



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
PROGRAMA UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
EN ESTUDIOS DE COYUNTURA
-PUIEC-

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EQUIDAD DE LOS SERVICIOS
PÚBLICOS DE SALUD, ANTE LA CRISIS ECONÓMICA DEL PAÍS.**

INFORME FINAL

Dr. Miguel A. Garcés de Marcilla

GUATEMALA 2003

I.	Definición de Términos	1
	a. Capacidad de respuesta de los servicios de salud	1
	b. Equidad y salud	1
II.	Antecedentes situación económica del país, Presupuesto de Salud y Perfil Epidemiológico	
	2.1 Inequidad en los ingresos de los guatemaltecos	9
	2.2 Inequidad y pobreza en Guatemala	12
	a. Mediciones nacionales de pobreza recientes	12
	b. Características demográficas de la población en pobreza en Guatemala	19
	c. Pobreza e inequidad en los guatemaltecos	21
	2.3 Regiones administrativas del país: Situación económica e inequidades	33
	a. Población total y por etnia	33
	b. Población económicamente activa y porcentaje de afiliación al IGSS según región	35
	c. Pobreza según regiones	36
	d. Índice de desarrollo humano (IDH) según área de residencia urbana – rural, etnia indígena – no indígena y región administrativa, año 2000	40
	2.4 Presupuesto público para la Salud: Inequidad en su construcción y distribución	44
	a. Inequidad en la construcción del presupuesto	44
	b. Inequidad en la asignación del gasto gubernamental para la salud	47
	c. La inequidad en el presupuesto del Ministerio de Salud, 2002	49
	2.5 Perfil de daño a la salud en una sociedad inequitativa	57
	a. Vision nacional : la “polarización epidemiológica”	57
	b. Visión departamental: inequidad en el perfil de daño a la salud	60
	c. Visión regional: un panorama confuso	68
III.	Propuesta de la Universidad de San Carlos ante el problema	72
	a. Propuesta para la construcción de políticas públicas para la salud	73
	b. Selección de prioridades de atención, nacionales y regionales – Departamentales	74
	c. Propuesta de redistribución del presupuesto	79
	d. Evaluación de los servicios y capacitación del personal	80
	e. Toma de decisiones	80

Capacidad de respuesta y equidad de los servicios públicos de salud, ante la crisis económica del país.

Dr. Miguel A. Garcés de Marcilla

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Capacidad de respuesta de los servicios de salud

Se conceptualiza “Capacidad de respuesta de los servicios de salud” como: Condición de los servicios de salud públicos, no gubernamentales y privados, en todos sus niveles de responsabilidad y atención – desde los políticos hasta los operativos -, para efectuar en forma equitativa, oportuna y con calidad, según su ámbito de responsabilidad, las funciones de:

- Análisis de situación de salud;
- Vigilancia de la salud: de sus determinantes y perfil de daño;
- Elaboración de políticas para la salud;
- Ejecución de políticas de salud;
- Atención de las necesidades de salud colectivas e individuales;
- Monitoreo y evaluación permanentes de su quehacer.

El concepto de “servicio de salud” no se restringe a servicios propios del sector salud, sino que incluye servicios de otros sectores que son esenciales para la salud, tales como el agrícola, laboral, económico y otros.

b. Equidad y Salud

i. Conceptos:

Se reconoce en la actualidad que el alcance de la equidad en todas las esferas de la vida es un principio indispensable para el desarrollo social y económico con justicia y sostenibilidad y el alcance de la salud.

Al analizar la historia de la humanidad, no queda duda que **hoy** vivimos, en **promedio, vidas más largas y sanas** que nunca antes; sin embargo, los **avances no han sido equitativos**, pues se concentran en un número relativamente pequeño de países, mientras que la **mayor parte de la población mundial** enfrenta aún **condiciones altamente deterioradas de vida y salud**.

El análisis al **interior de los países** muestra hallazgos similares: en la mayoría de países los avances se **concentran en el grupo poblacional de mayores recursos; y la brecha** entre éstos y los menos favorecidos se está **ampliando** en muchos de ellos..

Diversas fuentes¹ coinciden en **definir la equidad** como la **justicia** de acuerdo a la ley o derecho natural. Una de éstas² la sintetiza como: **“El estado, ideal o calidad de ser justo, imparcial y correcto”**.

Las **desigualdades** en salud que son **injustas**, que se originan de **injusticias sociales** y que son **evitables**, son consideradas **inequidades**; **por lo tanto, la equidad en salud** debe verse como una **consecuencia** de la **justicia social**.

Hay **dos tipos de equidad: horizontal y vertical**, los que se refieren a la adecuación de las distribuciones iguales y desiguales.

- Equidad **horizontal**: Se refiere a la asignación de recursos iguales o equivalentes en forma horizontal.
- Equidad **vertical**: Ocurre cuando hay asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad. **La equidad vertical tiene mayor potencia para la redistribución de recursos, pero enfrenta mayores obstáculos de naturaleza política.**

En el campo de la salud, Whitehead³ es el autor que ha trabajado más extensamente sobre el tema de las **inequidades**, las que define como: **“las diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas”**.

Este autor⁴ identifica **siete determinantes** de disparidades en salud. Los **tres primeros de los cuales no** se consideran **incorrectos ni injustos**, mientras que los **cuatro últimos** se consideran **evitables y las diferencias en salud** resultantes como **injustas**.

Cuadro 1 **Determinantes de las disparidades en salud, según Whitehead**

1. Grupo de determinantes que no son considerados incorrectos ni injustos:

- a. Variación biológica natural.
- b. Comportamiento perjudicial para la salud que se elija libremente (deportes, pasatiempos, abuso de sustancias, otros).
- c. Ventaja transitoria en condiciones de salud de un grupo sobre otro, causada por la adopción temprana de una conducta que mejora la salud, siempre y cuando los otros grupos tengan iguales medios para adoptarla en poco tiempo.

¹ **Diccionario de la Real Academia Española**: Bondadosa templanza habitual; propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley. Justicia natural por oposición a la letra de la ley positiva. **Diccionario Webster**: “Justicia de acuerdo a la ley o derecho natural; específicamente inmunidad a prejuicios o favoritismo.

² **Diccionario American Heritage**.

³ **“Principios y Conceptos Básicos de Equidad y Salud”**. División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., octubre 1999.

⁴ “Principios y Conceptos Básicos de Equidad y Salud”. Op.cit.

2. Grupo de determinantes considerados evitables y que las diferencias en salud producidas son injustas.

- a. Comportamiento perjudicial para la salud en el cual la libertad de escogencia o el grado de preferencia están severamente restringidos.
- b. Exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes.
- c. Acceso inadecuado a la salud esencial y a otros servicios básicos.
- d. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud (por ejemplo: descenso en la escala socioeconómica de la gente enferma).

En muchos sentidos, **las inequidades en salud** de una nación pueden verse como **un barómetro** de las experiencias ciudadanas en **justicia social y derechos humanos**; por lo tanto, los **remedios** para corregirlas deben venir no sólo del sector salud, sino a partir de **políticas sociales amplias**, tales como acceso justo a **educación, capacitación para el trabajo, equidad de género, reducción de riesgos ambientales y reducción y eliminación de la pobreza**

ii. Importancia y criterios para caracterizar la equidad/inequidad social en un país.

El conocimiento de la **situación de equidad / inequidad** social, económica y de salud que se presenta en una sociedad y su asociación a los niveles generales de desarrollo económico y social, se consideran **indispensables** para la **planificación** de políticas, el **diseño e implementación** de intervenciones y **las evaluaciones** de impacto; pero, a pesar de su importancia, pocos países la miden en forma sistemática o llevan análisis tendenciales, lo cual se puede interpretar como una **actitud negligente** de los gobiernos sobre el **bienestar** de los **menos afortunados** en las sociedades.

Para apoyar la elaboración e implementación de estas políticas e intervenciones **justas** es necesario demostrar, objetivamente, que una situación dada es **injustamente desigual**; y para tal demostración, **las diferencias** en la **distribución** de un bien, así como de **los recursos de salud o de otros** determinantes de la situación de salud, deben **satisfacer, al menos, cada uno** de los siguientes **criterios**:

1. Evitabilidad:

Las diferencias en la distribución del bien deben ser **evitables**. Este es un criterio clave para la equidad, porque si una distribución **no es evitable, no puede ser interpretada como injusta en un sentido social**.

Se consideran **tres dimensiones** de la evitabilidad: **técnica, económica y moral**.

a. Evitabilidad técnica:

Ocurre cuando el actual conocimiento científico y organizacional proporciona la solución para una intervención exitosa. En este sentido se considera que la **norma** de salud del grupo de los **más favorecidos** es un indicador del nivel de salud **técnicamente factible**. O sea, en

términos técnicos, no hay razón por la cual todos los grupos de la sociedad no puedan lograr niveles de salud **similares** a los del **grupo de mayor nivel** social y económico.

b. Evitabilidad económica:

Se presenta cuando **existen recursos suficientes**, ya sea dentro del **sector público o en la sociedad en general**, para satisfacer las necesarias condiciones de **desarrollo de la salud**. Se debe determinar si los recursos financieros requeridos existen **en un nivel macroeconómico** y no sólo dentro de los confines institucionales del sector salud.

b. Evitabilidad moral:

Se presenta cuando la redistribución propuesta no infringe algún otro bien mayor, ni viola otro aspecto de la justicia.

2. Ausencia de libertad:

Se presenta cuando las diferencias en la distribución de un bien **no se deben a** una opción **libremente** escogida; y

3. Responsabilidad causal:

Se refiere a que el reclamo de inequidad debe siempre vincular la distribución a un agente responsable, pues de lo contrario no hay posibilidad de solución.

iii. Factores sociales causantes de inequidades en salud y mecanismos de acción.

Los **análisis integrales de la situación de salud** en las poblaciones muestran, en forma consistente, que la gente **no se enferma aleatoriamente**, sino en respuesta a la **calidad** de sus **contextos de vida, trabajo y ambiente, a la posesión de libertades sociales, económicas y políticas, a sus características biológicas;** y a la **equidad** en la distribución social de estos bienes.

Cuando estos contextos, libertades y características están distribuidos en forma **inequitativa** en la sociedad, los **estratos** afectados **más desfavorablemente** sufren **mayor deterioro** en su salud; y a su vez, la **propia inequidad** estimula un **proceso de reproducción y amplificación** de los factores de daño a la salud, que **perpetúa y empeora** aún más la situación.

Los principales **factores** considerados causantes **de inequidades y deterioro en la salud** se presentan a continuación, con un breve análisis de los **mecanismos** como éstos actúan.

Cuadro 2
Factores causantes de inequidades en salud

- **POBREZA**
- **DISCRIMINACIÓN**
- **MARGINALIZACIÓN / EXCLUSIÓN**

- **PÉRDIDA DE COHESIÓN SOCIAL**
- **EDUCACIÓN DEFICIENTE**
- **GÉNERO**
- **RURALIDAD**
- **NORMAS CULTURALES DAÑINAS**
- **GLOBALIZACIÓN**
- **INADECUADO ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

1. POBREZA

- La pobreza, definida como falta absoluta o relativa de ingreso o bienestar, se considera el factor fundamental en el estado de salud, pues impide el acceso a las necesidades básicas de la vida.
- La pobreza expone a las personas, familias y pueblos a una combinación de factores que actúan en forma sinérgica - analfabetismo, malnutrición infantil, falta de propiedades heredadas, estructuras familiares inestables y escaso acceso a servicios de salud y educación⁵- los cuales producen mayor morbilidad y mortalidad y aceleran el deterioro de la calidad de vida en las personas afectadas; a la par de perpetuar y reforzar la inequidad.
- En las palabras de Amartya Sen⁶, premio Nobel de Economía en 1998:

“Si uno piensa de la pobreza solamente como el bajo ingreso, entonces el vínculo con la salud es indirecto: es más fácil ganarse la vida y aliviar la pobreza cuando se tiene buena salud. Por el otro lado, si pensamos de la pobreza como una privación básica de la calidad de vida y de las libertades elementales, entonces el deterioro de la salud es un aspecto de la pobreza. La mala salud es parte de la pobreza. La mortalidad prematura, morbilidad evitable y desnutrición, son todas manifestaciones de la pobreza. Yo considero que la privación de la salud es realmente el aspecto más central de la pobreza”.

2. DISCRIMINACIÓN:

- La discriminación de cualquier tipo tiene un **fuerte impacto sobre la salud**, al restringir las libertades y opciones de los ciudadanos para la creación de las capacidades necesarias para el desarrollo humano.
- La discriminación se conceptualiza como un **fenómeno socialmente estructurado y legitimado**, justificado sobre **base ideológica** y expresado en interacciones entre individuos e instituciones, que tiene la **intención de mantener privilegios** para los miembros de los grupos **dominantes** a costa de la privación de otros. Desde una perspectiva legal o de derechos humanos, es el **Estado el actor crítico** que establece el contexto permisivo o prohibitivo para la discriminación.
- Los **tipos predominantes de discriminación** son: **étnica, de clase social, género, sexual, etarea, por incapacidad física o mental, religiosa y por nacionalidad.**
- El **tipo de discriminación y su intensidad** varía según las **características** de cada sociedad, especialmente en relación al nivel de **inequidad.**

⁵ *Health, Education and Poverty Reduction*. Christian Morrison. OECD Development Centre. Policy brief No.19, 2002.

⁶ *“Amartya Sen on Health and Development”*, entrevista publicada en *“To Our Health”*, The International Newsletter of The World Health Organization, 1999.

3. MARGINALIZACIÓN:

- **La marginalización tiene causas socio-económicas y se considera causa fundamental de las inequidades en salud**, porque obstaculiza la libertad de los grupos excluidos y el consecuente alcance de adecuados niveles de salud y bienestar general.
- **Se caracteriza por** excluir a la gente **de tomar parte en la sociedad, por razones de pobreza, etnia, género, edad, geografía o aún incapacidad y enfermedad, negándoles así el autorrespeto y la dignidad. Algunos autores consideran que los efectos más dañinos de la inequidad social son estos que la marginalización produce** – la negación del autorrespeto y la dignidad –, **los que a su vez se acentúan con la pobreza y otros factores sociales.**
- La marginalización con frecuencia se origina en un proceso de **discriminación**, el cual ocurre con su **mayor intensidad** en los Estados y sociedades **más inequitativas y pobres** – como Guatemala –, donde los grupos de mayor poder económico y político restringen las oportunidades para el desarrollo ciudadano, a fin de proteger su posición.
- La combinación de pobreza y marginalización tiene efectos sinérgicos y acumulativos en el curso de la vida; y con frecuencia trasciende las generaciones, al reproducirse al interior de los grupos sociales afectados, condenando a los niños y sus futuras familias a continuar en la pobreza.

4. PÉRDIDA DE COHESIÓN SOCIAL:

- Los resultados de varios estudios coinciden en que la **inequidad de ingreso promueve la pérdida de la cohesión social**; y que éste, a su vez, tiene un efecto negativo importante sobre la salud poblacional.
- Se ha encontrado en estudios de muchos países⁷ que el incremento en la inequidad social y económica se acompaña de un marcado aumento de la segregación residencial de ricos y pobres; y que esta segregación tiene el efecto de disminuir la cohesión social y produce serias consecuencias sobre el conjunto de la sociedad, como mayores tasas de delincuencia y violencia, reducción de la productividad y el crecimiento económico y mal funcionamiento de la democracia representativa.
- Wilkinson^{8,9} también considera que el debilitamiento o pérdida de la cohesión social es consecuencia de la inequidad. Este autor ha encontrado que **las sociedades más igualitarias tienen una vida en comunidad más fuerte, son más saludables y tienen mayor esperanza de vida.**

5. EDUCACIÓN DEFICIENTE

- En todos los estudios, las **inequidades en salud se asocian en forma robusta y consistente a los logros educacionales: a mayor educación, más esperanza de vida y menores niveles de incapacidad y enfermedad.**
- Se ha encontrado también que los beneficios de la educación no son específicos para una edad: **se extienden por todo el período de vida y aún sobre las generaciones futuras**, como se comprueba en la relación entre educación materna y mejoría en la salud infantil; y que los logros educacionales influyen fuertemente sobre la capacidad de generación de ingresos.

6. GÉNERO:

⁷ Kawachi, I. y B.P. Kennedy. “Socioeconomic determinants of health: Health and Social Cohesion; why care about income inequality?. *British Medical Journal*, 314: 1037-1040, 1997.

⁸ Wilkinson, R. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge, 1996.

⁹ Wilkinson, R. “What Health Tells Us About Society” *IDS Bulletin*, 29(1), 1998.

- El género, considerado como la cualidad cultural y socialmente construida, que distingue a los hombres y las mujeres, es un **estratificador social** clave, que **interactúa** en forma importante con otras características sociales, como **clase social, marginalización o etnia**, para aumentar o disminuir **la inequidad**.
- El **género mujer es el más afectado** por las inequidades sociales, económicas y de salud, como lo demuestra, por ejemplo, el hecho de que las **mujeres sufren la extrema pobreza mucho más que los hombres**.
- Los determinantes de la salud afectan en **forma diferencial a los géneros**, dependiendo de sus posiciones sociales relativas, roles ocupacionales, expectativas sociales y culturales y las restricciones que modelan sus vidas. Debe destacarse que el **más afectado es siempre el género mujer**.
- El **género mujer** tiene en promedio **mayor esperanza de vida** que el hombre, pero **mayor frecuencia de enfermedades y menor calidad de vida**.

7. RURALIDAD:

- La ruralidad, en sentido estricto se refiere a la “vida en el campo”, sin embargo, en la **realidad social de América Latina**, ésta es una forma de vida que usualmente **integra** varios **factores desfavorables** al desarrollo humano y la salud. La **población rural** es, en su mayor parte, **víctima de las inequidades sociales y económicas y de la discriminación**; tiene altos niveles de pobreza absoluta y relativa, escaso acceso a servicios sociales, como educación y salud y libertades muy restringidas.

8. NORMAS CULTURALES DAÑINAS:

- Las “normas culturales” pueden tener una influencia “perversa” en la naturaleza y magnitud de las inequidades e influir fuertemente sobre el nivel de tolerancia de las mismas: **en sociedades con cultura de “tolerancia” a altos niveles de** corrupción, violencia, racismo endémico, discriminación de género y ausencia de democracia, las inequidades son mucho más frecuentes y difíciles de erradicar.

9. GLOBALIZACIÓN:

- La **globalización del comercio, las finanzas y la información** está originando, en muchos países y regiones, aún **mayores disparidades** sociales y económicas, causando una **polarización social**, entre aquellos con dinero, que tienen más acceso a la información, educación y poder para actuar sobre lo que ellos conocen y aquellos sin el mismo.
- Por lo anterior, la globalización puede tener **efectos antagónicos**: por un lado, **aumentar las oportunidades** de salud para **los más afortunados** y empoderados; y por otro, imponer mayores **obstáculos** para la salud de **pobres y excluidos**.

10. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

- El **sector salud** juega un papel importante en la equidad en salud, a través de su potencial de dar **cobertura universal**; sin embargo, todo su quehacer debe tener el **foco** en la **equidad**, de lo contrario los sistemas de salud tienen el **potencial de exacerbar o crear disparidades**, al no poner atención a necesidades **especiales** de grupos **marginalizados y vulnerables**, a ofrecer **buenos cuidados** preventivos y curativos e ignorar la existencia de **barreras** culturales, financieras y geográficas a los servicios de salud. Esto es muy importante, ya que con frecuencia, en sistemas de

salud **inequitativos**, los gastos en salud pública terminan **beneficiando** principalmente a los **más ricos**.

- Las **formas de financiamiento** de los servicios de salud se relacionan con la **equidad**: los sistemas basados en financiamiento por ingresos provenientes de **impuestos sobre la renta y a través de la seguridad social, son más justos y progresistas** que los que se basan en copagos o seguros privados.

II. ANTECEDENTES

SITUACIÓN ECONÓMICA DEL PAÍS, PRESUPUESTO DE SALUD Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

2.1. INEQUIDAD EN LOS INGRESOS DE LOS GUATEMALTECOS

Como planteado en el capítulo previo, se considera que el grado de avance de la salud y el desarrollo humano están en íntima relación no sólo con el nivel de ingreso de las poblaciones, sino que, aún más importante, con la equidad en la distribución del producto social de las mismas. El alcance de esta equidad requiere de equidad en la captación de impuestos, en las asignaciones estatales y gubernamentales para el desarrollo social y económico justo y en la igualdad de oportunidades y opciones para el desarrollo humano en la población, entre otros aspectos esenciales.

Para analizar la equidad en ingresos se pueden utilizar varias técnicas estadísticas. Entre ellas se encuentran la concentración de ingresos según niveles de deciles de ingreso de la PEA y el coeficiente de Gini.

Cuadro 3

Concentración de los ingresos según deciles de ingreso de la PEA, en porcentaje, según datos de la ENIGFAM 98/99.

DECIL	CONCENTRACIÓN (%)
1	.37
2	1.16
3	2.21
4	3.31
5	4.51
6	6.05
7	7.94
8	10.82
9	16.2
10	46.7

(Concentración de ingresos=Relación entre ingresos percibidos y participación en la PEA)

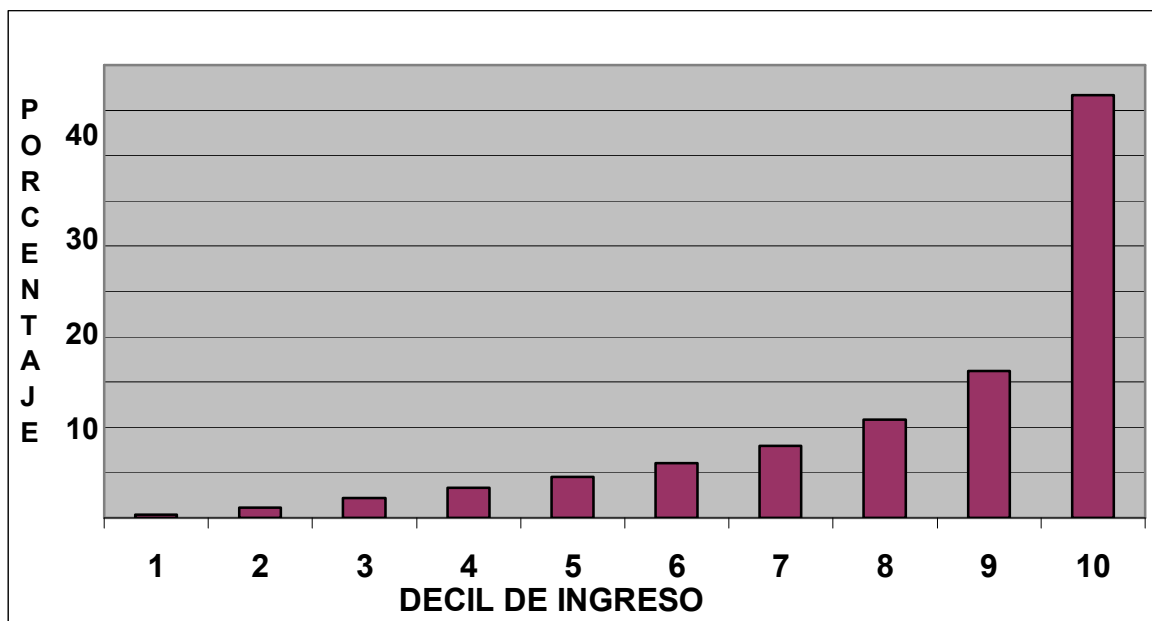
El análisis de la distribución de los ingresos (cuadro 3, gráfica 1) revela que el **10% de la PEA ubicada en el quintil 1 (el de menores ingresos) únicamente recibe menos del 0.5%** del total de los ingresos; mientras que en el otro extremo, **en el decil 10, donde se ubica la PEA con los mayores ingresos, se recibe el 46.7% del total.** Aún más, al hacer el análisis por centiles de esta población de mayores ingresos – tal como lo hace el PNUD¹⁰ – se aprecia que **el 0.1% con mayores ingresos concentra el equivalente a lo que percibe el 39% más pobre, es decir el 6% de los ingresos.** Las personas de este centil concentran casi 17 veces más ingresos de los que les correspondería si la distribución fuera equitativa.

