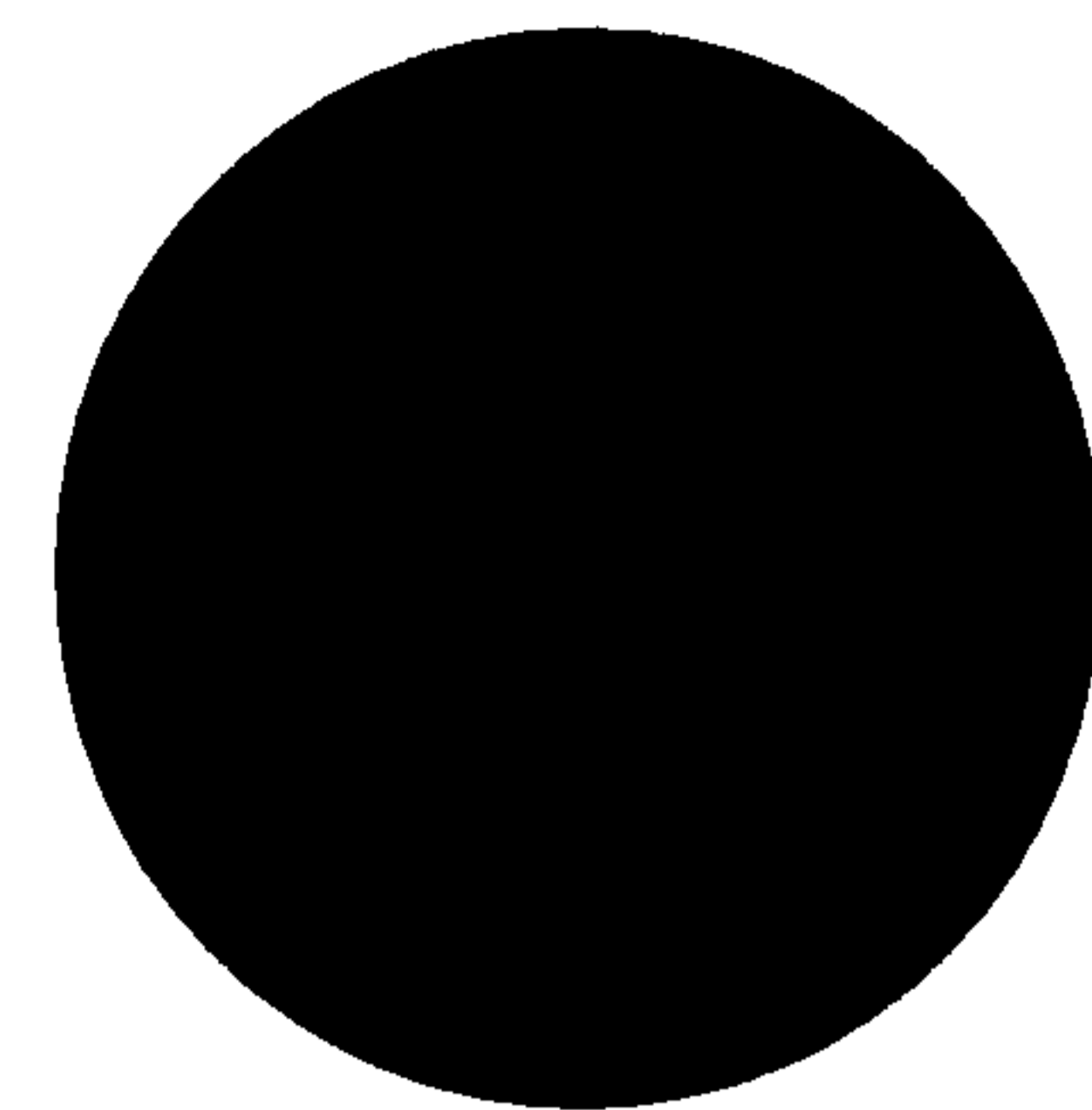


EDUCACIÓN Y ENSEÑANZA A TODOS

# ¿SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000?



## PANEL-FORO

Casa de la Cultura Flavio Herrera

3 V 91

Otto R. Menéndez Martínez \*

Miguel Garces de Marcilla \*\*

Arnulfo Noguera Zelaya \*\*\*

Tristan Melendreras Soto \*\*\*\*

Silvia Castañeda Cerezo \*\*\*\*\*

Rodolfo Kepfer Rodriguez \*\*\*\*\*

- \* Guatemalteco, médico odontólogo, consultor tempral de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS
- \*\* Médico y cirujano con especialización en patología y salud pública, coordinador del proyecto del Instituto Nacional de Salud de Guatemala.
- \*\*\* Médico y cirujano con maestría en salud pública (INCAP), jefe de la división de planificación alimentaria y nutricional del Instituto de Nutrición Centroamérica y Panamá.
- \*\*\*\* Economista, catedrático de la Facultad de ciencias económicas y de la Facultad de ciencias jurídicas y sociales (USAC), ex director del Instituto de investigaciones económicas y sociales (USAC).
- \*\*\*\*\* Médico y cirujano con maestría en salud pública y nutrición materno infantil, catedrático de medicina del trabajo de la Facultad de medicina (USAC).
- \*\*\*\*\* Médico, psiquiatra, Facultad de ciencias médicas, USAC.

# SALUD - ENFERMEDAD DEL GUATEMALTECO.

Otto R. Menéndez M.

## INTRODUCCION

**S**in duda alguna, de los obstáculos más relevantes que confronta la promoción de la salud en Guatemala, están tanto las contradicciones existentes en la intimidad del quehacer respectivo, como el darles solución orgánicamente a la población total del país. Dentro del quehacer rutinario en salud-enfermedad, se hacen o se siguen frecuentemente postulados no sólo anacrónicos y científicistas, sino que intrínsecamente conllevan su propia negación, los cuales sutilmente anulan o a menudo retardan su posible y genuina solución o la complican. Por lo tanto, el realizar un hacer por hacer en salud-enfermedad, sin que en cada caso se demande simultáneamente el **aval científico pertinente y su significación social**, simboliza hacer abordajes **fenoménicos** no de **esencia**, así como actuar desde afuera como **expectadores e impondores**, **reproduciendo la sociedad**, no insertándose ni cooperando a la verdadera solución de su problemática; es decir, no **produciendo sociedad** <sup>(15)</sup>.

