



Introducción

El capítulo anterior demostró la estrecha relación entre el crecimiento de la población y la salud que se ha dado a lo largo de la historia en Guatemala, y en el capítulo II se hizo referencia a la relación entre salud y desarrollo humano. También existe una relación entre el desarrollo humano y el tamaño, composición y distribución espacial de las poblaciones humanas y de los cambios que en el tiempo experimentan estas características a través de los procesos de fecundidad, mortalidad, nupcialidad, migración y movilidad social.¹ Estos rasgos sociodemográficos sintetizan las potencialidades y los requerimientos de una población dada en torno a su propio desarrollo. La comprensión actual de las interrelaciones entre desarrollo humano, salud y población se basa en una visión integrada del desarrollo y de la comprensión de relaciones recíprocas de causalidad entre los procesos demográficos y el desarrollo. La conexión entre desarrollo y población es profunda, ya que los cambios en la dinámica demográfica afectan profundamente las posibilidades y niveles de desarrollo humano de una determinada población, y recíprocamente, los cambios en el nivel de desarrollo de una población afectan su dinámica demográfica.

Por tanto, toda sociedad y todo Estado interesado en la prosecución del desarrollo humano no puede ignorar la información que ofrecen las variables demográficas: el escenario humano que define las particularidades y posibilidades reales del desarrollo, las necesidades fundamentales para su logro, las desigualdades y rezagos que lo limitan y las tendencias y características poblacionales que lo potencian. El Estado guatemalteco ha adquirido explícitamente el compromiso de recorrer el camino hacia el desarrollo humano y, con-

gruente con tal compromiso, entiende la necesidad de emplear adecuadamente los insumos que la información demográfica le proporcione para el logro de tal objetivo. Ello se expresa concretamente en la promulgación de la Ley de Desarrollo Social.² A continuación se ofrece una breve revisión de las principales variables demográficas de la población guatemalteca y sus significados desde una perspectiva de desarrollo humano.

A. Crecimiento de la población de Guatemala

El crecimiento natural (nacimientos - defunciones) anual de la población es de 2.8%, lo que podría describirse como un crecimiento todavía elevado, aunque ciertamente en descenso sostenido cuando se observa su evolución en las últimas décadas. Tomando en cuenta el saldo migratorio,³ el crecimiento anual es 2.6%, lo que implica que, si se mantiene este ritmo de crecimiento, la población se duplicará cada 27 años.⁴ Este ritmo de crecimiento tiene un efecto significativo en el potencial de desarrollo del país y tiene efectos sobre múltiples factores y procesos: los recursos disponibles, la formulación e implementación de las políticas económicas y sociales y sobre los niveles de pobreza existentes.

En el caso de Guatemala, esta dinámica de crecimiento tiene lugar en un contexto fuertemente marcado por la inequidad social y elevados niveles de pobreza, lo que sin duda introduce serias preocupaciones en términos del bienestar de las familias y de la expansión de la pobreza a niveles todavía mayores. Además, una población en crecimiento se traduce en mayores demandas de bienes y servicios, y mayores niveles de inversión por parte del Estado en áreas como educación, salud y empleo

¹ La demografía es el estudio de estos aspectos de la población. Véase Bogue, 1969.

² Ley de Desarrollo Social 2001, SEGEPLAN 2002.

³ Saldo migratorio: diferencia que resulta de la resta entre la inmigración (personas que vienen a vivir al país) y la emigra-

ción (personas que dejan el país). El saldo migratorio puede dar un resultado negativo cuando la emigración es mayor que la inmigración.

⁴ Estimación del Fondo de Población de Naciones Unidas en Guatemala, FNUAP.



Cuadro XIV.1
Antecedentes demográficos

Población total, 2000	11.4 millones
Nacimientos anuales	400,000
Menos defunciones anuales	80,000
Crecimiento natural	320,000 = 2.8%
Menos saldo migratorio	25,000
Crecimiento total	295,000 = 2.6%
2.6% duplicación de la población cada 27 años.	

Fuente: Cálculos de FNUAP con base en INE-CELADE (1997).

que no sólo mantengan las condiciones de vida actuales, sino que amplíen efectivamente las opciones y el bienestar de toda la población.