¹⁰ Informe de Desarrollo Humano 2001, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, Guatemala.

Esta **extrema situación de inequidad** se refleja en el coeficiente de Gini¹¹ (gráfica 2), que tiene un valor de 0.56 para el país. Guatemala ocupa el lugar 13 de 111 países evaluados por el PNUD, cuyos valores oscilan entre 0.20 y 0.61.

La inequidad es un problema general de Latinoamérica, que se considera la región del mundo de mayor inequidad. Nicaragua ocupa el lugar 2 de inequidad y Brasil, Honduras, Bolivia, Paraguay, Chile y Colombia tienen niveles de concentración mayores que el de Guatemala.

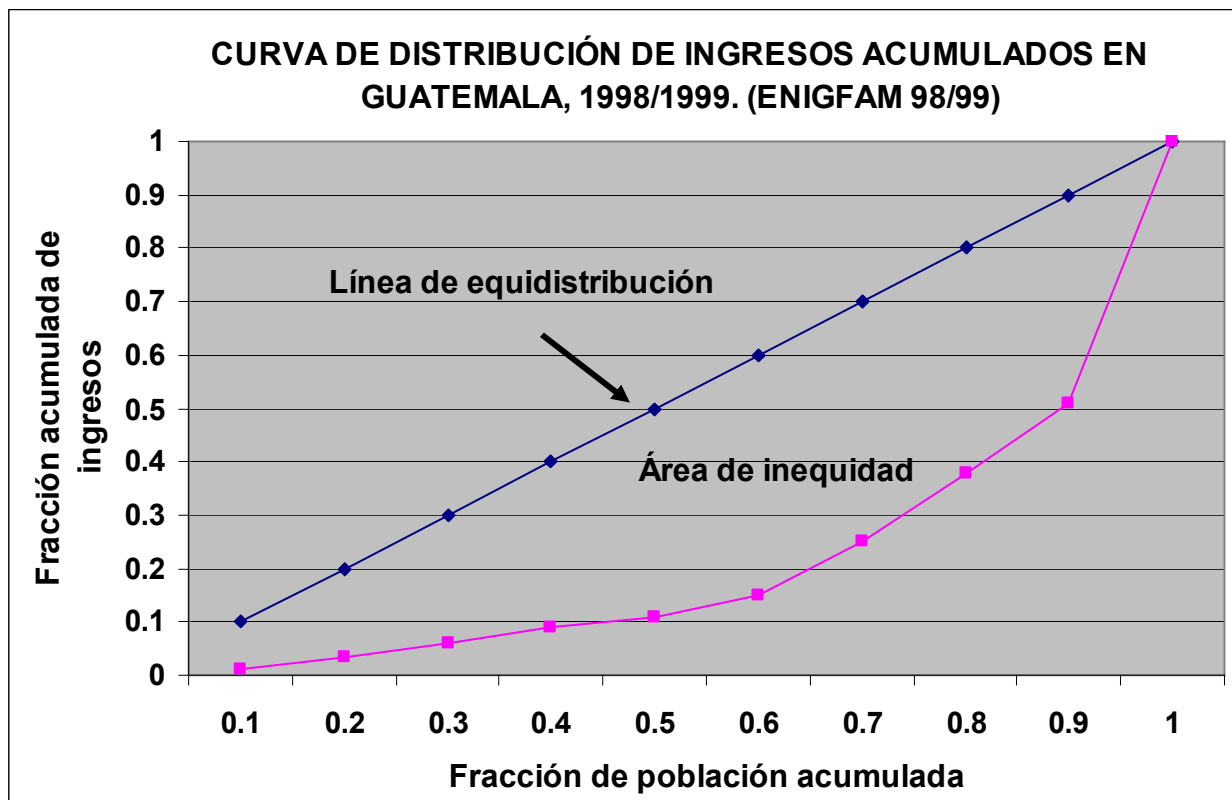
Gráfica 1
Concentración de los ingresos en porcentaje según decil de ingreso de la PEA
Fuente: ENIGFAM 98/99. Elaboración por el autor.



(Concentración de ingresos=Relación entre ingresos percibidos y participación en la PEA)

¹¹ El coeficiente de Gini mide la diferencia entre una distribución equitativa y la distribución analizada, dando valores desde 0 (igualdad perfecta) hasta 1 (absoluta desigualdad).

Gráfica 2.



Fuente: ENIGFAM 98/99. Elaboración por el autor.

La inequidad en ingresos muestra importantes diferencias entre grupos, al clasificarlos según criterios regionales, laborales y étnicos, como se verá más adelante en el capítulo de la pobreza.

2.2. INEQUIDAD Y POBREZA EN GUATEMALA

La mayor parte de la población de Guatemala tiene un modo de vida¹² marcado por la pobreza, en un medio económico y social altamente inequitativo – en todo sentido-, con elevados niveles de exclusión y discriminación social. La pobreza no se distribuye homogéneamente en el territorio nacional, ni afecta a los distintos grupos de población por igual.

La pobreza, a través de múltiples mecanismos, varios de los cuales ya se analizaron previamente, es el mayor factor de riesgo para la salud de los guatemaltecos, por lo que se debe profundizar en su estudio.

La pobreza es un fenómeno complejo de deprivación, que en su acepción más común se refiere a “las limitaciones que tienen las personas para satisfacer sus necesidades”¹³. Sin embargo, este concepto no indica cuáles son las manifestaciones de esta limitación y de qué manera pueden ser medidas y comparadas.

La manera como se defina “pobreza” y los indicadores que se elijan para medirla, tienen implicaciones en la definición de políticas públicas, ya que significa decidir sobre los esfuerzos, la orientación y los recursos que hay que asignar para su reducción.

Por lo anterior es necesario analizar la pobreza a partir de indicadores específicos. Los más usados para este propósito son el ingreso y el consumo, los que son fácilmente disponibles a partir de las encuestas de hogares; pero se debe destacar que aún restringiendo el análisis a estos indicadores, se pueden obtener resultados divergentes, dependiendo de los criterios que se empleen para determinar que es ingreso o consumo.

Debe resaltarse que el solo uso del indicador del nivel de pobreza no es suficiente para aprehender las diversas dimensiones de esa condición social y económica. Para complementar el análisis es necesario acompañar su medición con otro tipo de indicadores y estudios complementarios que ayuden a entender de mejor manera las condiciones y dinámicas concretas de existencia de la población. Algunos de estos se presentan en secciones siguientes de este trabajo.

a. Mediciones nacionales de pobreza recientes: ENIGFAM, ENCOVI y Mapa Probabilístico de Pobreza en Guatemala.

Entre 1998 y 1999 se realizó la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares (ENIGFAM), para actualizar la canasta familiar que sirve de base al índice de precios al consumidor; y para disponer de información sobre la estructura de los ingresos y los gastos de los hogares. Los datos permitieron además hacer una primera aproximación al estudio de la pobreza en Guatemala.

¹² Se entiende por “modo de vida” el conjunto de condiciones de vida de una población – económicas, sociales, culturales, ecológicas, biológicas y otras - y de sus estilos de vida que ocurren en tales condiciones.

¹³ Se habla de pobreza extrema cuando las personas no pueden satisfacer siquiera sus necesidades alimenticias mínimas.

El cálculo de la manera como se distribuye la pobreza se hizo basado en la técnica del ingreso, para lo cual se utilizó la línea internacional de pobreza (LIP), que es de US\$ 2.00 al día por persona. Se encontró que el 56.7% de la población estaba en situación de “pobreza general” y el 26.8% en “pobreza extrema”, o sea con ingresos menores de US\$ 1.00 por día. Por otro lado, sobre la base de la línea nacional de pobreza (LNP), tal como calculada por el INE en base a la canasta básica mínima¹⁴, se determinó que el 54.1% de la población tenía “pobreza general” (ingresos por debajo del costo de la canasta básica) y 27.8% extrema pobreza (personas cuyos ingresos no alcanzan siquiera para cubrir el costo de alimentos)¹⁵.

Cuadro 4. Guatemala: incidencia de la pobreza y pobreza extrema según región, en orden descendente, área urbana–rural y etnia, con base en niveles de ingreso 1998/99 (en porcentajes)

Región	Pobreza General	Área		Población	
		Urbana	Rural	Indígena	No Indígena
II (Norte): Alta Verapaz, Baja Verapaz	81.7	56.1	87.0	87.6	30.2
VII (Noroccidente): Quiché, Huehuetenango	77.8	52.2	82.2	82.5	62.8
VI (Suroccidente): Quetzaltenango; Sololá; San Marcos, Totonicapán, Suchitepéquez, Retalhuleu	72.1	47.0	80.2	79.5	59.5
IV (Suroriental): Jutiapa, Santa Rosa, Jalapa	64.3	38.9	71.8	76.7	61.2
III (Nororiental): Zacapa, Chiquimula, Izabal, El Progreso	60.0	33.1	67.9	73.7	54.8
VIII (Petén): Petén	58.9	37.2	67.0	57.1	60.1
V (Central): Sacatepéquez, Escuintla, Chimaltenango	50.6	41.8	58.5	63.3	31.4
I (Metropolitana): Guatemala	18.9	14.1	59.0	32.0	15.8
País	56.7	28.4	75.3	73.8	40.6
Región	Pobreza Extrema	Área		Población	
		Urbana	Rural	Indígena	No Indígena
II (Norte): Alta Verapaz, Baja Verapaz	52.0	30.9	56.3	56.0	15.9
VII (Noroccidente): Quiché, Huehuetenango	49.9	20.3	54.9	54.0	37.0
VI (Suroccidente): Quetzaltenango; Sololá; San Marcos, Totonicapán, Suchitepéquez, Retalhuleu	30.6	11.9	36.6	38.7	16.8
IV (Suroriental): Jutiapa, Santa Rosa, Jalapa	30.2	10.8	35.9	41.4	27.4
III (Nororiental): Zacapa, Chiquimula, Izabal, El Progreso	26.9	11.2	32.6	25.8	27.5
VIII (Petén): Petén	25.0	6.8	30.3	37.4	20.3
V (Central): Sacatepéquez, Escuintla, Chimaltenango	17.2	10.4	23.3	24.5	6.1
I (Metropolitana): Guatemala	5.0	1.6	32.8	2.5	5.6
País	26.8	7.1	39.8	38.9	15.3

Fuente: ENIGFAM 98/99; elaboración de PNUD

¹⁴ Se utiliza la canasta del índice de precios al consumidor (IPC).

¹⁵ El INCAP estima un promedio de 2,172 calorías por día como el mínimo requerido.

El análisis llegó a **4 conclusiones importantes**:

- i. La pobreza afecta a más de la mitad de la población del país;
- ii. La pobreza es mayor en las áreas rurales que en las urbanas;
- iii. La pobreza afecta más a los indígenas que a los no-indígenas; y
- iv. La brecha entre el ingreso promedio de los pobres y la línea de pobreza es grande.

En fecha más reciente, entre junio y diciembre de 2000, el INE efectuó la primera Encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI), para conocer y evaluar las condiciones concretas de vida de la población, determinar los niveles de pobreza y los factores que la determinan. La metodología utilizada para construir las líneas de pobreza se basó en la técnica del consumo¹⁶. **Se encontró un nivel de pobreza general de 56.2% y de pobreza extrema de 15.2%.**

En el 2, 001 en un esfuerzo conjunto entre el INE, SEGEPLAN, Universidad Rafael Landívar, Banco Mundial y PNUD se elaboró un Mapa de pobreza, combinando datos del Censo nacional 1994 y la encuestas de hogares ENIGFAM de 1998/99. La encuesta de hogares posee la información para crear una medida confiable del bienestar (consumo); pero por ser una muestra no nos permite hacer estimaciones directas a nivel de municipio. El censo, por su lado, posee una amplia cobertura para hacer estimaciones a nivel de municipio. **Combinando ambas fuentes se halló un nivel de pobreza general de 54.3 % y extrema de 22.8%.**

Los resultados se pueden expresar en forma gráfica (mapas) – ver adelante - o como listas que clasifican las diferentes regiones del país.

A pesar de que las diversas aproximaciones al análisis de la pobreza se han basado en técnicas y encuestas distintas, destaca la **similitud de resultados en lo que a la pobreza general se refiere**. Sin embargo, **éstos difieren de forma significativa en las mediciones de la pobreza extrema**. Esta divergencia es causada por los diferentes métodos utilizados y las variadas definiciones de línea de pobreza, pero no invalida los resultados, sino que resalta la necesidad de **profundizar en el estudio y monitoreo de la evolución de la pobreza extrema, para llegar a caracterizarla en mejor forma**.

¹⁶ Cuando se utiliza el consumo generalmente se parte de la línea de pobreza extrema y después se establece la de pobreza general. Para la línea de pobreza extrema se calcula la cantidad de alimentos necesarios para satisfacer los requerimientos calóricos mínimos (ver arriba). Quienes no registran un consumo que satisfaga ese requerimientos son considerados extremadamente pobres. Se considera que el “consumo no alimenticio” de las personas cercanas a la línea de pobreza es el mínimo que requieren para satisfacer otras necesidades como vivienda, educación y salud. El costo de adquirir estos satisfactores se utiliza para calcular la línea de pobreza general. Es decir, a la línea de pobreza extrema se le suma un valor basado en este otro tipo de consumo.

**Cuadro 5. POBREZA GENERAL EN PORCENTAJE SEGÚN DEPARTAMENTO,
AÑO 98/99**

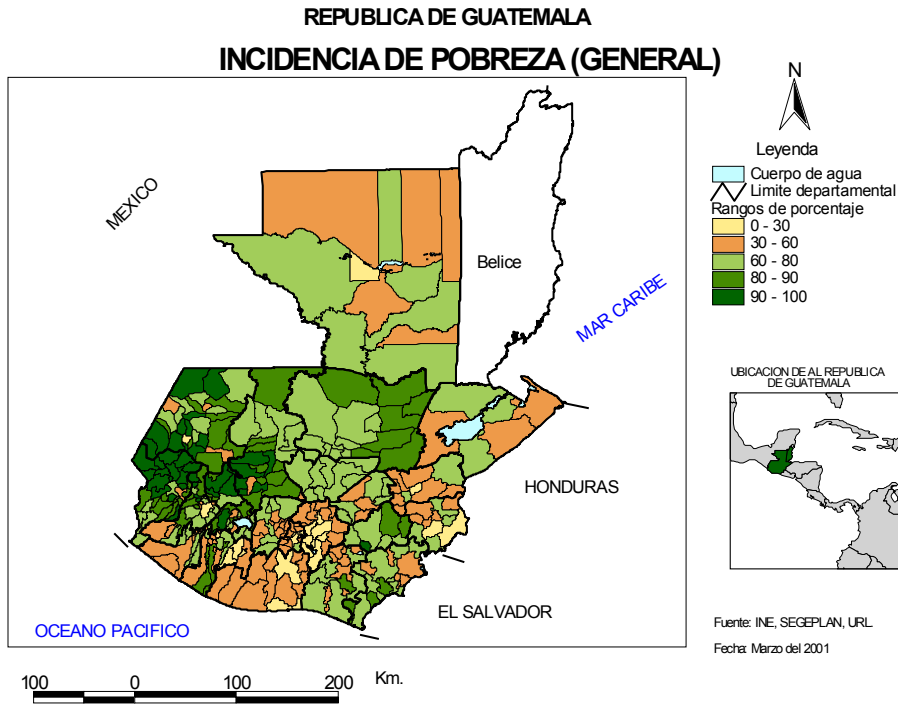
**Fuentes: Población: Estimaciones de población, INE. Pobreza: Mapa probabilístico de la pobreza.
INE/SEGEPLAN/URL/BM. Feb. 2001**

	POBLACIÓN, ESTIMACIÓN AÑO 2000.	POBREZA GENERAL EN PORCENTAJE 98/99
PAÍS	11,385,334	54.3
GUATEMALA	2,578,526	11.7
EL PROGRESO	143,197	54.8
SACATEPEQUEZ	259,265	33.5
CHIMALTENANGO	427,602	57.9
ESCUINTLA	483,768	35.2
SANTA ROSA	319,814	62.1
SOLOLA	307,791	72.1
TOTONICAPÁN	361,303	85.6
QUETZALTENANGO	678,251	60.7
SUCHITEPEQUEZ	403,609	53.9
RETALHULEU	241,921	57.6
SAN MARCOS	844,486	86.7
HUEHUETENANGO	879,987	77.8
QUICHÉ	588,831	81.1
BAJA VERAPAZ	203,430	71.6
ALTA VERAPAZ	814,300	76.4
PETÉN	333,389	59.3
IZABAL	333,956	52.1
ZACAPA	212,794	34.1
CHIQUMULA	313,150	49.3
JALAPA	270,055	72.6
JUTIAPA	385,909	63.9

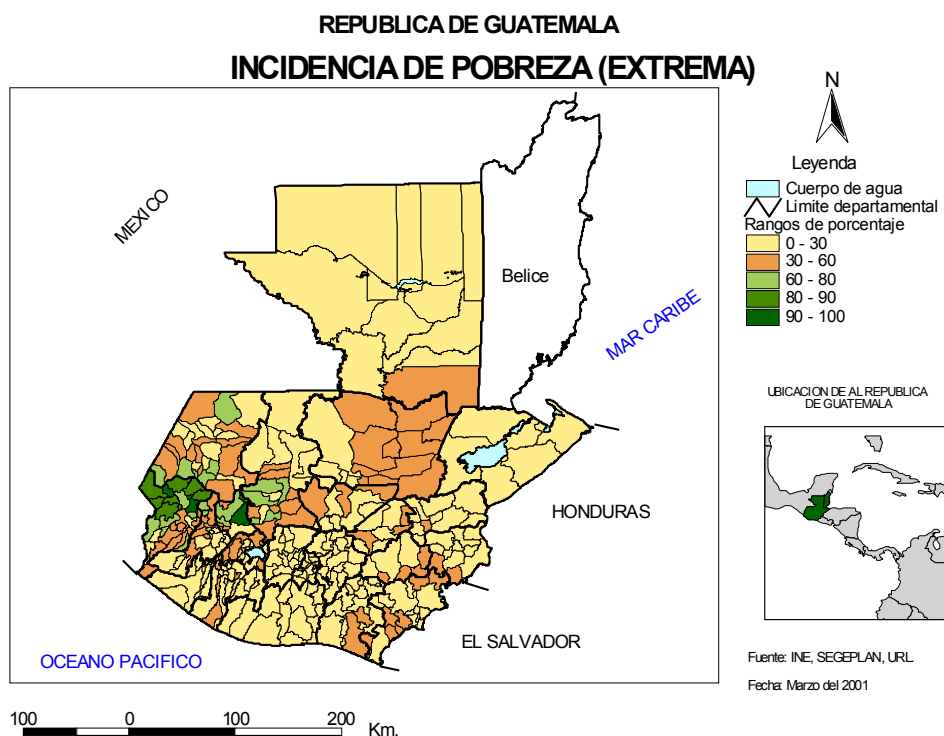
De acuerdo a algunas fuentes¹⁷, la reducción de la pobreza extrema depende más de la redistribución, mientras que la reducción de la pobreza general depende en mayor grado del crecimiento del consumo. **Es así como para reducir la pobreza pueden contemplarse distintas combinaciones de ambos factores: crecimiento del consumo y reducción de la desigualdad.**

¹⁷ Citado en: Informe Nacional Desarrollo Humano del PNUD, 2002, Guatemala: Desarrollo Humano, Mujeres y Salud.

Gráfico 3.



Gráfica 4.



Cuadro 6.

Incidencia de la pobreza y pobreza extrema en Guatemala, por región, con base en niveles de consumo 1998 / 99, (en porcentajes)

Fuente: Mapa Probabilístico de Pobreza en Guatemala, febrero 2001.

Estimaciones INE/SEGEPLAN/URL con base en cifras de ENIGFAM 98/99

Región	Porcentaje de pobreza general	Porcentaje de pobreza extrema
VII (Noroccidente): Quiché, Huehuetenango	79.2	37.0
II (Norte): Alta Verapaz, Baja Verapaz	75.3	35.3
VI (Suroccidente): Quetzaltenango; Sololá; San Marcos, Totonicapán, Suchitepéquez, Retalhuleu	72.1	37.6
IV (Suroriente): Jutiapa, Santa Rosa, Jalapa	65.5	24.2
VIII (Petén): Petén	59.3	22.2
III (Nororiente): Zacapa, Chiquimula, Izabal, El Progreso	49.9	15.2
V (Central): Sacatepéquez, Escuintla, Chimaltenango	43.1	7.7
I (Metropolitana): Guatemala	11.7	1.3
Total del país	54.3	22.8

La tipología de Katzman¹⁸ de la pobreza se refiere a un análisis integrado de la misma, el cual combina un enfoque de necesidades básicas insatisfechas con la capacidad de consumo y clasifica la pobreza en 3 categorías (ver pie de página). La interpretación y denominación de cada categoría se relaciona con la situación de temporalidad de la pobreza – coyuntural o estructural –, aprovechando las características de cada método al respecto. El método de consumo o línea de pobreza se asocia usualmente con la pobreza de corto plazo o coyuntural, mientras que el método de necesidades básicas insatisfechas está más relacionado con la pobreza de largo plazo o estructural, pues los indicadores que utiliza varían más lentamente.

Según este análisis, cerca de un **60% de los pobres a nivel nacional y 80% de los ubicados en área rural y hogares de jefatura indígena (ver cuadro 7)**, según su capacidad de consumo, se encontraban en el 2000 en una situación de pobreza crónica, que es de carácter estructural, no transitoria. Esto significa que es muy difícil erradicar o reducir la pobreza la mayor parte de la pobreza en Guatemala, pues su naturaleza estructural, asociada a necesidades básicas insatisfechas, hace difícil que los hogares en situación de pobreza puedan salir de ella solamente con cierta recuperación del crecimiento económico del país en general. Este tipo de pobreza afecta en mayor medida a la población rural y a los hogares con jefatura de etnia indígena.

¹⁸ **Hogares en situación de pobreza crónica:** constituyen el núcleo de la pobreza. No cuentan con ingreso suficiente para un nivel mínimo de consumo, ni satisfacen sus necesidades más elementales. Se encuentran en clara situación de exclusión social y, generalmente, poseen más de una necesidad insatisfecha. Su incapacidad para integrarse adecuadamente a la sociedad puede observarse empíricamente, ya que entre las carencias más frecuentes se encuentra la inasistencia escolar. **Hogares en situación de pobreza reciente:** satisfacen sus necesidades básicas, pero tienen ingreso inferior a la línea de pobreza. Son hogares en proceso de “movilidad descendente”, pero la reducción reciente de ingresos se traduce en un menor consumo y no en deterioro inmediato de la satisfacción de necesidades básicas. Viven en una situación en que el déficit de consumo no ha sido permanente o lo suficientemente prolongado como para afectar la satisfacción de necesidades, como el acceso a infraestructura, que por lo general cambia más lentamente que el consumo. Son hogares que están en riesgo de caer en la pobreza crónica si las oportunidades de trabajo o la política social no les permiten proteger o recuperar su capacidad adquisitiva. **Hogares con carencias inerciales:** cuentan con un ingreso suficiente para adquirir los bienes y servicios básicos, pero que no han logrado mejorar ciertas condiciones de su nivel de vida. Son hogares que han arrastrado ciertas necesidades desde el pasado, las cuales se han establecido en el estilo de vida de las personas. Sin embargo, es una situación que sugiere un proceso de ascenso económico de los hogares.