De las múltiples contradicciones propias del quehacer en la salud-enfermedad, sólo se aludirá a algunas de ellas, tanto con el propósito de evidenciarlas y motivar a los participantes, como para dar inicio a esta actividad en que se intenta generar conocimiento, debatirlo, considerarlo y proponer salidas conforme el marco axiológico con que se visualice la problemática de la sociedad total guatemalteca.

### 1. LA MULTICAUSALIDAD Y MULTISECTORIALIDAD EN EL ABORDAJE DE LA SALUD - ENFERMEDAD

Los estados de enfermedad, sin duda alguna, son el producto de varias causales que deben darse simultáneamente.

Con esa base, no necesariamente adquirirá la tuberculosis cualquier persona al exponerse al Bacilo de Koch, especialmente si: está adecuadamente nutrida; no ha experimentado el constante desgaste físico - psíquico que ocasiona el trabajo excesivo y en ambientes insalubres; no ha sufrido por extensos períodos las enfermedades llamadas comunes ni sus complicaciones; tiene la factibilidad de respirar aire libre de contaminación; puede descansar entre desgaste y desgaste físico - psíquico; vive confortablemente sin hacinamiento; tiene ingresos adecuados; y ha alcanzado altos niveles de escolarización.

De esa manera, la solución a la tuberculosis tampoco está en actuar **unidireccionalmente**: incidir exclusivamente en el microorganismo señalado. Hay necesidad de múltiples acciones asignadas dentro del modelo usual a distintos sectores; es decir, debe hacerse un **enfoque multisectorial**.

En ese orden de ideas y a fin de confrontar correctamente esta enfermedad, es indispensable: decisiones políticas pertinentes de alto nivel; una legislación efectiva que norme los ambientes y las tareas de los trabajadores en las fábricas y agroindustria; que las personas tengan un adecuado lugar donde morar con las facilidades indispensables; coman lo necesario para vivir, crecer y compensar el desgaste que ocurre diariamente; que sus problemas de enfermedad prevenibles no se den o en el peor de los casos que no ocurran tempranamente y además tengan acceso para que no se prolongue su patología, no se complique y, desde luego, no mueran por ella; y finalmente, que tengan lugares para su esparcimiento así como para respirar aire no o menos contaminado.

De esta manera, ni la enfermedad es **unicausal**, ni su solución puede ser exclusivamente la responsabilidad de **un solo sector**.

Al respecto, Letamendi hace mucho tiempo señalaba, que **el médico que sólo sabe de medicina ni de medicina sabe.**

### II. EL INCOHERENTE Y NO COETANEO MODELO DE DESARROLLO

Por lo general, se tiende a dar la impresión de que al alcanzar el **ansiado desarrollo** se solucionarán, si no todos, por lo menos muchos de los problemas fundamentales de salud - enfermedad que aquejan a la población total.

Al respecto es pertinente indicar que ni los llamados **países desarrollados** han logrado erradicar muchas de las taras patológicas prevenibles; por el contrario, han dado origen a otras que demandan ser resueltas (cáncer de piel causada por exceso de rayos ultravioleta que inciden en el humano por reducción del ozono parcialmente ocasionada por las emanaciones de las fábricas que son propias del llamado "desarrollo"; drogadicción en parte debido al rédito que la venta de los productos deja en poblaciones de los países ricos; cáncer del colon por consumo de dieta pobre en fibras propia del "desarrollo".)

Desde otro punto de vista, resulta necesario que se considere la incoherencia de aplicar el **modelo convencional de desarrollo**, al "**desarrollo de poblaciones de los sub-desarrollados**" (o "arrollados"<sup>(3)</sup>) caracterizadas por ser mayoritariamente rurales, autóctonas, hambrientas, marginadas, pobres, como usualmente se describe la de Guatemala<sup>(8,9)</sup>.

Pero en el supuesto que se dedicara esfuerzo y recursos a lograrlo y se alcanzara ee tipo de desarrollo, se debe estar seguro que quienes hoy día ostentan el calificativo de "desarrollados" ya no estarán en el mismo lugar sino en otro supuestamente "más adelantado", para nuevamente tener que compararnos con ellos y caer así en la categoría de "sub-desarrollado".

Es decir, que el "Sub desarrollo" categorizado como se hace, íntimamente asociado a la salud - enfermedad<sup>(14)</sup> y que agobia a países como Guatemala, será **per secula seculorum**. Por lo tanto, es indispensable buscar nuevos modelos más orientados a muestras realidades<sup>(18)</sup>.

### III. EL ANACRONICO Y CIENTIFICISTA ENFOQUE DE LA SALUD PUBLICA

El abordaje que en general se hace de los problemas de salud - enfermedad de la colectividad, sigue respondiendo a un conocimiento y tecnología ya superados y sin tener coherencia y coetaneidad con la realidad de que se trate. Ante como está la salud de la población guatemalteca, es obvio que los paradigmas y esquemas convencionales han sido inefectivos; por lo que se demanda nuevo conocimiento, nuevos conceptos, nuevas acciones, nuevas estrategias, **nuevos valores** y, lo que es muy importante, todo ello orientado ecológicamente y por lo tanto tomando partida en las concretas características de Guatemala ( no haciendo réplicas, imitaciones, ajustes ni adaptaciones, como usualmente se acostumbra).

Por ejemplo:

- A. El hospital no debe continuar siendo ni evaluarse exclusivamente en base a disponer de calderas, lavapropia e implementos "sofisticados". Su eficacia deberá medirse y valuarse cómo coordinadamente con otras instituciones incide favorablemente en el problema salud - enfermedad de los habitantes de su área de influencia;
- B. El cólera no puede seguir confrontándose con medidas para que no entre al país o que sus estragos sean lo menos posible cuanti - cualitativamente ( Nada o poco se hace para evitar que salga de donde se ha

comenzado).

