



Foto: Héctor Morales Diseño: Melissa Elizondo

Una población saludable requiere la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre lo que más le conviene y contar con las instituciones y servicios que le permitan resolver sus necesidades de salud de manera oportuna y eficaz.

El acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud

Capítulo

8

Liberarse de la muerte prematura y de la enfermedad evitable es esencial para el desarrollo humano. A su vez, la situación de salud depende de las condiciones y oportunidades que genera la sociedad para contar con los recursos materiales suficientes para una vida digna, cuando menos, libre de la pobreza y del hambre. Una población saludable requiere además, condiciones sanitarias, de habitabilidad y de calidad del ambiente que promuevan un círculo virtuoso que perpetúe la salud; así también, un entorno social seguro en el que se valore altamente la vida humana y se promueva el desarrollo de las personas, de sus capacidades y su participación en la vida en sociedad. Una población saludable requiere, también, la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre lo que más le conviene y contar con las instituciones y servicios que le permitan resolver sus necesidades de salud de manera oportuna y eficaz.

El presente capítulo se concentra en explorar este último aspecto: el del acceso a los servicios de salud.¹ Así también, explora la dimensión de la pertinencia cultural de los servicios públicos de salud y los avances durante la última década. Finalmente, el capítulo examina, en términos de muerte prematura y enfermedad evitable, el hecho de que la salud no constituya todavía un tema de real prioridad en la agenda pública de la sociedad guatemalteca.

1. El acceso a los servicios públicos de salud

1.1. La oferta de servicios

A principios de la década de 1990, solamente el 54% de la población guatemalteca tenía acceso a algún tipo de servicio de salud.² Para el 2004, según el MSPAS, esta proporción se había incrementado al 89.7%. De este total, la red de servicios del MSPAS le ofrecía cobertura al 47.4% de la población, mientras otro 23.7% fue cubierta por los programas de extensión de cobertura impulsados por el ministerio; un 10.4% adicional fue atendido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS– y el 8.1% por servicios

privados lucrativos. Según sus propios cálculos, el 10.3% de la población (1.3 millones de habitantes) todavía no tenía acceso a ningún tipo de servicio de salud.³

La estrategia principal del MSPAS para el aumento de cobertura ha sido la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS–, en particular, el primer nivel de atención, que debe prestar los servicios básicos a toda la población, con especial énfasis en la salud de las mujeres y de la

¹ También en lo que respecta a su calidad, entendida como la capacidad de resolución efectiva de los problemas de salud. Sin embargo, la información disponible no permitió hacer un examen a fondo de la calidad de los servicios, en términos de su efectividad, menos aún desagregando ésta por etnicidad. Tampoco ha sido posible proporcionar una panorámica acerca del subsector privado de servicios de salud existente en el país.

² OPS/OMS (1994).

³ MSPAS (2004).



niñez y la regulación de los riesgos ambientales.⁴ 6 de los 12 departamentos con mayor proporción de población indígena (30% o más) cuentan, cuando menos, con un 30% de la población cubierta por el SIAS. En contraste, solamente 3 de los 10 departamentos con menos del 30% de población indígena tienen un tercio de su población cubierta por el SIAS. Estos son los departamentos de Chiquimula, Escuintla y Jalapa. Ello sugiere un intento de compensar, a través de los programas de extensión de cobertura, inequidades previas existentes en cuanto a la distribución de la infraestructura y de los servicios públicos de salud.⁵

Persisten, no obstante, interrogantes con respecto a la prestación efectiva de los servicios prestados bajo esta modalidad. El “Sistema de regulación, acreditación y habilitación de administradoras y prestadores de servicios de primer nivel”, instituido por el MSPAS en 2000, ha permitido evidenciar que no todas las prestadoras de servicios de salud que operan en el marco del SIAS están cumpliendo adecuadamente su cometido. Por ejemplo, en 2001, del 100% de prestadoras que estaban operando desde el inicio del Programa de Extensión de Cobertura (1998) solamente un 74% de los convenios inicialmente aprobados fueron certificados para continuar prestando los servicios y un 14% más fueron condicionados para su seguimiento. En 2001 y 2002, solamente se certificaron el 77% de prestadoras de servicios que estaban operando.⁶

1.2. El acceso físico a los servicios de salud

Para la Organización Mundial de la Salud —OMS— el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquél que queda a menos de 60 minutos de viaje. En el caso de prevalencia de enfermedad infantil, los datos analizados por Gragnolati y Marini (2003), con base en datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2000), reflejaron que únicamente el 10.7% de la población adulta, reportada enferma, viajaba por un lapso menor a una hora para llegar a un servicio de salud.

Una mayor proporción de no indígenas contaban con acceso físico adecuado a los servicios de salud (12.2%), en comparación con los indígenas (8.7.3%). El grupo que tenía el acceso más precario era el Mam (6.4%), mientras los indígenas no mayas, Xinkas y Garífunas contaban con mejores niveles de acceso (16.3%). Sin embargo la brecha se acentúa al comparar por área, ya que la población en el espacio rural tienen más limitaciones para acceder al servicio, en comparación con aquellos que se encuentran en el sector urbano (14.4%:8.3%) Las mismas dificultades se presentan para la región Norte (8.4%), Petén (8.8%) y noroccidente (7.8%). En promedio, hay un acceso físico adecuado a los distintos servicios de salud. Sin embargo, el tiempo de viaje suele ser sensiblemente más largo para las poblaciones rurales, especialmente en el caso de hospitales nacionales (véase cuadro 8.1) Las dificultades de acceso de la población rural se agravan cuando se le suma la precariedad de la población y los altos costos del sistema de transporte.

⁴ El modelo de atención planteado por el SIAS implica que los servicios del primer nivel de atención deberían ser ofertados por el personal del MSPAS y también por otras instituciones, tales como organizaciones no gubernamentales, municipalidades, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y entidades privadas lucrativas. Para el efecto, se requiere que la institución firme un convenio con el MSPAS, en el cual debería explicitarse la naturaleza, ámbito y responsabilidades de cada una de ellas, comprometiéndose el MSPAS a trasladarles los recursos financieros necesarios para la prestación de los servicios. Sánchez (2005:89).

⁵ MSPAS (2004).

⁶ Sánchez, A. (2005:157-158).

Cuadro No. 8.1.
Tiempo promedio de traslado a los proveedores de salud y de espera del servicio
En minutos

	Traslado			Espera		
	Nacional	Urbano	Rural	Nacional	Urbano	Rural
Hospital nacional	63	42	80	66	69	64
Hospital IGSS	51	50	56	87	83	102
Hospital o clínica privada	47	36	64	37	36	37
Puesto o centro de salud	41	26	47	59	84	49
Centro comunitario	25	28	24	33	41	31
Farmacia	38	17	49	14	17	12
Promedio de todos los servicios	45	35	54	29	49	21

Fuente: Gragnolati y Marini (2003: 61).

Una vez en los servicios de salud, las personas deben esperar media hora antes de ser atendidas. El período de espera es más largo en los hospitales y más corto en las clínicas y sanatorios privados. Estas cifras se deben poner en contexto: en muchos centros y puestos

de salud se da un número limitado de turnos cada día, lo que implica que los usuarios deben presentarse muy temprano o arriesgarse a no ser atendidos. Debe señalarse que estos datos tampoco muestran si el servicio está disponible al momento que el paciente se presenta.

2. La demanda de los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud depende de la oferta o disponibilidad de estos servicios, pero también de la percepción que tenga la población sobre la calidad, accesibilidad y capacidad de resolución de los mismos. A continuación se analizará la demanda de servicios de salud durante el embarazo, parto y para la atención de enfermedades comunes de la infancia (infecciones respiratorias y diarreicas), desagregando los datos por etnicidad.

2.1. Búsqueda de atención de la población en general

Los datos sobre prevalencia de enfermedad y accidentes, mostraron que casi la cuarta parte de la población había sufrido alguna enfermedad o

accidente en el mes previo a la encuesta, sin mayor diferencia entre los grupos indígenas y no indígenas. La búsqueda de atención fuera del hogar tampoco presentó mayores diferencias entre indígenas y no indígenas (véase el cuadro 8.2). Resalta, sin embargo, las variaciones observadas a lo interno de la población indígena. La prevalencia de enfermedad o accidente va desde 19.6% de los identificados como “otros mayas” a 33.2% entre los Q’eqchi’. La población Mam tienden principalmente a buscar la atención dentro del hogar.