Cuadro 7.
Pobreza en hogares según tipología de Katzman, por región administrativa, área de residencia y etnia

	POBREZA CRÓNICA	POBREZA RECIENTE	POBREZA INERCIAL
TOTAL	38.4	7.4	21.6
ÁREA			
URBANA	16.6	3.4	28
RURAL	55.1	10.5	16.7
ETNIA DE JEFATURA HOGAR			
INDÍGENA	56.3	11.2	17
NO INDIGENA	27	5	24.5
REGIÓN ADMINISTRATIVA			
METROPOLITANA	10.8	2	29.5
NORTE	70.4	6.7	10.5
NORORIENTE	38.9	3.2	27.1
SURORIENTE	49	9.8	19.5
CENTRAL	32.7	9.1	24.3
SUROCCIDENTE	43.8	10.6	18.1
NOROCCIDENTE	60.7	14	10.9
PETÉN	53.3	3.3	31.7
Fuente: Elaboración por el PNUD con datos de ENCOVI 2000.			

b. Características demográficas de la población en pobreza en Guatemala

i. Distribución geográfica y étnica:

El número estimado de pobres para el país según cálculos a partir de ENIGFAM 98/99 es de 6,182,236. Los pobres se distribuyen desigualmente en el territorio nacional: 70.5% de los pobres habitan en 4 de las 8 regiones administrativas del país: Suroccidente, Noroccidente, Nororiente y Norte. El 80.1% vive en el área rural y el 63.2% son indígenas.

Los no pobres, en cambio, se concentran en las regiones Metropolitana, Suroccidente y Central. La mayoría, 65.6% son urbanos y no-indígenas (70.5%).

ii. Según género de la jefatura del hogar:

El 57.3% de los pobres viven en hogares encabezados por hombres y el 54% en hogares con jefatura femenina. De acuerdo a la información disponible se considera que la condición de género puede estar teniendo una influencia importante en el nivel de pobreza de estos hogares. Se ha observado que el porcentaje de personas que generan ingresos por hogar, en promedio, es mayor en los de jefatura femenina, 55%, que en los de jefatura masculina, 45%. Este hecho conduce a pensar que los hogares de jefatura femenina compensan su déficit incrementando el número de miembros de la familia que reciben ingresos. Este hecho tiene importantes implicaciones, pues la niñez y juventud se ven compelidas a sacrificarse parcial o totalmente para ayudar a los ingresos familiares. Al respecto se ha encontrado que el 21% de los niños y niñas entre 7 y 14 años que viven en estos hogares no asisten a la escuela. De éstos, 12.4% no asisten por razones de trabajo. Este porcentaje es el doble del que ocurre en los de jefatura masculina. Además, otro 29% de niños y niñas no asiste por falta de dinero en el hogar. En el caso de **las mujeres las jornadas laborales son más largas que las de los varones, pues a la generación de ingresos se añade la responsabilidad doméstica. El ingreso promedio mensual de los hogares encabezados por mujeres es de Q.1,307, frente a Q. 1,538 para los hombres.**

iii. Estructura etárea y tamaño de los hogares:

Hay marcados contrastes entre la **estructura etárea** de las poblaciones pobre y no-pobre: mientras el **51.4% de los pobres son menores de 15 años de edad, entre los no-pobres este porcentaje es de apenas el 33.8%**. Igualmente, mientras que entre los pobres el grupo de adultos entre 15-59 años representa el 42.9% del total, entre los no pobres este porcentaje asciende al 57.4%. El contraste también es marcado al comparar la proporción de total de población pobre de 60 años y más (5.7%), con la de no-pobres (8.8%).

El **tamaño promedio** del hogar de los pobres es de 6.1 miembros, mientras que el de los no-pobres es de 4.4. Los hogares pobres de jefatura masculina superan en 1.3 personas a los de jefatura femenina. En cuanto a las regiones, los hogares pobres de las regiones Metropolitana, Noroccidente, Petén y Norte exceden ligeramente el promedio nacional de miembros. No hay diferencias importantes en el tamaño de los hogares pobres entre las áreas urbana y rural. Los hogares indígenas pobres son ligeramente de mayor tamaño (6.3 personas) comparados con los no-indígenas en la misma situación (5.9).

El número de hijos de las mujeres pobres a lo largo de su vida reproductiva tiene un papel importante en la dinámica demográfica. Estudios recientes indican que conforme desciende el nivel de ingresos, aumenta la brecha entre el número de embarazados deseados y no-deseados¹⁹, lo cual se considera debido al escaso acceso a servicios de salud reproductiva que tiene la población en pobreza. Según cálculos realizados por el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), en base a la ENSMI 1995 y 1998/99, si las mujeres pobres tuvieran las mismas

¹⁹ **Fecundidad observada:** número promedio de hijos que tienen efectivamente las mujeres durante su vida reproductiva. **Fecundidad deseada:** Número promedio de hijos que tendrían estas mujeres si únicamente hubiesen tenido los hijos que verdaderamente deseaban y los embarazos no deseados hubieran podido ser prevenidos. En condiciones adecuadas, la fecundidad observada y la deseada deberían reportar valores similares.

oportunidades que las no-pobres a los servicios de salud reproductiva y pudiesen controlar su número de embarazos al número deseado, el número de niños que nacen en estos hogares se reduciría en cerca de 80,000 al año.

c. Pobreza e inequidad en los guatemaltecos.

i. Inequidad según localización geográfica, etnia y sexo²⁰.

Para el año 2,000 se registró una diferencia notable entre los niveles de ingreso y pobreza en las áreas urbana y rural, por etnia y sexo.

El cuadro a continuación muestra la inequidad en ingresos según las variables arriba mencionadas.

Cuadro 8. INGRESOS Y HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA (OCUPACIÓN PRINCIPAL) DE HOMBRES Y MUJERES SEGÚN GRUPO ÉTNICO Y ÁREA DE RESIDENCIA (en quetzales, horas y porcentaje)						
<u>Nota: Por ser ocupación principal no se incluye el trabajo doméstico de las mujeres (ver texto).</u>						
Fuente: Elaboración del PNUD, 2002, con datos de Encuesta Nacional Sociodemográfica 1989 y ENCOVI 2000.						

	INGRESO MENSUAL			HORAS SEMANALES		
	HOMBRE	MUJER	MUJER/HOMBRE (%)	HOMBRE	MUJER	MUJER/HOMBRE (%)
TOTAL	1,182.52	696.95	59.00	50	40	79
URBANO						
Indígena	995.39	527.22	53.00	51	38	75
No Indígena	2,228.62	1,107.08	50.00	53	44	82
Total	1,912.51	975.98	51.00	53	43	81
RURAL						
Indígena	536.91	281.96	53.00	47	34	72
No Indígena	834.45	443.26	53.00	50	40	80
Total	689.75	354.83	51.00	49	37	75
TOTAL						
Indígena	657.23	364.33	55.00	48	35	74
No indígena	1,523.54	892.98	59.00	52	43	82

²⁰ Los datos de esta sección proceden de ENCOVI 2000, a excepción de cuando se indique lo contrario.

Los datos expuestos permiten identificar varias instancias de inequidad, como sigue:

1. La población indígena labora un número de horas semanales ligeramente inferior a la no - indígena (48 vs. 52 para los hombres y 35 vs. 43 para las mujeres), pero su **ingreso mensual promedio es menor de la mitad del ingreso del no-indígena**, para ambos sexos.
2. La inequidad en ingresos **afecta al indígena en forma más notable en el área urbana que en la rural.**
3. Hay **inequidad sexual que afecta desfavorablemente a la mujer**, pues aún cuando el número de horas dedicada a los trabajos domésticos no es tomada en consideración (se estima que el total de horas trabajadas por una mujer es de 17 al día al incluir el trabajo doméstico), los ingresos recibidos por hora trabajada son menores a los de los hombres.

A nivel nacional en el 2000, el porcentaje de pobreza general fue de 56.1% y de extrema pobreza de 15.7% (ENCOVI 2000), pero con importantes variaciones según residencia, etnia y sexo de la jefatura del hogar.

En relación a área de residencia, el 27.1% de la población urbana estaba en el nivel de pobreza general, mientras que en el área rural la proporción llegaba hasta 74.5%. En relación a pobreza extrema los porcentajes correspondientes eran de 2.8% para la urbana y 23.8% para la rural.

El análisis por etnia reveló un 76% de pobreza general en indígenas y 57.7% en no-indígenas; mientras que los porcentajes para pobreza extrema fueron de 26.4% y 7.7%.

En relación a la jefatura del hogar, tenían pobreza general el 57.7% de los hogares con jefatura masculina y 47.4% de los femeninos. Los niveles respectivos de pobreza extrema fueron de 9.8% y 7.7%.

Son evidentes las diferencias en niveles de pobreza entre estos grupos poblacionales, en donde los mayormente afectados son los del área rural e indígenas. En relación a la jefatura del hogar, la jefatura femenina se asocia a un menor nivel de pobreza, tanto general, como extrema.

Las mayores desigualdades ocurren en los niveles de pobreza extrema entre las áreas urbana y rural, con un cociente de inequidad de 8.5; entre etnias indígena y no-indígena, con un cociente de 3.42. y entre la jefatura masculina y femenina, con cociente de 1.70.

ii. Inequidad en la satisfacción de las necesidades básicas²¹: calidad de vivienda, hacinamiento, servicio de agua, servicio sanitario, asistencia escolar e insuficiencia de ingresos.

²¹ INE Y CELADE, 1,997: En el área urbana una vivienda con paredes de bajareque, lepa, palo o caña es considerada de inadecuada calidad, pero en el área rural lo es sólo si también tiene piso de tierra. En el área rural todas las viviendas que tienen paredes de ladrillo, block, adobe o madera son consideradas de buena calidad, mientras que en el área

Cuadro 9.
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS, AÑO 2000, EN PORCENTAJE DE HOGARES
SEGÚN PROMEDIO NACIONAL Y ÁREA URBANA Y RURAL.

Fuentes: INE y CELADE, 1997 y cálculos del PNUD en base a la ENCOVI 2000.

NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA (NBI)	PORCENTAJE DE HOGARES CON NBI		
	PROMEDIO NACIONAL	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
Calidad de vivienda	18	22	16
Hacinamiento	41	24	53
Servicio de agua	15	11	19
Servicio sanitario	21	21	21
Asistencia escolar	10	6	14
Insuficiencia de ingresos	9	5	12

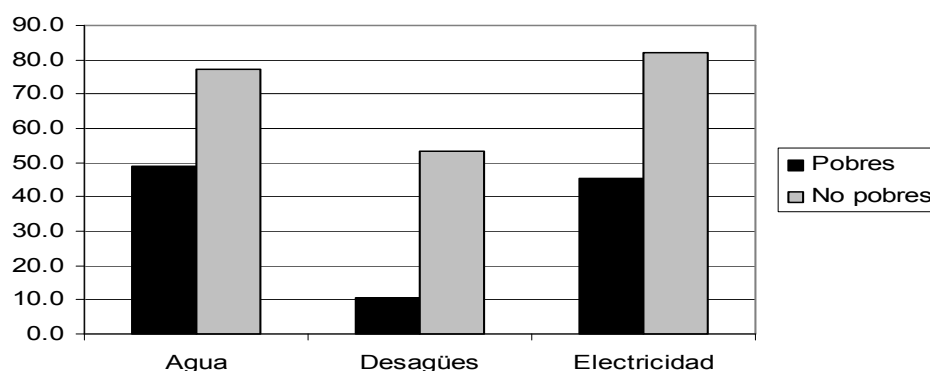
Al hacer el análisis de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) con datos del año 2,000 se confirma la inequidad ya observada entre área rural y urbana, etnia y sexo de la jefatura. En el área urbana un 45% de los hogares tenía al menos una NBI; pero en el área rural este porcentaje se incrementaba a 72%.

El análisis del cuadro previo permite apreciar que en el 2 000, el problema más serio era el hacinamiento, que afectaba a un 41% de los hogares del país, seguido por el servicio sanitario, la calidad de la vivienda y el servicio de agua. Hay evidente alta inequidad en lo concerniente al hacinamiento entre las áreas rural y urbana, con un rango de 24% para la urbana a 53% para la rural. En las siguientes necesidades pareciera haber un grado menor de inequidad, sin embargo, se puede afirmar que el porcentaje de hogares rurales con NBI está subestimado, como producto de usar criterios distintos para el área urbana y rural en lo que respecta a calidad de la vivienda, agua, servicio sanitario y asistencia escolar. Si se aplican los criterios más estrictos que se aplican en el área urbana, los porcentajes rurales aumentarían considerablemente.

urbana únicamente se consideran de esa forma las que no tienen piso de tierra. El pozo ciego o letrina se considera adecuado en el área rural, pero no en la urbana. Respecto al agua potable, en el área urbana los hogares no satisfacen la necesidad si no cuentan con conexión a una red de distribución de agua y se abastecen de chorro público, pozo, río, lago o manantial. En el área rural ocurre una NBI si los hogares sólo cuentan con abastecimiento de agua de río, lago o manantial. En el acceso a educación la diferencia de criterio consiste en la edad: hogares con al menos un niño entre 7 y 12 años que no asista a establecimientos de educación regular en el área urbana y de 7 a 10 años en el área rural.

Gráfica 5.
Servicios básicos en hogares pobres y no-pobres, en porcentaje.

Fuente: ENIGFAM 98/99.



Al analizar la equidad en relación al género de la jefatura del hogar, se encontró que en relación a varias necesidades, los hogares de jefatura femenina estaban en mejores condiciones; sin embargo, ésto no era así para el nivel de ingresos.

En el caso del hacinamiento, los hogares de jefatura femenina (23%) estaban muy por debajo del promedio nacional: (41%).

Al examinar la distribución de hogares con insuficiencia de ingresos se encuentra que en el área urbana las mujeres indígenas que son jefas de hogar se encontraban en peores condiciones que las no indígenas (19% vs. 6%). En el área rural, tanto los hogares con jefatura de mujeres indígenas (19%) como los de jefatura no indígena (18%) tenían niveles de satisfacción muy bajos en comparación a los hogares de jefatura masculina (13% vs. 8%), aunque éstos también tenían niveles peores en el área rural.

iii. Inequidad en la seguridad alimentaria

1. Disponibilidad y acceso a alimentos:

La “seguridad alimentaria” se entiende como una situación en que el conjunto de la población, sin exclusiones, tiene acceso continuo a suficientes alimentos de manera que pueda tener una vida activa y saludable.

Existen varios indicadores de una **situación precaria de disponibilidad** de alimentos en Guatemala, a saber:

1. A diferencia de la mayor parte del resto de América Latina, donde la oferta media de calorías alcanzaba 2 802 calorías por persona a fines de la década de 1990, en Guatemala la oferta de calorías era únicamente de 2,159 por habitante en 1,998.

2. La producción por habitante de granos básicos (cereales) se redujo durante la década de los noventa; y como contraparte aumentó la importación de alimentos en general y de granos básicos en particular. Con lo anterior, la oferta de alimentos a nivel nacional no necesariamente disminuyó, pero sí se introdujo un mayor grado de incertidumbre acerca de su disponibilidad.

En relación al **acceso a los alimentos, la extrema desigualdad del ingreso en Guatemala implica que aunque existieran suficientes alimentos disponibles, habría una proporción importante de la población que no tendría la capacidad de adquirirlos, por insuficiencia de ingresos.**

En efecto, el principal condicionante del acceso a alimentos ha sido el grado de pobreza.

Según datos de ENCOVI 2000, el 80.8% de menores de 5 años afectados por desnutrición crónica²² y el 84.5% de los afectados por desnutrición global²³ se encontraban en situación de pobreza general o extrema. Dado que la pobreza es mayor en el área rural y la población indígena, es de esperar que la desnutrición tenga mayor prevalencia en estas poblaciones, como lo muestra el cuadro a continuación.

Cuadro 10. Prevalencia de desnutrición crónica y global en menores de 5 años, según etnia y área de residencia.

	Desnutrición crónica	Desnutrición global
Población no indígena	34.1	18.6
Población indígena	67.3	33.6
Área Urbana	32.4	15.6
Area Rural	54.4	29.1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1998/1999.

Según el PNUD, con la crisis del café y la sequía que ha afectado al país puede preverse un aumento de la pobreza, como resultado tanto de la reducción del ingreso, como de un probable empeoramiento de la distribución del mismo. **En el año 2001 el ingreso por habitante se redujo en 0.5%.** Por otra parte, dada la menor capacidad de los hogares pobres que la de los de mayores ingresos de defenderse frente a crisis económicas, podría esperarse que sus ingresos en realidad se hayan reducido en mayor proporción.

²² Desnutrición crónica: talla menor a la que corresponde para la edad de los niños.

²³ Desnutrición global o “aguda”: deficiencia de peso para la edad de los niños.

Con una reducción del ingreso por habitante en un 0.5% se podría esperar un aumento de la pobreza en 4.3%; y por cada 0.5% de empeoramiento de la distribución del ingreso, podría esperarse un aumento adicional de la pobreza en 3.1%.

Bajo el escenario anterior, es de esperar una agudización de la seguridad alimentaria en el país, la cual afectaría en forma mayor a la población pobre, lo que constituye otro caso de inequidad asociada a la condición de pobreza.

iv. Inequidad en oportunidades de educación

Para el análisis de la inequidad educativa se han seleccionado tres indicadores: porcentaje de analfabetismo, cobertura y calidad de la educación. Éstos se analizan en relación a área de residencia (rural/urbana, departamento y región), etnia, género y pobreza.

En el cuadro a continuación se encuentra la distribución de personas que no leen ni escriben para el país y por región administrativa. Se aprecia que el porcentaje global de analfabetismo en mayores de 15 años en el país es de 25.6% y que un 6.1% adicional reporta que sabe leer, pero no escribir. Al analizar la distribución regional se ve que el mayor porcentaje de personas analfabetas se encuentra en las regiones noroccidental (46.3%) y norte (44.4%), que son que concentran también la mayor proporción de población indígena y pobre. La región de menor porcentaje de analfabetas es la metropolitana (9.9%), en la cual se concentran las mayores riquezas y recursos del país y existe baja proporción de indígenas. La relación entre la región de mayor porcentaje de analfabetos a la de menor es de cerca de 5 a 1..

Cuadro 11. ANALFABETISMO POR REGIÓN, AÑO 2000, POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD, EN PORCENTAJE	
Fuente: ENCOVI 2000. Cálculos de MEDIR/ USAID.	
	PORCENTAJE QUE NO LEE NI ESCRIBE
REGIÓN	
Metropolitana	9.9
Central	17.6
Suroriente	23
Petén	24.7
Nororiente	27.9
Suroccidente	29.3
Noroccidente	46.3
Norte	44.4
TOTAL PAÍS	25.6
Nota: Un 6.1% adicional reporta que sabe leer pero no escribir.	

En el cuadro 12 se puede apreciar la distribución de personas analfabetas según etnia, área de residencia y sexo.

Se aprecia que en la población indígena que vive en el área rural es donde hay mayor porcentaje de analfabetas: 46.4%. Al hacer la comparación entre sexos en esta población rural, se ve que en el femenino el porcentaje se incrementa hasta 58.8%, mientras que en el masculino alcanza el 32.8%. En la población indígena que vive en el área urbana el porcentaje global se reduce a 27.9% y de nuevo el género femenino tiene el mayor porcentaje de analfabetas: 37.6% vs. 16.5% en hombres.

En la población no-indígena el porcentaje de analfabetos se reduce sustancialmente en comparación a la indígena. Así vemos que en los no-indígenas del área rural el porcentaje es de 25.3% y el análisis por género revela mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres: 31.3 vs. 19.2. En el área urbana el porcentaje de analfabetos no-indígenas es mucho menor que en los otros grupos, pues sólo llega al 7.5%, con una distribución por género de 10.3% para las mujeres y 4.1% para los hombres.

De los datos previos se resalta que hay marcadas inequidades en el nivel de alfabetismo entre regiones, áreas, etnias y género. El mayor nivel de inequidad ocurre entre las mujeres indígenas y rurales (58.8%) y los hombres urbanos no-indígenas (4.1%), lo que produce un cociente de inequidad de 14.34.

Cuadro 12. ANALFABETISMO SEGÚN ETNICIDAD, ÁREA Y GÉNERO, AÑO 2000, EN POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD, EN PORCENTAJE		
Fuente: ENCOVI 2000. Cálculos de MEDIR/USAID		
	PORCENTAJE QUE NO LEE NI ESCRIBE	
ETNIA INDÍGENA	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
Masculino	16.5	32.8
Femenino	37.6	58.8
TOTAL	27.9	46.4
ETNIA NO INDÍGENA		
Masculino	4.1	19.2
Femenino	10.3	31.3
TOTAL	7.5	25.3

Continuando el análisis étnico, el cuadro que sigue muestra que en todas las etnias hay altos niveles de analfabetismo y que éste predomina en el género femenino, a veces duplicando el porcentaje del masculino. El grupo de mayor nivel de analfabetismo es el de las mujeres Qeqchis (63.7%) y el más bajo es el de no-indígenas hombres (11.7%). Esta relación produce un coeficiente de inequidad de 5.44.

Cuadro 13. ANALFABETISMO POR ETNICIDAD Y GÉNERO, 2000, EXPRESADO EN PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS QUE NO LEE NI ESCRIBE.						
Fuente: ENCOVI 2000. Cálculos de MEDIR/USAID.						
	ETNIA					
GÉNERO	Kiché	Qeqchi	Kaqchikel	Mam	Otra maya	No indígena
Masculino	22.2	40.7	15.1	34.7	35.1	11.7
Femenino	48.8	63.7	36.7	57.7	62.7	20
Total	36.8	52	26.2	47.2	49.6	16.1

El analfabetismo en la población está directamente relacionado con las posibilidades de la población de acceder a los centros educativos y de cumplir con las exigencias que el proceso educacional exige.

En el cuadro 14 se observa que a nivel primario hay una tasa nacional de escolaridad neta relativamente alta: 85.1%, con predominio de hombres (87%). Sin embargo, la tasa desciende

marcadamente al llegar al nivel básico y aún más al diversificado en donde se reduce a un porcentaje de 15.8%.

Cuadro 14. TASA NETA DE ESCOLARIDAD SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL POR TOTAL Y SEXO, 2001-				
	NIVEL	NIVEL	NIVEL	NIVEL
	PREPRIMARIO	PRIMARIO	BÁSICO	DIVERSIFICADO
TOTAL	41.3	85.1	28.4	15.8
HOMBRES	41.2	87	28.9	14.7
MUJERES	41.4	83.2	27.8	16.8

El análisis por etnia muestra alta inequidad que afecta a la población indígena. En el cuadro 15 se observa como, **a medida que aumenta el porcentaje de indígenas en una población, se reduce la cobertura neta en el ciclo diversificado.** Hay un cociente de inequidad de 8.28 al comparar la cobertura de poblaciones con más de 80% de indígenas (2.8%) con la de poblaciones con menos de 20% (23.2%).

Cuadro 15. COBERTURA NETA EN EL CICLO DIVERSIFICADO SEGÚN PORCENTAJE DE POBLACIÓN INDÍGENA, AÑO 2000.			
Fuente: MINEDUC, UDI. Cálculos: MEDIR/USAID.			
PORCENTAJE POBLACIÓN INDÍGENA	SEXO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
Menos de 20%	21.5	24.9	23.2
De 20 a 39.9 %	20.2	21.2	20.7
De 40 a 59.9%	17.9	18.3	18.1
De 60 a 79.9%	8.5	7.1	7.8
De 80 a 100	2.9	2.6	2.8
Total	14.3	15.8	15

El análisis de años de escolaridad promedio según área y etnicidad reafirma la existencia de las inequidades antes expuestas: en la población indígena el promedio de años de escolaridad es 2.4, mientras que en la no-indígena sube a 5.9. Estos valores a su vez varían notablemente según área de residencia y género. Así vemos que mientras en el área rural sólo se llega a 2.6 años de escolaridad, en la urbana el número sube hasta 7.2, o sea cerca de tres veces más. El análisis por género muestra que las mujeres tienen menos años de escolaridad que los hombres a nivel nacional: 4 vs 5.1; y una proporción similar tanto en el área urbana como en la rural.

Otro problema serio de la educación guatemalteca es la deserción, la gran mayoría por razones económicas relacionadas a la pobreza.