Aparentemente en Guatemala habría que mejorar las condiciones básicas de su población general, lo que incluye su nivel social, económico y de escolarización, todo lo cual constituye el sustrato fundamental para la ocurrencia, prevalencia y transmisión del cólera;

- C. No puede continuar creyéndose que con pedidos de dinero ( cena de Q. 1000.00 cada persona<sup>(13)</sup> ) se apeararán de equipos a los hospitales nacionales, mientras para suntuarios de los funcionarios se invierten cantidades superiores a las factibles de obtenerse por esos medios<sup>(4,13)</sup>

Al respecto se ha dicho que " el reverso de la caridad es la Justicia";

- D. Se percibe incoherencia con lo que se postula cuando se indica que se pondrán más altos impuestos a los cigarrillos y bebidas alcohólicas, ya que ellos se consideran significativas causales de enfermedad y muerte,<sup>(17)</sup> por lo que se "estima justo" que paguen por ello<sup>(13)</sup>, cuando si se tiene evidencia al respecto, lo anterior únicamente aceptaría científicamente su erradicación ; y
- E. Resulta paradójico que se permita en los canales de televisión, a las radios y a la prensa, el anuncio de productos que lesionan claramente la salud, ponderándose con cualidades que no poseen pero que así se hacen vendibles.

### IV. LO PARTICULAR EN LO GENERAL Y LO GENERAL EN LO PARTICULAR

Muchos de los problemas de salud - enfermedad no encontrarán salida satisfactoria con medidas propias del sistema, fundamentalmente individual: Su adecuada solución necesariamente demanda abordajes colectivos. Considérese el agua contaminada que se utiliza para hacer crecer la verdura que luego se sirve en los restaurantes de más alto precio, llegando así contaminadas a los ricos consumidores; o como el que es llevado en su elegante y cara limosina, respira en su recorrido el aire contaminado por sus propias fábricas, camionetas de sus empresas, otros vehículos y demás agentes que llegan al ambiente.

### V. LA AUSENCIA DEL ENFOQUE ECOLOGICO EN SALUD - ENFERMEDAD (\*)

Se desconoce el "Marco de Referencia" en que debe basarse tantos los centros formadores de recursos

humanos para la salud - enfermedad, como los productores de servicios para los efectos.

En todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango, en cuyo puesto de salud la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC tiene a un estudiante del llamado EPS, se ha dicho **"Que ese doctor" ... no sabe tratar (... sus...) enfermedades** <sup>(5)</sup>. Por otro lado, se insiste en que en interior del país los partos son efectuados estando la persona hincada agarrada de uno o dos horcones <sup>(5)</sup>, mientras la USAC enseña a realizarlos en camilla y con las piernas abiertas.

En el IGSS los "Servicios odontológicos" emplean un modelo de atención similar al que se aprendió en la Facultad de Odontología de la USAC, que es oneroso, poco productivo y de muy escasa cobertura. De esa manera, el costo de la "atención odontológica" en esa institución es elevado y únicamente alcanza a unos pocos derechohabientes <sup>(6)</sup>. La determinación de las características de todos los usuarios y que debería servir de "Marco de Referencia" (la semiología estomatológica de los derechohabientes <sup>(10)</sup>) se desconoce <sup>(11)</sup> y, por lo tanto, se proporcionan los servicios que se **cree** son necesarios, sin tener científicamente la relación con la realidad concreta. Así, mientras se aplique el mismo modelo en el IGSS, pasarán muchos años para cubrir a todos los que necesitan tratamiento para las secuelas de las enfermedades estomatológicas, suponiendo que no se **incremente** el número de derechohabientes y el problema no experimente cambio alguno <sup>(6,12)</sup>.

## VI. SALUD "vrs" ENFERMEDAD

Es interesante señalar cómo existe énfasis en el **tratamiento curativo** sobre el **tratamiento preventivo**, tanto en la formación de los recursos humanos para la salud - enfermedad como en los servicios. Las escuelas que forman a los recursos humanos pertinentes los tornan en **expertos en enfermedades, no en expertos en salud**, y de esa manera en los servicios también se alude frecuentemente a salud pero fundamentalmente se trabaja en enfermedad.

En el tratamiento de la desnutrición infantil, por ejemplo, incluso se reciben niños próximos a morir, que luego se devuelven a la madre ya curados, con libras agregadas, a menudo con taras incorregibles. Sin embargo, se

---

(\*) El concepto real y además lato de ecología es el que aquí se emplea; es decir, de la relación de los seres con su ambiente, tanto bio - físico como socio - cultural. Esta así excluido el concepto estricto asociado únicamente a la flora.

margina o se excluye del tratamiento a las condiciones que sirvieron de sustrato fundamental del problema, al que se considera fuera del campo de los recursos humanos dedicados a la salud - enfermedad <sup>(14)</sup> de esta manera, se **es excelente semimédico pero no excelente médico**.

La facultad de Odontología de la USAC, que supuestamente forma recursos para **fomentar la salud estomatológica de la población total de Guatemala**, no incluye dentro de su curriculum de estudios a la **persona sana**, sino por el contrario **es indispensable estar enfermo para considerarse "paciente" de esa institución** <sup>(16)</sup>. Además, los estudiantes son formados en clínicas donde las personas deben estar con la boca abierta, aspirando por largos períodos un aire considerablemente contaminado por decenas de autobuses que se estacionan a menos de 50 metros con el motor funcionando ( Profesores de esa misma Facultad, invitan anualmente a competir en carrera alrededor de la ciudad universitaria, generando exigencia orgánica de mayor aire; es decir, de más contaminación <sup>(7)</sup> ).