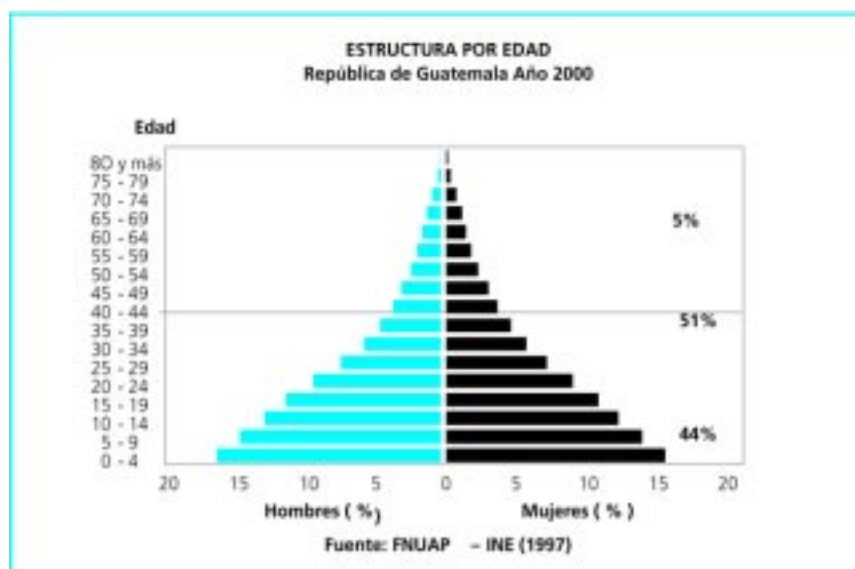
B. Composición de la población por sexo, edad y grupo étnico

La distribución por sexo de la población guatemalteca es prácticamente mitad hombres

y mitad mujeres. El equilibrio que teóricamente supone esta distribución se derrumba, no obstante, cuando se verifica la situación de subordinación y marginación que sufren las mujeres: rezagadas en básicamente todas las dimensiones de su vida, con menores índices de participación en la educación, en la actividad económica remunerada, en la actividad política y, particularmente vulnerables frente a los problemas de salud reproductiva y de violencia. Tal situación impone un freno a las posibilidades de desarrollo, en la medida que la mitad de la población enfrenta limitaciones en sus posibilidades de participar.

En cuanto a la composición por edad de su población, Guatemala es un país eminentemente joven: de cada 10 habitantes 4 son menores de 15 años.⁵ Sin embargo, el análisis de los cambios en la estructura por edades de los últimos 50 años pone de manifiesto la ocurrencia de una lenta disminución del peso relativo de los más jóvenes y un aumento relativo de los mayores de 65 años (producto de las disminu-

Gráfica XIV.1
Distribución de la población según grupos de edad
(Porcentajes)



Fuente: FNUAP-INE, 1997.

⁵ SEGEPLAN, 2001.



ciones tanto en la fecundidad como en la mortalidad durante estos años). Tales cambios plantean en el corto y mediano plazo, una disminución de la proporción de la población dependiente (fundamentalmente de los menores de 15 años) respecto a aquella en edad productiva, que potencialmente podría favorecer un despegue en la acumulación económica, pero evidentemente tal posibilidad depende de las condiciones sociales y laborales existentes.

En cambio, a largo plazo, las tendencias en la reducción sostenida de la fecundidad se expresarán en un incremento de la población envejecida, aumentando con ello nuevamente la proporción de personas dependientes (que serán entonces, en mayor medida, adultos mayores), lo que introduce demandas muy particulares sobre el sistema de salud y el de seguridad social.

En cuanto a grupos étnicos, el 43% de la población guatemalteca se define como indígena. Este grupo poblacional se evidencia como el más vulnerable y marginado de la sociedad, arrojando los más bajos niveles de alfabetización (37%) y de ingresos (54% en los dos primeros quintiles de ingresos). Además, las mujeres indígenas enfrentan los más altos niveles de fecundidad, con 6.2 hijos por mujer, y una tasa de fecundidad adolescente de 141 por mil. Así mismo, la mortalidad infantil es 1.2 veces mayor que la de otros grupos étnicos.⁶ Todos estos indicadores no son más que el reflejo de una exclusión sistemática, a lo largo de la historia, de esta población de la dinámica social, económica y política del país, en claro detrimento de su bienestar y desarrollo tanto a nivel individual como grupal.