La tasa de finalización de la primaria no alcanza el 40% a nivel nacional. En el área urbana, de cada 10 niños y niñas que ingresan a primer grado, sólo seis completan tercer grado y sólo cinco terminan la primaria. En las áreas rurales, la situación es más dramática y de cada 10 niños y niñas que entran a primer grado, sólo tres terminan tercer grado y sólo dos se gradúan de sexto grado.

Cuadro 16. AÑOS DE ESCOLARIDAD PROMEDIO POR ÁREA, ETNICIDAD Y GÉNERO, AÑO 2000.			
Fuente: ENCOVI, 2000. Cálculos de MEDIR/USAID.			
ÁREA/GÉNERO	ETNIA		TOTAL
	INDÍGENA	NO INDÍGENA	
ÁREA URBANA			
Masculino	5.1	8.9	7.9
Femenino	3.1	7.6	6.6
TOTAL	4	8.2	7.2
ÁREA RURAL			
Masculino	2.6	3.8	3.2
Femenino	1.2	2.9	2.1
TOTAL	1.9	3.3	2.6
TOTAL			
Masculino	3.2	6.3	5.1
Femenino	1.7	5.4	4
TOTAL	2.4	5.9	4.5

El análisis de la tasa de escolaridad en el nivel diversificado por departamento claramente muestra dos hechos importantes: los departamentos de mayor población indígena y rural son los que tienen menor tasa de escolaridad; y la tasa de mujeres es ligeramente mayor a la de los hombres.

El coeficiente de inequidad entre el departamento de más baja tasa (Totonicapán, 3.3) y el de mayor tasa (Guatemala, 32.5) es 9.84. En relación al género, la brecha promedio es de 2.1. La mayor brecha ocurre en Sacatepéquez, donde llega a 6.5 y la menor se presenta en Retalhuleu, con valor negativo de -3.3.

El PNUD ha efectuado un análisis de regresión múltiple, paso a paso, con la escolaridad como variable dependiente y la clasificación de pobreza del hogar, el lugar de residencia, la etnicidad y el género como variables explicativas, en el cual concluye que la variable más importante es el nivel de pobreza del hogar, seguido por el lugar de residencia y luego por la etnicidad, mientras que el género sólo explica una pequeña parte de la escolaridad.

Cuadro 17.
TASA NETA DE ESCOLARIDAD PARA NIVEL DIVERSIFICADO, SEGÚN
DEPARTAMENTO Y GÉNERO, AÑO 2001, EN PORCENTAJE.

Fuente: Ministerio de Educación
 Brecha: %Mujeres - % Hombres

NIVEL DIVERSIFICADO				
DEPARTAMENTO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	BRECHA
PAÍS	15.8	14.7	16.8	2.1
GUATEMALA	32.5	30.4	34.6	4.1
EL PROGRESO	17.8	16.3	19.2	2.9
SACATEPEQUEZ	18.1	15	21.5	6.5
CHIMALTENANGO	12.2	13.8	10.5	-3.3
ESCUINTLA	16.5	14.9	18.3	3.4
SANTA ROSA	10.7	9.5	12	2.5
SOLOLA	6.6	6.7	6.4	-0.3
TOTONICAPÁN	3.3	3.1	3.4	0.3
QUETZALTENANGO	24.1	23.1	25.2	2.1
SUCHITEPEQUEZ	14.5	13.6	15.3	1.7
RETALHULEU	15.3	15.8	14.8	-1
SAN MARCOS	9.1	9	9.1	0.1
HUEHUETENANGO	7.7	8	7.4	-0.6
QUICHÉ	5.1	5.1	5.1	0
BAJA VERAPAZ	7.7	6.8	8.7	1.9
ALTA VERAPAZ	4.3	4.1	4.4	0.3
PETÉN	10.2	9.3	11.1	1.8
IZABAL	10.9	8.2	13.8	5.6
ZACAPA	15.1	12.1	18.2	6.1
CHIQUIMULA	13	11.5	14.4	2.9
JALAPA	9.3	9.3	9.3	0
JUTIAPA	13.1	11.5	14.7	3.2

iv. Inequidad en oportunidades de trabajo:

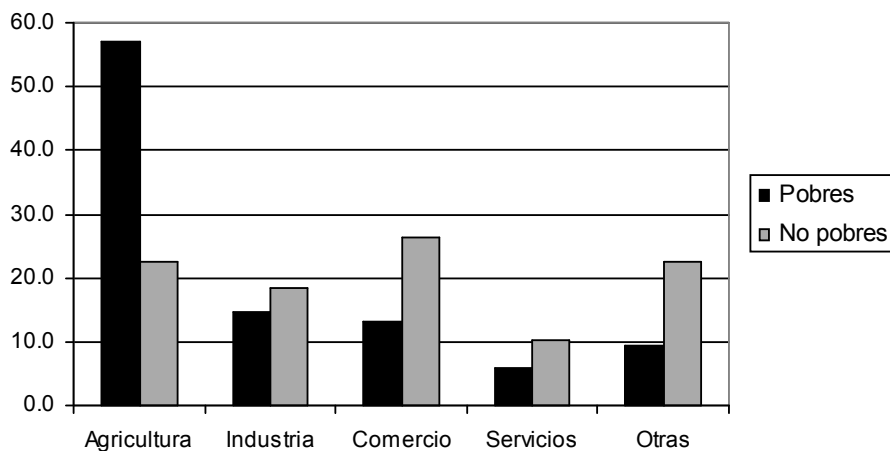
El 46.4% de los pobres de 7 años y más se clasifica como población económicamente activa. Entre los hombres el porcentaje sube a 65.6%, mientras que en las mujeres es de 28.5%. Este menor porcentaje en mujeres se considera debido a su dedicación a los quehaceres del hogar.

El bajo nivel educativo de los pobres, unido al escaso acceso a la tierra y otros medios de producción los obliga a dedicarse a tareas manuales, poco renumeradas y en donde requieren de alto consumo energético, todo lo cual afecta aún más sus posibilidades de desarrollo humano y de gozo de la salud.

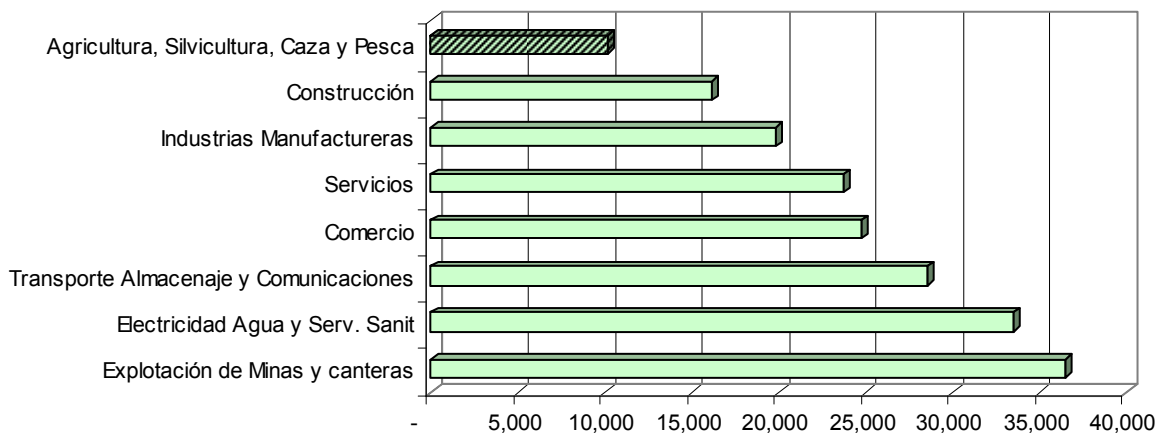
Como promedio nacional, el 57% de los pobres se dedican a la agricultura (gráfica 6), 14.8% a la industria manufacturera y 13.1% al comercio. El 15% restante se ocupa en actividades vinculadas a los servicios, la construcción y otros. En contraste, entre los no-pobres sólo el 22.6% se ocupa en la agricultura y el 26.2% se dedica al comercio, 18.4% a la industria manufacturera y 10.2% a los servicios.

La gráfica 7 muestra los salarios medios anuales de los trabajadores afiliados al Seguro Social. En ésta se puede apreciar que las tres ramas de actividad económica con menores salarios se corresponden con las actividades que desempeñan la mayor parte de la población pobre, sobre todo la agrícola.

Gráfica 6. Ramas de actividad predominantes en población pobre y no-pobre, en porcentajes.
Fuente: ENIGFAM 98/99.



Gráfica 7. Salarios medios anuales de los trabajadores afiliados al IGSS, año 2000. (quetzales)



FUENTE: Banco de Guatemala, elaboración por SEGEPLAN.

2.3. REGIONES ADMINISTRATIVAS DEL PAÍS: SITUACIÓN ECONÓMICA E INEQUIDADES.

El país se divide en siete regiones administrativo-políticas, conformada cada una por uno o más departamentos, agrupados según criterios geográficos. Algunas de las regiones agrupan departamentos con características económicas, sociales, culturales y étnicas similares, pero otras tienen departamentos con importantes diferencias. Esta característica de heterogeneidad al interior de algunas regiones limita y dificulta el análisis económico, social y de salud global en ellas, por lo que es necesario recurrir al análisis departamental para tener una mejor visión de cualquier situación en estudio.

Las regiones Metropolitana y Petén sólo tienen un departamento: Guatemala y Petén respectivamente. Las regiones Norte y Noroccidente agrupan departamentos que guardan muchas similitudes entre ellos: en la Norte se encuentran las verapaces y en la Noroccidente Quiché y Huehuetenango. La región Suroccidental incluye departamentos con alta heterogeneidad entre ellos, algunos de la costa sur y otras de la boca costa y el altiplano: Suchitepéquez, Retalhuleu, Quetzaltenango, Sololá, San Marcos y Totonicapán. Las regiones Nororiental y Suroriental agrupan todos los departamentos del oriente, en donde se mantienen características en general similares de condiciones de vida. En la Nororiental se encuentran El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula; mientras que en la Suroriental están Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa. En la región Central se encuentran departamentos con bastante heterogeneidad, como son Escuintla, Sacatepéquez y Chimaltenango.

El análisis que se presenta a continuación requiere complementarse con la información provista anteriormente sobre el modo de vida y las inequidades en el país, según etnia, ruralidad, género y otras variables pertinentes, a fin de tener una visión completa e integral de las características económicas y sociales del país.

a. Población total y por etnia:

La región de mayor población es la Suroccidental, con 2.8 millones de habitantes (cuadro 18). A ésta le siguen la Metropolitana con 2.6 millones y la Noroccidental con 1.5 millones. Las demás, a excepción de Petén, tienen todas cerca de un millón de habitantes. Petén tiene únicamente 333,389 personas.

El porcentaje de población indígena varía desde un máximo de 82.26 en la región Norte (Las Verapaces), hasta un mínimo de 12.35% en la Metropolitana, pasando por 71.67% en la Noroccidente y 60.06% en la Suroccidente. Sin embargo debe destacarse que se hace necesario el análisis departamental, ya que por ejemplo en la región Suroccidental están los departamentos de más alta concentración indígena, como son Totonicapán con 94.5% y Sololá con 93.62%, pero el promedio regional es de 60.06%. Algo similar podría decirse de El Progreso (2.05%), Santa Rosa (2.62%), Jutiapa (5.07%) y Escuintla (6.45%) que son los de menor porcentaje de indígenas, pero que pertenecen a regiones donde el promedio es mucho mayor.

Cuadro 18.
Regiones político – administrativas del país según departamento y población total e indígena, 2000.

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	POBLACIÓN INDÍGENA	POBLACIÓN
	TOTAL	EN NÚM. ABSOLUTOS	INDÍGENA EN %
TOTAL PAÍS	11,385,334	4,781,454	42.00
I. REGIÓN METROPOLITANA	2,578,526	318,448	12.35
GUATEMALA	2,578,526	318,448	12.35
II. REGIÓN NORTE	1,017,730	837,203	82.26
BAJA VERAPAZ	203,430	112,802	55.45
ALTA VERAPAZ	814,300	724,401	88.96
III. REGIÓN NORORIENTE	1,003,097	180,926	18.04
EL PROGRESO	143,197	2,936	2.05
IZABAL	333,956	76,175	22.81
ZACAPA	212,794	9,342	4.39
CHIQUIMULA	313,150	92,473	29.53
IV. REGION SURORIENTE	975,778	129,053	13.23
SANTA ROSA	319,814	8,379	2.62
JALAPA	270,055	101,109	37.44
JUTIAPA	385,909	19,566	5.07
V. REGIÓN CENTRAL	1,170,635	471,408	40.27
SACATEPEQUEZ	259,265	107,958	41.64
CHIMALTENANGO	427,602	332,247	77.70
ESCUINTLA	483,768	31,203	6.45
VI. SUROCCIDENTE	2,837,361	1,704,242	60.06
SOLOLA	307,791	288,154	93.62
TOTONICAPÁN	361,303	341,431	94.50
QUETZALTENANGO	678,251	403,966	59.56
SUCHITEPEQUEZ	403,609	231,550	57.37
RETALHULEU	241,921	80,487	33.27
SAN MARCOS	844,486	358,653	42.47
VII. NOROCCIDENTE	1,468,818	1,052,693	71.67
HUEHUETENANGO	879,987	561,608	63.82
QUICHÉ	588,831	491,085	83.40
VIII. PETÉN	333,389	87,481	26.24
PETÉN	333,389	87,481	26.24
Poblaciones total e indígena: INE, Proyecciones del X Censo de Población, 1996.			

b. Población económicamente activa²⁴ y porcentaje de afiliación al IGSS según región:

La región de mayor cantidad de PEA es la Metropolitana, con 990,251 personas de ambos sexos (cuadro 19), principalmente no indígenas, las cuales se dedican a una variedad de ramas de actividad económica, donde predominan los servicios. En esta región se concentran los mayores recursos del país, tanto financieros, como políticos, industriales, educativos, de salud y otros. Del total de la PEA, el 57.6% se encuentra afiliada al IGSS, el porcentaje mayor de todas las regiones, debido a la existencia mayor que en otras regiones de los trabajadores “formales”. Sólo Escuintla tiene un porcentaje similar (57.6%) debido a la alta prevalencia de la agroindustria en ese departamento.

La región que le sigue a la Metropolitana en cuanto a número de PEA es la Suroccidental, con 886,941 trabajadores, que como ya se dijo agrupa departamentos con marcada heterogeneidad, algunos de la costa y otros con predominio características del altiplano. En ésta predomina la actividad agrícola, aunque con marcadas diferencias entre los departamentos. En relación a la afiliación al IGSS, sólo el 12% de la PEA está afiliada, con algunos departamentos teniendo niveles extremadamente bajos, como Totonicapán y Sololá, con 5.7% y 3.1% respectivamente. El departamento de mayor afiliación es Retalhuleu con, 23%.

Se debe destacar que la baja afiliación al IGSS en departamentos como Totonicapán y Sololá solamente refleja el alto grado de inequidad que existe en el sector salud, pues son estos los dos departamentos con las condiciones de salud más precarias en el país. Semejante fenómeno se repite en otros departamentos con altos niveles de pobreza y de necesidad de los servicios de la Seguridad Social.

La tercera región en cuanto a número de PEA es la Noroccidental, con 439,783 trabajadores. Aquí predomina el trabajo agrícola por cuenta propia, en minifundios, aunque hay un alto nivel de migración temporal hacia la costa sur para actividades agrícolas. El nivel de afiliación es el más bajo de todas las regiones: 4.4%.

La Región Central es la cuarta en número de trabajadores, con un total de 384,601. Reúne tres departamentos de alta heterogeneidad, por lo que el porcentaje promedio de afiliación al IGSS, que es de 32.68% no refleja las realidades departamentales. En esta región se encuentra el departamento de Escuintla que tiene un nivel de afiliación casi idéntico al de la Metropolitana, 57.5%. Y a la vez se encuentra Chimaltenango, con un afiliación únicamente del 10.3%.

A la Central le sigue la Región Nororiental, con 329,515 trabajadores, de los cuales el 14.45% son afiliados. En ésta hay variaciones importantes entre departamentos como Chiquimula – que tiene el mayor porcentaje de población indígena – donde la afiliación es del 7.6% e Izabal con 21.6%.

Luego siguen Las Verapaces, agrupadas en la región Norte, donde el número de PEA es de 320,454, de la cual únicamente 9.28% está afiliada al IGSS: 7.5% en Baja Verapaz y 9.7% en Alta Verapaz. Esta región tiene altas deficiencias en cuanto a sus condiciones de vida y altos niveles de

²⁴ Población trabajadora de 10 años y más

pobreza y perfil de daño a la salud, sin embargo, de nuevo resalta la inequidad al tener tan baja cobertura al Seguro Social, lo que es producto del tipo de economía predominante en la región, que es agrícola y basada en el trabajo de minifundios.

La región Suroriente tiene una PEA de 310,676 y una muy baja afiliación al IGSS promedio de 6.97, con un rango de 5.2 en Jalapa a un máximo de 9.8 en Santa Rosa.

Finalmente Petén, con una PEA de 109,602 trabajadores, sólo tiene 7.6% de afiliación.

Es importante mencionar que el IGSS recién ha establecido la cobertura con Enfermedad, Maternidad y Accidentes para todos los departamentos de Guatemala, pues anteriormente esta cobertura total sólo llegaba a la mitad de ellos; y en la otra mitad sólo se cubrían accidentes. Es de esperar que con esta ampliación de la cobertura se incrementen los esfuerzos por promover y facilitar la afiliación a un mayor número de trabajadores, aunque ésto se considera difícil mientras el IGSS no diseñe mecanismos para afiliar a los trabajadores del sector “informal” que en alto número existen en el país.

c. Pobreza según regiones

Tal como se aprecia en el cuadro 20, en el área rural la prevalencia de pobreza es muy superior a la del área urbana (71.4 vs. 21.8), lo que produce un coeficiente de inequidad de 3.27.

También en las poblaciones indígenas la pobreza es mayor que en las no-indígenas, por lo que al hacer el análisis regional encontramos niveles mucho más altos de pobreza en las regiones que presentan en gran proporción de estas dos características.

El cuadro mencionado presenta las regiones agrupadas en orden de mayor a menor según el nivel de pobreza general. Las regiones que tienen más de 70% de pobreza son aquellas con predominio de las poblaciones mencionadas, a saber: Noroccidente, con 79.2 %; Norte, con 75.3% y Suroccidente, con 72.1%. Hay dos regiones con prevalencia de pobreza entre 50 y 69%: Suroriente con 65.% y Petén, con 59.3%. La Nororiente y Central están entre 40 y 49%, así: 49,9% y 43.1%; y finalmente la de menor pobreza es la Metropolitana, con 11.7%. El coeficiente de inequidad entre las regiones de mayor y menor pobreza general es de 6.76.

La pobreza extrema sigue una distribución similar, aunque con valores más bajos. Sin embargo, el coeficiente de inequidad es mucho mayor que para la pobreza general pues el rango de pobreza extrema va desde un mínimo de 1.3 en la región Metropolitana, a un máximo de 37.6 en la Suroccidente, para un coeficiente de inequidad de 28.92.

Cuadro 19.
Población económicamente activa (PEA), y porcentaje y número de Afiliados al IGSS, según región y departamento, Guatemala, 2001.

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	PORCENTAJE	NÚMERO
	ECON. ACTIVA	AFILIADOS	AFILIADOS
TOTAL PAÍS	3,771,822	24.60	927,868
I. REGIÓN METROPOLITANA	990,251	57.60	570,385
GUATEMALA	990,251	57.60	570,385
II. REGIÓN NORTE	320,454	9.28	29,730
BAJA VERAPAZ	61,544	7.50	4,616
ALTA VERAPAZ	258,910	9.70	25,114
III. REGIÓN NORORIENTE	329,515	14.45	47,607
EL PROGRESO	45,136	13.50	6,093
IZABAL	107,423	21.60	23,203
ZACAPA	71,711	15.70	11,259
CHIQUMULA	105,245	6.70	7,051
IV. REGION SURORIENTE	310,676	6.97	21,640
SANTA ROSA	104,521	9.80	10,243
JALAPA	84,638	6.00	5,078
JUTIAPA	121,517	5.20	6,319
V. REGIÓN CENTRAL	384,601	32.68	125,692
SACATEPEQUEZ	93,368	22.80	21,288
CHIMALTENANGO	133,591	10.30	13,760
ESCUINTLA	157,642	57.50	90,644
VI. SUROCCIDENTE	886,941	12.29	108,995
SOLOLA	96,640	5.70	5,508
TOTONICAPÁN	112,953	3.10	3,502
QUETZALTENANGO	213,044	16.10	34,300
SUCHITEPEQUEZ	128,310	19.20	24,636
RETALHULEU	75,594	23.30	17,613
SAN MARCOS	260,400	9.00	23,436
VII. NOROCCIDENTE	439,783	4.40	19,337
HUEHUETENANGO	261,104	4.60	12,011
QUICHÉ	178,679	4.10	7,326
VIII. PETÉN	109,602	7.6	8,330
PETÉN	109,602	7.6	8,330

Fuente: INE-CELADE

Cuadro 20.
Prevalencia porcentual de pobreza general y extrema según regiones y área urbana/rural.

Fuente: Mapa probailístico de la pobreza en Guatemala, INE/SEGEPLAN/URL/BM, 2001.

REGIÓN ADMINISTRATIVA	PREVALENCIA DE POBREZA	
	GENERAL	EXTREMA
VII (Noroccidente): Quiché, Huehuetenango	79.2	37
II (Norte): Alta Verapaz, Baja Verapaz	75.3	35.3
VI (Suroccidente): Quetzaltenango; Sololá; San Marcos, Totonicapán, Suchitepéquez, Retalhuleu	72.1	37.6
IV (Suroriente): Jutiapa, Santa Rosa, Jalapa	65.5	24.2
VIII (Petén): Petén	59.3	22.2
III (Nororiente): Zacapa, Chiquimula, Izabal, El Progreso	49.9	15.2
V (Central): Sacatepéquez, Escuintla, Chimaltenango	43.1	7.7
I (Metropolitana): Guatemala	11.7	1.3
Total del país	54.3	22.8
ÁREA		
Urbana	21.8	
Rural	71.4	

La clasificación de la pobreza de acuerdo a la **Tipología de Katzman** ofrece elementos adicionales para el estudio de la misma.

Según esta técnica de análisis (ver página 18 para una descripción más detallada de esta clasificación de la pobreza y su interpretación) el 55.1% de los hogares rurales y el 16.6% de los urbanos; y el 56.3% de los hogares indígenas y el 27% de los no-indígenas, padecen de **“pobreza crónica”**, o sea que no cuentan con un ingreso suficiente para un nivel mínimo de consumo, ni satisfacen sus necesidades más elementales, además de encontrarse en clara situación de exclusión social. Se considera que la naturaleza estructural de esta pobreza y su asociación con múltiples necesidades básicas insatisfechas la hace muy difícil de erradicar con sólo cierta recuperación del crecimiento económico del país en general.

El análisis regional demuestra hallazgos similares a los encontrados usando otras técnicas de

medición de la pobreza: las regiones más afectadas son la Norte (70.4%) y Noroccidental (60.7%), que es donde hay mayor población rural e indígena. También se ve que la región de menor pobreza crónica es la Metropolitana, donde ésta sólo llega al 10.8%. El coeficiente de inequidad es de 6.51.

Cuadro 21.
Pobreza en los hogares según regiones,
utilizando la Tipología de Katzman.

	POBREZA CRÓNICA	POBREZA RECIENTE	POBREZA INERCIAL
TOTAL	38.4	7.4	21.6
ÁREA			
URBANA	16.6	3.4	28
RURAL	55.1	10.5	16.7
ETNIA DE JEFATURA HOGAR			
INDÍGENA	56.3	11.2	17
NO INDIGENA	27	5	24.5
REGIÓN ADMINISTRATIVA			
METROPOLITANA	10.8	2	29.5
NORTE	70.4	6.7	10.5
NORORIENTE	38.9	3.2	27.1
SURORIENTE	49	9.8	19.5
CENTRAL	32.7	9.1	24.3
SUROCCIDENTE	43.8	10.6	18.1
NOROCCIDENTE	60.7	14	10.9
PETÉN	53.3	3.3	31.7
Fuente: Elaboración por el PNUD con datos de ENCOVI 2000.			

d. Índice de desarrollo humano (IDH) según área de residencia urbana-rural, etnia indígena-no indígena y región administrativa, año 2000.