Vecino a la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, están los comedores populares utilizados por funcionarios, profesores y estudiantes, pero todos con problemas de saneamiento no corregido, de tal manera que la norma para la salud que supuestamente se aprende no es aplicada ni para la misma población de la Universidad. Enfrente de otra Facultad de Medicina, sus estudiantes almuerzan productos de un vendedor de salchichas y pan que se ubica en la esquina cuya uñas muestran suciedad, probablemente fecalismo, y donde la limpieza se realiza con agua en cubetas donde después de introducir varias veces los elementos utilizados, únicamente puede mostrarse ausencia de suciedad visible. En ese mismo sitio, y a la par de los estudiantes de medicina, se ve a los "pacientes pobres" atendidos en la "sección para pobres" de esa institución, comiendo repollo, salchichas, salsas y otros, mientras esperan el resultado de exámenes para confirmar la sospecha clínica de gastritis y o ulcera duodeno - estomacal.

## CONCLUSION

Conforme a lo enunciado, para contribuir científicamente a mejorar el nivel de vida del guatemalteco y si es eso realmente lo que se desea, es indispensable transformar tanto la formación de recursos humanos, es decir los currícula de estudios de la escuelas respectivas, como el trabajo que se realiza para la salud - enfermedad.

---

(\*) " No tiene sentido sanar a un individuo para luego devolverlo a un ambiente enfermo <sup>(17)</sup> .

Para tratar el importante asunto relativo a la salud - enfermedad del guatemalteco la USAC ha convidado para participar en este panel - foro, a representantes de diferentes sectores altamente responsables del quehacer en cuestión.

Se estima que ellos sabrán abordar, explicar y dar las respuestas necesarias a muchas de las interrogantes y contradicciones que rodean al campo de la salud - enfermedad.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional sobre salud del guatemalteco - INSG - Guatemala, 1989. 29 p. (fotocopia)
2. Instituto Nacional de Salud de Guatemala. Bases teóricas conceptuales y plan de desarrollo del proyecto de creación del instituto Nacional de Salud del Guatemalteco, (1988) 48 p. (fotocopia)
3. Sadowky, Manuel. Construir nuestra ciencia. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos ( y " Semana Científica", Hospital Herrera Llerandi, Mayo 24-28 1976), 1972 4 p. (mimeog.)
4. Corrupción de los noventa días. Guatemala, Rev. Crítica, Abril 26- Mayo 3, 1991. (p.30-1)
5. Villatoro, Elba y Acevedo, Joaquín. Vida y obra de los curanderos de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango. Guatemala, CEFOL - USAC, La Tradición Popular, (1990) . 2 p.
6. Menéndez, OR Estudio y sugerencias sobre la estomatología del instituto Guatemalteco de Seguridad Social, OPS/OMS, 1986. 136 p.
7. Escobar M. Guillermo (profesor de la Facultad de Odontología de la USAC) Carta invitación para segunda carrera de circunvalación a la ciudad universitaria. 1991. 1p. (fotocopia).
8. Melendreras, Tristán y Cabrera M. Norma O. El mapeo de la pobreza en Guatemala. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y proyecto del Instituto Nacional de Salud, Mar 1, 1991. 71 p. (copia)
9. Larué, Joseph. Guatemala ¿ alcanzarán los salarios a los precios ?; análisis comparativo sobre los salarios mínimos y de precios de los principales alimentos y combustibles domésticos (1955 - 1989). Guatemala, INCAP, Doc. Tec. No. 18, Enero 1990. 26 p.
10. Menéndez, O.R. Semiología estomatológica de la colectividades. Guatemala, DIGI - USAC, 1991 ( En publicación).
11. Pomés, C. E. Presente de la estomatología en la seguridad social guatemalteca. Guatemala, "Segundas Jornadas Odontológicas", IGSS, 1985 56 p. (fotocopia).
12. Menéndez, O.R. Estomatología en la seguridad social de Guatemala. Bol. Of. San Pan....
13. Cantoral, Guicho. Las cartas de Guicho Cantoral. Guatemala, Siglo Veintiuno, Abr. 21, 1991. (p.5)
14. Beghin, Ivan, del Canto, Juan y Teller, Ch. H. Desnutrición desarrollo nacional y planificación. Guatemala, Rev. Univ. San Carlos, No. 10:41-7, Junio 1990.
15. Touraine, Alain. El método de la sociología de la acción; la intervención sociológica. Rev. Novos Tempos, CEBRAP, Brasil, 1 (3):38-45, Jul. 1982
16. Escobar, Alfonso. Informe de la consultoría realizada a la Facultad de Odontología de la USAC bajo el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud-) OPS/OMS - 1990.
17. Cigarro y consecuencias en la salud Guatemalteca, Boletín Epidemiológico Nacional, 3:-34, Feb 1,991 (P. 1-4).
18. Mac -neef, Manfred et al Desarrollo a escala humana; una opción para el futuro. Chile-Suecia, CEP/AUR-Fundación Dag Hammarskjold, 1986. 94 p. (p. 31).

## LA SITUACION DE SALUD EN GUATEMALA

Miguel Garcés de Marcilla

Al momento actual es evidente y ampliamente comprobada la relación directa existente entre desarrollo socio económico y las condiciones de salud de la sociedad, lo que se refleja en la existencia de patrones epidemiológicos semejantes entre sociedades con un grado y tipo de desarrollo similar, así como en las diferencias epidemiológicas entre subgrupos poblacionales de una misma sociedad que han sido afectados en forma distinta por el desarrollo económico.

Al describir la situación de salud del país, usando promedios nacionales, se esconden grandes diferencias entre la situación de sus clases sociales: las clases altas y más favorecidas presentan indicadores comparables a los de los países más desarrollados mientras que los grupos pobres, que son la mayoría de la población, tienen condiciones de salud altamente deterioradas que, en general, son peores que las de cualquier otro país de la subregión y del continente.

Guatemala cuenta con una población de 9 millones de habitantes de los cuales, según datos de SEGEPLAN para 1990, el 89% se encuentra por debajo del nivel de pobreza y un porcentaje aún mayor entre la población rural, marginal e indígena. El 65.2% de la población vive en el área rural, promedio que varía desde un 25% para la región metropolitana hasta más del 80% para la Región Noroccidental y la mayor parte de los departamentos del altiplano y las Verapaces. La población se distribuye entre 20 017 localidades, el 95% de las cuales tiene menos de 1,000 habitantes y dentro de estas hay aproximadamente 2 millones de personas que viven en localidades de menos de 500 habitantes. La ciudad capital cuenta con cerca de 1.6 millones de habitantes de los cuales alrededor de 600,000 viven en condiciones de marginalidad.