C. La fecundidad

La fecundidad comenzó a disminuir –tardíamente respecto al resto de países latinoamericanos– en la década de los ochenta, pero la reducción ocurrida hasta el presente es todavía

modesta, siendo el nivel de la fecundidad actual todavía elevado (5 hijos por mujer en promedio). La fecundidad es particularmente elevada en mujeres con ningún nivel educativo (7 hijos en promedio) y se reduce drásticamente en mujeres con al menos nivel de secundaria (3 hijos), lo que sugiere a la educación como una vía privilegiada para modificar la estructura de fecundidad actual.⁷

Un aspecto significativo y preocupante de la alta fecundidad prevaleciente en Guatemala, es el nivel de fecundidad adolescente. El 17% del total de mujeres entre 15 y 19 años de edad ya son madres y otro 4% se encuentra esperando su primer hijo. Estos porcentajes se elevan aún más si nos referimos a la población rural (20 y 6%, respectivamente) o a la población indígena (19 y 7%, respectivamente). Al cumplir los 20 años, el 44.3%, o sea casi la mitad, de las jóvenes ya son madres o han estado embarazadas alguna vez. Este patrón reproductivo tiene fuerte impacto en la salud reproductiva de la mujer y aumenta la duración de la vida reproductiva, a fin de contribuir al alto nivel de fecundidad y crecimiento global.⁸

Las consecuencias negativas de la fecundidad en estas edades han sido ampliamente do-

Gráfica XIV.2
Tasa global de fecundidad, países seleccionados
(Hijos por mujer)



Fuente: OPS, 1999.

⁶ SEGEPLAN, 2001.

⁷ Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, ENSMI 1998/99.

⁸ ENSMI, 1998/99.



cumentadas: alto riesgo de abortos en condiciones no adecuadas; se trunca el proceso educativo de la joven madre quien, por consiguiente, cuenta con un bajo nivel de calificación para competir en el mercado laboral; condiciones precarias de salud materna e infantil además de que, mientras más temprana es la edad a la cual se tiene el primer hijo, más alta resulta siendo la fecundidad de la mujer al final de su período reproductivo de vida. Está documentado también que el número de jóvenes entre 15-19 años de edad que son madres disminuye conforme se incrementa su nivel educativo: 31.9% de mujeres de este grupo de edad que alguna vez han estado embarazadas y que no tienen educación ya son madres, en comparación con 7.3% en quienes tienen educación secundaria o superior.

D. La mortalidad

Aunque la mortalidad en Guatemala –tanto general, como materna e infantil– ha venido en descenso desde 1950, ésta se encuentra todavía en niveles altos respecto al conjunto de países latinoamericanos. La tasa bruta de mortalidad⁹

(TBM) en Guatemala, se ubicó en el período 1995-2000 en 7.4 por mil, el cual representa uno de los niveles de mortalidad más elevados en el contexto latinoamericano. La esperanza de vida al nacer¹⁰ (EVN) se sitúa en 61.4 años para los hombres y 67.2 años para las mujeres, superando sólo a las EVN correspondientes a Bolivia y Haití.¹¹

Las características sociodemográficas de la población (educación, lugar de residencia, y etnicidad) permean de manera evidente la incidencia de la mortalidad. De los casos de mortalidad materna del año 2000, 65.4% pertenecen a la población indígena. También la educación es un factor asociado: 66.5% de las defunciones maternas ocurrieron en mujeres sin ninguna educación, comparado con un 2.3% de muertes maternas en mujeres con educación media.¹²