El IDH es una medida combinada, aunque sinóptica, de la situación de una población en desarrollo humano. El interés por establecer una medida mejor que el PIB per cápita para acercarse a la noción de bienestar condujo a que en 1990 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo elaborara este índice. Es una medida sencilla de tres dimensiones del concepto de desarrollo humano: experimentar una vida larga y saludable, tener educación para desarrollar capacidades y contar con ingresos para tener un estándar de vida adecuado.

Así, el IDH es un promedio simple de tres sub-índices: a) índice de esperanza de vida al nacer; b) índice de educación, medido a través de la tasa de alfabetismo (de personas de 15 años y más) y de la matriculación bruta combinada de niveles primario a terciario (para el año 2000 se utilizó la variable escolaridad en sustitución de esta última); y c) índice del PIB, que se mide por medio del producto interno bruto per cápita, cuantificado en dólares estadounidenses ajustados según paridades de poder adquisitivo (US\$ PPA).

El cuadro 22 muestra cómo se ha construido el Índice de Desarrollo Humano en Guatemala para el año 2000 y los valores correspondientes según área geográfica, etnia y región.

Aunque el IDH es un punto de partida útil como medida del desarrollo humano, éste omite aspectos vitales del desarrollo humano, en especial la capacidad de participar en las decisiones que afectan a la vida de una persona, o sea, la libertad de una persona de participar en forma equitativa en los asuntos y decisiones políticas, económicas y sociales de su país.

En la década de 1990 el IDH de Guatemala mostró un incremento de casi diez puntos, lo que refleja un ligero mejoramiento en cada componente del índice, con el mayor incremento correspondiendo al PIB per cápita, cuyo valor casi se duplicó. Los indicadores sociales aumentaron menos: aumento del 8% en el alfabetismo de personas de 15 y más años y casi un año más de escolaridad en jóvenes de 15 a 24 años. La esperanza de vida aumentó en seis años: de 59.8 a 65.9.

Lo anterior ilustra con claridad un tema recurrente del desarrollo en Guatemala: el desempeño relacionado con el crecimiento económico es mejor que el que se refiere al desarrollo social. El se ha reflejado en que cuando se compara con otros países, el nivel de desarrollo social de Guatemala es mucho más bajo que el que tienen otros países con el mismo grado de desarrollo económico

El examen del IDH por área geográfica y etnia confirma lo que otros indicadores ya han resaltado: que las poblaciones rural e indígena siguen siendo las más excluidas del desarrollo humano. Sin embargo, la población indígena ha mostrado un importante incremento en el índice (0.115).

Cuadro 22.
ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, GRUPO ÉTNICO Y
REGIÓN ADMINISTRATIVA, GUATEMALA, 2000.

	PIB/CAP	ESCOLARIDAD	TASA DE	INDICE
	(US\$PPA miles)	EN AÑOS (2)	ALFABETISMO	DESARROLLO
	(1)		(3)	HUMANO (4)
	2,000	2,000	2,000	2,000
TOTAL	4.10	5.30	68.20	0.634
ÁREA				
URBANO	6.90	7.50	83.50	0.717
RURAL	2.30	3.80	56.90	0.563
ETNIA				
INDÍGENA	2.20	3.70	50.10	0.544
NO INDÍGENA	5.40	6.30	79.40	0.684
REGIÓN				
METROPOLITANA	8.40	7.60	84.50	0.732
NORTE	2.10	3.30	46.10	0.529
NORORIENTE	3.70	5.00	67.20	0.624
SURORIENTE	2.60	4.80	69.20	0.607
CENTRAL	3.60	5.50	75.90	0.647
SUROCCIDENTE	3.00	5.10	65.60	0.608
NOROCCIDENTE	2.20	3.30	47.30	0.535
PETÉN	2.90	4.70	68.50	0.610
(1) Para estimar valores de PIB per cápita se utilizaron datos del Banco de Guatemala, Banco Mundial y PNUD.	(2) Escolaridad de jóvenes entre 15 y 24 años.	3) Alfabetismo de personas de 15 años y más.	(4) Para lograr la comparabilidad de los datos se utilizó el dato nacional de esperanza de vida al nacer.	Fuentes: ENS 1989, ENCOVI 2000, CELADE, BANGUAT, BANCO MUNDIAL Y PNUD.

Los resultados regionales muestran que los valores más bajos se encuentran en las regiones Norte y Noroccidente. La Metropolitana tiene el índice más alto, pero no el mayor crecimiento en la última década, el cual es experimentado por las regiones Sur y Noroccidente. El análisis histórico muestra que en general hay un leve incremento en los indicadores de desarrollo humano de las regiones, con una tendencia a reducir las brechas existentes entre diferentes grupos, ya que los incrementos son mayores en los grupos más excluidos.

5. PRESUPUESTO PÚBLICO PARA LA SALUD: INEQUIDAD EN SU CONSTRUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

El presupuesto es un instrumento de estimación de ingresos y egresos destinados a un determinado objetivo. En el caso del Estado, el presupuesto es un elemento esencial para la concreción de sus políticas sociales y económicas; y en los Estados realmente democráticos y por tanto equitativos en todos los aspectos del desarrollo de sus habitantes, el presupuesto es instrumento de garantía de tales cualidades.

En Guatemala, sin embargo, se encuentran aspectos muy serios de inequidad en el presupuesto, que se originan tanto en la recaudación tributaria, como en la asignación de los recursos.

Esta inequidad afecta principalmente a la población pobre del país, que es mayoritaria en Guatemala, la que debe enfrentar no solamente las dificultades y obstáculos cotidianos de la pobreza, sino también las múltiples inequidades asociadas a la misma, causadas por un Estado negligente e inequitativo.

En el caso de la salud, al referirse al “presupuesto público en salud” se deben tomar en consideración tanto los gastos dirigidos a reducir los factores de riesgo a la salud, que en su mayor parte son de carácter intersectorial, como los sectoriales correspondientes a la atención de la enfermedad.

En esta sección se revisarán la forma de construcción y asignaciones del presupuesto del Estado guatemalteco y del propio del Ministerio de Salud Pública; y también se hará referencia a algunos aspectos del presupuesto del IGSS, en lo correspondiente a prestaciones de salud. En todo momento se resaltarán las condiciones de inequidad que ocurren en estos presupuestos.

a. Inequidad en la construcción del presupuesto.

La inequidad tributaria en Guatemala se constituye a través de cuatro mecanismos principales:

- i. Baja capacidad de recaudación;
- ii. Predominio de impuestos indirectos;
- iii. Características de regresividad del sistema tributario guatemalteco; y
- iv. Administración tributaria débil.

i. Baja capacidad de recaudación

El sistema tributario de Guatemala ha tenido en forma histórica una baja capacidad de recaudación. En los últimos cuarenta años, la carga tributaria²⁵ promedio ha sido de 7.8%, lo que constituye el valor más bajo registrado en América Latina.

²⁵ Se define carga tributaria como la relación que existe entre los ingresos tributarios y el producto interno bruto (PIB).

Como resultado de las reformas derivadas de los Acuerdos de Paz, a partir de 1997 la carga tributaria superó por varios años consecutivos la barrera del 8%, pero aún no logra alcanzar el 12% establecido como meta.

La baja recaudación ha impedido al Estado cumplir con las obligaciones y atribuciones que le asigna la Constitución Política de la República y **ha sido uno de los obstáculos para cumplir con los compromisos contraídos en los Acuerdos de Paz, entre ellos, los relativos a Salud**. Este asunto también ha limitado las posibilidades de invertir en el desarrollo social y económico del país así como de fortalecer las instituciones democráticas.

Entre los factores que explican la **baja recaudación** tributaria sobresalen, entre otros:

1. La existencia de una arraigada cultura anti-fiscal, que se traduce en altos niveles de evasión y elusión: la administración tributaria de Guatemala ha mostrado históricamente pobre desempeño y con frecuencia ha sido acusada de corrupción y clientelismo político. La debilidad e inoperancia de la administración se evidencia en los grandes niveles de evasión existentes en el país. Según Casanegra (1997) la **evasión del IVA se sitúa entre el 37 y 55%, mientras que la del ISR es de alrededor del 66% para personas y 53% para empresas**.
2. La existencia de “candados constitucionales” que limitan el poder impositivo del Estado;
3. La alta desigualdad en la distribución del ingreso y la riqueza; y
4. La existencia de una franja importante de economía informal o subterránea.

ii. Predominio de impuestos indirectos

El sistema tributario de Guatemala se ha apoyado primordialmente en impuestos indirectos. En la década de los noventa, bajo la influencia de organismos internacionales, la estructura tributaria tuvo sustanciales cambios, como resultado de los cuales el IVA pasó a representar a finales de la década de los 90 más del 45% de los ingresos.

En la última década, los impuestos directos representaron en promedio solamente un 23.2%; mientras que los indirectos llegaron a 76.8%.

El cuadro a continuación muestra el origen impositivo de los ingresos del gobierno central para el año 2000. Obsérvese la preponderancia de los impuestos indirectos sobre los directos.

iii. Características de regresividad del sistema tributario guatemalteco: los de mayores ingresos pagan menor proporción de impuestos.

La inequidad del sistema tributario se manifiesta en:

- i. La **preponderancia de los tributos indirectos** dentro del total de impuestos, lo que podría demostrar regresividad; y
- ii. La **falta de progresividad** en los tramos mayores de ingresos.

Un estudio, basado en la ENCOVI 2000²⁶ mostró que la carga tributaria²⁷ aumenta levemente a medida que es mayor el nivel de ingresos, con la excepción del 10% de los hogares con más altos ingresos – que es también donde se concentran los mayores ingresos en términos absolutos del país - . O sea, que el sistema tributario es progresivo entre el primero y noveno decil de ingresos – el 90% de la población-, pero es regresivo al tomar en cuenta al 10% de mayores ingresos, quienes perciben cerca del 50% de los ingresos.

Cuadro 23.		
INGRESOS DEL GOBIERNO CENTRAL SEGÚN ORIGEN IMPOSITIVO, AÑO 2000,		
EN MILLONES DE QUETZALES Y PORCENTAJES.		
Fuente: Estadísticas financieras del gobierno central, Dirección de Análisis y Estudios Económicos, Ministerio de Finanzas Públicas.		
CONCEPTO	MILLONES DE QUETZALES	PORCENTAJE
INGRESOS TOTALES	15,999.30	100.00
INGRESOS CORRIENTES	15988.30	99.93
		0.00
Ingresos tributarios	14,944.90	93.41
Impuestos directos	3,312.10	20.70
Imp. sobre la renta	2,001.20	12.51
Imp. sobre propied. y otros	17.30	0.11
Impuesto extraord.	2.30	0.01
Imp. empr. mercant.	1,291.30	8.07
		0.00
Impuestos indirectos	11,623.70	72.65
Imp. al valor agreg. (IVA)	7,037.90	43.99
Aranceles	1,805.80	11.29
Petróleo	1,389.40	8.68
Específicos (Alcohol, tabaco, otros)	1,399.50	8.75
		0.00
Ingresos no tributarios y transferencias	1,043.40	6.52
		0.00
INGRESOS DE CAPITAL	11.00	0.07

²⁶ Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, 2000.

²⁷ Aquí “Carga tributaria” debe entenderse en su acepción restringida de “proporción de los ingresos que cada hogar o persona destina al pago de los impuestos”.

b. Inequidad en la asignación del gasto gubernamental para salud

En esta sección se analizará el gasto gubernamental tanto en relación a su distribución entre las diferentes entidades del gobierno, como a las necesidades reales de la población en el campo de la salud.

El análisis del cuadro 24 muestra que el gasto ejecutado en salud para el año 2001 fue de 1,522.7 millones de quetzales, lo que equivalió al 6.87% del presupuesto nacional. Al comparar este gasto con el de otras entidades del mismo año se aprecia, por ejemplo, que hay una asignación mayor (6.97%) para el Ministerio de la Defensa, cuando en el país es evidente que tal gasto no se justifica para ese año, ni para el presente. También debe destacarse el nivel de endeudamiento que ha adquirido el Estado, el cual no permite utilizar todos nuestros recursos financieros para las necesidades del desarrollo social, donde la salud es elemento clave: **el monto destinado al servicio de la deuda pública en 2001 fue de 3,142 millones, o sea más del doble del presupuesto del Ministerio de Salud.**

El estudio de Cuentas Nacionales de Salud²⁸ de 1999 mostró que de los fondos destinados a salud por parte del gobierno, el 39% se asignó al Ministerio de Salud, el 55% al IGSS y el 6% restante se distribuyó entre los Ministerios de Defensa y Gobernación, los fondos sociales, universidades y los gobiernos municipales. En términos absolutos, los montos totales invertidos en salud fueron de Q. 1,205 millones, 1,694 millones y 193 millones respectivamente. **Las asignaciones del MSPAS y el IGSS guardan entre sí una importante relación de inequidad**, ya que el MSPAS es responsable por la atención de la salud de la población sin acceso al IGSS, mayoritariamente pobre y sin cobertura por medios privados, que se estima en alrededor del 64%; mientras que el IGSS da cobertura a únicamente el 20% de la población que es asalariada y principalmente está localizada en la ciudad capital.

El análisis de la tendencia histórica del presupuesto del Ministerio de Salud (cuadro 25) en relación al PIB muestra que el porcentaje asignado al Ministerio de Salud ha variado desde un mínimo de 0.66% hasta un máximo de 0.92% en 2001. **Este porcentaje es el más bajo de la región latinoamericana.** El porcentaje correspondiente como presupuesto del Estado ha girado alrededor del 6%; y el presupuesto per cápita se ha incrementado desde un nivel Q. 61.55 en 1996, hasta Q. 128.35 en 2002. Se considera que **este incremento no satisface las necesidades crecientes de inversión en salud del país**, sobre todo considerando el nivel de inflación y los persistentes niveles de pobreza e inequidad social, que requieren de mayores gastos para promover la salud y prevenir y atender las enfermedades.

²⁸ Cuentas Nacionales de Salud, 1999, Ministerio de Salud, OPS, Universidad de Harvard, Banco Mundial.

En una reciente publicación sobre el financiamiento de la salud en Guatemala²⁹ se hace ver que el MSPAS requiere un aumento de presupuesto no sólo para mantener las condiciones actuales, sino también para ampliar la cobertura, mejorar el acceso y la calidad, ejecutar las nuevas acciones programáticas comprometidas para el desarrollo social y aumentar la disponibilidad de recursos del sector, mediante una mayor participación del Estado en el financiamiento de la salud. La estimación de presupuesto basada en la condición económica de la población, el gasto total per cápita en salud del año 2000 y la obligatoriedad del MSPAS de proveer servicios de salud a la población, señala que el presupuesto requerido para el 2003 podría llegar a los Q.3,670 millones; sin embargo el presupuesto aprobado por el Congreso de la República para ese año fue de cerca del 50% de lo solicitado: Q. 1,753,222,164.

Lo actuado por el Congreso de la República está en clara **contradicción con la Matriz de Política Social del actual gobierno, la cual establece como objetivo:**

“Mejorar la salud de la población a través del aumento de la cobertura de los servicios con calidad, eficiencia, solidaridad, equidad de género y pertinencia sociocultural, en el marco de una transformación del sector, con especial atención a los grupos poblaciones más pobres y excluidos, dando prioridad a las mujeres, los niños y a los pueblos mayas.”

²⁹ Financiamiento de la Salud en Guatemala: una decisión de hoy para un mejor mañana, octubre 2002. Proyecto Policy II, Partnerships for Health Sector Reform, GSD y USAID.

Cuadro 24.
Gastos del Gobierno Central ejecutados
por entidad, año 2001, en millones de
quetzales.

Fuente: Ministerio de Finanzas
Públicas.

Entidad	Monto	Porcentaje
Total	22,179.30	100.00
Presidencia	183.70	0.83
Relaciones Exteriores	213.00	0.96
Gobernación	1,330.20	6.00
Defensa Nacional	1,546.30	6.97
Finanzas Públicas	192.10	0.87
Educación Pública	3,062.10	13.81
Salud Pública	1,522.70	6.87
Trabajo y Previsión Social	46.10	0.21
Economía	106.50	0.48
Agricultura	881.40	3.97
Comunicaciones	1,589.90	7.17
Energía y Minas	50.00	0.23
Cultura y Deportes	136.70	0.62
Secretarías	1,935.70	8.73
Medio Ambiente y Recursos Naturales	25.50	0.11
Obligaciones del Estado a cargo del		
Tesoro	6,100.70	27.51
Servicios de la deuda pública	3,142.00	14.17
Contraloría General de Cuentas	92.30	0.42
Procuraduría General de la Nación	22.30	0.10

c. La Inequidad en el presupuesto del Ministerio de Salud, 2002.

El presupuesto del MSPAS debe responder en **forma equitativa** a las necesidades creadas para satisfacer las líneas de acción establecidas para la ejecución de las siguientes políticas de salud³⁰, elaboradas por la actual administración:

- i. Salud integral de los grupos familiares.
- ii. Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.

³⁰ Plan Nacional de Salud 2000-2004. Publicación del Ministerio de Salud Pública, noviembre 2001.

- iii. Salud de la población migrante.
- iv. Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral en otros grupos.
- v. Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
- vi. Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente.
- vii. Acceso a medicamentos de calidad, seguros, y eficaces y a la medicina tradicional y alternativa.
- viii. Desarrollo estratégico del recurso humano.
- ix. Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
- x. Coordinación intra e intersectorial.
- xi. Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
- xii. Desarrollo del financiamiento del sector salud.
- xiii. Salud reproductiva.
- xiv. Seguridad alimentaria y nutricional.

Se considera que el monto presupuestario asignado al MSPAS no solo es inequitativo en relación a los otros gastos de gobierno, sino también para apoyar el desarrollo de la salud de los grupos de población más pobres y postergados, en el marco de las políticas Ministeriales antes listadas, .

Ejemplo de lo dicho es que el presupuesto del MSPAS aprobado por el Congreso para 2003 es de Q.1,729 millones, lo que representa sólo un 47% de lo requerido y un incremento de tan sólo 1.43% respecto al del 2002. Este aumento es insuficiente considerando la tasa de inflación de 9.1% anual estimada a julio 2002 y la tasa de crecimiento poblacional de 2.8 % anual.

Dentro de este marco de inequidad y limitación de recursos se analizará ahora la suficiencia y equidad de la distribución presupuestaria hacia el interior del Ministerio, para lo cual se analizará el presupuesto de gastos del 2002, el cual se ejecutó con cerca de un 95% de eficiencia.

Se aprecia que el presupuesto per-cápita del Ministerio de Salud para el 2002 fue, en promedio, de Q. 135.10, lo que nos sitúa en uno de los últimos lugares en Latinoamérica.

El cuadro 27 muestra el presupuesto del MSPAS para ese año, según línea de gasto. Se aprecia que el porcentaje de gasto en Hospitales Generales supera sustancialmente al de las Jefaturas de Área (39.26% vs 31.57%); y si a éste le sumamos el gasto de los Hospitales Especializados, el porcentaje se incrementa hasta 43.66%, el renglón mayor de todo el presupuesto. Esta es una situación de inequidad que el MSPAS ha venido enfrentando por muchos años y tratando de corregir a través de asignar un mayor monto y proporción del gasto a las Áreas de Salud, que es donde se efectúan las acciones más importantes de atención primaria y se abren las mayores posibilidades para la promoción de la salud y la prevención.

Lo anterior no significa que se deba reducir el presupuesto de los hospitales, pues esto sólo se podría concluir después de una cuidadosa evaluación de costo/impacto. Lo que se quiere decir es que se debe invertir más en atención primaria, asegurar la eficiencia de los recursos en todos los niveles y evaluar el impacto de las inversiones, sobre todo en los hospitales, que es donde mayor es el gasto, para tomar decisiones financieras sobre bases objetivas, que consideren las necesidades de

salud de las poblaciones y el impacto real de las acciones. De hecho, consideramos que el presupuesto de los hospitales especializados es tremendamente reducido en relación a las necesidades de la población en sus correspondientes campos (ver cuadro 30).

Se destaca el hecho de que los siguientes renglones de gasto tienen todos porcentajes muy bajos en relación a las necesidades de los servicios de salud: para la formación de recursos humanos (“Escuelas formadoras”), sólo se asigna el 0.91%; el Programa de Accesibilidad a Medicamentos tiene un 1.94% de asignación y el Laboratorio Nacional de Salud sólo el 0.87%.

El análisis del gasto por área de salud (cuadro 28.) muestra un panorama mixto en cuanto a la situación de inequidad, ya que en algunos departamentos de altas necesidades de salud el presupuesto per cápita es mayor al promedio nacional (Q. 42.65), tal es el caso de Alta y Baja Verapaz con Q. 59 y Q. 51 respectivamente, Petén con 74.24, Quiché con Q. 80.65 y Santa Rosa con Q. 50.15. Sin embargo, en otros, también con necesidades imperiosas de desarrollo de la salud, el presupuesto es menor al promedio nacional, como Sololá con Q. 38.05, Totonicapán con Q. 35.54 Quetzaltenango con Q. 24,97 y San Marcos, con Q. 29.15. Esta situación de inequidad requiere de evaluación para determinar su causa y corregirla.

El presupuesto per – cápita de los hospitales (cuadro 29) de área sí refleja una situación de inequidad más evidente, pues siendo el gasto per cápita nacional de Q. 93.77, los hospitales del área Guatemala tienen un per-cápita para el departamento de Q.109.71. Este es seguido por el Hospital Pedro de Bethancourt de Sacatepéquez, con Q.81.97 per cápita. En el resto de departamentos el gasto hospitalario per – cápita es inferior al promedio nacional, con un rango desde Q. 17.81 para Huehuetenango, hasta Q. 75.28 en Quetzaltenango.

Cuadro 25.
PIB nominal y presupuesto ejecutado del Estado y el Ministerio de Salud,
en números absolutos y como porcentaje
del PIB y del presupuesto del Estado respectivamente y en monto per-cápita, período 1996-
2002.

AÑO	POBLACIÓN	PIB NOMINAL	PRESUPUESTO EJECUTADO (MILLONES DE QUETZALES)				
		MILLONES	ESTADO /b	ESTADO	MSPAS /d	MSPAS	MSPAS
		DE QUETZ. /a	COMO % DE PIB /c	COMO % DE PIB /f	COMO % DEL ESTADO /g		
1996	10,243,110	95,478.60	10,138.10	10.62	630.50	0.66	6.22
1997	10,517,450	107,873.40	12,616.30	11.70	810.60	0.75	6.43
1998	10,799,132	124,022.50	16,715.00	13.48	950.50	0.77	5.69
1999	11,088,372	135,287.00	19,281.90	14.25	1,205.10	0.89	6.25
2000	11,385,339	149,743.00	19,801.20	13.22	1,248.50	0.83	6.31
2001	11,678,411	165,042.30	22,179.30	13.44	1,522.70	0.92	6.87
2002	11,986,800				1,538.50		

AÑO	POBLACIÓN	PRESUPUESTO EJECUTADO		PIB PER CÁPITA
		ESTADO	MSPAS	
1996	10,243,110	989.75	61.55	9,321.25
1997	10,517,450	1,199.56	77.07	10,256.61
1998	10,799,132	1,547.81	88.02	11,484.49
1999	11,088,372	1,738.93	108.68	12,200.80
2000	11,385,339	1,739.18	109.66	13,152.27
2001	11,678,411	1,899.17	130.39	14,132.26
2002	11,986,800		128.35	

Fuentes: Proyecciones de población del INE.

Datos financieros: Ministerio de Finanzas Públicas. Elaboración por el autor.

Cuadro 26.
Presupuesto Ministerio de Salud Pública, según renglón, año
2002.

Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas.