La distribución etarea es típica de países en desarrollo, conformando una pirámide poblacional de base ancha, donde el 48% es menor de 15 años y el 3.1% mayor de 65. El grupo materno infantil constituye el 40% del total (22% mujeres en edad fértil y 18% menores de 5 años).

Un alto porcentaje poblacional es de la étnias llamadas indígenas, las que conforman al menos el 37.1% de la población (los datos disponibles muestran grandes discrepancias), con un rango entre regiones de 1.6% para la suroriental hasta 84.8% para la norte.

Para el año 1989, la tasa de mortalidad general es de 7.20 por mil, la de mortalidad infantil de 41.39, la de natalidad de 40.8 por mil, la esperanza de vida al nacer es de 61.9 años, la tasa de crecimiento vegetativo es de 3.2% y la tasa global de fecundidad es de 5.8.

La morbi-mortalidad del país es causada principalmente por causas nutricionales, infecciosas y del período perinatal, seguido por homicidios y violencia y enfermedades crónico-generativas.

El subconsumo de elementos necesarios para la sobrevivencia (alimentación, vivienda, educación, trabajo, etc.) es responsable de las afecciones nutricionales e infecciosas, las que actúan sinérgicamente, produciendo cerca del 60% del total de las muertes que, en números absolutos para 1989, suman alrededor de 38,000. Alrededor del 55% de estas muertes ocurren en niños, el impacto de esta mortalidad sobre el número potencial de años de vida perdidos es de una magnitud altísima. Este número, para toda la mortalidad del país y según los datos disponibles para el año 1984, es de 2.6 millones. De este total, las afecciones perinatales produjeron 629 mil; las infecciones intestinales 487 mil; las infecciones respiratorias 435 mil y las deficiencias nutricionales propiamente 114 mil. Se puede apreciar que sólo por infecciones intestinales y respiratorias se perdieron 922 mil años (34% del total); mientras que sumando todas estas causas, que reflejan la mortalidad del subconsumo, se pierden 1.6 millones de años o sea el 62% del total.

Las infecciones inmunoprevenibles de mayor importancia en el país son sarampión, tosferina, tetanos, incluyendo el neonatal y poliomielitis. Todas ellas muestran un sostenido descenso, llegando a causar en la actualidad niveles muy bajos de mortalidad, a excepción del sarampión, que hace un año se presentó en forma epidémica y causó miles de muertes.

La poliomielitis está en franco descenso y existe la meta para su erradicación.

La tuberculosis pulmonar y en otras formas mostró un sostenido descenso hasta el año 1980 pero, a partir de entonces, este ha sido más lento lo que pudiera estar asociado a las condiciones de crisis económica de esta década.

El SIDA ha mostrado baja morbi-mortalidad en relación con las otras causas de muerte y otros países; sin embargo durante los últimos meses, la curva de apareamiento de casos se ha acelerado, lo que puede estar indicando una mayor transmisibilidad de la enfermedad. Este hallazgo necesita de seguimiento para tomar las medidas pertinentes.

Esta mortalidad del subconsumo, que afecta casi exclusivamente a las clases más pobres, es evitable en su gran mayoría y es totalmente injustificable que ocurra en nuestro medio. Para su prevención es indispensable una mejoría en las condiciones generales de vida de la población.

Utilizando el modelo de Lalonde y Bloom, adaptado a las condiciones nacionales, se ha estimado que las medidas de saneamiento ambiental tendrían un impacto estimado sobre la mortalidad del 60%, las modificaciones al estilo de vida del 23%, la optimización de los servicios de salud del 12% y las modificaciones a la biología humana del 5%. Obsérvese que las medidas de mayor importancia residen en aspectos ambientales y del estilo de vida, más que en aspectos propiamente "médicos", lo que indica la importancia del liderazgo del sector salud para orientar un quehacer intersectorial que actúe sobre estos condicionantes.

El segundo grupo de causas de muerte en el país está constituido por las afecciones causadas por el "consumo ampliado", o sea el consumo excesivo de elementos necesarios para la vida o consumo de elementos necesarios cuyo uso es inducido por patrones culturales o hábitos sociales. Se incluyen en este grupo las enfermedades cardiovasculares y crónico-degenerativas en general, así como las relacionadas al consumo de alcohol y otras drogas. La morbimortalidad de este grupo afecta principalmente a los grupos adultos y de la tercera edad; sin embargo la patología del alcohol y otras drogas afecta a la población desde temprana edad (adolescencia), produciendo niveles sustanciales de mortalidad en los adultos jóvenes.

La morbimortalidad por homicidios y violencia, referida causalmente a una "defensa del consumo", es de mucha importancia para el grupo de 15 a 44 años de edad, donde se constituye en la primera causa de muerte, reflejando el conflicto social existente. Anualmente se reportan 1 645

víctimas de homicidio y 1845 muertes por "otra violencia", lo que en conjunto hace un total de 3 490 defunciones. En el grupo de 15 a 64 años la mortalidad es ligeramente mayor en el sexo masculino, sin embargo en los menores de 15 años y mayores de 65 la mortalidad es mayor en el femenino, lo que puede indicar un problema de discriminación y falta de protección para este género. Este problema es de importancia aún en los menores de 5 años, donde las niñas tienen tres veces más mortalidad que los niños.

El grupo de morbimortalidad por accidentes se considera que se asocia principalmente a las condiciones laborales (consumo por el trabajo), aunque no en su totalidad. El número anual de muertes es de 1637, de las cuales el 75% ocurre en la población en edad productiva. En este grupo se repite el fenómeno de la mayor mortalidad en el género femenino en los dos extremos de la vida .