La mortalidad infantil y la mortalidad materna representan dos dimensiones particularmente críticas de la mortalidad. Las cifras de atención prenatal, durante el parto y post-parto, aun cuando se han incrementado en los últimos años, muestran todavía un importante déficit, que incide en los altos niveles de mortalidad materna e infantil. Durante el embarazo, 60% de las mujeres reciben atención prenatal por personal calificado (48% con médicos y 12% con enfermeras) y un 13% del total de mujeres no recibe atención alguna. Para el momento del parto, esta cifra de atención por personal calificado desciende todavía más: solamente 40% de las mujeres embarazadas son atendidas por personal calificado al momento del parto; alrededor del 50% son atendidas por comadronas.¹³

Si tomamos como referencia el nivel de la mortalidad infantil (muertes ocurridas entre el nacimiento y el primer año de vida), la información disponible señala que de cada mil niños nacidos vivos, en Guatemala mueren en

Cuadro XIV.2
Distribución de las mujeres entre
15 y 19 años alguna vez embarazadas
según nivel educativo, 1998/99
(Porcentajes)

Nivel educativo	Ya son madres	Embarazadas con hijo	Total
Sin educación	31.9	8.6	40.5
Primaria	20.6	5.0	25.6
Secundaria y superior	7.3	1.8	9.2
Total	17.3	4.3	21.6

Fuente: ENSMI 1998-99.

⁹ Tasa bruta de mortalidad se define como el número de defunciones por mil habitantes en una población en un año, Arthur y Kane, 1980, pág. 25.

¹⁰ La esperanza de vida a nacer, EVN es el número promedio de años que una persona puede esperar vivir, si los niveles de mor-

talidad actual se mantienen. Es un indicador de las condiciones de salud, no es una tasa (Arthur y Kane, 1980, pág. 29).

¹¹ CEPAL, 1998.

¹² MINSA, 2002, cifras preliminares.

¹³ ENSMI, 1998/99.



promedio 45 (ENSMI 1998/99). Al desagregar la información según grupo étnico, se establece que entre los no indígenas mueren 44 niños de cada mil mientras que en la población indígena esta cifra se eleva a 56; entre los hijos de madres con escolaridad de nivel medio o más, mueren 41 niños por cada mil nacidos vivos, mientras que la cifra se eleva a 56 entre los hijos de madres sin ningún nivel educativo.¹⁴

E. Salud reproductiva y mortalidad materna

El bienestar de los individuos, meta final del desarrollo humano, pasa por el logro y mantenimiento de su salud sexual y reproductiva. Por salud reproductiva se entiende «un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable»¹⁵.

Este enfoque privilegia los derechos humanos de hombres y mujeres en torno a su sexualidad y reproducción: a tener una vida sexual segura y satisfactoria, a decidir con libertad si quieren reproducirse o no, y cuándo, y el derecho de las mujeres a tener embarazos y partos seguros.

Algunos de los indicadores que reflejan el estado de salud reproductiva de una población son las cifras de edad del primer embarazo y la tasa de fecundidad, a los que se hizo referencia previamente. Otro indicador altamente sensible es la tasa de mortalidad materna. En cuanto a ésta, Guatemala tiene una tasa muy alta: 153

¹⁴. ENSMI 1998/99.

¹⁵. GUATEMALA 2001.

¹⁶. MINSA 2002. Son cifras preliminares.

¹⁷. Debido al procedimiento estadístico que se emplea para estos cálculos, las cifras obtenidas contienen números decimales,

Cuadro VIII.3
Principales causas de mortalidad materna en Guatemala, 2000
(Total y porcentajes)

	Principales causas	Número Porcentaje
Directas		
Hemorragia	347	53.0
Infección	94	14.0
Hipertensión inducida por el embarazo	79	12.0
Aborto	62	10.0
Embolismo	6	1.0
Anestesia	1	0.1
Indirectas		
Se desconocen	6	1.0
Total	651	100.0

Fuente: MINSA, 2002.

mueres de mujeres embarazadas por cada 100,000 nacidos vivos.¹⁶ Buena parte de las muertes registradas cada año podrían evitarse con mejoras relativamente sencillas, basadas en atención adecuada del embarazo, parto y postnatal. En el año 2000, la mitad de las defunciones registradas fueron causadas por hemorragia y, en la mayoría de los casos, la muerte era evitable con atención calificada durante el parto y el post-parto.

