



Introducción

La plena vigencia del derecho que tienen todos los seres humanos a gozar de una vida prolongada y saludable es un elemento fundamental del concepto de desarrollo humano. Es también un medio para lograr los restantes objetivos de desarrollo relacionados con la reducción de la pobreza y la calidad de vida. La situación de salud no es solamente el resultado de condicionantes biológicas sino de un conjunto más amplio de determinantes. Es un fenómeno complejo y dinámico que responde en una proporción relativamente pequeña a las intervenciones de atención médica y mucho más a los cambios políticos, económicos, sociales, de ambiente físico y culturales. Desde esta perspectiva, y tomando en cuenta que cada ser humano tiene derecho a la oportunidad de tener una vida sana, es necesario identificar las disparidades en salud y mantener un enfoque intersectorial y global que promueva políticas públicas saludables.

El acceso a alimentación, educación, vivienda, trabajo, saneamiento básico, recreación y deporte crean condiciones para una vida productiva y saludable. Complementariamente, la provisión de servicios de atención es una respuesta ante la pérdida o el deterioro de la salud, que puede reflejar la incapacidad de la sociedad para dotar a las y los ciudadanos de adecuadas condiciones de vida y de servicios de atención preventiva. Pero, a la vez, una baja utilización de servicios manifiesta en ciertos casos la existencia de barreras de acceso para algunos grupos de población.

El papel que la sociedad asigna a sus miembros es particularmente relevante en sus probabilidades de enfermar y morir. En este marco, el enfoque de género cobra particular importancia en el análisis de la situación de salud: si las mujeres y los hombres tienen roles distintos en la familia, en la incorporación a los mercados de trabajo, en el control de los

recursos sociales y domésticos y en la participación social, política y económica, seguramente esto tendrá implicaciones sobre las condiciones diferenciales de salud en hombres y mujeres, y en la respuesta social que cada cual amerita. Tomando en cuenta lo anterior, a continuación se evalúan los condicionantes económicos y sociales de la salud.

A. Condicionantes económicos

1. Nivel de ingresos

Existen relaciones recíprocas de determinación entre la salud y el desarrollo económico. A medida que un país transita hacia mayores niveles de desarrollo, la población presenta mejores condiciones de salud. Estudios de alcance mundial concluyen que las mejoras en la situación de salud en un país ejercen impactos macroeconómicos positivos incluyendo un mayor crecimiento económico.¹ Una economía se beneficia de las mejoras en la situación de salud como resultado de una disminución del gasto público y el de las familias en servicios de salud, un aumento del rendimiento en el trabajo y en la escuela, así como de una mejor dotación de capital humano.²

En otros países, el ingreso nacional más alto suele coincidir con niveles más altos de gasto en salud. Tanto el gasto público como el gasto de los hogares crecen cuando el ingreso nacional es más alto. Sin embargo, en los niveles más elevados del ingreso nacional se encuentran países donde el gasto ejercido directamente por los hogares en bienes y servicios de salud es proporcionalmente menor, debido al predominio de esquemas de aseguramiento y prepago, en su mayoría públicos.³

En la región latinoamericana, Guatemala se encuentra entre los últimos países de ingreso mediano bajo, y su gasto en salud es com-

¹ Bhargava, Lau y Murray, 2000.

² WHO, 2001.

³ Musgrove, 2002.



parable al de Bolivia, cuyo ingreso per cápita es aún menor. Cierta aumento del gasto público en salud en los últimos años ha estado asociado a una mayor conciencia social acerca de su importancia, al proceso de apertura democrática, que permitió que se comenzaran a ejercer presiones de la población a favor de mayores servicios públicos de salud en el país, y a los Acuerdos de Paz, que incidieron de manera positiva en el aumento del gasto público en salud.⁴

La relación entre ingreso y situación de salud es mejor apreciada a escala particular que social: las familias de escasos recursos que sufren un desgaste financiero colocan a sus miembros en riesgo de desnutrición y enfermedad. Así, la información de los últimos 40 años permite comprobar que las mejoras del ingreso per cápita se relacionan con los descensos en la mortalidad infantil (gráfica XV.1).

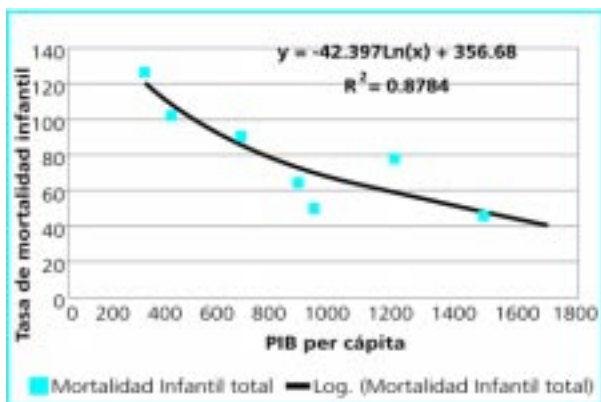
En el mismo sentido, la serie histórica disponible para Guatemala evidencia que, al igual que en otros países,⁵ el nivel de ingreso nacional por habitante guarda relación positiva cre-

ciente con la esperanza de vida (gráfica XV.2). Sin embargo, la posibilidad de que el ingreso del país influya en mayor o menor medida en la situación de salud depende de su distribución y de la eficiencia del gasto. En el caso de Guatemala, el desbalance entre el desarrollo económico de la sociedad y el desarrollo social⁶ tiene origen en graves desigualdades y en una gran debilidad del Estado para disminuirlas. Esta inequidad en la distribución del ingreso es perjudicial para la salud de toda la población, por lo que reducir la inequidad debería

Gráfica XV.1

Guatemala, Evolución y tendencia de la mortalidad infantil y el PIB per cápita, 1960-2000

(Valores quinquenales)



Fuente: Elaboración propia con base en datos oficiales de INECELADE y el Banco de Guatemala.

⁴ Véase el INDH, 2001.

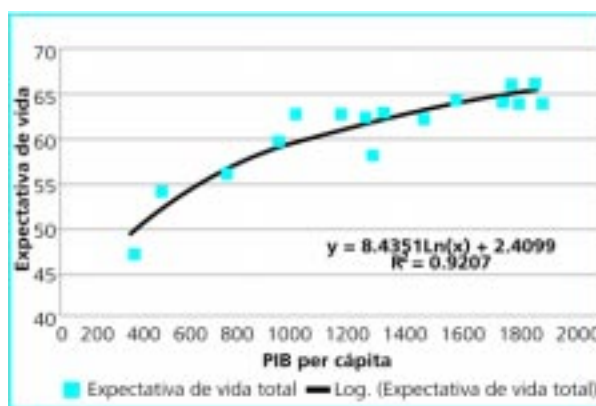
⁵ Frenk, *et al.*, 1997.