Al analizar la situación de salud por grupos etareos es evidente que el grupo más desprotegido es el de menores de un año, en donde ocurren el 21 % de total de las defunciones; la mayor parte en el período entre el primer mes y el año de vida, por causas nutricionales e infecciosas. Aunque la tasa de mortalidad infantil va en descenso, la velocidad del mismo es muy lenta y su nivel actual es inaceptable. La mortalidad infantil se continúa con la de la niñez, en donde se producen 8667 defunciones anuales por causas similares a la infantil.

Este nivel de mortalidad infantil y de la niñez es el mayor de Centro América actualmente.

En el grupo de población joven y adulta (15 a 44 años), la primera causa de muerte es el conjunto de homicidios y violencia, seguida por causas infecciosas, nutricionales y crónico - degenerativas.

En el grupo mayor de 45 años ocurre un fenómeno que es único en la región: la persistencia de causas infecciosas como las primeras causas de muerte, en lugar de las crónico - degenerativas. Esto es un reflejo de nuestras condiciones de vida. En el grupo mayor de 65 años ocurre un hecho de la mayor importancia, que es la presencia de la desnutrición como la segunda causa de muerte, después de las infecciones respiratorias. Este hallazgo obviamente indica una necesidad específica de este grupo etareo, que no está satisfaciendo sus necesidades más básicas de sobrevivencia.

Al hacer el análisis por otros grupos de riesgo debe destacarse el materno infantil, que constituye el 40% de la población total y en el cual, como se ha dicho, ocurren altísimos niveles de mortalidad. La atención del parto en el país es muy deficiente ( no más de 20% de atención institucional ), así como los cuidados pre-natales; lo que

se refleja en una tasa de mortalidad materna promedio de 9.7 por 10,000 nacidos vivos y en una mortalidad perinatal de 27 por mil nacidos vivos.

Los indicadores de salud mencionados muestran un empeoramiento notable para grupos postergados como los marginales, población del área rural y población indígena en general.

La mujer tiene una mortalidad menor a la del hombre, para la mayoría de las causas y con las excepciones en lo referente a las causas violentas y accidentes como ya se ha dicho. La mujer indígena, así como el hombre, deben enfrentarse no sólo a condiciones desfavorables de vida causadas por su restringida inserción en el desarrollo social, sino también por barreras culturales que limitan su acceso a los servicios de salud, así como barreras lingüísticas y geográficas por su dispersión en el territorio nacional.

## **LA CRISIS MUNDIAL, LOS PROCESOS DE AJUSTE Y LA SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL DE GUATEMALA.**

**Arnulfo Noguera Zelaya.**

En América Latina y el Caribe vive actualmente alrededor del 8 % de la población mundial, de las cuales el 47 % están bajo la línea de pobreza, generando solamente el 5 % del PIB mundial, con participación creciente en la población, decreciente en la economía y el mercado y probablemente creciente en la pobreza. Las condiciones socioeconómicas y políticas en las que viven las Américas, desde la década de los setenta, están vinculadas a profundas transformaciones que vienen sucediendo en la economía capitalista a nivel mundial desde finales de los años sesenta y que han tenido efectos negativos en los países de la periferia; éstos al querer adaptarse a la reorganización del proceso productivo a escala mundial, recurrieron a grandes endeudamientos bajo condiciones desfavorables tornándose imposible el cumplimiento de su pago, promoviendo a su vez la fuga de capitales criollos y el flujo negativo de capitales externos, lo que junto al insano manejo de las finanzas públicas y el no retorno de divisas producto de las exportaciones nacionales en especial agroexportaciones, conformaron un círculo vicioso.

Los factores exógenos descritos y los endógenos producto del agotamiento de sus modelos de desarrollo, basados en el crecimiento económico autosostenido, no permitieron alcanzar los niveles previstos de bienestar, manteniéndose las altas tasas de desempleo y



subempleo, mortalidad infantil y desnutrición y aumentando la marginalidad de grandes grupos de población. Entretanto los países centroamericanos han vivido situaciones aún más críticas, prevalecientes hasta hace algunos años, gobiernos autocráticos y siendo campo de batalla de cruentas guerras civiles que junto a los antagonismos sociopolíticos internos pugnan intereses geopolíticos internacionales agudizando aún más las condiciones derivadas de la crisis económica.

A partir de los ochenta los países se han visto sometidos a adoptar medidas de ajuste emanadas de los organismos financieros internacionales y acreedores externos. La implantación de estas medidas aunado a la tendencia histórica de la crisis da señales de profundizar el deterioro social y político institucional, lo anterior se complementa con los cambios sucedidos en Europa del Este y la Unión Soviética, la crisis del Golfo Pérsico y el establecimiento de un nuevo orden internacional que, entretanto no se demuestre lo contrario, relagará a los países de América Latina y El Caribe a un plano secundario en el orden de las prioridades mundiales. Si aceptamos definir la pobreza como la situación de un individuo, familia o comunidad que no pueden satisfacer el conjunto de necesidades básicas para el sustento de una vida digna ni participar plenamente en la vida social y consideramos al hombre como el sujeto básico de las transformaciones histórico-sociales para satisfacer sus necesidades biológicas, intelectuales y socioculturales, los hombres y sociedades en estado de pobreza están privados de ejercer sus derechos fundamentales y por lo tanto sometidos a vivir bajo condiciones que lo privan de *su libertad*.

Si analizamos algunas de las necesidades y satisfactores básicos de primer tipo como la alimentación y nutrición, podríamos deducir que la subalimentación y desnutrición están siempre vinculadas a la pobreza y que éstas son el resultado de la compleja interacción de factores tales como la ignorancia, desempleo, subempleo, medio ambiente agresivo, falta de acceso a los servicios públicos, marginación social e inestabilidad familiar. En este orden de ideas podríamos considerar que el estado alimentario y nutricional de una población expresa su calidad de vida, la que a su vez tiene fundamentos estructurales soportados en la pauta institucional del sistema social.

