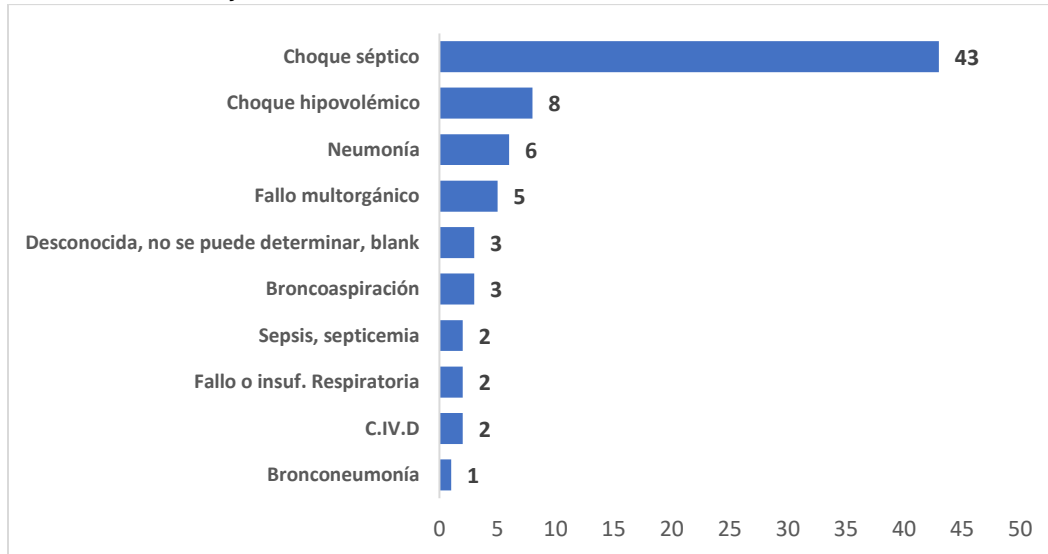
Gráfica 4i. Lugar donde ocurrió la muerte



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

Finalmente, en la Gráfica 4j se ordenan las causas identificadas como directas; es decir, la causa final que produjo el fallecimiento. Una revisión general hace concluir que prácticamente, en la mayoría de los casos, estuvo implicado un proceso infeccioso. En más de dos terceras partes los eventos finales requerían de una alta capacidad para el manejo intensivo de estados de choque y fallo multisistémico.

Gráfica 4j. Causas directas de defunción en 75 casos confirmados en 2025



Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo/MSPAS

Si a esta información se suma el hecho de que tres cuartas partes de los fallecimientos ocurrieron en los servicios de la red de salud pública y la demora más prevalente es la falla en los servicios de salud, se identifica que existe un gran reto para el sistema para fortalecer o mejorar la capacidad de respuesta y resolución de la red de servicios.



4.2. Conclusiones

- Se ha observado una disminución del número total de defunciones atribuibles a la desnutrición aguda en el año 2025 respecto al comportamiento histórico en el período de 2021 a 2024. Por otro lado, el año con la mayor cantidad de defunciones atribuidas a desnutrición aguda en la serie fue el 2024.

- Comparando el año 2024 con 2025, se observa que esa reducción ocurrió en prácticamente todas las jurisdicciones administrativas de la red de servicios de salud, excepto por tres direcciones departamentales que no habían tenido casos de defunción por desnutrición aguda en el 2024 y que en 2025 mostraron dos casos cada una.

- Además de la reducción del número absoluto de defunciones atribuibles a desnutrición en el año 2025, también se observó una reducción en la tasa de letalidad. La tasa de 2025 es la más baja de la serie histórica analizada.

- Cuando se analizan las demoras en la cascada de atención en el total de casos fallecidos por desnutrición, una cuarta parte se debe a falta de reconocimiento del riesgo inminente de muerte, otra cuarta parte se debe a demora en la decisión de buscar atención oportuna y casi la mitad a fallas en la atención en los servicios de salud.

- Tres cuartas partes del total de fallecimientos por desnutrición aguda ocurrieron dentro de los servicios de atención del sistema de salud pública. La mayoría de las causas directas del fallecimiento fueron eventos finales que requerían manejo intensivo de procesos derivados de causas infecciosas o alteraciones metabólicas.



Anexos

Anexo 1: Listado de municipios priorizados para el abordaje interinstitucional de la desnutrición aguda (55 municipios)

No.	Departamento	Municipios
1	Alta Verapaz (11)	Chahal
		Cobán
		Fray Bartolome de las Casas
		Lanquín
		Panzós
		San Cristobal Verapaz
		San Miguel Tucurú
		San Pedro Carchá
		Santa Catalina la Tinta
		Santa María Cahabón
		Senahú
2	Chiquimula (2)	Camotán
		Jocotán
3	Escuintla (5)	Escuintla
		Masagua
		Nueva Concepción
		Santa Lucía Cotzumalguapa
		Tiquisate
4	Guatemala (7)	Amatitlán
		Guatemala
		Mixco
		San Juan Sacatepequez
		San Miguel Petapa
		Villa Canales
		Villa Nueva
5	Huehuetenango (7)	Chiantla
		Colotenango
		Jacaltenango
		Malacatancito
		San Sebastián Huehuetenango
		Santa Cruz Barillas
		Santa Eulalia
6	Izabal (3)	El Estor



No.	Departamento	Municipios
		Los Amates
		Morales
7	Jalapa (1)	Jalapa
8	Jutiapa (1)	Jutiapa
9	Petén (3)	Poptún
		San Benito
		Sayaxché
10	Quetzaltenango (2)	Coatepeque
		Huitán
11	Quiché (1)	Playa Grande Ixcán
12	San Marcos (7)	El Rodeo
		El Tumbador
		Malacatán
		San Marcos
		San Miguel Ixtahuacán
		Sipacapa
		Tejutla
13	Sololá (1)	Santa Catarina Ixtahuacán
14	Suchitepéquez (2)	Cuyotenango
		Mazatenango
15	Totonicapán (1)	Momostenango
16	Zacapa (1)	Zacapa