⁶ De acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, Guatemala podría estar 16 posiciones arriba en el índice de desarrollo humano.

Gráfica XV.2

Guatemala, evolución y tendencia del PIB per cápita y la expectativa de vida, 1960-2001

(Valores quinquenales)



Fuente: Elaboración propia con base en datos oficiales de INECELADE y Banco de Guatemala

ser del interés de todos, incluyendo a los más privilegiados.⁷

El ingreso familiar está relacionado con la salud por su efecto directo en las condiciones materiales necesarias para la sobrevivencia biológica, en la participación social y en la oportunidad de controlar las circunstancias de vida.⁸ Estudios realizados en países subdesarrollados demuestran que el ingreso familiar ha sido más importante que las condiciones sanitarias y el acceso a servicios de salud para explicar la brecha en la supervivencia de los niños pobres y no pobres.⁹

⁷ Wilkinson, 1992.

⁸ Marmot, 2002.

⁹ Wagstaff, 2000.



2. Distribución de ingreso y pobreza

Los datos de la ENCOVI 2000 presentan una situación muy grave de concentración del ingreso per cápita, según la cual, el 5.6% de los hogares con ingresos más altos obtienen el 50% y el 94.4% de la población del país capta el otro 50% de los ingresos.¹⁰

En Guatemala la pobreza se extiende al 56.7% de la población, equivalente a 6 millones de personas. La situación de extrema pobreza es coincidente con las mayores proporciones de población rural, indígena, sin escolaridad, subempleada, analfabeta, sin acceso a agua potable y desagües y sin conexión eléctrica, entre otros indicadores de postergación.¹¹

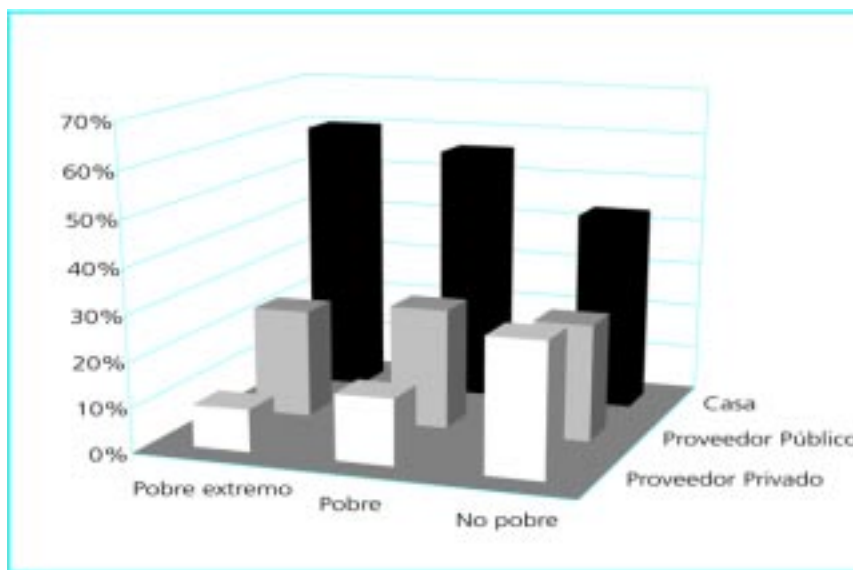
Según la ENCOVI 2000 la demanda efectiva de servicios de salud depende en gran medida del estrato socioeconómico. Las familias en extrema pobreza y pobreza generalmente recurren a recursos del hogar para atender un problema de salud, mientras que las que se encuentran en mejor condición socioeconómica

privilegian a los proveedores privados. Sólo la demanda a servicios públicos es similar para los diferentes estratos (gráfico XV.3)

Sin embargo, el ingreso precario y la condición de pobreza limitan el acceso a servicios de salud, aunque sean gratuitos, debido a los costos directos e indirectos que éste implica.

Para las familias pobres e incluso para las no pobres, los costos financieros de enfermar y morir pueden ser catastróficos, ya sea reduciendo el ingreso para cubrir otras necesidades y/o minando los recursos de las unidades productivas informales, en las que una de cada dos personas se encuentra económicamente activa. Una forma de garantizar el acceso a servicios de salud independiente de la capacidad inmediata de pago es el aseguramiento en salud. En el 2000, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y los seguros privados cubrían cerca del 16% de los hogares, captaban el 38% de los gastos en salud y proveían no más del 12% de las atenciones.¹² Al examinar la cobertura de aseguramiento en el país, queda

Gráfica XV.3
Lugar de atención de las enfermedades de la niñez según condición socioeconómica del hogar



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENCOVI, 2000.

¹⁰ Véase INDH, 2001.

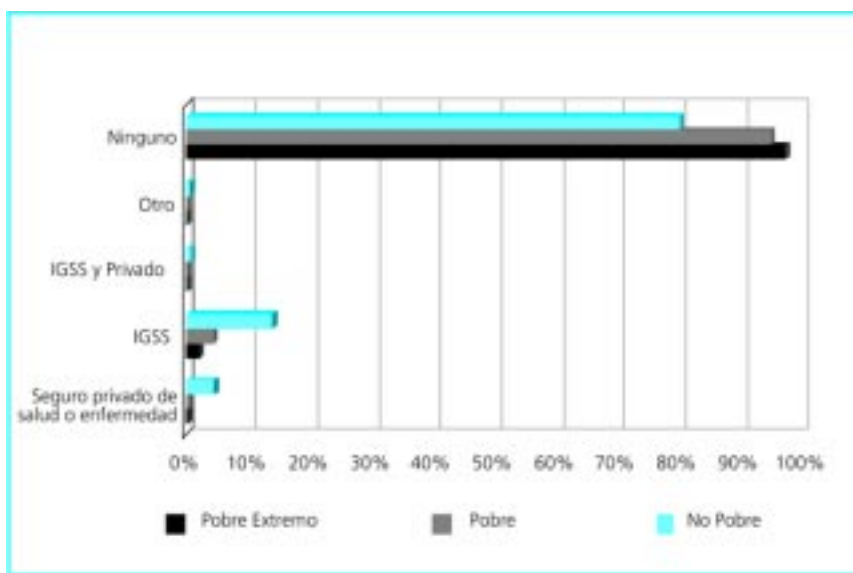
¹¹ MSPAS/OPS/ASDI, 2002.