Al concentrarse en la búsqueda de atención por parte de un médico, la diferencia entre indígenas y no indígenas se agudiza. Esta diferencia en la búsqueda de atención podría estar relacionada con



el área de residencia de la población y la concentración de los servicios de salud en las áreas urbanas. El impacto de los diferentes grados de urbanismo entre los grupos indígenas también podrían explicar las diferencias observadas entre los Kaqchikel y los Q'eqchi', siendo que el 32% de los primeros consulta con un médico, comparado con un 15% entre los

segundos. Por último, hay que señalar que menos del 5% de la población busca atención con “personal no biomédico”, que aunque no especifica quiénes son, seguramente incluye dependientes de farmacia, comadronas y una vasta gama de proveedores tradicionales.

Cuadro No. 8.2.
Búsqueda de atención en salud de la población según tipo de proveedor consultado
En porcentajes

	Buscó atención fuera del hogar				No buscó fuera del hogar		
	Prevalencia	Personal no biomédico	Enfermera o promotor	Médico	Buscó atención dentro del hogar	No hizo nada	Total
Nacional	24.8	4.8	9.5	36.1	38.7	10.9	49.6
No indígenas	25.0	4.1	6.6	44.4	35.6	9.4	52.9
Indígenas	24.6	5.9	13.7	24.0	43.5	12.9	48.5
K'iche'	26.0	9.2	9.5	29.7	41.2	10.4	51.6
Q'eqchi'	33.2	5.8	20.8	14.9	38.4	20.1	58.5
Kaqchikel	23.7	4.0	6.5	31.7	46.6	11.2	57.8
Mam	22.3	3.5	17.7	18.0	51.9	8.9	60.8
Otros mayas	19.6	6.0	15.3	23.1	40.9	14.7	55.6
Otros indígenas	32.3	6.3	23.2	26.1	35.2	9.2	44.4

Fuente: Gragnolati y Marini (2003).

En cuanto a los lugares en que se buscó atención, se observa que a nivel nacional la mitad de las consultas son en los diferentes hospitales, pero con grandes diferencias según el grupo étnico: los no indígenas tienden a consultarlos mucho más que los indígenas. No obstante, las diferencias entre los grupos indígenas es incluso más pronunciada y pareciera

haber varias dinámicas. Por ejemplo, el 42.8% de los Q'eqchi' consultaron con proveedores no biomédicos, comparado con el 15% de los Kaqchikel (véase cuadro 8.3). Los “otros” proveedores consultados, especialmente por la población Q'eqchi', presumiblemente, se trataría de comadronas y una variedad de terapeutas tradicionales.⁷

⁷ Sáenz (2005) pone en duda los resultados de esta pregunta, pues de haberse planteado de forma excluyente, ocultaría una realidad más dinámica en cuanto a la utilización de diferentes sistemas médicos para el tratamiento de una misma enfermedad.

Cuadro No. 8.3.
Búsqueda de salud de la población en general: instituciones consultadas
En porcentajes

	Hospitales				Puesto o centro de salud	Centro comunitario	No biomédico		
	Público	IGSS	Privado	Total			Farmacia	Otro	Total
Nacional	9.3	6.8	40.0	56.1	22.8	2.0	8.0	11.2	19.2
No indígenas	9.9	8.4	45.4	63.7	19.1	1.3	6.0	9.7	15.7
Indígenas	8.1	3.7	30.2	42.0	29.6	3.2	11.5	13.8	25.3
K'iche'	7.9	7.9	32.5	48.3	27.5	1.5	19.0	3.7	22.7
Q'eqchi'	6.7	1.0	20.6	28.3	23.5	5.3	9.5	33.3	42.8
Kaqchiquel	4.5	4.4	48.0	56.9	24.0	4.0	7.3	7.7	15.0
Mam	8.0	0.1	26.0	34.1	36.6	5.5	7.4	16.4	23.8
Otros mayas	13.7	2.6	20.0	36.3	38.2	0.9	11.4	13.3	24.7
Otros indígenas	11.5	5.0	19.0	35.5	53.2	0.0	3.3	8.0	11.3

Fuente: Gragnolati y Marini (2003).

Podría pensarse que las diferencias anotadas responden más a la poca disponibilidad de los servicios biomédicos que a una preferencia intrínseca de los indígenas hacia los proveedores no biomédicos (farmacias, comadronas, curanderos, etc.). Sin embargo con la información disponible, no es posible saber hasta qué punto la preferencia de buscar atención con los proveedores tradicionales responda a preferencias culturales o más bien a la disponibilidad de los servicios biomédicos.

Respecto a las razones para no consultar los servicios de salud, se puede observar que el 51.1% de las familias, a nivel nacional, consideraron que no

era necesario el tratamiento médico (véase cuadro 8.4). Se observa que las familias no indígenas presentan una tendencia más pronunciada a minimizar la seriedad del episodio. La segunda razón con mayor peso, fue la falta de fondos para realizar la visita, ligeramente más pronunciada dentro de la población indígena, si bien la atención de los servicios públicos son gratuitos, existen altos costos que les acompañan (medicamentos, exámenes de laboratorio, alimentación y hospedaje en caso de acceso difícil). Es interesante notar que apenas el 1.2% de la población indígena respondió que no consultaba los servicios debido a las barreras del idioma.⁸

⁸ De acuerdo con Sáenz (2002), cuando los proveedores de servicios de salud no hablan el idioma local, las madres monolingües mayas resuelven el problema haciéndose acompañar por un familiar que hable español.



Cuadro No. 8.4.
Razones para no consultar los servicios de salud
En porcentajes

Razones	Total	Indígenas	No-indígenas
No era serio o importante	51.1	43.5	58.1
Relacionadas con la falta de fondos	32.0	36.0	28.3
Falta de fondos para el transporte	2.8	3.6	2.1
Falta de fondos para la visita	26.4	28.6	24.2
Servicio muy caro	2.8	3.8	2.0
Relacionadas con las características de los servicios	10.1	13.6	7.0
Servicio muy lejano	6.2	8.8	4.0
Falta de confianza	1.1	0.6	1.4
Falta de personal	1.6	2.2	1.1
Barreras de idioma	0.5	1.2	0.0
Tiempo de espera muy largo	0.7	0.8	0.5
Otras razones	6.8	6.8	6.7

Fuente: Gragnolati y Marini (2003).

2.2. Búsqueda de atención en episodios de enfermedad infantil

El análisis de Gragnolati y Marini, con base en la ENCOVI 2000, provee algunos datos específicos sobre la búsqueda de atención durante la enfermedad infantil. En el cuadro 8.5 puede verse que la tendencia hacia el auto-tratamiento es ligeramente más alta entre los indígenas. Sin embargo, la brecha más

amplia se observa en que los no indígenas buscaron en mayor proporción la atención médica. Es interesante notar que dentro de los grupos mayas, los que menos consultan con los médicos son los Mam, en tanto que los que más consultan (por encima de la media nacional) es la población Kaqchikel.

Cuadro No. 8.5.
Búsqueda de atención durante enfermedad infantil*

	Auto-tratamiento	Enfermera o promotor	Médico	Personal no biomédico
Nacional	50.0	17.8	25.8	6.4
No indígenas	47.2	15.2	32.7	4.9
Indígenas	53.1	20.7	18.3	7.9
K'iche'	47.3	16.0	21.8	15.0
Q'eqchi'	55.0	22.8	14.6	7.7
Kaqchiquel	52.2	13.7	28.7	5.4
Mam	59.2	24.3	10.4	6.1
Otros mayas	52.0	26.4	15.8	5.9
Otros indígenas	36.9	33.3	17.2	12.6

Fuente: Gragnolati y Marini (2003).