	2002 (MFP, SICOIN)
SERVICIOS PERSONALES	780,610,918
SERVICIOS NO PERSONALES	91,094,643

MATERIALES Y SUMINISTRO
PROPIEDAD, PLANTA, EQUIP
INTANGIBLES
TRANSFERENCIAS CORRIEN

ASIGNACIONES GLOBALES	463,821
INVERSIÓN FÍSICA	58,696,082
	1,619,426,645

Cuadro 27.
Presupuesto Ministerio de Salud Pública, según línea de gasto, en
números absolutos, porcentaje y monto per-cápita, 2002.

Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas.

POBLACIÓN 2002			
11,986,800	MONTO	PRESUP. PER	
DESCRIPCIÓN	AÑO 2002	CÁPITA	PORCENTAJE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO	277,288,264	23.13	17.12
JEFATURAS DE ÁREA	511,206,603	42.65	31.57
HOSPITALES NACIONAL. GENERALES	635,814,023	53.04	39.26
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	71,271,738	5.95	4.40
ESCUELAS FORMADORAS	14,698,090	1.23	0.91
PROGR. ACCESIBIL. MEDICAMENTOS	31,369,341	2.62	1.94
LABORATORIO NACIONAL DE SALUD	14,087,762	1.18	0.87
CEMENTERIO NACIONAL	2,379,371	0.20	0.15
UN.EJEC.PROY.INFRASTRUCT.SALUD	61,311,453	5.11	3.79
GRAN TOTAL	1,619,426,645	135.10	100.00

Cuadro 28. Presupuesto Jefaturas de Área, monto total y per cápita, 2002.

Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas.

JEFATURAS DE AREA:	2,002	POR DEPTO.	CÁPITA 2002
GUATEMALA NORTE	38,454,821		
SUBTOTAL GUATEMALA	13,639,913	93,814,408	34.34
GUERRA	35,312,903		55.63
SACATEPÉQUEZ	8,306,663		30.35
CHIMALTENANGO	15,929,483		35.47
ESCUINTLA	24,022,874		48.56
SANTA ROSA	16,610,609		50.15
SOLOLÁ	12,395,506		38.05
TOTONICAPÁN	13,417,765		35.54
QUETZALTENANGO	17,758,453		24.97
SUCHITEPEQUEZ	14,694,131		35.00
RETALHULEU	11,642,904		46.59
SAN MARCOS	25,718,103		29.15
HUEHUETENANGO	36,236,710		38.84
QUICHÉ	35,197,268		
IXCÁN	7,328,803		
IXIL	7,180,159		
SUB TOTAL QUICHÉ		49,706,230	80.65
BAJA VERAPAZ	10,765,330		50.73
ALTA VERAPAZ	51,703,072		58.51
PETÉN NORTE	6,100,050		
PETÉN SUROCCIDENTE	13,013,378		
PETÉN SURORIENTE	7,667,228		
SUBTOTAL PETÉN		26,780,656	74.24
IZABAL	13,451,224		38.74
ZACAPA	11,289,627		50.58
CHIQUIMULA	18,932,455		57.55
JALAPA	11,490,127		40.30
JUTIAPA	18,132,972		45.71
TOTAL ÁREAS DE SALUD	511,206,603		42.65

DESCRIPCIÓN	ÁREA SALUD	PRES. 2002	PRESUP.
			PER
			CÁPITA
GENERAL SAN JUAN DE DIOS	GUATEMALA	141,233,150.00	
ROOSEVELT	GUATEMALA	142,628,504.00	
AMATITLÁN	GUATEMALA	15,876,448.00	
SUBTOTAL DEP. GUATEMALA		299,738,102.00	109.71
EL PROGRESO	EL PROGRESO	6,330,002.72	42.36
PEDRO DE BETHANCOURT	SACATEPEQUEZ	22,686,908.00	81.97
CHIMALTENANGO	CHIMALTENANGO	10,274,766.61	22.88
ESCUINTLA	ESCUINTLA	18,058,887.00	
TIQUISATE	ESCUINTLA	10,281,809.00	
SUBTOTAL DEP. ESCUINTLA		28,340,696.00	57.28
CUILAPA	SANTA ROSA	14,348,880.00	43.32
SOLOLÁ	SOLOLÁ	6,490,522.00	19.93
TOTONICAPÁN	TOTONICAPÁN	8,279,874.00	21.93
GENERAL DE OCCIDENTE	QUETZALTENANGO	38,264,934.00	
COATEPEQUE	QUETZALTENANGO	15,280,097.00	
SUBTOTAL DEP. QUETZALT.		53,545,031.00	75.28
MAZATENANGO	SUCHITEPEQUEZ	11,669,999.00	27.80
RETALHULEU	RETALHULEU	14,650,541.00	58.63
SAN MARCOS	SAN MARCOS	10,701,983.00	
MALACATÁN	SAN MARCOS	6,366,306.00	
SUBTOTAL DEP. SAN MARCOS		17,068,289.00	19.35
HUEHUETENANGO	HUEHUETENANGO	13,636,961.00	
SAN PEDRO NECTA	HUEHUETENANGO	2,978,698.00	
SUBTOTAL DEP. HUEHUE.		16,615,659.00	17.81
QUICHÉ	QUICHÉ	14,159,958.00	
JOYABAJ	QUICHÉ	2,460,834.00	
NEBAJ	QUICHÉ	2,701,049.00	
USPANTÁN	QUICHÉ	2,843,030.00	
SUBTOTAL DEP. QUICHÉ		22,164,871.00	35.97
SALAMÁ	BAJA VERAPAZ	6,664,589.00	31.41
COBÁN	ALTA VERAPAZ	15,441,572.00	
FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS	ALTA VERAPAZ	3,725,571.00	
LA TINTA	ALTA VERAPAZ	3,093,164.00	
SUBTOTAL DEP. ALTA VERAPAZ		28,924,896.00	32.73
SAN BENITO	PETÉN	8,262,192.00	
MELCHOR DE MENCOS	PETÉN	4,922,801.00	
SAYAXCHÉ	PETÉN	4,526,181.00	
CENTRO SALUD POPTÚN	PETÉN	4,043,463.00	
SUBTOTAL DEP. PETÉN		21,754,637.00	60.31
PUERTO BARRIOS	IZABAL	10,889,401.00	31.36
ZACAPA	ZACAPA	12,614,703.00	56.52
CHIQUIMULA	CHIQUIMULA	11,103,826.00	33.75
JALAPA	JALAPA	7,576,022.00	26.57
JUTIAPA	JUTIAPA	10,746,396.67	27.09
TOTAL PAÍS		1,123,966,204.00	93.77

Cuadro 30.
Presupuesto
Hospitales
Especializados del
MSPAS; año 2002.
Fuente: Ministerio de
Finanzas Públicas.

		PRESUPUES.	
POBLACIÓN PAÍS:11,986,800		MONTO	PER CÁPITA
DESCRIPCIÓN	LOCALIZACIÓN	AÑO 2002	AÑO 2002
SALUD MENTAL	GUATEMALA	21,206,804.00	1.77
ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN	GUATEMALA	9,915,143.00	0.83
INFECTOLOGÍA Y REHABILITACIÓN	GUATEMALA	11,412,476.00	0.95
SAN VICENTE, PARA TUBERCULOSIS	GUATEMALA	13,405,534.00	1.12
SUBTOTAL HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN GUATEMALA		55,939,957.00	
DE ANCIANOS FRAY R- DE LA CRUZ	SACATEPEQUEZ	3,801,486.00	0.32
RODOLFO ROBLES PARA TUBERCULOSIS	QUETZALTENANGO	5,962,486.00	0.50
INFANTIL DE PUERTO BARRIOS	IZABAL	5,567,809.00	0.46
			0.00
TOTAL HOSPITALES ESPECIALIZADOS		127,211,695.00	10.61

6. PERFIL DE DAÑO A LA SALUD EN UNA SOCIEDAD INEQUITATIVA

a. Visión nacional: la “polarización epidemiológica”

Los datos anteriormente presentados en este trabajo muestran con toda claridad la polarización social y económica que existe en Guatemala; y se considera que es esta misma polarización la que causa que en el país se hallen, simultáneamente, **dos perfiles distintos de daño a la salud**, uno antiguo, que afecta a la mayor parte de la población y otro incipiente, uno causante de mayor daño que el otro, pero ambos relevantes por las consecuencias que tienen sobre la población en el presente y el futuro. Estos perfiles se distribuyen en forma diferencial según clase social, etnia, área de residencia, grupo étnico y género, entre otras variables..

El “**perfil antiguo**” se caracteriza por la alta incidencia de enfermedades infecciosas, carencias nutricionales y deficiencias en la salud reproductiva. Es causante de la mayor morbilidad y mortalidad en el país – cerca del 40 % de las muertes - y afecta principalmente a la población infantil de ambos sexos y la mujer pobre, rural e indígena. Las poblaciones con este perfil tienen usualmente alta tasa de fecundidad y de mortalidad y población predominantemente joven

El “**perfil incipiente o moderno**” se caracteriza principalmente por la alta incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otras enfermedades crónicas, así como por las manifestaciones de violencia y alteraciones varias de la salud mental. Éste afecta principalmente a poblaciones urbanas, no-indígenas, adultas, de ambos sexos, de estratos socio-económicos medios y altos y es producido por los cambios de estilo de vida que ocurren en este grupo y por otros relacionados al proceso de urbanización en general, así como por el envejecimiento de esta población debido a una menor natalidad y mayor esperanza de vida. Este perfil causa alrededor del 20% de la mortalidad general.

La presencia simultánea de los dos perfiles en un país se ha denominado por varios autores del área de la epidemiología social, “**polarización epidemiológica**”. Cuando en un país o grupo poblacional se presenta esta polarización se hace indispensable el análisis estratificado por variables seleccionadas para demostrar la diferencia entre los diversos grupos de población.

A continuación se presentará primerouna visión global nacional, para pasar luego a la regional y finalmente a la departamental.

En el año 2000 ocurrieron en Guatemala **381,926 nacimientos** (cuadro 31.) y **67,284 defunciones**, para una tasa de natalidad de 33.13 x 1,000 habitantes y tasa de mortalidad general de 5.91 x 1000. La tasa de crecimiento vegetativo fue de 2.76 %.

El **análisis por sexo** muestra tasa de natalidad discretamente mayor para el masculino (33.95 vs 33.13) y tasa de mortalidad general sustancialmente más elevada para los hombres (6.71 vs. 5.10). En todos los países la mortalidad masculina supera a la femenina, sin embargo, la diferencia en Guatemala es muy marcada, la que se atribuye a la mortalidad por causas violentas y otros tipos de trauma que tienen una alta incidencia en el país y afectan sobre todo a los hombres.

Cuadro 31.

Población y número de nacimientos según departamento y sexo, Guatemala, 2000.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

	POBLACIÓN		NACIMIENTOS	MACIMIENTOS	NACIMIENTOS
--	-----------	--	-------------	-------------	-------------

	TOTAL,2000	MASCULINA	FEMENINA	TOTAL	MASCULINOS	FEMENINOS
PAÍS	11,385,334	5,740,717	5,644,617	381,926	194,915	187,011
GUATEMALA	2,578,526	1,264,323	1,314,203	65,872	33,471	32,401
EL PROGRESO	143,197	72,414	70,783	4,602	2,361	2,241
SACATEPEQUEZ	259,265	132,686	126,579	8,064	4,121	3,943
CHIMALTENANGO	427,602	216,639	210,963	15,547	7,928	7,619
ESCUINTLA	483,768	248,281	235,487	15,404	7,832	7,572
SANTA ROSA	319,814	165,407	154,407	10,460	5,351	5,109
SOLOLA	307,791	156,773	151,018	11,151	5,685	5,466
TOTONICAPÁN	361,303	179,319	181,984	13,154	6,724	6,430
QUETZALTENANGO	678,251	342,373	335,878	23,177	11,848	11,329
SUCHITEPEQUEZ	403,609	205,885	197,724	13,924	7,130	6,794
RETALHULEU	241,921	123,911	118,010	8,256	4,266	3,990
SAN MARCOS	844,486	434,764	409,722	32,614	16,651	15,963
HUEHUETENANGO	879,987	442,912	437,075	33,761	17,155	16,606
QUICHÉ	588,831	292,945	295,886	22,403	11,411	10,992
BAJA VERAPAZ	203,430	100,979	102,451	7,598	3,888	3,710
ALTA VERAPAZ	814,300	416,545	397,755	32,011	16,303	15,708
PETÉN	333,389	177,416	155,973	32,011	6,682	25,329
IZABAL	333,956	174,220	159,736	11,140	5,747	5,393
ZACAPA	212,794	107,766	105,028	6,459	3,299	3,160
CHIQUMULA	313,150	156,637	156,513	10,524	5,399	5,125
JALAPA	270,055	134,210	135,845	10,010	5,108	4,902
JUTIAPA	385,909	194,312	191,597	12,804	6,555	6,249

El análisis de mortalidad por **grupo etáreo y sexo** (cuadros 33 a 35) demuestra que persisten en el país muy altos niveles de mortalidad infantil y mortalidad en niños de 1 a 4 años, que son de los más altos en Latinoamérica. La tasa de mortalidad infantil es de 35.05 por cada mil nacidos vivos y la de mortalidad de 1 a 4 años de 3.61 por 1000 habitantes del mismo grupo de edad. En ambos casos el sexo masculino es el más afectado, con tasa de 38.14 de mortalidad infantil y 3.67 de 1 a 4 años.

La tasa de mortalidad en el grupo joven y de mayor productividad económica, de 15 a 49 años es 3.23 x 1000 h. En hombres sube a 4.34, mientras que en mujeres es de 2.12. Como se ve, la tasa de mortalidad masculina en este grupo es el doble de la femenina, lo que es causado por las muertes por violencia y accidentes.

En el grupo mayor de 60 años la tasa de mortalidad es de 39.55 x 1000 hab. y de nuevo es en el sexo masculino donde hay mayor tasa: 42.50 vs 36.76 en el femenino.

Cuadro 32.

Tasa de natalidad x 1000 y número de defunciones, según total para el país y departamentos, por sexo, Guatemala, 2000.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

	TASA NATALIDAD X 1000 H.			DEFUNCIONES, 2000		
	TOTAL	MASCULINA	FEMENINA	TOTAL	MASCULINAS	FEMENINAS
PAÍS	33.55	33.95	33.13	67,284	38,492	28,792
GUATEMALA	25.55	26.47	24.65	16,982	9,916	7,066
EL PROGRESO	32.14	32.60	31.66	761	448	313
SACATEPEQUEZ	31.10	31.06	31.15	1,555	969	586
CHIMALTENANGO	36.36	36.60	36.12	2,462	1,359	1,103
ESCUINTLA	31.84	31.54	32.15	3,804	2,321	1,483
SANTA ROSA	32.71	32.35	33.09	1,812	1,131	681
SOLOLA	36.23	36.26	36.19	1,875	1,021	854
TOTONICAPÁN	36.41	37.50	35.33	2,460	1,352	1,108
QUETZALTENANGO	34.17	34.61	33.73	4,088	2,321	1,767
SUCHITEPEQUEZ	34.50	34.63	34.36	2,767	1,571	1,196
RETALHULEU	34.13	34.43	33.81	1,622	975	647
SAN MARCOS	38.62	38.30	38.96	4,133	2,355	1,778
HUEHUETENANGO	38.37	38.73	37.99	3,945	2,104	1,841
QUICHÉ	38.05	38.95	37.15	3,759	2,079	1,680
BAJA VERAPAZ	37.35	38.50	36.21	1,152	631	521
ALTA VERAPAZ	39.31	39.14	39.49	3,985	2,012	1,973
PETÉN	96.02	37.66	162.39	1,627	980	647
IZABAL	33.36	32.99	33.76	1,748	1,045	703
ZACAPA	30.35	30.61	30.09	1,338	741	597
CHIQUMULA	33.61	34.47	32.74	1,779	1,023	756
JALAPA	37.07	38.06	36.09	1,411	810	601
JUTIAPA	33.18	33.73	32.62	2,219	1,328	891

Los datos revelan mayor mortalidad en hombres en todos los grupos etáreos; sin embargo, hay muchos estudios que demuestran que las mujeres padecen de mayor morbilidad y menor calidad de vida.

El análisis por **causa de muerte** es más objetivo que el de morbilidad, sobre todo en países con sistemas estadísticos no completamente confiables; y además tiene la ventaja que muestra el impacto más indeseable de la enfermedad, que es la muerte.

El análisis de las principales causas de muerte en el país en ambos sexos revela que éstas son causadas, en primer lugar por infecciones respiratorias, diarreas y desnutrición. Éstas están seguidas por causas traumáticas de origen ignorado, enfermedades del corazón, cirrosis, homicidio por arma de fuego, diabetes, otras afecciones perinatales, eventos cerebro vasculares y algunos tipos de cánceres. En el sexo masculino las infecciones respiratorias y la diarrea siguen ocupando los primeros puestos, pero los traumatismos por causa ignorada y el homicidio por arma de fuego suben al cuarto y quinto lugar. En mujeres, los primeros lugares los ocupan las infecciones respiratorias, diarreas y malnutrición. La diabetes aparece en sexto lugar y el infarto agudo del miocardio en séptimo.

Esta distribución de causas de muerte tiene grandes variaciones departamentales como manifestación de la polarización epidemiológica, como se verá más adelante, las que están producidas por las condiciones concretas de vida de los diversos grupos poblacionales del país.

Cuadro 33.
Tasa de mortalidad general x 1000 hab. y tasa de crecimiento vegetativo, según país y departamento, total y por sexo.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

	TASA MORTALIDAD GENERAL X 1000 H.			TASA CRECIMIENTO VEGETATIVO X 100		
	TOTAL	MASCUL.	FEMEN.	GENERAL	MASCULINA	FEMENINA
PAÍS	5.91	6.71	5.10	2.76	2.72	2.80
GUATEMALA	6.59	7.84	5.38	1.90	1.86	1.93
EL PROGRESO	5.31	6.19	4.42	2.68	2.64	2.72
SACATEPEQUEZ	6.00	7.30	4.63	2.51	2.38	2.65
CHIMALTENANGO	5.76	6.27	5.23	3.06	3.03	3.09
ESCUINTLA	7.86	9.35	6.30	2.40	2.22	2.59
SANTA ROSA	5.67	6.84	4.41	2.70	2.55	2.87
SOLOLA	6.09	6.51	5.65	3.01	2.98	3.05
TOTONICAPÁN	6.81	7.54	6.09	2.96	3.00	2.92
QUETZALTENANGO	6.03	6.78	5.26	2.81	2.78	2.85
SUCHITEPEQUEZ	6.86	7.63	6.05	2.76	2.70	2.83
RETALHULEU	6.70	7.87	5.48	2.74	2.66	2.83
SAN MARCOS	4.89	5.42	4.34	3.37	3.29	3.46
HUEHUETENANGO	4.48	4.75	4.21	3.39	3.40	3.38
QUICHÉ	6.38	7.10	5.68	3.17	3.19	3.15
BAJA VERAPAZ	5.66	6.25	5.09	3.17	3.23	3.11
ALTA VERAPAZ	4.89	4.83	4.96	3.44	3.43	3.45
PETÉN	4.88	5.52	4.15	9.11	3.21	15.82
IZABAL	5.23	6.00	4.40	2.81	2.70	2.94
ZACAPA	6.29	6.88	5.68	2.41	2.37	2.44
CHIQUIMULA	5.68	6.53	4.83	2.79	2.79	2.79
JALAPA	5.22	6.04	4.42	3.18	3.20	3.17
JUTIAPA	5.75	6.83	4.65	2.74	2.69	2.80

b. Visión departamental: inequidad en el perfil de daño a la salud

El análisis departamental muestra que los departamentos con mayor concentración de poblaciones urbana y no-indígena son los que muestran menores tasas de natalidad y crecimiento vegetativo y lo contrario ocurre con los departamentos de alta concentración de poblaciones rural e indígena (ver cuadros 32 y 33 Por ejemplo, los departamentos de Guatemala, Zacapa y Santa Rosa tienen todos una tasa de natalidad inferior al promedio nacional: 25.55, 30.35 y 32.71 respectivamente; y las siguientes tasas de crecimiento vegetativo: 1.90, 2.41 y 2.70. Por otro lado, los departamentos de alta población rural e indígena tienen tasas que en su mayoría son más elevadas que las nacionales. Alta Verapaz, Sololá y Totonicapán tienen tasas de natalidad de 39.31, 36.23 y 36.41 respectivamente; y las correspondientes tasas de crecimiento vegetativo son 3.44, 3.01 y 2.96. Se debe llamar la atención hacia el hecho de que cuando hay una alta tasa de natalidad y baja tasa de crecimiento vegetativo, esto indica alta tasa de mortalidad general, como es el caso de Totonicapán.

Cuadro 34.
Tasas de mortalidad infantil y de niños de 1 a 4 años, según total para el país y departamento, por sexo, Guatemala, 2000.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

	TASA MORTALIDAD INFANTIL			TASA MORTALIDAD 1-4 A. X 1000 H.		
	TOTAL	MASCULINA	FEMENINA	TOTAL	MASCULINA	FEMENINA
PAÍS	35.05	38.14	31.83	3.61	3.67	3.55
GUATEMALA	39.44	42.72	36.05	1.94	1.93	1.94
EL PROGRESO	22.60	23.30	21.87	3.35	2.78	3.95
SACATEPEQUEZ	38.32	48.77	27.39	2.26	2.36	2.15
CHIMALTENANGO	43.74	45.66	41.74	3.61	3.63	3.58
ESCUINTLA	50.90	54.26	47.41	3.82	4.38	3.24
SANTA ROSA	31.64	37.56	25.45	2.59	2.71	2.47
SOLOLA	49.50	53.47	45.37	5.11	4.72	5.52
TOTONICAPÁN	55.04	59.19	50.70	5.24	5.65	4.83
QUETZALTENANGO	42.28	45.58	38.84	3.60	3.89	3.29
SUCHITEPEQUEZ	40.15	43.48	36.65	4.61	4.27	4.96
RETALHULEU	33.07	35.86	30.08	2.07	1.74	2.42
SAN MARCOS	24.25	26.54	21.86	3.54	3.59	3.49
HUEHUETENANGO	25.59	26.46	24.69	3.89	4.00	3.76
QUICHÉ	41.69	46.27	36.94	6.39	6.86	5.90
BAJA VERAPAZ	39.75	47.07	32.08	4.11	3.85	4.38
ALTA VERAPAZ	29.83	32.94	26.61	4.75	4.59	4.91
PETÉN	11.18	29.78	6.28	3.04	2.84	3.25
IZABAL	22.26	24.19	20.21	2.99	2.92	3.07
ZACAPA	25.39	28.80	21.84	2.97	3.10	2.83
CHIQUMULA	27.65	30.75	24.39	3.64	3.69	3.58
JALAPA	23.88	26.04	21.62	4.48	4.75	4.20
JUTIAPA	27.02	27.31	26.72	2.61	2.77	2.45

La comparación interdepartamental de la tasa de mortalidad general requiere de un ajuste por grupo etáreo, ya que en aquellos departamentos con mayor porcentaje de población adulta es de esperar mayores tasas de mortalidad.

Las tasas de **mortalidad por grupo de edad** sí son comparables, así como las de mortalidad por causa específica y en base a ello se continúa el análisis.

La tasa más elevada de **mortalidad infantil** en el país se presenta en el departamento de Baja Verapaz, donde llega a 77.67 x 1000 nacidos vivos. Este nivel es más de dos veces mayor que el nivel promedio nacional. Los 5 departamentos que le siguen son Totonicapán con 55.04, Escuintla con 50.9, Sololá con 49.50, Chimaltenango con 43.74 y Quetzaltenango con 42.28. Todos estos departamentos tienen elevados niveles de pobreza y de población rural e indígena. En el otro extremo están los 5 con menores tasas que son: Izabal con 22.26, El Progreso con 22.6, Jalapa con

23.88, San Marcos con 24.25 y Huehuetenango con 25.59. Obsérvese que los 3 primeros son departamentos del oriente del país, con relativa baja concentración de población indígena. Las tasas de San Marcos y Huehuetenango son sorprendentemente bajas y un hallazgo similar se ha presentado en otros estudios. Se considera que en estos departamentos pueden ocurrir dos

Cuadro 35.