¹² Datos de ENCOVI procesados por GSD.



Gráfica XV.4

Proporción de hogares por condición socioeconómica que se encuentra cubierto por algún esquema de aseguramiento, 2000



Fuente: ENCOVI, 2000.

manifiesto que los hogares con mayor vulnerabilidad económica frente a las eventualidades de enfermar y morir tienen la proporción más baja de cobertura de aseguramiento. Tanto el IGSS como los seguros privados atienden principalmente a la población no pobre (gráfico XV.4).

Un problema de salud que combina los efectos de la pobreza y del déficit de infraestructura social básica, es la diarrea en población preescolar. De acuerdo con la información de la ENCOVI 2000, la incidencia de diarrea en este grupo es mayor conforme sea menos favorable la condición socioeconómica del hogar. Esto es producto del acceso limitado a servicios de saneamiento básico, especialmente disposición de agua segura y disposición adecuada de excretas, así como del acceso limitado a información y atención en salud de calidad, situación que mejora conforme aumenta el nivel socioeconómico del hogar. Como se muestra en el cuadro XV.1 la respuesta domici-

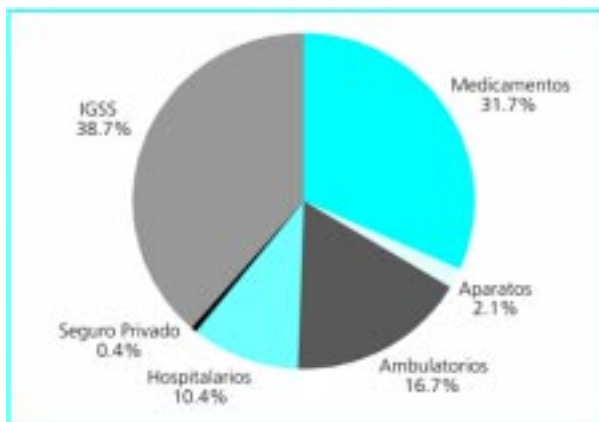
Cuadro XV.1
Guatemala, distribución de la respuesta ante la diarrea del preescolar, según la condición socioeconómica del hogar, 2000
(Porcentajes)

Tipo de respuesta	Pobre extremo	Pobre	No pobre
Sólo agua	4.4	3.0	2.5
Suero casero	5.7	3.7	5.1
Suero de rehidratación oral	8.1	7.4	5.5
Té de hojas	0.0	0.5	0.5
Otros remedios caseros	16.8	12.6	8.5
Medicinas	57.8	69.3	73.9
Otro	0.1	0.2	0.1
Nada	7.1	3.2	3.7

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENCOVI 2000.



Gráfica XV.5
Distribución del gasto de los hogares en salud según tipo de gasto



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENIGFAM 1998-1999.

liar también varía, según el estrato socioeconómico. Así, la población no pobre, que generalmente tiene acceso a servicios privados de salud y seguridad social, recurre en menor medida a remedios y sueros caseros o a sobres de rehidratación oral.

Cuanto menor sea la proporción de financiamiento público de bienes y servicios de salud, más importante resulta el gasto privado para alcanzar mejores niveles de salud¹³ y para acceder a servicios asistenciales ante una enfermedad. Aproximadamente el 6.4% del ingreso de los hogares se destina al pago de atenciones de salud. Esto equivale anualmente a Q.4,723 millones, lo que representa el 3.5% del PIB (de 1999).¹⁴ La porción más importante es el gasto directo del bolsillo al proveedor (cerca del 60%) que se destina mayoritariamente a la cuota de la seguridad social y a la compra de medicamentos (gráfica XV.5). El gasto privado en salud en Guatemala está concentrado en los grupos de mayor ingreso y exhibe patrones de consumo distintos, según niveles de ingreso. El 36% del gasto total en salud es efectuado por el 70% de la población de menores ingresos,

mientras que los tres deciles de ingreso más alto cubren el 64% restante. El gasto en medicamentos pasa de 40% en los deciles 1-7 a 27% en los deciles 8-10. Los gastos en atención hospitalaria, ambulatoria y en aparatos, por otra parte, son mayores en los hogares de mayor ingreso.¹⁵ La consulta a clínica privada y la utilización del seguro social tiende a ser mayor en los deciles de mayor ingreso, mientras que la farmacia parece ser el proveedor de primera línea cuando los pobres presentan un problema de salud.¹⁶

B. Condicionantes sociales de la salud

1. Composición demográfica

El perfil demográfico de la población guatemalteca no ha experimentado cambios significativos en los últimos 40 años (gráfica XV.6). El crecimiento vegetativo de la población apenas se ha reducido de 3.0% en 1960 a 2.8% en el 2000, como se hizo notar en el capítulo anterior. Esto coloca a Guatemala como el país con tasa de crecimiento poblacional más alta de América Latina.¹⁷ El promedio de nacimientos por mujer en edad fértil es de 4.6 en Guatemala, mientras que el promedio en Latinoamérica y el Caribe es de 2.8.¹⁸

El grupo de mayor crecimiento es el de 10 a 19 años y el de mayores de 70 años, pero este último aún es reducido en números absolutos (apenas representaba al 2.1 de la población en 2000). El grupo de 0 a 10 años, en cambio, se ha reducido en un 10% para el mismo período. El importante crecimiento de los adolescentes y adultos jóvenes tiene implicaciones para la salud y la economía, especialmente en lo que se refiere a la prestación de acciones preventivas y promocionales. Significa que la lucha contra la drogadicción, el alcoholismo y tabaquismo, así como la prevención del sida y del

¹³ Marmot, 2002.

¹⁴ Ver INDH, 2001.

¹⁵ Véase SNU, 2001, INDH, 2001.