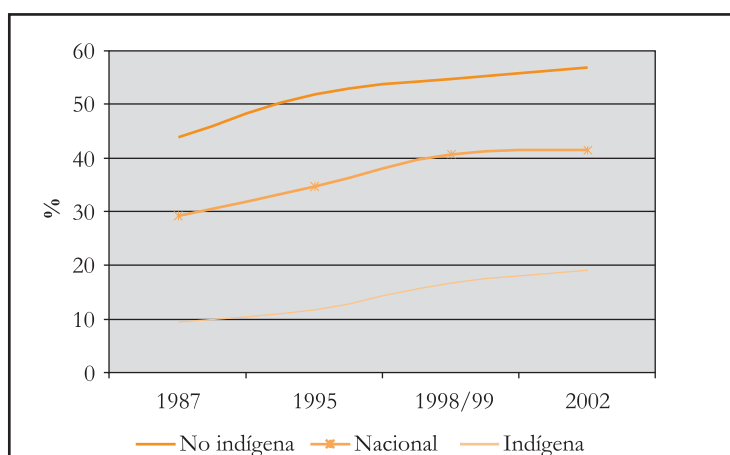
* Diarrea o infección respiratoria aguda –IRA–.

2.3. Atención durante el embarazo, parto y post-parto

Es constante el aumento de atención del parto por médicos y enfermeras en el período 1987-2002. La tendencia bajó su velocidad a finales del siglo XX y la magnitud a nivel nacional cambió poco en la última encuesta. La diferencia entre los grupos étnicos es muy grande y se ha reducido levemente.

Es interesante notar que, entre la población no indígena, la proporción de partos atendidos por proveedores biomédicos ha variado poco desde 1995, en tanto que entre la población indígena casi se ha duplicado. Aún así, en 2002, apenas el 19% de las mujeres indígenas tuvieron su parto atendido por médico o enfermera, mientras que entre las no indígenas, el 57% fueron asistidas por personal biomédico (véase gráfica 8.1).

Gráfica No. 8.1.
Partos atendidos por médicos o enfermeras
1987-2002



Fuente: ENSMI 2002.

Casi todas las mujeres de los dos grupos reciben algún tipo de atención prenatal pero casi el doble de mujeres indígenas dieron a luz en su casa, asistidas por una comadrona. Las prácticas de las comadronas están enmarcadas en la cultura y rituales mayas, los cuales incluyen rezos antes y durante el parto, baños de vapor, disposición del cordón umbilical y de la placenta, la ingesta de infusiones “calientes”, libertad en la selección de la posición para dar a luz y el acompañamiento de la familia. Los servicios de salud pública no proveen ninguno de éstos, por lo que resultan poco atractivos a las parturientas. Las diferencias observadas, por

lo tanto, parecerían responder a preferencias culturales. La atención durante el post-parto es baja para la población en general, y la diferencia se acentúa para las mujeres indígenas. Sin embargo, la atención post-natal es más alta para los niños: casi la tercera parte de los niños indígenas y la mitad de los niños no indígenas la recibe.⁹

Las mujeres embarazadas, con cierta frecuencia buscan más de un proveedor para su atención prenatal, pues buscar la atención de una comadrona no excluye buscarla también con un médico. Diferentes estudios realizados en comunidades

⁹ Los datos de la ENSMI sobre atención post-parto de las madres parecen muy bajos, dado que las comadronas rutinariamente visitan a la madre a los pocos días de haber dado a luz. Es probable que al preguntar por “atención post-natal” las entrevistadas asociaran únicamente con los servicios de salud biomédicos y obviarán la atención de las comadronas. Sáenz (2005).

rurales de Chimaltenango y Totonicapán muestran que alrededor del 60% de las mujeres entrevistadas consultó únicamente con la comadrona y un 38% consultó tanto a la comadrona como a otros proveedores biomédicos. De igual manera, entre la población rural de Suchitepéquez (étnicamente diversa), se encontró que un 59% de las mujeres embarazadas consultaban exclusivamente con la

comadrona en tanto que un 22% adicional complementaba esta atención con la biomédica.¹⁰ En área urbana, un estudio realizado con mujeres no indígenas embarazadas, usuarias de un hospital del IGSS, mostró que el 24% de las entrevistadas también habían consultado con la comadrona, pues sentían que “la sobada” que ésta les proporciona les ayuda a tener un parto más fácil.¹¹

3. La pertinencia cultural del servicio

La sub-utilización de los servicios de salud también se explica por su falta de pertinencia cultural. En Guatemala la población maya tiene una concepción de la salud-enfermedad diferente a la de la población no indígena.¹² Hasta hace pocos años, el sistema oficial de salud, minorizaba el conocimiento y las prácticas de salud no biomédicas. Con excepción de las comadronas, el personal de salud tradicional, no ha sido reconocido, ni incorporado para articular su labor con la del sistema.

Por otra parte, hay una concepción distinta de la salud entre la población indígena. La comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento. Las terapias necesarias para reestablecer la salud combinan aspectos de curación en todos estos órdenes, asignando terapias tanto para el individuo como para su familia y comunidad.¹³ Los terapeutas mayas diferencian entre las enfermedades de origen natural y las de origen espiritual, sobrenatural y social, y son en estas tres últimas donde resulta cru-

cial la terapia integral a cargo de especialistas mayas. Por ejemplo, entre los Achi’, “la enfermedad de los nawales”, “el malhecho” y “la envidia” son tratadas por guías espirituales, en tanto que las enfermedades naturales son tratadas en los servicios de salud, aunque también pueden ser tratadas por otros proveedores.¹⁴

La existencia de un sistema explicativo enfermedad-salud propiamente maya, no excluye otros esquemas de entendimiento y tratamiento del padecimiento. Entre la población indígena se observa el pluralismo en la demanda de los servicios, por lo que las personas consultan tanto proveedores biomédicos como no biomédicos (la información disponible no permite desagregar a estos proveedores entre indígenas y no indígenas). Sin embargo, es necesario plantear que el pluralismo en la búsqueda de la atención de los problemas de salud se da en toda la población, tanto indígena como no indígena. Esta búsqueda de atención con proveedores provenientes de diferentes sistemas médicos ha sido observada en países tan diversos como Sri Lanka, Egipto, México y Ghana.

¹⁰ Pebley, et al. (1997).

¹¹ Sáenz (2000).

¹² La antropología ha demostrado que en todos los grupos humanos el concepto de salud-enfermedad está estructurado de acuerdo con cada cultura y que existen discrepancias entre el modelo explicativo de la biomedicina y el de la población, así como entre el modelo de especialistas (sean biomédicos o no) y el de la población. Sáenz (2005).

¹³ Eder y García (2003).

¹⁴ Mosquera, et al. (2001).

Recuadro No. 8.1.

Salud intercultural

En 1992, desde la OPS surgió la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas como una estrategia para abordar de una manera sistemática y en cooperación con los pueblos indígenas su situación de salud. En 1993, después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg, en la que participaron representantes de los pueblos indígenas, gobiernos, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, la OPS y los países miembros se comprometieron a trabajar con los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus conocimientos ancestrales. Desde entonces se ha avanzado en las propuestas de un modelo de salud que armonice las diferentes perspectivas médicas, tendencia conocida como salud intercultural.

Por otra parte, Cunningham plantea que en el campo de la salud; la interculturalidad significa que “todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.” La interculturalidad se constituye en una herramienta para avanzar hacia la equidad en salud.

Fuente: Cunningham (2002).

Por otra parte, los servicios de salud pública han sido gradualmente aceptados por las poblaciones indígenas guatemaltecas.¹⁵ A medida que ha ido creciendo la oferta de estos servicios también ha crecido su demanda y las aparentes barreras culturales han desaparecido lentamente. Sin embargo, para algunos procesos, especialmente los relacionados a salud reproductiva, la búsqueda de atención de las mujeres mayas es marcadamente diferente al resto de la población y parecen responder a preferencias culturales, pues continúan requiriendo los servicios de las comadronas y optan por dar a luz en sus propias casas. Esta marcada preferencia por las comadronas se debe al papel esencial que éstas tienen dentro de la cultura maya.