Información reciente sobre situación alimentaria nutricional en Guatemala muestra que la prevalencia global de retardo en peso en niños de 3 a 36 meses de edad es del 33.6% lo que no muestra cambios en la prevalencia global en los últimos años; sin embargo en números absolutos, debido al crecimiento poblacional, la cantidad

de desnutridos aumentó, estimándose para 1991 en alrededor de 600,000 niños de 3 a 36 meses que padecen algún daño nutricional. Según este indicador en este grupo de edad la región nor-occidental (Región VII) y sur occidental (Región VI) son las más afectadas del país, con prevalencias que oscilaron entre 29.4 y 46%. Información recopilada por el sector salud en menores de cinco años en 7 áreas de salud del país evidencia que la desnutrición aguda, según el indicador peso para la talla, prácticamente se ha triplicado de diciembre de 1988 a marzo de 1989 de 2.6% a 6.5%. La información sobre talla de niños entre 7 y 9 años de edad se considera como un reflejo del impacto de situaciones socioeconómicas desfavorables sobre la salud, alimentación y nutrición de la población. En el primer censo nacional de talla de escolares, realizado en 1986, se encontró una prevalencia promedio global de retardo en talla de 37.4% a nivel nacional con un recorrido entre 20.3% y 64.6%. Habiéndose identificado los departamentos del nor-occidente del país como de mayor riesgo nutricional por sus elevadas prevalencias. El análisis por municipio muestra mayor variabilidad que por departamentos con un rango de prevalencia que varía desde un 10% hasta un 92%, de los cuales 26 municipios muestran prevalencias entre 65% y 92% de retardo en talla. La deficiencia de nutrientes específicos en particular la hipovitaminosis A, anemias por deficiencia de hierro y el bocio endémico, han formado parte del espectro de las enfermedades nutricionales en Guatemala, para cuya solución en algunos de los casos, ha sido pionera en América Latina y los países en vías de desarrollo; para el caso de los desórdenes por deficiencia de yodo fue el primer país en América Latina en implantar un programa nacional de yodación de la sal que permitió disminuir la prevalencia de bocio del 34% a menos del 5% en el período de 1954-1965. Sin embargo, el no haber mantenido las medidas de control del programa de yodación de la sal hizo que la prevalencia se incrementara al 11% en 1979 y al 20% en 1987, período en el cual algunas zonas mostraron prevalencias superiores al 50%. De igual manera para 1965 la prevalencia de hipovitaminosis A, expresada como valores bajos y deficientes de retinol en plasma (menos de 20 mcg/ 100 ml), fue del 25%. Sin embargo en 1977, después de un programa de fortificación de azúcar con vitamina A, hizo que esta prevalencia disminuyera al 10%; nuevamente por fallas en el control del proceso de fortificación hizo que la prevalencia volviera a incrementarse al 22% en 1987. Hay información no publicada que indica que los niveles de cobertura de la fortificación del azúcar con vitamina A están alcanzado valores importantes, además de la administración de dosis masivas de vitamina A en preescolares, pero por razones de la crisis grupos importantes de población, en particular en el área rural, han disminuído el consumo de

azúcar o no la están consumiendo. En relación con anemias por deficiencias de hierro, datos recolectados por el INCAP durante 1984, en grupos de mujeres en edad fértil reportan que entre el 52% y el 76% de las mismas tenían menos del 20% de saturación de transferrinas, cifras que comparadas con lo encontrado en 1965 de un 49% indican un incremento de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro, en ese grupo, en ese período. La tasa de mortalidad infantil estimada para 1988 a nivel nacional fue de 64 x 1000 nacidos vivos, constituida por un 40 x 1000 de muertes post-neonatales y 24 x 1000 neonatal. Las principales causas de mortalidad infantil son: diarrea (23.8%), infecciones respiratorias agudas (23.6%), desnutrición (4.3%), afecciones en el período perinatal (4.12%), trastornos hidroelectrolíticos y ácido base (3.2%) que en su conjunto representa el 59% del total de defunciones en este grupo de edad. La tendencia de la mortalidad infantil ha sido descendente en el último decenio debido fundamentalmente al control de enfermedades infecciosas, en particular las inmunoprevenibles, y el impacto que la hidratación oral puede estar teniendo en la disminución de la mortalidad infantil por diarrea.

La información sobre producción de granos básicos muestra que la evolución de la capacidad de autosuficiencia en maíz, frijol y arroz desde mediados de la década de los 80 para Guatemala es adecuada para su demanda interna, no así para el caso de trigo y sorgo. La tendencia general en la agricultura ha sido la de sustentar un modelo agroexportador con alta dependencia de productos importados para la producción y alta vulnerabilidad de las exportaciones y disponibilidad de divisas como lo señala el hecho que el monto de las exportaciones en términos corrientes en 1987, fue menos de dos tercios del correspondiente a 1980, situación que ha repercutido en el empleo y los salarios reales y ha provocado una caída en los gastos sociales y económicos del Estado, aparte de que ha disminuído la autonomía alimentaria.

En cuanto a la disponibilidad per cápita de carnes (vacuna, de aves y porcina), Guatemala es el país que ha mantenido en los últimos años (1981-1984), los valores per cápita más bajos del área con una tendencia a reducirse año con año; afectados especialmente por la disponibilidad de carne vacuna. Así, de un promedio de 8.61 kilos que da el quinquenio 1976-1980 se tiene un per cápita de 6.74 que promedian los años 1981-1985. A pesar de la importancia creciente de la carne de aves, que viene representando en el último quinquenio una cobertura del 3 por ciento del total de carnes ofrecidas para consumo doméstico, estas no han compensado totalmente el decrecimiento de la carne bovina.