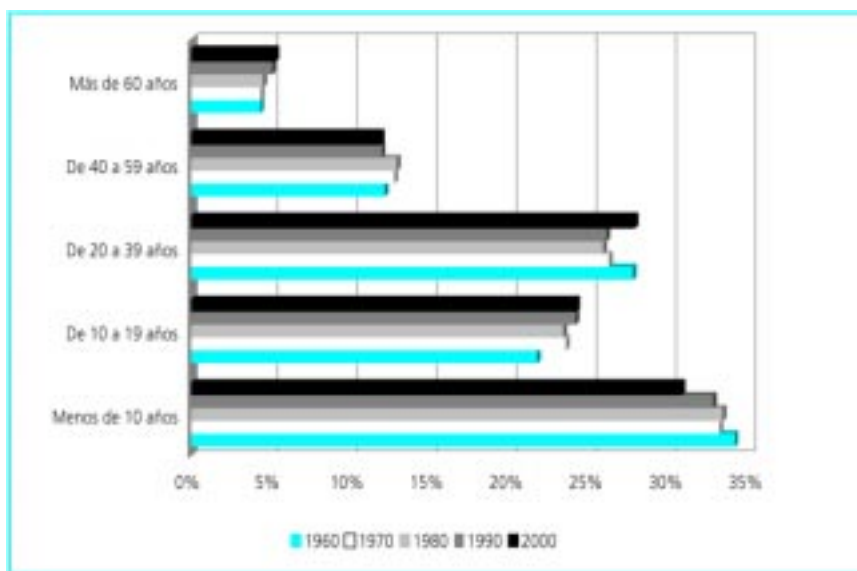
¹⁶ Véase SNU, 2001, INDH, 2001.

¹⁷ OPS, 1998.

¹⁸ GSD, 1998.



Gráfica XV.6
Guatemala, evolución del perfil demográfico de la población según tramos decenales de edad, 1960-2000



Fuente: INE-CELADE, 1997.

embarazo en adolescentes son inversiones que aseguran ahorros en intervenciones curativas futuras y aumento en la productividad, además de su evidente contribución al desarrollo humano en general.

El cambio demográfico se ve limitado de manera directa por la desigualdad socioeconómica de los hogares. El tamaño del hogar y la condición socioeconómica –medida en estratos–, guardan estrecha relación (gráfico XV.7). Como se hizo notar en el capítulo anterior, los hogares del estrato bajo extremo (estrato 1) tienen, en su mayoría, más de 5 miembros; la proporción de hogares con 6 ó más miembros es menor cuanto más alto es el estrato. En los estratos socioeconómicos medios y altos se ha producido una contención de la fecundidad que no se experimenta en los estratos bajos, con lo cual las brechas y demandas de estos grupos socioeconómicos, especialmente en aspectos de la atención materno infantil, tienden a ampliarse.

2. Nutrición

En 1998 se estimaba que el promedio diario de kilocalorías ingeridas por el guatemalteco era de 2,100. Sobre la base de un requerimiento diario de 2,792 kilocalorías, la población sólo alcanzaba a satisfacer en torno al 80% de sus necesidades energéticas. En Centroamérica, solamente Nicaragua presentaba un déficit mayor.¹⁹

Los datos de inseguridad alimentaria y desnutrición identificados anteriormente (capítulo IV) apuntan a determinantes socioeconómicos de corto y de largo plazo de la nutrición. Por una parte, los municipios que en el 2001 presentaban un mayor nivel de desnutrición crónica en escolares (arriba del 80%) eran aquellos ubicados en zonas mayoritariamente indígenas, tradicionalmente los más pobres. Sin embargo, por otra parte, en el rango de 50% a 75% de escolares con desnutrición cró-

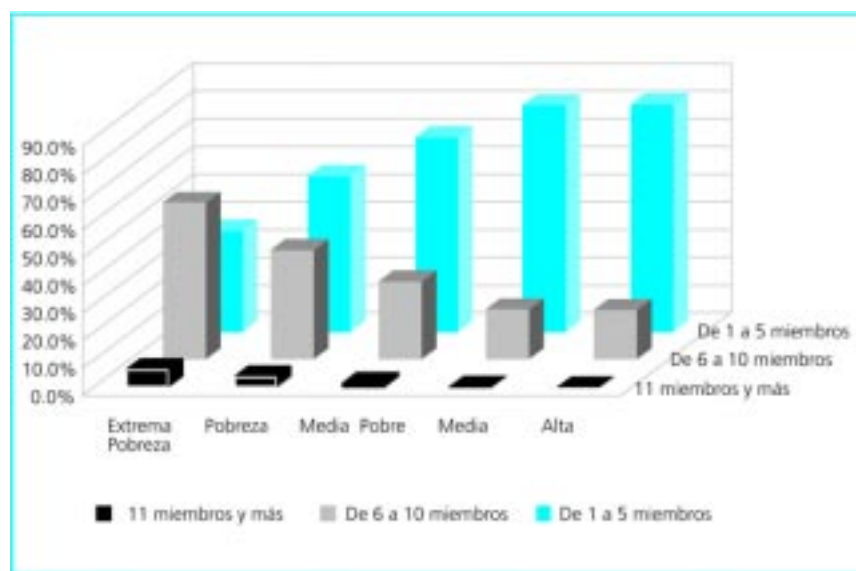
¹⁹ PAHO, 2001.



Gráfica XV.7

Guatemala, distribución de hogares según estrato socioeconómico y número de miembros del hogar, 2000

(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENCOVI, 2000.

nica empezaban a figurar departamentos del oriente del país aunque en municipios que tienen una proporción alta de población indígena, como lo son cuatro municipios en Chiquimula (Jocotán, Olopa, Camotán y San Juan Ermita) y tres en Jalapa (San Carlos Alzatate, San Pedro Pinula y Jalapa). Además, los niveles altos de desnutrición aguda (déficit de peso para talla) en los municipios del oriente, además de otros, ponían de manifiesto cómo la sequía y la caída de los precios del café tuvieron un impacto más reciente en el acceso a alimentos de estas poblaciones.

En la edad adulta la desnutrición limita la capacidad de trabajo. Bajos niveles de energía, insuficiente e inadecuada dieta, sumados a las frecuentes enfermedades, reducen el rendimiento laboral de los pobres, especialmente de aquellos que desarrollan actividades con alta demanda física.²⁰ Ello ocurre en el caso de los trabajadores agrícolas temporeros, que además de proceder de municipios con altos índices de

desnutrición crónica, están expuestos a mayores riesgos de enfermar por su condición de migrantes, estando desprotegidos de atención en salud.

Finalmente, los gastos en salud de los pobres suelen ser ineficientes al recurrir a la automedicación como primera respuesta ante un problema de salud. Además de bajos niveles de ingreso el gasto familiar en salud compete con la adquisición de alimentos. En este sentido, el gasto en salud contribuye poco a la recuperación del enfermo, y puede deteriorar el estado de salud de la familia por la disminución proporcional de los gastos que se hacen en alimentación, educación y otras inversiones para el desarrollo humano.