Las diferentes concepciones de la reproducción y de la fertilidad han llevado, en parte, al MSPAS a integrar a las comadronas en sus cuadros de “personal voluntario”. Estas mujeres son las proveedoras tradicionales con quienes el MSPAS se ha relacionado por un período más sostenido de tiempo. Desde

la década de 1980, el MSPAS ha “certificado” a las comadronas que siguen su capacitación, que consiste en una serie de charlas sobre identificación de factores de riesgo, prácticas de higiene y la referencia de casos al tercer nivel de atención. En este sentido: las comadronas son precariamente adiestradas y muchas se mantienen en contacto continuo con el personal de los centros y puestos de salud, a quienes refieren a sus pacientes. Usualmente no hay prácticas clínicas ni materiales educativos impresos, provisión continua de materiales y equipo ni desarrollo de destrezas organizativas. En general, no ha habido una integración entre las comadronas y los servicios de salud y frecuentemente no se ha reconocido la importancia de su trabajo.¹⁶

A partir de la firma de los Acuerdos de Paz las organizaciones indígenas han venido denunciando la discriminación que sufren en los servicios de salud, su falta de pertinencia étnica y han exigido que éstos respondan a la diversidad cultural del

¹⁵ Para una perspectiva histórica véase Paul (1955) y Logan (1973).

¹⁶ Véase Goldman y Gleit (2000) y Acevedo y Hurtado (1997).



país.¹⁷ Los intentos de promover una salud intercultural han surgido desde una variedad de organizaciones no gubernamentales, algunas desde el primero o el segundo nivel de atención. En Chimaltenango, por ejemplo, la Clínica Berhorst fue pionera y actualmente ASECSA promueve el uso de plantas medicinales (algunas de las cuales está procesando industrialmente) y trabaja estrechamente con las comadronas, a quienes también capacita.

APROSAMI, en San Miguel Ixtahuacán (San Marcos), es una organización comunitaria que integra promotores de salud y comadronas. El uso y promoción de plantas medicinales y de la farmacopea maya es parte medular de su programa: con la ayuda de varias ONG internacionales han conseguido fondos para capacitar a sus socios y para procesar y comercializar una amplia gama de plantas medicinales. Sus promotores manejan un botiquín básico, en el cual coexisten medicamentos químicos y plantas medicinales.

Por su parte, el MSPAS ha respondido desarrollando e implementando el Programa de Medicina Popular Tradicional¹⁸ dentro de sus esfuerzos por

augmentar la cobertura bajo el SIAS. Por medio de este programa se ha sensibilizado a los prestadores de servicios hacia las terapias tradicionales y se les ha instado a integrar algunas de ellas a su práctica médica.

En su aplicación, el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional se expresa a través de las normas de atención para el primer y segundo niveles de atención. Las normas promueven la utilización de plantas medicinales para algunas afecciones de salud tales como la tos, dolor de garganta, fiebre, cólicos, diarreas, parasitismo intestinal, y como coadyuvante para la escasez de leche materna. Describe, además, algunas formas de preparación de plantas medicinales como los cocimientos, las infusiones, tinturas y jarabes.

Más recientemente se están haciendo esfuerzos por integrar a los terapeutas tradicionales a los SIAS locales. En el hospital de Sololá se ha contratado a algunas comadronas para que hagan turnos de 24 horas a modo de poder acompañar a las pacientes. Ésta ha sido una intervención exitosa que ha beneficiado tanto a las pacientes como a las comadronas.¹⁹ A éstos se suman los esfuerzos de algunas ONG que también capacitan a las comadronas y algunas han logrado integrarlas a sus equipos de salud.

¹⁷ Véase Icí (2000), Verdugo (2000), Instancia Nacional en Salud (2004) y Eder y García (2003).

¹⁸ En septiembre de 2002 el MSPAS presentó el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional, en el marco de cumplimiento de el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria.

¹⁹ Véase MSPAS *et al.* (2004).

Recuadro No. 8.2.

La medicina y terapias tradicionales: desafíos pendientes en la agenda de salud

En Guatemala, en 2001, se realizó un taller latinoamericano, con el propósito de discutir, resolver y/o poner en práctica temas sobre medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. Otro objetivo del mismo fue abordar el tema de la medicina indígena en las Américas, en su calidad de expresión cultural de los pueblos indígenas.

Entre los aspectos destacados del taller, Guatemala mencionó haber aprobado el uso de plantas medicinales para el tratamiento y alivio sintomático de enfermedades comunes, haber iniciado programas con el fin de reunir a los terapeutas tradicionales y a los proveedores de salud convencionales para tratar los problemas de salud de la comunidad y haber puesto en práctica programas de capacitación con el fin de incorporar la medicina indígena dentro de su sistema tradicional de atención de salud.

Como resultado de la discusión, se identificaron, entre otros, los siguientes desafíos pendientes:

- ▶ Protección de los derechos de propiedad intelectual de las personas, los pueblos y las comunidades
- ▶ Investigación sobre las terapias combinadas/integradas
 - Las plantas medicinales y la curación espiritual
 - Las plantas medicinales y otras modalidades tradicionales de curación
- ▶ Necesidad de adiestramiento o capacitación para los curanderos tradicionales ¿cómo debe realizarse?
- ▶ Escasa información sobre la medicina popular o casera y las prácticas de autocuidado
- ▶ Necesidad de participación sistemática de los representantes de las comunidades indígenas en materia de políticas y prácticas sanitarias en medicina tradicional.

Fuente: Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas Guatemala, 2001. OPS/OMS.

La utilización de algunos tratamientos con plantas resulta ser un paso inicial importante del MSPAS en un proceso de mayor inclusión de tratamientos alternativos. No obstante, la pertinencia cultural de los servicios de salud no se limita a la utilización de plantas medicinales. Asimismo, no es infrecuente que los servicios consideren que la adecuación cultural de la atención se da con la sola

superación de las barreras del idioma, a través de personal bilingüe o traductores. Es necesario profundizar en la comprensión que las diferentes formas de entender el mundo dan lugar a distintas concepciones de salud-enfermedad, resultando incluso en enfermedades y soluciones específicas de los distintos grupos étnico-culturales.



Recuadro No. 8.3.

Maternidad culturalmente apropiada

La Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud –PIES–, es una organización comunitaria que provee servicios de salud materno infantil en Concepción Chiquirichapa, Quetzaltenango. Ha promovido una atención geográficamente accesible, donde las comadronas del área pueden contar con un espacio en la atención de salud materno infantil en condiciones higiénicas, económicas y culturalmente adecuadas, logrando que algunas prácticas obstétricas tradicionales utilizadas por las comadronas puedan articularse a la práctica médica del sistema oficial de salud.

También ofrece cobertura 24 horas diarias, los siete días de la semana, aun en días festivos. Ofrece control prenatal, atención de partos, puerperio y recién nacido, bajo la responsabilidad de siete comadronas. Además, cuenta con una enfermera auxiliar, un médico-cirujano y un odontólogo. Las comadronas son todas indígenas de la localidad, que han sido capacitadas por el equipo médico de PIES de occidente.

La población ha aceptado este sistema precisamente porque integra aspectos importantes para ésta, tales como la presencia de las comadronas, el acompañamiento de la suegra y madre en el momento del parto, el suministro de infusiones de hierbas “para que el cuerpo no se enfríe” después del parto y para “bajar la leche”. El esposo y otros miembros de la familia pueden acompañar a la parturienta, aunque no en la sala de partos. Después de dar a luz, la madre y el niño permanecen en el centro alrededor de seis a ocho horas.

La relación de esta maternidad con los puestos y centros de salud y con el hospital de Quetzaltenango es de constante comunicación a través del registro de referencias y contrarreferencias. El curso de formación de comadronas es de dos años con la finalidad de que luego de capacitarse se constituyan en multiplicadoras de su experiencia a otras comadronas de la región y que den seguimiento a los procesos de capacitación. El proceso de formación de las comadronas incluye una “rotación de observación” por los servicios de labor y partos y de control prenatal en el hospital. Además, las comadronas reciben asesoría tres días a la semana por parte de un pediatra y un obstetra, ambos residentes del hospital de Quetzaltenango.

Fuente: Villatoro y PIES (2001).