Por otra parte, hay una diferencia significativa entre el número de hijos que las mujeres guatemaltecas desearían tener (en promedio) y el número actual (promedio) que tienen. Según cálculos realizados a partir de datos provistos por la ENSMI, en el 20% más pobre de la población las mujeres quisieran tener un promedio de seis hijos, pero en realidad están teniendo ocho hijos.¹⁷ La diferencia significa que el tamaño de una familia entre la población más

como se observa en el cuadro correspondiente. Para simplificar la lectura, se han redondeado las cifras al número inmediato superior.



Cuadro XIV.4
Relación entre ingresos y número de hijos por mujer
(Número de hijos)

Nivel de ingresos	Hijos por mujer	Hijos deseados	Diferencia	
20% más pobre	7.9	5.5	2.4	80,000 hijos por año
2do. quintil	6.8	5.1	1.7	
3er. quintil	5.6	4.5	1.1	
4to. quintil	3.9	3.6	0.3	
20% más rico	2.4	2.9	-0.5	
Total	5.0	4.1	0.9	

Fuente: Cálculos del FNUAP con base en las ENSMI 1995 y 1998/99.

pobre excede el tamaño deseado en por lo menos dos hijos. Calculando el número total de hijos nacidos que excede el tamaño familiar deseado entre los 3 quintiles más pobres (lo que equivale a la población pobre), se muestra que hay 80 mil hijos más que los deseados. El cuadro muestra también que hay una brecha importante entre los hijos tenidos y los hijos deseados.

La brecha entre hijos tenidos y deseados se reduce en los grupos con mayores ingresos. En las mujeres pertenecientes a los grupos con más ingresos, dicha brecha se invierte: las mujeres tienen menos hijos que los deseados (véase cuadro XIV.4). Esto sugiere que las mujeres pertenecientes a estratos de mejores ingresos tienen más opciones para controlar su fecundidad y decidir el número de hijos que desean tener.

El conocimiento y, particularmente, el acceso efectivo a métodos anticonceptivos es un aspecto ligado a la ampliación de oportunidades para que las personas gocen de una adecuada salud reproductiva, y ejerzan su derecho de vivir su sexualidad de manera satisfactoria y responsable. En términos generales, el 85% de

las mujeres unidas conoce algún método anticonceptivo, aunque una vez más existen importantes variaciones en este valor cuando se compara entre poblaciones urbanas y rurales (95 y 78% respectivamente) o entre población no indígena e indígena (95 y 63% respectivamente). Cuando se trata del uso de anticonceptivos, los porcentajes se reducen significativamente: sólo

Recuadro XIV.1
Necesidad insatisfecha de anticonceptivos

Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos cuando no están usando ningún método y además no desean tener más hijos o desean esperar al menos dos años antes de tener uno. También, en el caso de las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas, se considera que tienen necesidad insatisfecha si el último (o actual) embarazo no fue planeado o no era deseado. El siguiente gráfico resume estos criterios y destaca aquellos grupos de mujeres que tendrían necesidad insatisfecha, y que en total representan un 23.1% del total de usuarias actuales en Guatemala.



38% del total de las mujeres (unidas y no unidas) utilizan alguno método. Una vez más se observa una amplia brecha en la prevalencia de anticonceptivos entre población urbana y rural (52 y 27%), entre ladinos e indígenas (50 y 13%) o entre mujeres sin nivel educativo (19%) y aquellas con al menos educación secundaria (68%).¹⁸

Recuadro XIV.2 Salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo de vida

La invitación a enriquecer los estudios demográficos, así como en general el análisis social, con la perspectiva de género, conlleva dificultades implícitas, dado que se requiere del desarrollo de nuevos y diversos indicadores sociales, que den cuenta de una realidad compleja, con frecuencia difícil de deslindar de otras dimensiones sociales y difícil además de medir. Sin embargo, no es posible prescindir de un esfuerzo permanente en tal dirección si lo que se pretende es el logro del bienestar de todos los individuos de la sociedad, y la definición de políticas acertadas para el logro de dicha meta.