3. La educación

La educación como una condición social tiene una enorme importancia en la salud de la población. La educación, y en particular la alfa-

²⁰ Frenk, *et al.*, 1997.



betización de la mujer, contribuye en gran medida a la salud, de ella y su familia y a la reducción de la mortalidad infantil.²¹ En Guatemala del 41% de la población sin escolaridad, el 64% de ellos es pobre extremo, el 48% es pobre y el 21% es no pobre. En cuanto a la población analfabeta y su relación con la pobreza la situación es aún más clara ya que del 40% de población analfabeta, el 54% es extremadamente pobre, el 39% es pobre, y sólo el 17% es no pobre.

La atención y estimulación precoz de niños menores de cinco años es un campo donde se generan brechas sociales irreversibles. Los menores provenientes de familias con mayores ingresos reciben atención y cuidados que favorecen el desarrollo de su inteligencia y su equilibrio emocional. Por lo contrario, los menores que carecen de servicios de salud y de cuidados preescolares de buena calidad generalmente pertenecen a hogares con necesidades básicas insatisfechas con padres analfabetos. Esta brecha se profundiza posteriormente en el período escolar, sentando las bases de un desarrollo diferenciado de destrezas que marcará el desempeño laboral y social de los individuos según su origen social.²²

4. Ambiente

Los bienes naturales con que cuenta el país (suelo, atmósfera, floresta, agua, tierras húmedas, etc.) son clave para el desarrollo económico y la reproducción de la vida. Algunas acciones tienen un impacto más directo en salud y son las que se relacionan con el acceso a agua potable y el manejo de residuos sólidos (cuadro XV.2). En Guatemala el 29% de los hogares no tienen conexión de agua y de ellos el 49% son pobres extremos, el 39% son pobres y el 18% son no pobres. El 61% de los hogares no tienen conexión de desagües en las viviendas, que alcanza el 96% en viviendas de pobres ex-

Indicador	Total	Pobreza		
		extrema	no extrema	No pobres
Analfabeta	25.6	50.6	34.6	13.0
Sin conexión de agua	29.2	49.2	39.6	18.6
Sin conexión de desagües	61.8	96.0	83.2	41.1
Sin conexión electricidad	26.9	67.9	39.1	10.9
Inasistencia escolar 7-14 años	21.4	40.5	23.4	9.8

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENCOVI, 2000.

tremos, 83% de pobres y 41% no pobres. Ello refleja el hecho de que la marginación no se debe sólo a los bajos ingresos sino también a la inequidad en el acceso a servicios básicos. El disponer de agua potable cerca del hogar facilita la adopción de conductas higiénicas, evita enfermedades y libera energía y tiempo para emprender actividades productivas.²³

Porcentajes similares se dan en el caso de la falta de acceso a la electricidad, que también incide negativamente en la salud. En los siguientes apartados se presenta alguna evidencia en torno al nivel la distribución de la exclusión social en salud.

5. Exclusión y etnicidad

Existen diferencias en la condición socioeconómica por grupo étnico que reflejan inequidad en el acceso a las oportunidades de desarrollo y a la satisfacción de necesidades humanas básicas. La población indígena se asienta prefe-

²¹ OMS, 2001, pág. 1.

²² OPS/OMS, 1999, pag. 19.

²³ OMS, 2001.



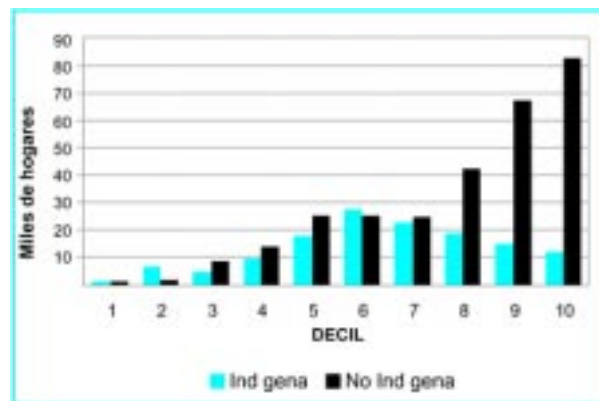
rentemente en áreas rurales, con escasas vías de comunicación y servicios públicos. Posee niveles más bajos de escolaridad y de calificación laboral, por lo que se articula laboralmente en actividades agrícolas de subsistencia o de más baja remuneración. En la atención de salud, la población indígena puede enfrentar discriminación por su condición socioeconómica, por su condición de migrante (trabajador agrícola temporal en fincas de la agroindustria), y por sus diferencias culturales, sobre todo de idioma, con los proveedores de servicios.

La desnutrición –un problema que expresa los vínculos entre pobreza y mala salud– tiene mayor incidencia en la población indígena. Sin embargo, el fenómeno de sequía que se consolida en las regiones norte y nor oriental del país, está elevando los niveles de desnutrición de la población rural no indígena (véase sección sobre inseguridad alimentaria, en el capítulo IV).

La población indígena del país tiene menor protección social en salud que el resto de la población. En diferentes deciles de ingreso, pero mayormente a partir del decil 7, la población indígena tenía en el 2000 una cobertura de seguridad social inferior a la población no indígena (gráfica XV.8). Este dato forma parte de condiciones estructurales de alcance mayor: la población indígena tiene asiento principalmente rural, predominan los agricultores de autoabastecimiento, y su empleo ocasional o estacional como jornaleros no genera relaciones contractuales formales. La población indígena campesina, al estar comprendida en el sector informal, no tiene acceso a la seguridad social.

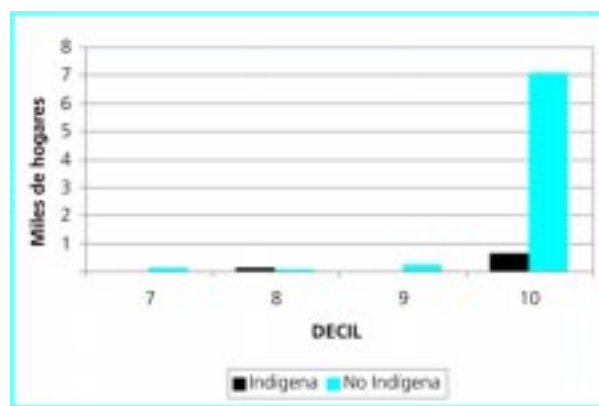
Por otra parte, los seguros privados de salud son excluyentes. Para todos los grupos étnicos el aseguramiento privado no ocurre en deciles de ingreso inferiores al séptimo, y menos de mil familias indígenas tienen contratos privados de aseguramiento en salud (gráfica XV.9).