Si bien la información disponible permite únicamente hacer algunas aproximaciones sobre las condiciones diferenciadas de acceso a los servicios públicos de salud según etnicidad y a la pertinencia cultural de los mismos, se observa la presencia de una desventaja en el acceso por parte de la población indígena, al igual que de la población que habita en el área rural. Siendo que la mayor proporción de población rural es población indígena, la información desagregada por localidad urbana/rural y región que está disponible, permite de alguna manera, inferir indirectamente que esas desventajas

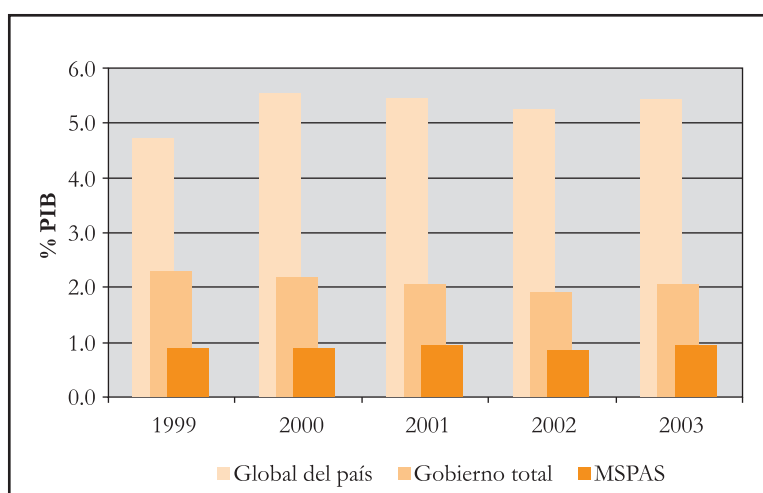
repercuten de manera más severa sobre la población indígena. A lo interno de ésta, además, se observan algunas diferencias en cuanto al acceso y uso de los servicios: las poblaciones Kaqchikel y K'iche' presentan una situación más favorable que la Q'eqchi' o la Mam. Al parecer, la disponibilidad y acceso efectivo de los servicios públicos de salud en los territorios donde se concentran dichas poblaciones tienen un peso mayor en su utilización que la dimensión cultural propiamente dicha, aun cuando la ausencia de consideración en los servicios públicos de salud también desaliente su uso por parte de la población.

4. El financiamiento de los servicios

En la gráfica 8.2 puede observarse que el gasto total de salud en el país como porcentaje del PIB ha sido errático, con un repunte en el 2000, descensos durante 2001 y 2002 y cierta recuperación para el 2003. El gasto en salud del gobierno en relación al PIB fue más alta en 1999. Es importante señalar que para el

2002 esta proporción estuvo por debajo del 2%, cantidad considerada mínima en los Acuerdos de Paz. El gasto asignado al MSPAS se ha mantenido por debajo del 1% con respecto al PIB. Al 2004, se registra un nuevo descenso en este indicador; pues el gasto asignado al MSPAS representó el 0.79 del PIB.²⁰

Gráfica No. 8.2.
Gasto en salud como porcentaje del PIB
1999-2003



Fuente: MSPAS (2005).

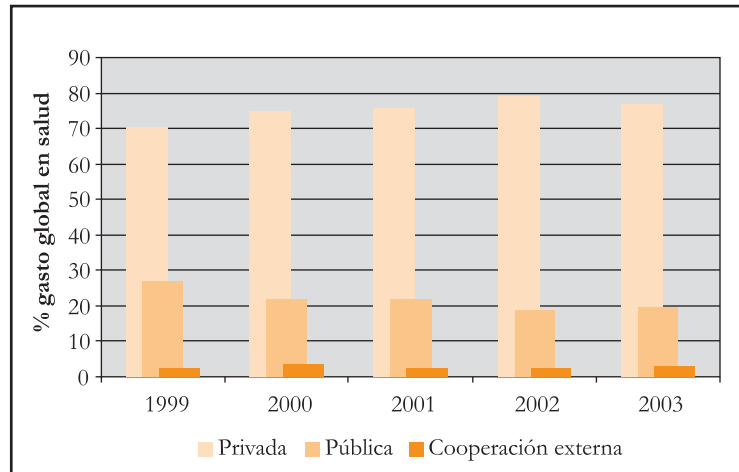
En términos absolutos, el financiamiento de la salud pública creció a un ritmo de 4.7% anual entre 1999 y 2003. Sin embargo, al analizar la proporción del total del gasto en salud, los fondos públicos muestran una tendencia hacia la baja:

estos fondos cubrían el 27.1% del total del gasto en salud en 1999, proporción que bajó a 19.6% en 2003. La población, por lo tanto, cada vez más se ve obligada a resolver sus problemas de salud utilizando sus propios recursos (véase gráfica 8.3).

²⁰ MINFIN (2005).



Gráfica No. 8.3.
Gasto en salud según fuente de financiamiento
1999-2003



Fuente: MSPAS (2005).

Entre 1999 y 2003 el gasto total de salud aumentó un 61%, el gasto per cápita del MSPAS un 46% y el gasto total en salud del gobierno un 27%. A pesar de estos aumentos en el gasto público, la proporción del

gasto total per cápita que cubre el MSPAS ha disminuido y el gasto total del gobierno en salud ha mermado significativamente: pasó de cubrir el 48% del gasto en 1999 a tan sólo 38% en el 2003.

Cuadro No. 8.6.
Gasto per cápita en salud
1999-2003
Quetzales y porcentajes

	1999	2000	2001	2002	2003
Gasto total en salud per cápita	576.7	727.3	772.9	850.9	927.7
Gasto MSPAS per cápita	108.6	118.0	134.0	138.0	159.0
Gasto total gobierno per cápita	278.5	286.1	294.1	310.8	353.4
Gasto gobierno (% gasto total)	48.3	39.3	38.1	36.5	38.1
Gasto MSPAS (% gasto total)	18.8	16.2	17.3	16.2	17.1

Fuente: Elaboración con base en MSPAS (2005).

El MSPAS logró aumentar la proporción asignada a los dos primeros niveles de atención, sin embargo, el tercer nivel de atención sigue acaparando más de la mitad del gasto. En los primeros dos niveles, donde están concentradas el mayor número de las acciones preventivas, se ha aumentado la proporción del gasto: éste pasó del 36% en 1999 al 43% en 2003. El incremento de los gastos, según el MSPAS, se logró con una mayor eficiencia administrativa, sin sacrificar los gastos hospitalarios.²¹

El aumento global del gasto del MSPAS esconde grandes diferencias regionales y el desembolso del

MSPAS muestra un claro sesgo hacia la región metropolitana, donde se concentra cada vez más el gasto. En el cuadro 8.7 puede observarse su desigual distribución. En la región metropolitana éstos se triplicaron; y en la región central y la sur-occidental mostraron un incremento. A todas las demás regiones les asignaron menos fondos en 2003 que en 1999. Es particularmente alarmante la disminución de recursos asignados a El Petén, pues éstos se redujeron a menos de la mitad. En la Región Norte y la Región Sureste, también hubo una disminución, a pesar de que la Norte tiene la mortalidad materna más alta y la Sureste, la tasa de mortalidad infantil más alta del país.

Cuadro No. 8.7.
Comportamiento geográfico del gasto en salud del MSPAS
1999-2003
En millones de quetzales corrientes y porcentajes

	1999	2000	2001	2002	2003	Índice (base 1989=100)
Total (Q millones)	1,206.1	1,345.0	1,554.7	1,588.0	1,781.9	147.7
Metropolitana	253.9	529.7	824.5	894.6	933.2	367.5
Otras regiones	952.2	815.3	730.2	693.4	848.7	89.1
Norte	128.6	94.5	76.6	101.2	92.5	71.9
Nor-oriental	139.2	89.8	100.6	76.5	114.6	82.3
Sur-oriental	121.7	79.7	72.4	67.3	89.0	73.1
Central	123.9	143.7	110.2	90.5	128.5	103.7
Sur-occidental	180.5	226.9	212.0	173.8	244.0	135.2
Nor-occidental	141.5	121.5	107.8	135.3	126.6	89.5
Petén	116.8	59.2	50.6	48.8	53.5	45.8
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	(Cambio %)
Metropolitana	21.1	39.4	53.0	56.3	52.4	31.3
Otras regiones	78.9	60.6	47.0	43.7	47.6	-31.3
Norte	10.7	7.0	4.9	6.4	5.2	-5.5
Nor-oriental	11.5	6.7	6.5	4.8	6.4	-5.1
Sur-oriental	10.1	5.9	4.7	4.2	5.0	-5.1
Central	10.3	10.7	7.1	5.7	7.2	-3.1
Sur-occidental	15.0	16.9	13.6	10.9	13.7	-1.3
Nor-occidental	11.7	9.0	6.9	8.5	7.1	-4.6
Petén	9.7	4.4	3.3	3.1	3.0	-6.7

Fuente: Elaboración con datos de MSPAS (2005).