La potenciación del papel de la mujer fue una meta central en materia de políticas tanto en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994, como en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995. En ambas conferencias se reconoció y afirmó que la salud reproductiva es una parte indispensable de la potenciación del papel de la mujer. Éste es un proceso mediante el cual se transforman las relaciones de poder desiguales entre las mujeres y los hombres. A escala gubernamental, esto comprende que se hagan extensivos a las mujeres todos los derechos fundamentales de índole social, económica y política. En el plano individual, comprende procesos en virtud de los cuales las mujeres adquieren un poder interior para expresar y defender sus derechos y obtienen mayor autoestima y control sobre sus propias vidas y sus relaciones personales y sociales. Para la potenciación del papel de la mujer, es imprescindible que los hombres participen y acepten el cambio en los papeles socialmente asignados.

La salud reproductiva no es un asunto limitado a la llamada «etapa de procreación» de la mujer. Por el contrario, es un tema de preocupación para mujeres y hombres desde la más temprana edad hasta la ancianidad. La discriminación contra las niñas y las mujeres comienza poco después de nacer y determina el curso de sus vidas. Los problemas de la educación y la atención apropiada de la salud se plantean en la infancia y la adolescencia y siguen siendo temas de preocupación en la etapa de procreación, junto con la planificación de la familia, las enfermedades de transmisión sexual e infecciones del aparato reproductivo, la nutrición y atención adecuada de las mujeres durante el embarazo y la condición social de la mujer. En la ancianidad, los problemas abarcan las infecciones crónicas y las mayores preocupaciones acerca del cáncer del cuello de útero y de la mama.

Las actitudes masculinas respecto a las relaciones de género y las relaciones sexuales se originan en la infancia y quedan con frecuencia, fijas por el resto de la vida. Es preciso que los varones reciban una socialización temprana en conceptos de responsabilidad sexual y que se les brinde educación y apoyo continuos para lograr un saludable comportamiento sexual y en la formación de la familia.

La falta de atención a la salud sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos es la causa fundamental de muchos problemas que requieren la adopción de medidas urgentes. Tales problemas son la violencia por motivos de género, el VIH/sida, la mortalidad derivada de la maternidad, el embarazo en la adolescencia, el abandono de niños y niñas y el crecimiento acelerado de la población. Esta denegación masiva de los derechos humanos causa cada año la muerte de millones de personas; la mayoría de estas personas son mujeres. Los derechos sexuales y la salud sexual no son meras cuestiones de índole individual, sino que pueden tener efectos directos sobre la economía de un país, como se puso claramente de manifiesto en los países africanos más gravemente afectados por el VIH/Sida.

Fuente: FNUAP (2000a).

¹⁸ ENSMI, 1998/99.



Todas estas cifras, y particularmente la brecha entre conocimiento y uso de anticonceptivos, apuntan a que es necesario mejorar el acceso que tiene la población a los métodos anticonceptivos. El hecho de que el 64% de las usuarias de métodos acudan al sector privado para obtener información y suministro de los mismos y que el sector público sólo atienda al 25% de las usuarias confirma la debilidad del sector público de salud en esta área.¹⁹ Por otra parte, es evidente la necesidad de distribuir más equitativamente, entre regiones y grupos poblacionales tales servicios.

En síntesis, los altos niveles de fecundidad todavía prevalecientes, la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad observada, el uso de anticonceptivos relativamente bajo, los elevados niveles de las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, de fecundidad en menores de 19 años, y las marcadas diferencias que se dan en todos estos indicadores cuando se discrimina por región y lugar de residencia, grupo étnico y nivel de ingresos, dejan en claro que la atención de la salud reproductiva sigue siendo una necesidad urgente en Guatemala. Su atención y satisfacción son elementos indispensables en el logro de una población plenamente incorporada al desarrollo y beneficiaria final del mismo. También resulta evidente que en esta dimensión de la salud las inequidades de género son particularmente claras y acentuadas, representando las mujeres el grupo más vulnerable.

F. Migración

Hasta la década de los setenta, los movimientos de población en Guatemala eran fundamentalmente emigraciones desde el área rural hacia el área urbana, principalmente dirigidas a la ciudad capital, en busca de oportunidades de empleo y mejores condiciones de vida.²⁰ Este flujo de migración interna ha continuado creciendo en las décadas posteriores, pero se han

diversificado los motivos y los destinos. Al mismo tiempo, desde la década de los ochenta las migraciones hacia el exterior se han incrementado significativamente, fundamentalmente hacia Estados Unidos y, en segundo lugar, a México.