Tasas de mortalidad en grupos etáreos de 15 a 49 años y 60 años y más, según total para el país y departamento, por sexo, Guatemala, 2000.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

	TASA MORT.15 - 49 A. X 1000 H.			TASA MORT. 60 A Y MÁS X 1000 H.		
	TOTAL	MASCULINA	FEMENINA	TOTAL	MASCULINA	FEMENINA
PAÍS	3.23	4.34	2.12	39.55	42.50	36.76
GUATEMALA	3.94	5.82	2.12	45.12	51.84	40.01
EL PROGRESO	2.99	4.32	1.68	31.98	34.01	29.83
SACATEPEQUEZ	3.03	4.29	1.72	47.04	55.18	39.21
CHIMALTENANGO	2.68	3.48	1.86	39.51	42.88	36.48
ESCUINTLA	4.80	6.86	2.63	45.09	49.15	40.81
SANTA ROSA	2.93	4.30	1.49	34.77	38.27	30.95
SOLOLA	2.18	2.76	1.56	41.60	41.18	42.03
TOTONICAPÁN	3.17	3.99	2.38	42.29	43.15	41.47
QUETZALTENANGO	3.15	4.07	2.22	36.51	40.00	33.32
SUCHITEPEQUEZ	3.19	4.17	2.18	48.06	51.86	44.16
RETALHULEU	3.91	5.49	2.28	26.45	27.55	25.33
SAN MARCOS	2.70	3.33	2.06	30.83	32.30	29.25
HUEHUETENANGO	2.24	2.38	2.10	29.73	30.12	29.29
QUICHÉ	3.33	4.02	2.67	40.02	43.14	37.18
BAJA VERAPAZ	2.18	2.57	1.80	39.00	41.80	36.34
ALTA VERAPAZ	2.31	2.23	2.39	37.77	35.74	39.67
PETÉN	3.50	4.48	2.34	32.89	33.74	31.75
IZABAL	3.40	4.61	2.05	35.89	37.98	33.71
ZACAPA	3.39	4.59	2.17	41.47	40.90	42.03
CHIQUMULA	3.10	4.17	2.05	38.36	41.46	35.26
JALAPA	2.57	3.49	1.67	38.02	41.61	34.48
JUTIAPA	3.35	4.87	1.85	33.36	35.85	30.73

fenómenos que expliquen estas tasas: uno es que las muertes infantiles no se reportan y el otro es que por la cercanía de la frontera buscan atención médica en México y la muerte se registra en ese país.

La tasa de **mortalidad en niños de 1 a 4 años** muestra sus mayores niveles en los departamentos de Quiché con 6.39, Totonicapán con 5.24, Sololá con 5.11, Alta Verapaz con 4.75 y Suchitepéquez con 4.61. Obsérvese que los primeros 4 departamentos son todos de alta proporción de población pobre, rural e indígena. Los departamentos de menores tasas son, en su orden: Guatemala, Retalhuleu, Sacatepéquez, Santa Rosa y Jutiapa, con valores que oscilan entre 1.94 y 2.61.

En el caso de la **mortalidad de 15 a 49 años** las mayores tasas ocurren en los departamentos donde hay mayor prevalencia de violencia y accidentes, a saber: Escuintla, Guatemala, Izabal, Zacapa y Jutiapa, con un rango de 4.8 en Escuintla a 3.35 en Jutiapa. La tasa sube sustancialmente en la población masculina de todos los departamentos.. Los niveles más bajos ocurren en Baja Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Alta Verapaz y Jalapa, con un rango de 2.18 a 2.57.

El grupo de **60 años y más** tiene sus mayores tasas de mortalidad en los departamentos de Suchitepéquez, Sacatepéquez, Guatemala, Escuintla y Totonicapán, con un rango entre 48.06 y 42.29. Las menores tasas ocurren en Huehuetenango, San Marcos, El Progreso, Petén y Jutiapa, con un rango entre 29.73 y 33.36. El análisis de las tasas de mortalidad en este grupo etáreo no muestra un patrón consistente en cuanto a la relación entre éstas y niveles de pobreza u otro factor de riesgo que explique la variabilidad observada.

El examen de la **mortalidad por causa y departameto** muestra claras evidencias de la polarización epidemiológica a la que se hizo referencia anteriormente.

Con la finalidad de ejemplificar este fenómeno, en el cuadro 36 se presentan las 10 primeras causas de muerte para seis departamentos que son heterogéneos en lo social, económico y étnico, a saber: Guatemala, Escuintla, Zacapa, Jutiapa, Alta Verapaz y Sololá.

Se aprecia que para el conjunto de departamentos, la mortalidad por infecciones respiratorias y diarrea continúa siendo relevante y para algunos es su principal causa de mortalidad; sin embargo, en otros aspectos hay diferencias significativas.

En el **departamento de Guatemala** la primera causa de muerte es por “politraumatismos de causa ignorada”, la mayoría de los cuales son por accidentes de tránsito. La tasa de mortalidad por esta causa es la más alta del país. Le sigue la neumonía y en tercer lugar el “homicidio por arma de fuego”. Luego aparecen enfermedades del corazón, diabetes y cirrosis. La muerte por diarrea ocupa el noveno lugar. Las tasas de muerte por neumonía y diarrea por 100 000 habitantes son 31.3 y 17.84 respectivamente, mientras que en Sololá las correspondientes tasas son 79.92 y 59.78.

Escuintla tiene un perfil de daño a la salud muy complejo, pues la bronconeumonía y la diarrea son las primeras causas de muerte, ambas con tasas muy elevadas, de 58.09 y 49.4 respectivamente, a la par de una alta tasa de muerte por politraumatismos y tasas también significativas por enfermedad cardiovascular y diabetes. El homicidio por arma de fuego es la octava causa de muerte en el departamento.

Cuadro 36.

Diez primeras causas de mortalidad en tasa x 100 000, según departamentos seleccionados, año 2000.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

GUATEMALA		ESCUINTLA	
	TASA X 100000		TASA X 100000

POLITRAUMATISMO CAUSA IGNORADA	44.68	BRONCONEUMONIA	58.09
NEUMONIA	31.30	DIARREA	49.40
HOMICIDIO POR ARMA DE FUEGO	28.50	POLITRAUMATISMO POR CAUSA IGNORADA	40.72
PARO CARDIORRESPIRATORIO	25.98	PARO CARDIORRESPIRATORIO	32.66
DIABETES	25.48	NEUMONIA	31.63
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	24.16	DESNUTRICION	31.01
CIRROSIS	23.81	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	27.49
BRONCONEUMONIA	23.19	ARMA DE FUEGO	25.84
DIARREA	17.84	PREMATUREZ	21.50
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	17.76	DIABETES	19.43

ZACAPA		JUTIAPA	
	TASA X 1000		TASA X 1000
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	44.64	PARO CARDIORESPIRATORIO	58.56
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	32.90	HOMICIDIO POR ARMA DE FUEGO	46.12
POLITRAUMATISMO CAUSA IGNORADA	29.61	DIARREA	33.17
DIABETES	27.73	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	29.02
DIARREA	25.85	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	25.14
NEUMONIA	24.91	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	20.47
BRONCONEUMONIA	21.15	NEUMONIA	17.10
HIPERTENSION	20.68	TRAUMATISMO POR ACCIDENTE	17.10
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	20.68	DERRAME CEREBRO VASCULAR	16.07
SENILIDAD	20.21	CANCER DE ESTOMAGO	15.03

ALTA VERAPAZ		SOLOLÁ	
	TASA X 1000		TASA X 1000
NEUMONIA	72.45	NEUMONIA	79.92
DIARREA	56.37	DIARREA	59.78
DESNUTRICION	40.40	FIEBRE Y CONVULSIONES	45.49
BRONCONEUMONIA	36.72	DESNUTRICION	33.46
ASPIRACION DE MECONIO	12.03	MUERTE COMUN	22.74
SEPSIS	11.18	ASPIRACION DE MECONIO	21.77
CIRROSIS	10.32	PREMATUREZ	21.44
POLITRAUMATISMO POR CAUSA IGNORADA	10.32	SENILIDAD	17.87
DESHIDRATAACION	10.07	TRAUMATISMO POR ACCIDENTE	14.30
FIEBRE Y CONVULSIONES	10.07	BRONCONEUMONIA	11.37

Zacapa y Jutiapa, ambos departamentos del oriente del país que guardan características sociales y económicas similares, tienen un perfil de daño con alta prevalencia de enfermedad cardiovascular, sobre todo en Zacapa, donde la tasa de mortalidad por infarto agudo del miocardio es la más alta del país; sin embargo, en ambos departamentos la neumonía y diarrea siguen cobrando un alto número de vidas. En Jutiapa se destaca la tasa de homicidio por arma de fuego (46.12 x 100 000) que es la más alta del país. Este es el único de los departamentos donde algún tipo de cáncer aparece entre las primeras 10 causas de muerte, el cáncer gástrico.

Alta Verapaz y Sololá son dos departamentos que, aunque distantes geográficamente, tienen muchas similitudes por ser de los de mayor nivel de pobreza en el país, con alta concentración de población rural e indígena. El perfil de daño es muy similar en ambos. La neumonía, diarrea, desnutrición, bronconeumonía, aspiración de meconio, fiebre y convulsiones están entre las primeras 10 causas de muerte en ambos. Las tasas de muerte por neumonía son de las mayores

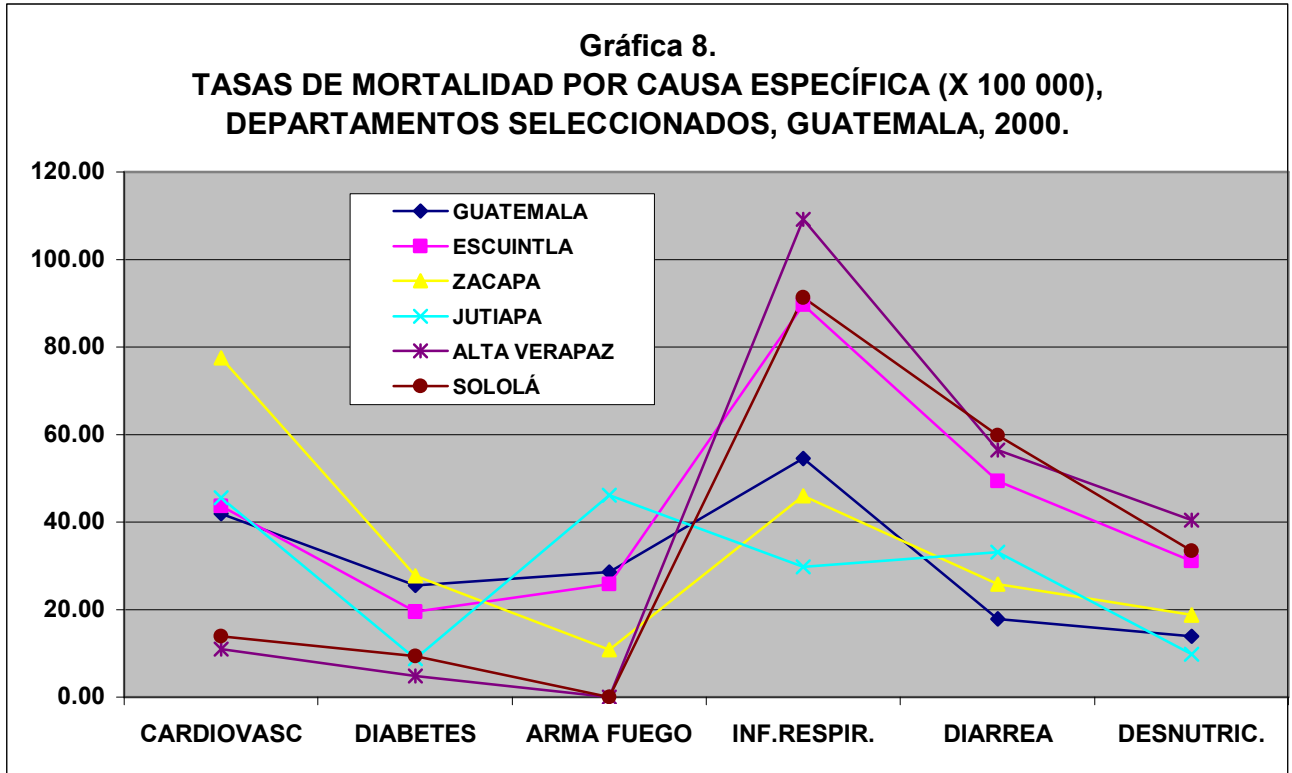
Cuadro 37.
Tasas de mortalidad por causas específicas (x 100,000) según departamento,
Guatemala, 2000.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

	CARDIOVASCULAR(1)	DIABETES	ARMA FUEGO	INFEC.RESPIRAT.(2)	DIARREA	DESNUTRIC.
GUATEMALA	41.92	25.48	28.50	54.49	17.84	13.88
ESCUINTLA	43.62	19.43	25.84	89.71	49.40	31.01
ZACAPA	77.54	27.73	10.81	46.05	25.85	18.80
JUTIAPA	45.61	8.81	46.12	29.80	33.17	9.85
ALTA VERAPAZ	11.05	4.79	0.00	109.17	56.37	40.40
SOLOLÁ	13.97	9.42	0.00	91.30	59.78	33.46

Nota: Causa cardiovascular: Suma de infarto agudo del miocardio con insuficiencia cardíaca congestiva.

Infección respiratoria: Suma de neumonías y bronconeumonías.

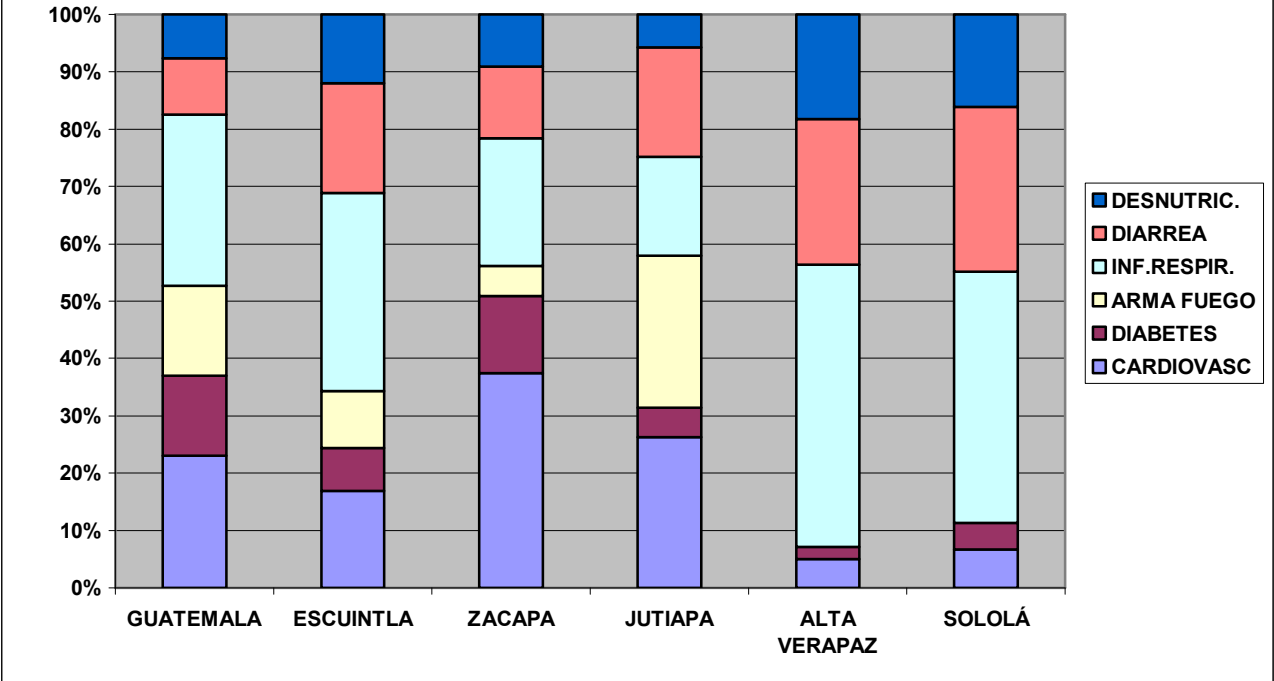


del país: por encima de 70 x 100 000, así como las de diarrea: entre 55 y 60 x 100 000. Ninguna enfermedad crónica se encuentra entre estas 10 primeras causas.

En la gráfica 8 se presentan los resultados del cuadro previo, a fin de ilustrar los diferentes patrones de mortalidad en los departamentos examinados, como un ejemplo de la polarización epidemiológica; y en la gráfica 9 se amplía el análisis, presentando la mortalidad porporcional por causa para los mismos departamentos.

La **mortalidad materna**, aunque no aparece entre las diez primeras causas de muerte en ninguno de los departamentos, es un problema de salud serio para la mujer guatemalteca en edad reproductiva. La razón de mortalidad materna de Guatemala es una de las mayores de América Latina. Según el estudio de “Línea Basal de Mortalidad Materna” (ver cuadro 38) la razón de mortalidad materna por departamento de residencia para el país en el año 2000 fue de 153.03 x 100 000 nacidos vivos, con un rango de 70.26 para Jutiapa a un máximo de 266.15 en Alta Verapaz. Otros departamentos con razón de mortalidad mayor de 200 fueron Sololá (264.53), Huehuetenango (245.83) e Izabal (207.37).

Gráfica 9.
MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGÚN CAUSA, DEPARTAMENTOS
SELECCIONADOS, GUATEMALA, 2000.



Cuadro 38.
Razón de Mortalidad Materna según total para el país y por departamento, Guatemala, 2000.

Fuente: Línea Basal de Mortalidad Materna, Ministerio de Salud, AID, OPS.

REGIÓN/DEPARTAMENTO	RMM X DEPTO. RESIDENCIA Y SUBREGISTRO			
	DEFUNCIONES	RMM	SUB -	SUB
	MATERNAS	X 100 000 NV	REGISTRO (2)	REGISTRO (2)
TOTAL PAÍS	651	153.03	44	44.00
I. METROPOLITANA (GUATEMALA)	81	122.15	49	51.00
II. NORTE				
BAJA VERAPAZ	10	108.19	60	67.00
ALTA VERAPAZ	91	266.15	26	26.00
III. NORORIENTE				
EL PROGRESO	6	129.95	33	33.00
IZABAL	26	207.37	27	27.00
ZACAPA	6	75.88	83	100.00
CHIQUMULA	18	147.65	44	43.00
IV. SURORIENTE				
SANTA ROSA	10	89.89	40	33.00
JALAPA	13	122.53	61	64.00
JUTIAPA	10	70.26	50	20.00
V. CENTRAL				
SACATEPEQUEZ	5	61.86	20	20.00
CHIMALTENANGO	22	126.96	46	18.00
ESCUINTLA	27	147.22	30	33.00
VI. SUROCCIDENTE				
SOLOLA	34	264.53	76	80.00
TOTONICAPÁN	30	196.58	83	83.00
QUETZALTENANGO	17	72.33	59	57.00
SUCHITEPEQUEZ	17	99.51	29	35.00
RETALHULEU	7	77.19	43	60.00
SAN MARCOS	47	134.77	32	24.00
VII. NOROCCIDENTE				
HUEHUETENANGO	93	245.83	37	36.00
QUICHÉ	55(3)	170.94	47	45.00
VIII. PETÉN	26(4)	162.08	58	58.00

c. Visión regional: un panorama confuso

Considerando que las regiones administrativas del país fueron construidas en base a criterios geográficos y no económicos u otros que se relacionen más directamente con las condiciones de

salud, el análisis regional de la salud añade pocos elementos a lo ya presentado, y de hecho puede causar confusiones serias al mostrar promedios que no reflejan la realidad de algunos de los departamentos que las componen. Dos de las regiones, la Metropolitana y Petén, están compuestas únicamente por un departamento: Guatemala y Petén respectivamente. El análisis de Guatemala ya

Cuadro 39.				
TASAS DE MORTALIDAD (X1000) SEGÚN REGIÓN POR GRUPO ETAREO				
REGIÓN / DEPTO	GRUPO ETAREO			
	MENOS 1 A.	1 A 4 A.	15 A 49 A.	60 A. Y MÁS
TOTAL PAÍS	35.05	3.62	3.24	39.55
I. METROPOLITANA	39.44	1.94	3.97	45.12
GUATEMALA	39.44		3.97	45.12
II. NORTE	31.74	4.63	2.28	38.09
BAJA VERAPAZ	77.67	4.11	2.18	39.00
ALTA VERAPAZ	29.83	4.75	2.31	37.77
III. NORORIENTE	24.66	3.24	3.25	37.33
EL PROGRESO	22.60	3.35	2.99	31.98
IZABAL	22.26	2.99	3.40	35.89
ZACAPA	25.39	2.97	3.39	41.47
CHIQUIMULA	27.65	3.64	3.10	38.36
IV. SURORIENTE	27.53	3.16	3.00	34.91
SANTA ROSA	31.64	2.59	2.93	34.77
JALAPA	23.88	4.48	2.57	38.02
JUTIAPA	27.02	2.61	3.35	33.36
V. CENTRAL	45.44	3.41	3.64	43.72
SACATEPEQUEZ	38.32	2.26	3.03	47.04
CHIMALTENANGO	43.74	3.61	2.68	39.51
ESCUINTLA	50.90	3.82	4.80	45.09
VI. SUROCCIDENTE	37.93	3.97	2.99	36.63
SOLOLA	49.50	5.11	2.18	41.60
TOTONICAPÁN	55.04	5.24	3.17	42.29
QUETZALTENANGO	42.28	3.60	3.15	36.51
SUCHITEPEQUEZ	40.15	4.61	3.19	48.06
RETALHULEU	33.07	2.07	3.91	26.45
SAN MARCOS	24.25	3.54	2.70	30.83
VII. NOROCCIDENTE	32.01	4.89	2.68	33.48
HUEHUETENANGO	25.59	3.89	2.24	29.73
QUICHÉ	41.69	6.39	3.33	40.02
VIII. PETÉN	27.56	3.04	3.50	32.89

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración por el autor.

se ha presentado en las secciones previas. Dos regiones tienen dos departamentos: la Norte, que está compuesta por las dos Verapaces, las que sí guardan similitudes en los determinantes de la

salud; y la Noroccidental, formada por Quiché y Huehuetenango, que también son similares. La región V es muy heterogénea, pues está compuesta por Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla. La región más compleja de examinar es la seis, compuesta por Suchitepéquez, Retalhuleu, Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango y San Marcos. La Nororiental y Suroriental agrupan a los departamentos del Oriente.

La Región Norte tiene una tasa de mortalidad infantil (cuadro 39) de 31.74, con un rango de 77.67 en Baja Verapaz a 29.83 en Alta Verapaz. El dato de baja mortalidad en Alta Verapaz es sorprendente debido a sus niveles de pobreza y otros problemas que esta región presenta y no tenemos explicación para ello. En la mortalidad de 1 a 4 años la Región tiene tasa más alta (4.63) que el promedio nacional, que es de 3.62 x 100 000. La mortalidad del grupo de 15 a 49 es menor que la nacional, como es de esperar debido a que las causas de muerte violenta son menores en esta Región que en Guatemala o el Oriente. La tasa de mortalidad de 60 y más es similar al promedio nacional. Las causas de muerte ya fueron examinadas anteriormente.

La Región III, Nororiente, compuesta por El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula tiene una mortalidad infantil promedio significativamente inferior al promedio nacional, de 24.66 x 1000 nv. Esta tasa es similar en todos sus departamentos, con rango de 22.6 a 27.65. Las tasas de mortalidad de 1 a 4 años y de 15 a 49 son similares al promedio nacional y entre los departamentos que la componen. En el grupo de 60 años y más, Zacapa tiene la más alta tasa de mortalidad, de 41.47, superior al promedio regional y nacional. Las causas de muerte son, además infecciosas y nutricionales, relacionadas a enfermedades crónicas, accidentes y violencia.