Gráfica XV.8
Hogares cubiertos por la seguridad social según etnia y decil de ingreso
(Miles de hogares)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENIGFAM 1998-1999.

Gráfica XV.9
Hogares con Seguro Privado de Salud según etnia y decil de ingreso

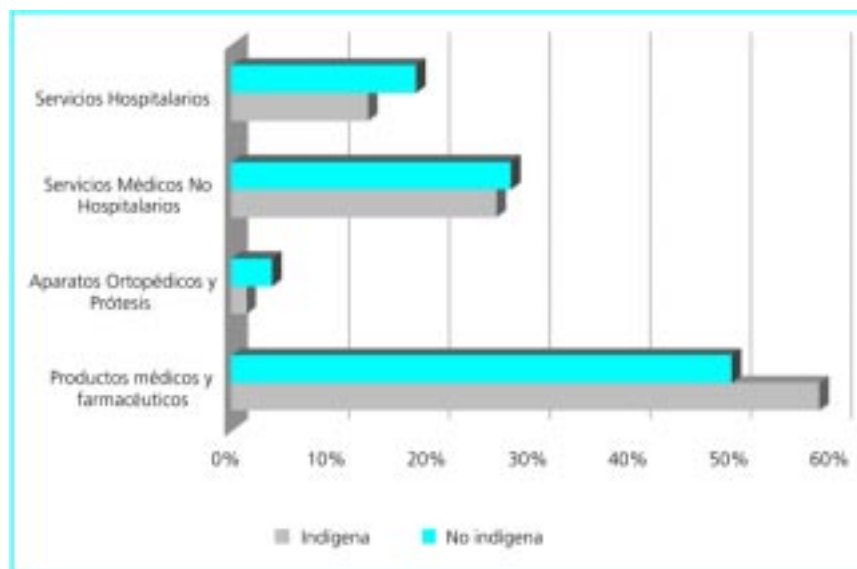


Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENIGFAM 1998-1999.

La población no indígena gasta más en servicios hospitalarios y en aparatos ortopédicos y prótesis; por su parte, los hogares indígenas gastan en la compra de medicamentos una mayor proporción que los no indígenas (gráfica XV.10).



Gráfica XV.10
**Distribución del gasto directo de los hogares en bienes
y servicios de salud según etnicidad del jefe de hogar**
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENIGFAM, 1998-1999.

6. Exclusión y ruralidad

La ruralidad expresa varias ideas en forma simultánea. Por una parte, evoca la noción de dispersión y, por otra, implica carencia de servicios básicos. Así, el hecho que las decisiones sobre ubicación de proyectos de servicio público toman en cuenta el número de beneficiarios actuales y potenciales le resta prioridad a las zonas de mayor dispersión de población.

Esto tiene efecto en el acceso de la población a servicios de salud. La demanda y utilización de servicios de la población rural se ve limitada por una oferta escasa e incompleta. Comparativamente, más hogares en el área urbana demandan y utilizan servicios hospitalarios, ambulatorios, del IGSS y de seguros privados. El rubro en el que sobresale la población rural es el de la compra de medicamentos (a menudo sin prescripción médica y con dudosa efectividad por el costo). Las opciones para

extender la cobertura hacia la población rural son beneficiosas también para la población indígena, que en gran medida padece la exclusión a causa de residir en las zonas rurales con alto grado de dispersión (gráfica XV.11).

C. La situación de género como condicionante

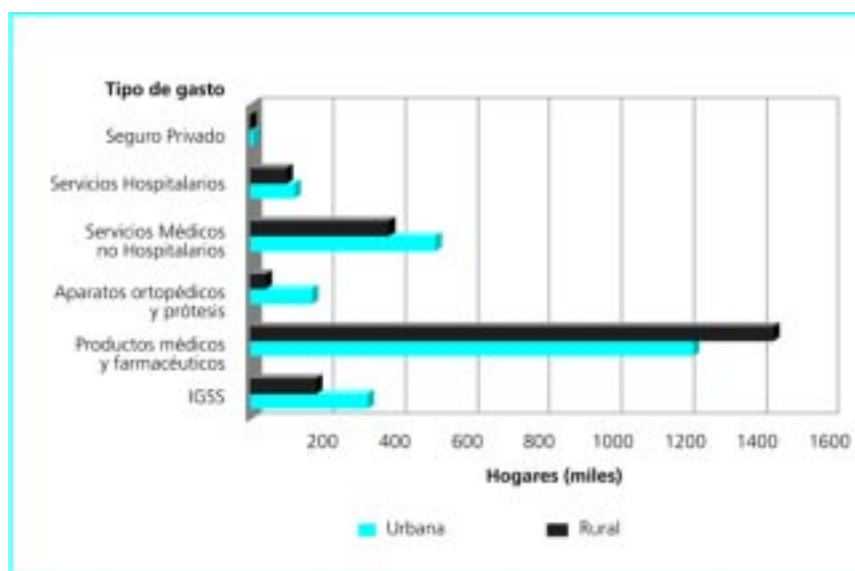
1. Las mujeres, el gasto y el acceso a la salud

Un estudio reciente demuestra que en cuatro países de América Latina los gastos en efectivo de las mujeres en atenciones de salud son entre 15% y 40% más que los de los hombres. Esta disparidad en el gasto se amplía debido a que en la mayor parte de países de la región los ingresos de las mujeres están por debajo del ingreso de los hombres.²⁴ En Guatemala para ambos sexos el gasto en salud depende del in-

²⁴ OPS/OMS, 1999.



Gráfica XV.11
Hogares que realizan gastos en bienes y servicios de salud
 (Miles de hogares)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENIGFAM 1998-1999.

greso aunque las mujeres jefas de hogar por debajo del decil 5 tienen una proporción menor de gasto en salud. Por encima del decil 5, su gasto supera lo esperado para el nivel de ingreso que poseen.

Como se ha visto, los ingresos aseguran un mejor estado de salud y acceso a los servicios. La salud, a su vez, tiene un impacto significativo en los ingresos. En particular, existe evidencia de que, independientemente del grado de educación las personas con mejor salud generan mayores ingresos.²⁵

De acuerdo con la ENCOVI 2000, las mujeres en Guatemala presentaron una mayor incidencia de enfermedades o accidentes (gráfica XV.12) pero una menor proporción de inasistencias por motivos de salud (gráfica XV.13). Estas diferencias expresan la inequidad de género y las condiciones de vulnerabilidad de la mujer trabajadora.