El volumen de población involucrada en estos desplazamientos ha sido hasta ahora modesto; no obstante, estos flujos –en particular la emigración internacional– han mitigado en cierta medida los efectos del crecimiento demográfico y además, han permitido inyectar recursos –por medio de remesas– para la subsistencia familiar y para el mejoramiento de las condiciones de vida.

El uso que se hace de las remesas recibidas por las familias de migrantes está en estrecha conexión con las causas y condiciones que dieron lugar a la emigración. Las remesas colectivas (que son aquellas transferencias enviadas de manera colectiva, tras efectuar colectas entre migrantes en el exterior, y destinadas a financiar proyectos o actividades en su localidad de origen) constituyen sólo el 1% del monto total de remesas enviadas a Guatemala.²¹ La mayoría son remesas familiares, de las cuales el 85% son destinadas al consumo por los hogares receptores y sólo un 16% de los hogares les da un uso productivo, sea como ahorro o como inversión.²² La posibilidad de ampliar el porcentaje de remesas empleadas productivamente pasa por aspectos tan diversos como mejoramiento de las condiciones de inserción de los migrantes en el extranjero, mejoramiento de las condiciones de vida de las familias de origen y desarrollo de programas que favorezcan la pequeña inversión.

En síntesis, es importante considerar que, aunque a corto plazo la emigración puede ayudar a aliviar ciertos problemas económicos y sociales, la misma no puede proporcionar a largo plazo una solución a los mismos. Por una parte, los recursos que ingresan por concepto de remesas difícilmente logran transformarse

¹⁹ ENSMI, 1998/99.

²⁰ CEPAL, 2000.

²¹ CEPAL, 1998.

²² CEPAL, 1991.



en inversión productiva y la experiencia internacional muestra que cuando los países han implementado políticas tendientes a orientar el uso de las remesas hacia actividades producti-

vas los resultados han sido escasos o nulos.²³ Por otra parte, la población que emigra puede representar, en el mediano y largo plazo, capital humano perdido para Guatemala.

Recuadro XIV.3 Demografía de la pobreza

La relación entre población y pobreza es directa. Por mucho tiempo se argumentó que la dirección de esta relación era una: mayor población conduce a mayor pobreza, y se empleó tal argumento para favorecer programas para reducir la fecundidad en los países del tercer mundo, lo que se presentaba como la vía para propiciar el desarrollo económico. Pero la experiencia de los países no desarrollados más bien confirma otra dirección de la relación entre pobreza y población: la pobreza permea y define cada uno de los componentes de la dinámica demográfica.

La experiencia de la pobreza es el factor que de manera más definitiva y dramáticamente erosiona la vida de los individuos. Guatemala ostenta uno de los más altos niveles de desigualdad en el mundo: el quintil más pobre de la población percibe sólo el 3.8 % del ingreso nacional, mientras que al quintil más rico corresponde el 60.6% del mismo. Esta abismal desigualdad se traduce de manera directa en diferencias en cuanto a las características de la fecundidad, mortalidad, migración y dinámica laboral entre los distintos estratos socio-económicos de la población.

En Guatemala el 56.7% de la población se encuentra en situación de pobreza. Las características socio demográficas de la población según estrato de pobreza divergen ampliamente: el promedio de escolaridad de la población no pobre es de 5.4 años mientras que para la población pobre es de 1.9 años; el número de hijos promedio por mujer es de 2.4 en el quintil más rico de la población y de 7.9 para las mujeres en el quintil más pobre. En la medida en que la pobreza siga definiendo y limitando las potencialidades humanas de tan amplio sector de la sociedad guatemalteca, la idea de desarrollo humano en esta nación carece de posibilidades reales de concreción y, sobre todo, de significado, en tanto que más de la mitad de la población no es beneficiaria del mismo. En otras palabras, el desarrollo humano pasa, ineludiblemente, por la erradicación de la pobreza y la procuración de una distribución equitativa del ingreso.

²³ CEPAL, 2000a.