La Región IV, Suroriente, formada por Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa, tiene mortalidad infantil promedio de 27.53, inferior a la nacional, con rango de 23.88 en Jalapa a 31.64 en Santa Rosa. La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años es en promedio inferior a la nacional (3.16 vs. 3.62), pero hay un departamento, Jalapa, donde llega hasta 4.48, mientras que en los otros la tasa es cerca de la mitad de lo que es en éste. En el resto de grupos etáreos la tasa regional es cercana a la nacional y a la de sus departamentos. Las causas de muerte son en general similares en los departamentos del Oriente.

En la Región Central, el promedio de mortalidad infantil es de 45.44 x 1000 nacidos vivos, muy por encima del valor nacional de 35.05. Este valor, sin embargo, está influido por los niveles de mortalidad infantil de Escuintla (50.90) y Chimaltenango (43.74), mientras que en Sacatepéquez baja a 38.32. En la mortalidad de 1 a 4 años Chimaltenango y Escuintla también tienen los mayores valores. En la de 15 a 49 años la tasa más alta ocurre en Escuintla, en donde llega hasta 4.8, mientras que Chimaltenango sólo tiene 2.68. En la mortalidad de 60 y más los mayores valores se dan en Sacatepéquez y Escuintla. Las causas de muerte varían desde un patrón muy complejo como el que antes se presentó en el departamento de Escuintla, hasta uno de mortalidad predominantemente por deficiencias nutricionales e infecciones en Chimaltenango.

La Región Suroccidental tiene mortalidad infantil promedio de 37.93, con rango de 24.25 en San Marcos a 55.04 en Totonicapán. La mortalidad de 1 a 4 años sigue un patrón similar. En la de 15 a 49 años no hay variaciones significativas y en la de 60 y más, hay una rango de tasas desde 30.83

en San Marcos, hasta 48.06 en Suchitepéquez. Las causas de muerte son principalmente relacionadas a la desnutrición y las infecciones.

La Región Noroccidental es una de las más pobres del país. La mortalidad infantil varía entre 41.69 en Quiché a 25.59 en Huehuetenango. La mortalidad de 1 a 4 años sigue un patrón similar, con un nivel alto en Quiché de 6.39 y una tasa similar a la nacional en Huehuetenango (3.89). En el grupo de 15 a 49 años las tasas son inferiores a la nacional. En el grupo de 60 y más, la tasa es muy baja en Huehuetenango (29.73), mientras que en Quiché llega hasta 40.02. Las causas de muerte son esencialmente de origen infeccioso y nutricional.

La Región Petén tiene tasa de mortalidad infantil inferior a la nacional (27.56 x 1000 nv). La mortalidad de 1 a 4 es también inferior y la de 15 a 49 es ligeramente superior, lo que posiblemente refleja los niveles de violencia en el departamento. Para los de 60 y más, la tasa es inferior a la nacional. Las causas de muerte son las producidas por infecciones y déficits nutricionales en su mayor parte.

III. PROPUESTA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS ANTE EL PROBLEMA

Ha sido ampliamente expuesto y discutido en este trabajo que la **salud** depende, básicamente, **del ingreso** de los individuos, de **la equidad** social y económica, de la existencia de oportunidades para **la educación, la ausencia de discriminación, marginalización y exclusión** y del **acceso equitativo a los servicios esenciales de salud**, entre otros aspectos; o sea, que depende de la **justicia social y la libertad para acceder a las necesidades básicas para el desarrollo humano**.

Los datos presentados confirman el hecho de que el **pobre desarrollo de la salud en Guatemala** no está determinado, en su esencia, por el actuar del **sector salud o las características biológicas de las personas**, sino que por la adopción e implementación de **políticas estatales y de gobierno y acciones intersectoriales amplias, económicas, sociales y otras, que no han promovido el desarrollo humano ni el acceso a los determinantes de la salud en forma equitativa, que son decididas en otros sectores**.

Esta **visión integral** sobre la **causalidad de la salud** compromete el trabajo de la **Salud Pública** moderna, quien debe ver y actuar **más allá de lo propio del sector**, hacia el conocimiento y la transformación de los **determinantes** de las **condiciones de vida** y el **bienestar social** general, con lo cual excede ampliamente los marcos limitados de las teorías y prácticas tradicionales de salud.

La **Organización Mundial de la Salud**, al reconocer la integralidad en la causalidad de la salud, ha sintetizado los elementos considerados más significativos de la Política de Salud para Todos en el Siglo Veintiuno, como sigue:

- a. Se reconoce que el **mejoramiento de la salud y el bienestar** de la gente es el **más alto** objetivo del **desarrollo social y económico**.
- b. Se asume el **compromiso** de trabajar bajo los conceptos **éticos de equidad, solidaridad y justicia social** e incorporar la **perspectiva de género** a las estrategias de salud.
- c. Se enfatiza la importancia de la **reducción de las inequidades** sociales y económicas para el **mejoramiento de la salud** de toda la población.
- d. Se considera imperativo dedicar la **mayor atención** a aquellos en **mayor necesidad**, con mayor carga de deterioro a la salud que están recibiendo inadecuados servicios de salud o afectados por la pobreza.
- e. Se reafirma la voluntad para promover la salud a través de considerar los **determinantes básicos y prerrequisitos** para la salud.
- f. Se resume el **compromiso de fortalecer, adaptar y reformar**, como sea apropiado, **los sistemas de salud**, basados en la **evidencia científica**, para que sean de buena calidad y sostenibles para el futuro.
- g. Se reconoce que en el trabajo hacia la salud para todos, **todas las naciones, comunidades, familias e individuos son interdependientes**.

Para responder a esta visión integral se considera que la Universidad de San Carlos tiene un amplio campo de acción y responsabilidad en el desarrollo de la salud en el país, que va desde el trabajo de elaboración y propuesta de políticas para la salud, hasta la selección de prioridades, la investigación epidemiológica y biológica, el desarrollo de los recursos humanos y la participación en el diseño y ejecución de procesos de atención y evaluación de los servicios y toma de decisiones.

a. Propuesta para la construcción de políticas públicas para la salud.

Se recomienda considerar tres tipos esenciales de Políticas:

- i. **“Política Pública Social”**: Es la que garantiza una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada población, privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes”. Se recomienda elaborar y proponer políticas **que en forma explícita aborden la perspectiva étnica, de clase socio – económica, de género y garanticen la equidad.**
- ii. **“Política Pública Saludable”**: “Es la que tiene una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; y que se origina en diversos sectores, no sólo en el sector salud”. Se considera esencial que la USAC participe en la elaboración y propuesta de políticas **que garanticen la equidad y calidad en el acceso a los factores que promueven la salud y a los servicios de salud, con énfasis en la etnia indígena, los pobres, población rural y las mujeres**; así como en el trabajo de **priorizar** políticas³¹ que promuevan y faciliten la **participación y el empoderamiento ciudadano. La participación social** es considerada en la actualidad un elemento **esencial** para el desarrollo de la salud en las poblaciones; por lo tanto, las estrategias, mecanismos y estímulos para **incrementar la capacidad** de la gente de **actuar y decidir sobre sus vidas** deben formar parte de **toda agenda** operativa del quehacer en salud. El **empoderamiento ciudadano** está íntimamente ligado a la participación comunitaria, ya que para llevarlo a cabo es necesario activar los mecanismos dialógicos, crear espacios de concertación y sobre todo crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas.
- iii. **“Políticas Sectoriales”**: Se considera importante cooperar en elaborar **políticas para reducir las consecuencias negativas del daño a la salud, que apoyen:**
 1. La movilización de recursos **financieros y su asignación en forma equitativa**, para garantizar el acceso y la provisión de los necesarios servicios de salud a toda la población.
 2. **El monitoreo del** uso de los recursos para garantizar que están siendo usados adecuadamente a fin de alcanzar los objetivos de equidad.
- iv. Se considera que la USAC tiene responsabilidad y legitimidad social para promover en forma sistemática la adopción de **valores fuertes** que orienten las políticas: hacer **implícita** la adopción de principios éticos y valores, como la **justicia, equidad, solidaridad, respeto por los derechos humanos y protección para el medio ambiente.**

³¹Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Op. cit.

- v. La USAC tiene un importante campo en el desarrollo de estrategias para promover y facilitar el abordaje político en el trabajo para la salud. Por ejemplo, **crear una conciencia social sobre las grandes inequidades en salud y sus condicionantes es una poderosa estrategia.**

- vi. Se recomienda para la USAC una política interna que apoye un proceso sistemático de evaluación con enfoque epidemiológico integral, en las diversas dimensiones de la realidad³², - general, particular y singular – de la situación nacional del desarrollo humano y la salud y sus determinantes, **para elaborar políticas explícitas que respondan** a cada una de estas dimensiones: **desde lo general de las condiciones macroeconómicas, culturales y ambientales que predominan en un país, hasta lo particular y singular del sector, los servicios, las comunidades y las personas.**

b. Selección de prioridades de atención, nacionales y regionales - departamentales.
--

i. Prioridades a nivel nacional:

Para la selección de las prioridades nacionales se han utilizado las categorías científicas de lo general, particular y singular³³, para referirnos a tres dimensiones o espacios de la realidad donde hay un determinado quehacer social para la salud.

1. En el espacio de lo general:

- a. Eliminación de la pobreza, a través de elaborar y proponer políticas al Poder Judicial para asegurar la equidad en el ingreso de los guatemaltecos y el acceso a las necesidades básicas de la vida; así como educar en aspectos económicos esenciales para alcanzar este objetivo.

- b. Eliminar la inequidad en la construcción y distribución del presupuesto, a través de proponer y apoyar políticas tributarias que garanticen la progresividad en la tributación y la equidad en las asignaciones presupuestarias del Estado.

- c. Erradicar toda forma de discriminación y exclusión social, principalmente la existente contra la etnia indígena, los pobres, la población rural y las mujeres, a través de tomar parte activa en un proceso de educación y concientización de este hecho, tanto en el sistema educativo formal como en la sociedad en su conjunto.

³² Esta forma de abordaje se desarrolla extensamente en “*Salud Pública*”, F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, P. Marset y V. Navarro. Cap. 5, por P.L. Castellanos. 1ª. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 1998.

³³ Lo “**General**” se refiere a lo inherente a muchos objetos singulares, a toda una clase de fenómenos. Lo “**Particular**” es el eslabón intermedio entre los singular y lo general. Lo “**Singular**” es el objeto, hecho, fenómeno o acontecimiento particular. En la **caso de la Salud**, lo General se refiere a los determinantes y respuestas a la situación de salud en el nivel amplio de lo social y económico que afecta a toda una sociedad; lo Particular se refiere a los condicionantes de la salud y las respuestas que se dan a grupos particulares de población; y lo Singular se refiere a una persona o circunstancia particular.

- d. Alcance de la educación para toda la población guatemalteca, con énfasis en los grupos más pobres, discriminados y excluidos, a través del estudio de modelos de enseñanza popular y formal que sean de calidad, accesibles para toda la población y culturalmente aceptados, respetando las características lingüísticas nacionales.
- e. Reducción del número de necesidades básicas insatisfechas de los guatemaltecos, a través de la incidencia política y la educación universitaria en aspectos de viviendas populares sanas, servicios de agua y alcantarillado, electricidad, comunicaciones y protección al medio ambiente en general.
- f. Alcance de la cobertura universal equitativa con servicios de salud de calidad a toda la población guatemalteca, a través del estudio, propuesta y apoyo a la implementación de modelos de atención con estas características.

2. En el espacio de lo particular:

- a. Erradicar las deficiencias nutricionales y cooperar a garantizar la seguridad alimentaria de los guatemaltecos, con énfasis en los más pobres y excluidos, a través de proponer y apoyar procesos educativos y de investigación operativa en las áreas de la economía, agricultura, salud y otras relacionadas, para la elaboración de propuestas técnicas y científicas que sean de utilidad y aplicación nacional.
- b. Cooperar en la reducción de la mortalidad infantil y materna, a través de la educación e investigación de sus causas y formas de atención y la incidencia en los niveles políticos, para la elaboración e implementación de las políticas adecuadas.
- c. Promover la salud y prevenir las enfermedades más importantes en el país a través de la investigación activa y la educación universitaria y de la sociedad en su conjunto, sobre los factores de riesgo que promueven o dañan la salud prevalentes en el país y las formas más efectivas de promoción y prevención.
- d. Promover la equidad en el presupuesto público para la salud y el acceso a los servicios de salud de las poblaciones más pobres, postergadas y necesitadas, a través de la investigación epidemiológica integral que guíe la elaboración de políticas y leyes para ser propuestas al Organismo Legislativo y las autoridades de salud.
- e. Cooperar en estudios y proyectos para ampliar la cobertura por la Seguridad Social a toda la población trabajadora del país, formal e informal.
- f. Reforzar la Atención Primaria de Salud y mejorar la participación y el empoderamiento comunitarios.

3. En el espacio de lo singular:

- a. Promover la mejoría en la calidad de la atención de las personas, en sus aspectos humanísticos y científico – técnicos, a través de proveer una educación en ciencias de la salud que se enmarque en un espíritu de identidad y solidaridad nacional, libre de todo rasgo de discriminación, donde se promueva la interculturalidad y en un marco del más avanzado conocimiento científico y favoreciendo la atención primaria de salud.

iii. Prioridades a nivel regional – departamental

En esta sección se evitará la repetición de las prioridades identificadas a nivel nacional y el análisis se concentrará en lo propio de cada región.

1. Región Metropolitana:

Esta región concentra la mayor parte de recursos del país, sociales, económicos, financieros, políticos, de salud y otros. Su población tiene, en promedio, los menores niveles de pobreza del país; sin embargo, existe a su alrededor un extenso cinturón de pobreza con condiciones de salud muy deterioradas. Esto hace que la región manifieste con claridad el fenómeno de polarización epidemiológica.

Las prioridades en salud que se consideran más apremiantes son:

- a. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de los cinturones de pobreza, que se estiman en no menos de 600,000.
- b. Prevenir y atender con calidad las enfermedades infecto-contagiosas y nutricionales, sobre todo en las áreas marginales.
- c. Instaurar un programa activo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas y cáncer que tienen alta prevalencia en la región.
- d. Diagnosticar y tratar tempranamente las enfermedades crónicas y cáncer, para evitar el irreparable daño a la salud que ellas producen y los altos costos de su tratamiento y rehabilitación.
- e. Prevenir los accidentes.
- f. Proveer servicios de atención a las personas traumatizadas de alta calidad.
- g. Prevenir las muertes violentas.

2. Región Norte:

Las Verapaces se caracterizan por sus altos niveles de pobreza, ruralidad, etnia indígena y analfabetismo. El perfil de daño de la Región responde a estas circunstancias. Sus prioridades se considera que son:

- a. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.

- b. Prevención y atención de afecciones infecciosas y nutricionales.
- c. Prevención de la mortalidad materna, sobre todo en Alta Verapaz.
- d. Ampliación de la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, considerando aspectos geográficos, financieros y étnicos.

3. Región Nororiente:

Esta es una región compleja, porque reúne a un departamento con un significativo número de población indígena como es Chiquimula, en donde hay grupos de población con condiciones muy deterioradas de salud; con otros como El Progreso y Zacapa donde la situación de salud es más favorable y prácticamente no tienen población indígena. Las prioridades se consideran que son:

- a. Para Chiquimula, sobre todo la población Chorti, ofrecer programas de seguridad alimentaria en forma permanente y mantener un sistema de monitoreo y vigilancia de la situación local.
- b. Para toda la región, las diarreas y neumonías siguen siendo las principales causas de muertes, las que deben ser prevenidas y atendidas.
- c. En toda la región, pero principalmente en Zacapa es esencial iniciar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas, además de tener programas de detección temprana y atención de estas enfermedades que están en incremento.
- d. Los accidentes son causa importante de mortalidad, por lo que se debe trabajar en su prevención.
- e. La mortalidad por violencia también es significativa y constituye prioridad.
- f. La salud reproductiva es también una prioridad.
- g. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.

4. Región Suroriente:

Esta región guarda algunas características similares a la región 3, especialmente en lo relativo a la incidencia creciente de enfermedades crónicas y la importancia de la violencia y los accidentes como causas de mortalidad. Las prioridades son, como en la anterior:

- a. Para toda la región, las diarreas y neumonías siguen siendo las principales causas de muertes, las que deben ser prevenidas y atendidas.
- b. La salud reproductiva es una prioridad.
- c. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.
- d. Jutiapa es el departamento con mayor tasa de homicidio por arma de fuego, por lo que requiere de programas que controlen la violencia.
- e. Los traumatismos por accidente también son importantes.
- f. En toda la región, es esencial iniciar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas y cáncer, además de tener programas de detección temprana y atención de estas enfermedades que están en incremento.

5. Región Central:

Esta región une tres departamentos muy diferentes, como son Escuintla, Chimaltenango y Sacatepéquez. Las prioridades son:

- a. Para los tres departamentos es importante atender las afecciones nutricionales e infecciosas y la salud reproductiva, con mayor énfasis en Escuintla y Chimaltenango.
- b. En Escuintla hay, además alta mortalidad por accidentes y violencia, por lo que debe tener programas de prevención bien diseñados y ejecutados, además de efectivos servicios de atención a las personas traumatizadas.
- c. Escuintla y Sacatepéquez tienen niveles significativos de enfermedades crónicas y algunos cánceres, por lo que se deben aplicar las medidas especificadas anteriormente para estas afecciones.
- d. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.

6. Región Suroccidente

Esta región incluye a los dos departamentos con más deterioradas condiciones de salud en el país, que son Totonicapán y Sololá. Hay otros dos del altiplano y dos más de la costa sur.

Las prioridades para todos los departamentos son:

- a. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.
- b. Prevención y atención oportuna y adecuada de las enfermedades diarreicas y nutricionales.
- c. Atención adecuada de la salud reproductiva.
- d. En los departamentos de la costa sur es necesario poner atención a los accidentes y las muertes violentas.
- e. Los departamentos de la costa sur comienzan a mostrar incremento de las enfermedades crónicas y cáncer, las que deben ser prevenidas y diagnosticadas tempranamente.

7. Región Noroccidente:

Las condiciones de vida de los dos departamentos de esta región se consideran similares; sin embargo, los indicadores de salud están más deteriorados en Quiché que en Huehuetenango. Las prioridades de atención son similares a las de la región Norte:

- e. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.
- f. Prevención y atención de afecciones infecciosas y nutricionales.
- g. Promoción de la salud reproductiva y prevención de la mortalidad materna..
- h. Ampliación de la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, considerando aspectos geográficos, financieros y étnicos.

8. Región Petén:

Petén con un solo departamento muestra prioridades de salud así:

- a. Prevención y atención de afecciones nutricionales e infecciosas.
- b. Promoción de la salud reproductiva y reducción de la mortalidad materna.
- c. Control de causas violentas de muerte.
- d. Mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en lo relativo a condiciones nutricionales, vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas.
- e. Mejoramiento en el acceso a los servicios de salud.

c. Propuesta de redistribución del presupuesto

La forma de construcción actual del presupuesto del Ministerio de Salud no permite un análisis específico en cuanto a su distribución a actividades preventivas y curativas; sin embargo nos podemos acercar a esta realidad a través del análisis de los gastos hospitalarios y de las jefaturas de área. Sin embargo, deseamos manifestar que la racionalidad en la asignación presupuestaria sólo puede conseguirse en base a un análisis epidemiológico de las necesidades y del conocimiento del impacto que la asignación de gastos a efectuar por programa tendrá sobre la situación de salud.

Se hace referencia en este momento a que se considera, como se argumentó en la sección correspondiente, que el presupuesto asignado al Ministerio de Salud es muy inferior a lo necesario para las necesidades de los guatemaltecos.

Consideramos que, dado el perfil de daño a la salud que existe en el país, donde la mayor parte de la muerte es de causa nutricional – infecciosa, el presupuesto de salud debiera dirigirse en primer lugar a reducir esta mortalidad; y para ello sería necesario invertir en programas de seguridad alimentaria, mejoramiento del ambiente y diagnóstico y tratamiento oportunos, entre otros. El monto o porcentaje exacto de esta asignación tiene que estimarse a través de una evaluación epidemiológica que guíe un plan específico de acción, pero sin duda éste debiera ser el rubro mayor del presupuesto.

El segundo lugar de asignación podría corresponder a los hospitales, pero el problema es que en Guatemala no hay estudios de costo – impacto que guíen racionalmente una asignación de este tipo. Hay serios cuestionamientos a nivel nacional y en estudios internacionales sobre la racionalidad en el gasto de los hospitales en relación al impacto conseguido; y, en Guatemala, esto debe evaluarse en relación al objetivo de efectuar una asignación equitativa de los recursos.

Una tercer área que debiera ocupar un puesto importante, que en la actualidad no lo tiene, es la de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades agudas y crónicas.

Dos áreas muy deficitarias del presupuesto actual son el desarrollo de recursos humanos, que ocupa menos del 1% del mismo; y el programa de accesibilidad a medicamentos, con 1.94%. Consideramos que ambos deben ser incrementados y que además se debe abrir una línea presupuestaria para investigación.

Los análisis per-cápita muestran que el nivel de inversión del Ministerio en los ciudadanos guatemaltecos es mínimo: Q.128.35 en el 2002. Ésto es insuficiente para atender las necesidades de salud y constituye uno de los presupuestos per cápita más bajos de América Latina.

Al analizar el per-cápita de áreas de salud y hospitales, de nuevo resaltan inequidades que debieran ser corregidas, pues el monto asignado es con frecuencia inferior a lo estimado como necesario según las necesidades locales.

e. Evaluación de los servicios y capacitación del personal.

El Ministerio de Salud cuenta en la actualidad con una unidad de supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de salud; sin embargo, sus actividades se concentran mayoritariamente en funciones de supervisión y monitoreo, más que en evaluación propiamente.

Para efectuar la evaluación se deben integrar el análisis epidemiológico al social, administrativo, financiero y económico, en el marco de las políticas, estrategias y objetivos de salud.

La evaluación es un componente indispensable del trabajo de los servicios, que se debe incorporar a todos los niveles, en forma sistemática, para conocer:

- i. El impacto de las acciones;
- ii. El costo de las acciones en relación al impacto;
- iii. La satisfacción de los usuarios;
- iv. Las necesidades de modificación del trabajo;
- v. Las necesidades de desarrollo del recurso humano.

La USAC podría impactar positivamente en este aspecto al diseñar programas de estudio e investigaciones en el área de evaluación de servicios y cooperar estrechamente en este campo con los servicios de salud para capacitaciones de su personal.

En el área de capacitación no hay un diagnóstico sectorial sobre las necesidades del país; sin embargo, son evidentes muchas deficiencias en el desempeño de los trabajadores de salud en todos los niveles del sistema: desde el comunitario hasta el político.

En este sentido, la USAC haría un gran aporte al sector salud al participar en estudios de necesidades de recursos humanos en salud, tanto cuantitativas, como cualitativas; y al comprometerse en su formación y capacitación.

f. Toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones en el sector salud debe tener una visión intersectorial y estar sustentado en evidencia científica, para que a partir de un detallado conocimiento epidemiológico integral del país, se establezcan racionalmente las prioridades y decidan las asignaciones de recursos financieros y otros.

En este aspecto, en forma similar a muchos de los anteriores, la USAC se visualiza como la entidad académica que puede proveer el sustento técnico – científico para este proceso, el cual envuelve desde decisiones a nivel individual, hasta el nacional, pasando por las propias de las instituciones, comunidades y otros grupos organizados guatemaltecos que trabajan en salud.

Se considera conveniente el establecimiento de una alianza entre la USAC y los servicios de salud, para ofrecerles a éstos en forma permanente y sistemática un acompañamiento en los procesos de investigación, desarrollo de recursos humanos y asesoría científico-técnica. De esta manera, la USAC se abriría otro espacio de acción en la realidad concreta del país y los servicios se beneficiarían con el aporte académico de la Universidad.