²¹ MSPAS (2005).

Al excluir la región metropolitana se observa que, lejos de haber un aumento en el gasto, los fondos asignados tendieron hacia la baja, con un alza en el 2003 que no llega a igualar el gasto asignado en 1999. En el cuadro también se muestra cómo la asignación

se concentró en la región metropolitana, la cual ha llegado a superar desde el 2001 la asignación de todas las demás regiones juntas. Esta concentración responde, en parte, a una mayor cantidad de hospitales de referencia.

5. Los efectos sobre la salud: muerte prematura y enfermedad evitable

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio —ODM— reflejan la inquietud de los países por reducir algunos de los flagelos más terribles que se viven en el mundo en desarrollo y que tienen todavía un impacto significativo en las posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable: la mortalidad en la niñez, la mortalidad materna, el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.²² Efectivamente, 3 de los 8 ODM están dedicados a la salud y además hay 3 metas más, de otros 2 objetivos distintos, que tocan temas relacionados.²³

5.1. Guatemala en el contexto latinoamericano

El cuadro 8.8 muestra el comportamiento de Guatemala con respecto al conjunto de América Latina, de los países centroamericanos y otros países de la región

con proporciones significativas de población indígena. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil —TMI—²⁴, Guatemala está todavía 8 puntos por debajo del promedio latinoamericano y 27 puntos por detrás de Costa Rica. Es, después de Haití y Bolivia, el que presenta la más alta tasa de la región. Si bien la TMI registró un descenso significativo entre 1970 y el 2003, el ritmo fue, después de Haití, menor al de otros países que en 1970 registraban TMI similares o mayores a la de Guatemala.

Caso similar es el de la mortalidad de menores de cinco años.²⁵ A pesar de los logros del período en el descenso de la tasa, al 2003, Guatemala está todavía 15 puntos por debajo del promedio latinoamericano y se ubica tercero entre los países con tasas más altas de mortalidad en la niñez, únicamente superado por Bolivia y Haití (véase cuadro 8.8).

²² Objetivo 4, meta 5: “Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años”. Objetivo 5, meta 6: “Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes”. Objetivo 6, meta 7: “Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/SIDA”. Meta 8: “Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia del paludismo y de otras enfermedades graves”.
²³ Objetivo 1: “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, meta 2: “Reducir a la mitad, el porcentaje de personas que padecen hambre”. Objetivo 7: “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”, meta 10: “Reducir a la mitad, para 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento”. Meta 11: “Haber mejorado considerablemente, para el 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios (asentamientos precarios).”

²⁴ Número de muertes en menores de 1 año de edad por cada 1,000 nacidos vivos.

²⁵ Tasa de mortalidad en la niñez (TMN), es decir, el número de muertes de niños menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos.

Cuadro No. 8.8.
Evolución de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez en países latinoamericanos seleccionados

	Mortalidad infantil (TMI)			Mortalidad en la niñez (TMN)		
	1970	2003	Diferencia	1970	2003	Diferencia
Costa Rica	62	8	-54	83	10	-73
México	73	23	-50	110	28	-82
Perú	115	26	-89	178	34	-144
Ecuador	87	24	-63	140	27	-113
Belice	56	33	-23	77	39	-38
El Salvador	111	32	-79	162	36	-126
Nicaragua	113	30	-83	165	38	-127
Bolivia	147	53	-94	243	66	-177
Honduras	116	32	-84	170	41	-129
Guatemala	115	35	-80	168	47	-121
América Latina y el Caribe	86	27	-59	123	32	-91

Fuente: PNUD (2005:274).

Con respecto a la mortalidad materna, se estimó que, durante la última década, cerca de 22,000 mujeres latinoamericanas mueren al año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Más alarmante aún, la región parece haber sufrido un estancamiento en el indicador de razón de mortalidad materna, que se mantuvo durante la última década en alrededor de 190 muertes por cada 100,000 nacimientos. Para 2000, solamente Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica tenían niveles por debajo de 50 muertes por cada 100,000 nacimientos.²⁶ Las razones de mortalidad materna más altas de la región las

presentan Haití (520), Bolivia (390), Perú (190), El Salvador (170) y Guatemala (153).²⁷

5.2. La esperanza de vida al nacer

Si bien no existe un parámetro absoluto de cuál es el máximo de años que, en promedio, puede alcanzar a vivir el ser humano, el referente lo constituye lo que las poblaciones de algunos países ya han logrado, medido en términos de esperanza de vida al nacer –EVN–.²⁸ Sociedades como Japón (81.9 años), Hong Kong, China (81.5) e Islandia (80.6) han alcanzado los máximos niveles conocidos a la fecha.²⁹

²⁶ CEPAL (2005:155). Además de las muertes, el daño a la salud materna tiene muchas otras implicaciones, destacando la alta incidencia de enfermedad y discapacidad resultante del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la fertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

²⁷ Por cada 100,000 nacidos vivos. Las cifras de mortalidad materna son un estimado que corresponde al período 1985-2003 PNUD (2005:274).

²⁸ La esperanza de vida es la duración media hipotética de la vida de las personas si se mantiene la estructura de mortalidad de un período dado (quinquenio, p. e.). Es decir, cuántos años esperaría vivir, en promedio, una persona que nace en un período dado, si se mantuviera el patrón de mortalidad.

²⁹ PNUD (2005:274).



América Latina en su conjunto tiene aún un largo camino por recorrer. Si bien la EVN de la región, en promedio, se ha incrementado poco más de 10 puntos en los últimos 30 años, la separan todavía otros 10 puntos de la de Japón. Nuevamente, Guatemala, a pesar de haber tenido también importantes

avances en este indicador en el mismo período,³⁰ se coloca bastante por debajo del promedio latinoamericano de EVN y a la zaga de Centro América. Entre los países con proporciones similares de población indígena, su EVN promedio, únicamente supera la de Bolivia.

Cuadro No. 8.9.
Esperanza de vida al nacer en países seleccionados

País	EVN (años)
Japón	82.0
Costa Rica	78.2
México	75.1
Ecuador	74.3
Belice	71.9
El Salvador	70.9
Perú	70.0
Nicaragua	69.7
Honduras	67.8
Guatemala	67.3
Bolivia	64.1
América Latina y el Caribe	71.9

Fuente: Elaboración propia datos PNUD (2005:243).

Sin embargo, estos promedios ocultan diferencias significativas entre grupos de población a lo largo de la región y a lo interno de los países. La EVN, al igual que la mortalidad infantil y la mortalidad materna, es un indicador profundamente sensible a la desigualdad socioeconómica. En el caso de Guatemala, no es posible, a la fecha, tener estimados certeros de la EVN desagregada según etnicidad.³¹ Un reporte de la Organización Mundial de la Salud –OMS– estimó que la

población indígena del país tiene en promedio, una EVN 17 años más baja que la población no indígena. Igualmente, expone que la esperanza de vida al nacer de la población indígena de México, era inferior en más de tres años a la del resto de la población.³² Por otro lado, en Panamá, estimaciones demográficas a partir de censos de población y registros vitales, muestran una diferencia cercana a 10 años en la esperanza de vida de la población indígena y no-indígena.³³

³⁰ Entre 1970 y 2003, la EVN promedio de Guatemala se elevó de 53.7 a 67.1. Un incremento de 14 años. PNUD (2005:245 y 276).