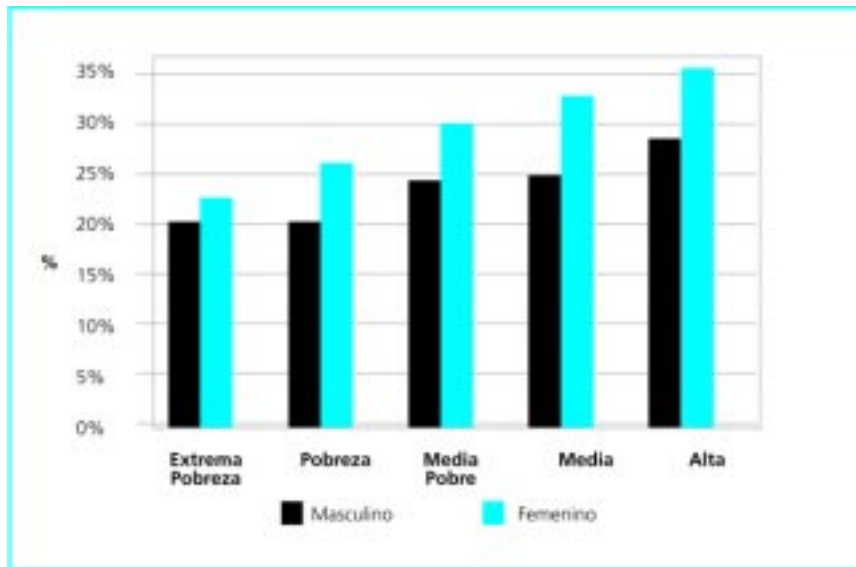
La utilización de servicios hospitalarios es diez veces mayor en el estrato alto que en el bajo extremo, y existe entre estratos una clara progresión que indica una mayor utilización cuanto mejor sea la condición socioeconómica del hogar. Limitaciones tales como la distancia a los centros hospitalarios, la dificultad de dejar de trabajar o cuidar el hogar, y los gastos directos o indirectos relacionados con el internamiento hospitalario se traducen en inequidades en el acceso a la atención de salud.

La atención obstétrica y neonatal, en los estratos más pobres, son ejemplos particularmente dramáticos de esta situación. Las personas que se encuentran en la necesidad de utilizar servicios hospitalarios de esta naturaleza no tienen suficientes recursos para satisfacer esta demanda. Esto resulta en mayores índices de demandas tardías y muertes maternas y neonatales.

²⁵ Savendoff y Shultz, 2000.

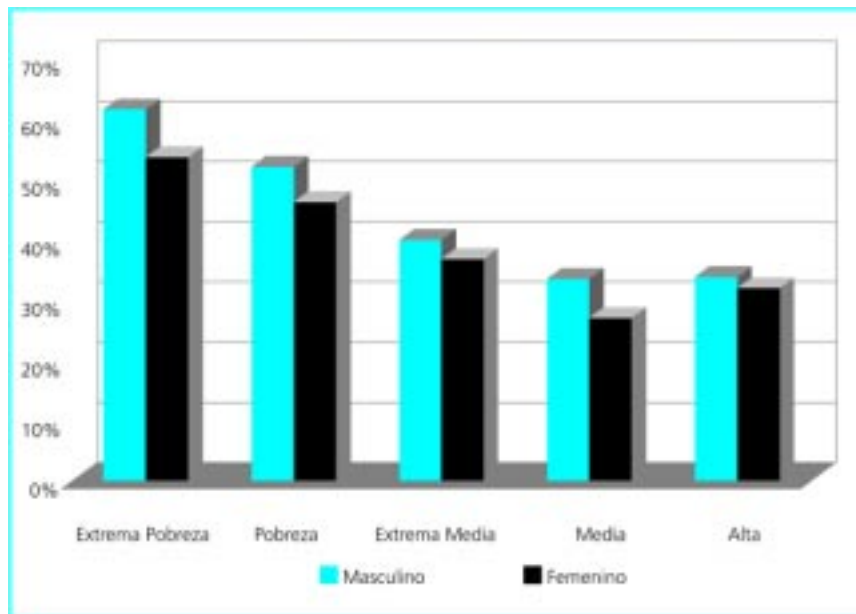


Gráfica XV.12
Incidencia de enfermedades o accidentes según sexo y estrato socioeconómico, 2000
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENCOVI, 2000.

Gráfica XV.13
Ausencias al trabajo por enfermedad, según sexo y estrato socioeconómico, 2000



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENCOVI 2000.



2. Diferencias de género en la exposición a riesgos

La mayor esperanza de vida de las mujeres en Guatemala refleja la ventaja biológica de su sexo y no un mejor acceso a los servicios de salud. De hecho, las condiciones de vida de la mujer y las limitaciones que tiene para acceder a bienes de subsistencia y servicio de salud condicionan que en sociedades como la guatemalteca su potencial biológico no se desarrolle plenamente. Los datos que se presentan a continuación parecen sugerir que el aumento de la brecha en la esperanza de vida puede deberse a la desproporcionada cantidad de muertes prematuras de los varones por violencia, accidentes y exposición a conductas riesgosas.

Así, en el análisis de las causas de defunción reportada por el INE en 1999, se reportaron un total 64,560 muertes de las cuales el 57% ocurrieron en hombres y el 43% en mujeres. La mayor proporción de muertes masculinas era explicable por su mayor exposición a la violencia externa y auto infringida: el 73% de los suicidios, el 81% de las muertes por accidente y el 91% de las muertes por homicidio ocurrieron en hombres.

En 1999 fueron reportadas 1,439 muertes por impacto de bala, de las cuales el 92% sucedieron en hombres. Los hombres, además, por su estilo de vida se exponen a mayores riesgos de muerte: 90% de las muertes por alcoholismo y 75% por VIH/sida se reportaron en hombres ese año.

Esta mayor exposición a riesgos (gráfica XV.14) se suma a la desventaja biológica de los hombres: las muertes «naturales» analizadas son proporcionalmente mayores en los varones, particularmente aquellas que no son crónicas o degenerativas (la neumonía /bronconeumonía, la infección intestinal, el paludismo, la tuberculosis), cuya probabilidad de ocurrencia es mayor a edad temprana. Las causas de muerte por enfermedades crónicas y degenerativas, en

cambio, suelen ser mayores en mujeres (cáncer, diabetes, senilidad). La mayor proporción de muertes masculinas por cáncer de pulmón puede ser explicada por la mayor proporción de tabaquismo en varones.