³¹ Para obtener la esperanza de vida para una edad específica es necesario calcular tablas de mortalidad y para ello se requiere contar con estimaciones de población y con registros consistentes de hechos vitales, en particular, de las defunciones. Si bien el país cuenta con un censo de población reciente (2002), los registros sobre defunciones presentan muchas deficiencias, en cuanto a la calidad y confiabilidad de los registros y rezagos en la actualización. Esto impone serias limitaciones para establecer cohortes de edad, menos aún, desagregados por estratos como grupo étnico o ruralidad. Como consecuencia, sólo es posible, por ahora, calcular tablas de mortalidad para hombres y mujeres, además de hacer alguna desagregación sub-regional.

³² OPS/OMS (2001).

³³ Chackiel (2005:19).

5.3. La muerte prematura: más allá de las muertes de la niñez y las madres

Sin duda alguna, que una sociedad muestre, a principios del siglo XXI, altas tasas de mortalidad infantil, en la niñez y de muertes maternas. En primer lugar, porque la mayor proporción de estas muertes son por causas infecciosas y carencias nutricionales, que refieren más que nada, a la precariedad de las condiciones de vida (habitabilidad, acceso a ingresos y educación de la población, en particular de las mujeres) en que subsiste todavía una importante proporción de la población. En segundo lugar, si bien estas condiciones incrementan las posibilidades de que las personas enfermen, no necesariamente deberían morir por estas razones. La mortalidad propiamente dicha se podría evitar, en gran medida, si el sistema de salud funcionara de manera efectiva, eficiente y oportuna y estuviera adecuadamente financiado.

Por otro lado, la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna no son las únicas causas de muerte prematura en el país. Las debilidades del sistema estadístico nacional, y en particular, de la información sobre salud y enfermedad que genera el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, impide contar con un panorama global de la magnitud e impacto que tiene la muerte prematura en Guatemala. Menos aún, desagregar de manera consistente dicha mortalidad según etnicidad, género, localidad y estrato socioeconómico y contribuir así a generar mapas epidemiológicos de utilidad para la formulación de políticas y planes territoriales de abordaje de los problemas de salud.

A continuación se ilustra la magnitud de algunos de estos problemas poco abordados en las políticas mundiales y nacionales de salud. Primero, en 2004, se

registraron 4,507 casos de homicidios en el país. El 89% (4,010) ocurrieron en hombres. Del total de hombres asesinados, el 68% estaban comprendidos entre los 16 y los 35 años de edad. Los homicidios de mujeres, representan un 11% del total de casos, casi la mitad de ellos se da en también mujeres jóvenes, comprendidas entre los 16 y los 30 años. En los homicidios de mujeres se muestra además un mayor grado de violencia y saña en contra de las víctimas.³⁴

Segundo, la tasa de mortalidad en adolescentes³⁵ es de 14.3 por 10,000 encontrando que la tasa en los varones es el doble que en las mujeres. La tasa de mortalidad en los adolescentes de 10 a 14 años es menor que el del grupo de 15 a 19 años. En el grupo de 10-14 años el 43.4% de las muertes son por violencia, accidentes, suicidios y homicidios. En el grupo de 15 a 19 años la proporción asciende al 75%. Excluyendo las causas violentas, los tumores son la otra causa principal de muerte en adolescentes.³⁶

Tercero, según la ENSMI 2002, 15.3% de las mujeres habían sido víctimas de golpes alguna vez después de cumplir los 15 años de edad. El número de reportes varía según la edad, siendo las mujeres entre los 45 a 49 años de edad las que reportaron el más alto porcentaje (20.3%). La proporción de mujeres que habían recibido golpes era más alta entre las indígenas (33%) que entre las no indígenas (22%).³⁷

Cuarto, la ENSMI 2002 señala que 62.6% de los hombres entre 15 y 59 años de edad, que ingirieron bebidas alcohólicas fuera de su casa en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta, llegan ebrios a su casa por lo menos una vez al mes. En el 2004, la cirrosis fue reportada como la quinta causa de muerte entre la población masculina.³⁸

Quinto, el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y de cáncer de los pulmones. 59% de los hombres

³⁴ Véase cuadro Ge_10 del Anexo Estadístico.

³⁵ Se define adolescentes como mayores de 12 años y menores de 18 años.

³⁶ URL/UNICEF (2004:36).

³⁷ ENSMI (2002:255).

³⁸ OPS/OMS (2005:24).



entrevistados durante la realización de la ENSMI 2002, de ese grupo de edad, habían fumado cigarrillos alguna vez y 23% había fumado en los últimos 30 días. La prevalencia de tabaquismo es mayor entre hombres ladinos (61%) y entre los que no tienen educación (66.5%). Sobresalen también los hombres jóvenes (15 a 19 años), de los cuales un 15% reportó haber fumado en los últimos 30 días.³⁹

Sexto, en 2004, la diabetes y el infarto agudo del miocardio fueron la segunda y tercera causa de mortalidad de las mujeres guatemaltecas. Ese mismo año, el cáncer cérvico-uterino causó 409 muertes de mujeres en el país. El grupo de más alto riesgo son las mujeres de 30 a 59 años. Cerca del 75% de mujeres en las áreas rurales y urbanas precarias no se han hecho nunca un frote de Papanicolau, prueba con la que se detecta de forma temprana este cáncer.⁴⁰

5.3.1. Mortalidad infantil y mortalidad en la niñez

A pesar de que, históricamente, el sistema de salud guatemalteco ha dado prioridad a la atención de la enfermedad y la mortalidad de la población ma-

terna e infantil, el país continúa presentando elevadas tasas de estos indicadores.

Según las ENSMI, para el período entre 1985-1995 la tasa de mortalidad infantil era de 51 (por 1,000 nacidos vivos) y para 2002 ésta se ubicó en 44.⁴¹ Si bien en períodos anteriores hubo una mayor aceleración en el descenso de esta tasa (entre 1987 y 1995 habría sido del 22), entre las encuestas de 1995 y 1998 fue de 8 y entre 1998 y 2002 de 5. Las mayores tasas de mortalidad infantil se encuentran entre los niños (50 en tanto para las niñas es de 37), en madres menores de 20 años o mayores de 39 y cuando el intervalo entre embarazos es menor a dos años.

Es importante observar las grandes disparidades regionales en la mortalidad infantil (véase cuadro 8.10). La región Sur-oriente tiene una tasa tres veces más alta que la metropolitana y una tasa 35% más alta que la tasa de mortalidad infantil indígena. Al analizar las tendencias entre los grupos étnicos se observa que la brecha entre indígenas y no indígenas se mantiene casi inalterable desde 1995 a 2002. Únicamente en la tasa de mortalidad post-infantil se ha disminuido la brecha; no obstante, se observa una desaceleración a partir de 1998, cuando la tasa prácticamente se estabiliza dentro de los dos grupos étnicos.⁴²

³⁹ ENSMI (2002:206).

⁴⁰ OPS/OMS (2005:55).

⁴¹ Para un período de 10 años antes de la encuesta.

⁴² Véase Anexo Estadístico, cuadro Sa_06.

Cuadro No. 8.10.
Tasas de mortalidad infantil y en la niñez
2002

Característica	Infantil	En la niñez
Área		
Urbana	35	45
Rural	48	66
Nacional	44	59
Etnicidad		
Indígena	49	69
No indígena	40	52
Región		
Metropolitana	21	28
Norte	51	66
Nor-oriente	53	73
Sur-oriente	66	83
Central	55	66
Sur-occidente	46	67
Nor-occidente	47	66
Petén	42	62

Fuente: ENSMI 2002.

Es de notar que la carga de la mortalidad neonatal en el país (23 por mil nacidos vivos) sobrepasa el 50% de la mortalidad infantil, situación que se presenta en todas las regiones, a excepción de la central. Esto parecería señalar que el desace-laramiento observado en la mortalidad infantil a partir de 1995 podría estar relacionado a que no se

han llevado a cabo acciones dirigidas a reducir la mortalidad neonatal. Como es sabido, las interven-ciones de este tipo requieren mayores recursos hu-manos y de equipo. Dada la carga de la mortalidad neonatal, es previsible que el indicador nacional experimente un estancamiento en las próximas mediciones.

Cuadro 8.11.
Mortalidad neonatal, post neonatal, infantil, post infantil y en la niñez
2002
Por mil nacidos vivos

	Neonatal	Pos neonatal	Infantil	Post infantil	En la niñez
País	23	20	44	16	59
Indígena	26	24	49	21	69
Ladino	22	18	40	13	52

Fuente: ENSMI 2002.

Nota: Véase glosario de términos.



En los últimos años el MSPAS logró aumentar notablemente la cobertura de las inmunizaciones, pero el esquema de vacunación completo en niños de 12-23 meses dista aún de ser universal. Algunas vacunas, como la BCG, casi han duplicado las tasas de cobertura, pero el éxito ha sido más modesto en vacunas que requieren de varias dosis. La ENSMI 2002 muestra que las coberturas en todas las vacunas son más altas en los niños no indígenas, pero la brecha es pequeña, usualmente menor al 5%. De igual forma, la proporción de niños con esquema completo es casi igual entre los dos grupos. No obstante, hay grandes brechas regionales: en tanto casi tres cuartas partes de los niños de 12-23 meses de la región metropolitana tienen el esquema completo, en la región sur-oriental y Petén apenas la mitad lo tiene.

Las enfermedades que más daño provocan a los menores de cinco años son las infecciones respiratorias agudas –IRA–, las enfermedades diarreicas y la desnutrición. Nuevamente, la ENSMI 2002 reporta que un 18% de los menores de 5 años habían presentado IRA; la mayor prevalencia se observó en la región Norte (32.4%) y en la Central (26.5%). Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas según etnicidad, ni en la prevalencia de la enfermedad, ni en la búsqueda de atención con proveedor de salud.⁴³

Por otra parte, en cuanto a enfermedades diarreicas, sí se presentó un comportamiento más diferenciado: 22.2% del total de menores de cinco años habían presentado diarrea durante las dos semanas anteriores a la realización de la Encuesta. Los episodios diarreicos fueron más frecuentes en el área rural

(25.3%), en los niños y niñas indígenas (24.3%) y cuando la madre no tiene ningún nivel de escolaridad (24.3%) y es joven.⁴⁴ Este comportamiento está probablemente asociado también, a la disponibilidad diferenciada que hay a infraestructura sanitaria en el área rural, que es donde se concentra la mayor parte de la población indígena.

5.3.2. Mortalidad materna⁴⁵

En 1989, la razón de mortalidad materna en Guatemala era de 219 (por 100,000 nacidos vivos).⁴⁶ En el 2000, se había reducido a 153.⁴⁷ Estimados para el 2005, ubican la razón de mortalidad materna en 138.⁴⁸

En el 2000, última fecha cuando se realizara un estudio nacional sobre el tema, se encontraron 651 muertes de mujeres por estas causas y muchas otras más sufrieron lesiones. La mayor parte de las muertes maternas ocurrieron entre mujeres indígenas, resultado de las condiciones de vida más precarias, tasas de fecundidad más altas, y menor porcentaje de nacimientos asistidos por personal biomédico. La razón de mortalidad materna para este grupo fue tres veces mayor (211 por cada 100,000 nacimientos) que para el grupo no-indígena (70). Los departamentos en los que la mortalidad materna estaba por encima del promedio nacional fueron: Alta Verapaz, Petén Sololá, Totonicapán, Huehuetenango, El Quiché e Izabal. Cinco de éstos poseen una población mayoritariamente indígena. La hemorragia es la principal causa de muerte. Por otra parte, 42% de las muertes ocurrieron en un hospital (público o privado).⁵²

⁴³ Entre los niños indígenas, la prevalencia fue de 18.3; en los no indígenas fue de 18.2. Una ligera proporción mayor de niños no indígenas fue llevado a un proveedor de salud (65.8%) frente a la de indígenas (62.2%). ENSMI (2002:163).

⁴⁴ ENSMI (2002:164).

⁴⁵ Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas incidentales o accidentales. Décima Revisión de la CIE-10 (1993).

⁴⁶ UVG-SEGEPLAN (2005).

⁴⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2001).

⁴⁸ UVG-SEGEPLAN (2005).

⁴⁹ MSPAS (2003).

Estrechamente relacionado con la mortalidad materna y sus causas está la posibilidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos reproductivos y, más específicamente, de controlar su fecundidad y contar para ello, con los servicios e información necesarios para hacerlo de manera oportuna y segura. Las mujeres indígenas tienen entre dos y tres hijos más que las madres no indígenas y la brecha entre los dos grupos se ha mantenido prácticamente inalterable. La diferencia entre la fecundidad observada y la deseada entre 1995 y 2002 ha venido disminuyendo para los dos grupos: entre las mujeres indígenas pasó de 1.4 a 1.0 y entre las no indígenas de 0.9 a 0.6.

Las mujeres indígenas inician su vida sexual un año antes que las no indígenas (17.3:18.5), la edad mediana para la primera unión en ellas es casi dos años antes que en las no indígenas (17.8:19.5) y tienen hijos a una edad más temprana (19.4:20.7). Estas diferencias tienen varias explicaciones: el deseo de un mayor número de hijos (4.0:3.2 entre las no indígenas) y un menor uso de métodos anticonceptivos. Si bien la proporción de mujeres indígenas usando algún método más que se duplicó entre 1995 y 2002, su prevalencia entre las mujeres no indígenas es el doble: 52.8%:23.8%.

Cuadro No. 8.12.
Tendencias en el uso de anticonceptivos al momento de la entrevista
En porcentajes

	1995	1998/99	2002
Total	31.4	38.2	43.3
Indígena	9.6	12.6	23.8
No-indígena	43.3	49.9	52.8

Fuente: ENSMI 2002.

La necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar es mayor en las mujeres indígenas (39.3 %) que entre las no indígenas (21.9%), dato que podría estar relacionado con el acceso. En 2002, el 82.6% de las mujeres indígenas dijo conocer al menos un método anticonceptivo moderno, sin embargo únicamente el 23.1% los utilizaba. La brecha entre

conocimiento y uso es menor entre las mujeres ladinas: 97.7% conocen los métodos y 62.6% los utiliza. La participación de mujeres jóvenes en cursos o charlas de educación sexual es casi cuatro veces más alta entre las no indígenas (43.1%) que entre las indígenas (11.7%).⁵⁰

⁵⁰ ENSMI (2002:54-110).



Recuadro No. 8.4.

Anticoncepción accesible a todas las mujeres

Diferentes estudios muestran que un programa de planificación familiar, no sólo físicamente accesible sino culturalmente sensible facilita su aceptación entre la población maya, más allá de las ideas preconcebidas sobre una actitud reacia ante la anticoncepción. En una experiencia entre los K'iche', por ejemplo, en tan sólo cuatro años se logró reducir notablemente el número de personas que pensaba que la planificación familiar era perniciosa (bajó del 31% al 9%). De igual forma, se logró aumentar el uso de anticonceptivos, de un 3.7% a 13.5%.

Véase : Santizo y Bertrand (2004), Metz (2001), Burkhart *et al.* (2001), Ward *et al.* (1992) y Bertrand *et al.* (1999).

En suma, a pesar de los avances registrados durante la última década, Guatemala se compara de manera bastante desfavorable con el resto de países de Latinoamérica.⁵¹ Hay un mensaje central que emerge: la muerte prematura y evitable sigue azotando de forma violenta al país, llevándose la vida de niños y niñas, mujeres y hombres jóvenes y con

ellos, todas sus capacidades acumuladas durante las etapas formativas de la vida, que se ven desaprovechadas por ellos mismos y por la sociedad. Esta desventaja aqueja de manera más severa a la población indígena y está estrechamente relacionada con sus condiciones precarias de vida, el acceso a infraestructura sanitaria y de salud y también, con la dimensión de la pertinencia cultural de los servicios.

⁵¹ El análisis se hace únicamente empleando el indicador de EVN y las metas e indicadores establecidos en los ODM en materia de salud. Si se hiciera un análisis más comprehensivo de la muerte prematura en el país, como el que se sugiere en la sección 2, la magnitud del desafío en salud del país se incrementaría -cuantitativa y cualitativamente- de forma notable.