La tasa de mortalidad de mujeres lamentablemente se aproxima a la de hombres por la falta de acceso a servicios de salud reproductiva de calidad. Una muerte materna tiene dos consecuencias. Por un lado, demuestra la incapacidad de la sociedad y del sistema de salud de evitarla, tomando en cuenta que existen tecnologías y experiencias que permitirían prevenirlas. Además, por la asignación de roles en la crianza y cuidado representa una catástrofe familiar porque los niños pequeños se desnutren y enferman, los mayores se ausentan de la escuela y el esposo se ausenta más tiempo de su lugar de trabajo.

3. La toma de decisiones en salud

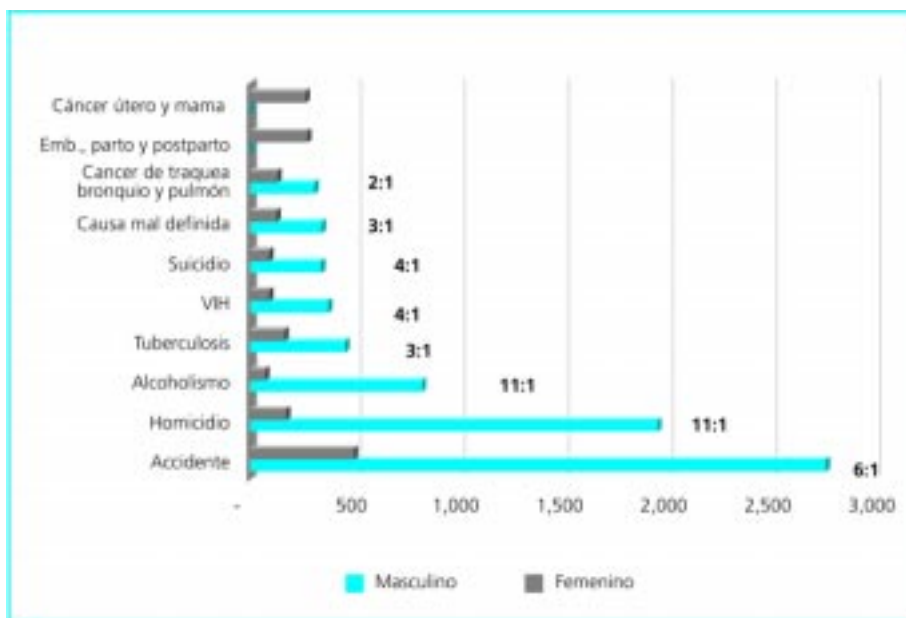
El número de hijos y la frecuencia de los embarazos constituye un factor determinante para la salud de las mujeres sobre todo cuando se trata de decidir sobre la asistencia gineco-obstétrica, e incide con mayor frecuencia entre las mujeres pobres. Sólo el 9.6 % de las mujeres expresó en 1998 el deseo de tener otro hijo antes de dos años, pero únicamente el 25% de las mujeres del área rural y el 38% de las indígenas conocían métodos de planificación familiar.²⁶ Esta situación parece obedecer, entre otros, a factores culturales, religiosos y a falta de información.

Por otra parte, la esterilización quirúrgica tiene una elevada prevalencia. De mujeres que en el 2000 seguían métodos de planificación familiar, casi la mitad se había sometido a una esterilización, y el 51% de las mujeres esterilizadas tenía menos de 30 años. Un estudio efectuado en tres instituciones proveedoras de servicios de esterilización femenina (Ministerio de Salud, IGSS, APROFAM) demostró que muchas de las usuarias escogen esterilizarse

²⁶ ENSMI, 1998.



Gráfica XV.14

Mortalidad diferencial entre hombres y mujeres, causas seleccionadas
(Personas fallecidas)

Fuente: Elaboración propia con base en MSPAS, 1999, Base de Datos de Mortalidad.
Los números representan la razón de cada causa entre hombres y mujeres.

porque existen barreras comunitarias o institucionales (horarios de atención, disponibilidad de métodos) para mantener un régimen de planificación familiar basado en métodos temporales.²⁷

4. Acceso a los servicios

Las necesidades de atención en salud son diferentes para hombres y mujeres, dado que a la morbilidad general se adicionan situaciones propias de la función reproductiva y de la mayor longevidad de las mujeres. Sin embargo, no obstante que los problemas de salud de las mujeres requerirían un mayor uso de los servicios de salud, la atención a hombres por lo regular es de más alto costo porque está condicionada por los estilos de vida en los que se someten a riesgos de enfermedad y de accidentes con requisitos más complejos de atención.²⁸

Las barreras al acceso a los servicios de salud que exhiben las mujeres resultan de las condiciones socioculturales y económicas del hogar y de aspectos de discriminación en la provisión de los servicios en los centros asistenciales. Un estudio efectuado en el nor occidente del país reveló el *mal trato* en los servicios de salud como la principal barrera para utilizar los servicios de salud reproductiva del hospital. A lo anterior se agregaba la mala calidad, la lejanía y el costo que significa llegar al servicio. Considerando lo anterior, el aumento del parto institucional (una de las estrategias privilegiadas para reducir las elevadas tasas de mortalidad materna en el país) parece depender de una percepción distinta del usuario sobre lo que los servicios pueden ofrecerle y la forma en que el personal se los proveerá.

Dicho estudio evidenció la relación que existe entre la atención de necesidades gineco-

²⁷ GSD, 2001.

²⁸ Casas, *et al.*, 1999.



obstétricas normales y con complicaciones, y la influencia que ejerce sobre la mujer quien toma la decisión para atender sus necesidades. De las mujeres que tuvieron complicaciones, buscaron asistencia médica durante el embarazo el 55%, durante el parto el 59% y después del parto el 46%. La decisión de buscar atención y a quién acudir le correspondió al esposo en el 66%, a otros tomadores de decisión en el hogar el 12.2% y a la mujer sólo en el 22.8% de los casos. Esta situación refleja que las op-

ciones para elevar la calidad y el acceso de la atención a las mujeres dependen de dos factores: la distribución y proyección de los servicios de salud hacia los grupos social y económicamente más vulnerables, y el mayor conocimiento y control de las mujeres del ejercicio de su derecho a una salud integral, específicamente la reproductiva. La forma en que el modelo de atención condiciona la salud en general se analiza en el próximo capítulo.