Muy ligada al problema de los precios está la política de comercio exterior y la importación de alimentos, tanto de alimentos importados en concepto de asistencia alimentaria internacional y las compras regulares. En los últimos años la ayuda alimentaria incrementó en 300% su volumen, de 18.000 TM en 1981 a 54.000 TM en 1987 con un total de beneficiarios de 1,500,000 personas en 1981 y 2.400,000 en 1987; estimándose para ese período un monto de US\$ 143.5 millones de dólares. Los alimentos donados incluyen: maíz, aceite vegetal, leche en polvo descremada, harina de trigo, trigo bulgur, arroz, avena, leguminosas y pescado o carne enlatada y harinas compuestas a base maíz, soya y leche. En la actualidad no se conoce el efecto social, económico, cultural y biológico que el incremento de la ayuda alimentaria está teniendo. En Guatemala, el costo de la alimentación medido por el costo de la canasta básica de alimentos se incrementó en una proporción mucho mayor a la del salario mínimo. Este salario se mantuvo igual por siete años consecutivos, en el período entre 1981 y 1987, y para 1988 se requería utilizar un salario mínimo completo y el 76% de otro para cubrir el costo de una canasta básica de alimentos. La Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica de Guatemala, estimó que en los años 86-87, un 83.4% de las familias guatemaltecas se encontraban en estado de pobreza, es decir familias con ingreso menor al valor de la canasta de bienes y servicios; de éstos un 64.5% presentaba pobreza extrema, es decir su ingreso era igual o menor al costo de la canasta básica de alimentos. Al diferenciar por regiones, la noroccidental que incluye los departamentos de Huehuetenango y El Quiché, presentan el más alto porcentaje con pobreza extrema 80%, seguido de la región norte, con 75.6%.

Lo descrito anteriormente construye un escenario que no muestra signos de modificarse en el corto plazo si el efecto de la inercia y las condiciones actuales persisten, sin embargo plantea un desafío político social, económico y técnico que obliga a tener la visión, convicción y compromiso de buscar opciones de solución al problema de alimentación y nutrición en Guatemala, desarrollando estrategias y acciones tendientes a modificar las causas que lo determinan y realizar intervenciones concretas que impacten los daños existentes y se desarrollen programas preventivos en especial para los grupos de población de mayor riesgo, manteniendo en el discurso y la práctica la decisión de alcanzar objetivos en lo alimentario y nutricional definidos como prioritarios en los programas de desarrollo económico y social.

La ayuda alimentaria externa puede significar, si su administración es adecuada, un apoyo a otras acciones integrales de desarrollo entretanto se alcanzan condiciones de autosuficiencia, resultando necesario que

la misma esté enmarcada dentro de las políticas y estrategias de seguridad alimentaria y nutricional que el país defina.

Debemos tener presente que aún cuando los postulados anteriores fueren considerados interpretando las aspiraciones democráticas de las grandes mayorías, sin la real participación de las mismas en la toma de decisiones para la construcción de su futuro y la incorporación de medidas que afecten las libertades políticas y los derechos humanos pondrían en grave riesgo la realización de las mejores intenciones, dada la difícil situación que se plantea ante la disyuntiva entre el pago de la deuda económica a los acreedores externos y el pago de la deuda social con los acreedores internos en quienes ha recaído y recae de manera importante el efecto de la crisis y el ajuste.

## BIBLIOGRAFIA

1. PNUD, II Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe. Desarrollo sin Pobreza. (Documento de Trabajo) Reunión técnica preparatoria Santiago de Chile, 17-19 de octubre de 1990.
2. OPS. Las Condiciones de Salud de las Américas. Publicación Científica No. 524, Edición 1990.
3. La Seguridad Alimentaria en el Istmo Centroamericano, CADESCA/CCE, Colección: Temas de Seguridad Alimentaria, No. 1, 1990.
4. Guatemala, Política macroeconómica y sus efectos en agricultura y la seguridad alimentaria. Programa de Formación en Seguridad Alimentaria del Istmo Centroamericano. CADESCA/CEE. Julio 1990.
5. OPS/INCAP, Situación Alimentaria Nutricional de Guatemala, GTB/INCAP, Guatemala, Marzo de 1991.
6. Beghin, I., J. De Canto, C. Teller. Desnutrición, Desarrollo Nacional y Planificación, Presentado en la Conferencia Internacional sobre Propuestas Prácticas para Combatir la Desnutrición. Cairo, Egipto, 25-29 de mayo, 1977.
7. Jolly, R. y A. Cornia. Efectos de la Recesión Mundial sobre la Infancia. Estudio especial del UNICEF. Edición Siglo XXI de España, Editores, S.A. 1084.

## EL DETERIORO ECONOMICO, POBREZA Y SALUD EN GUATEMALA

Tristán Melendreras Soto

### I. A MANERA DE PROLEGOMENO

Para poder eliminar la trilogía que nos ocupa: Deterioro Económico, Pobreza y Enfermedad en Guatemala, se hace necesario partir de la tesis de la necesidad de participación del Estado en el desarrollo, el bienestar y la salud, contrario a la situación que se da en la actualidad en el medio económico, social y político guatemalteco.

Lo anterior en oposición a lo que se afirma respecto a las deficiencias estatales y a las bondades de la administración privada.

Nada más alejado de la verdad pues, si así fuera, el liberalismo del siglo XVII no hubiese colapsado y la pretensión de resucitarlo se queda en la letra muerta de las políticas y la propaganda mal intencionada. En realidad no se puede ir contra la corriente pues si el liberalismo, ahora neoliberalismo, fuera la solución a la problemática económico-social de los países que lo practican -por no decir que se les impone- los problemas sociales habrían disminuido ostensiblemente y tendríamos un relativo bienestar, ya que eliminar las dificultades sociales de una vez es imposible.

#### A. El Por qué del Estado

El Estado no es nada espontáneo, ni divino, menos un milagro. ¡Es un invento del hombre!, surge para mediar entre los antagonismos de clase en el régimen de propiedad privada. Cuando surge éste aparece el Estado y, junto a ambos, las clases sociales en donde por definición, una, la minoritaria, se apropia del trabajo de la otra o de las grandes mayorías. Esa situación hace que se den enfrentamientos entre ambas clases y se crea la necesidad de formar una fuerza armada adiestrada para la represión, en menor número que el pueblo. Se conforma así: la sociedad, el Estado, la leyes y las fuerzas armadas.

Con el correr del desarrollo, lento hasta el apareamiento del modo de producción capitalista, el Estado ha jugado su papel en la dirección para la cual fue creado: en función de los intereses de quienes detentan el poder económico y político. En efecto, ha sido a lo largo de milenios de la historia del régimen de propiedad privada, el cual se mantiene por el uso de la fuerza, debido a que desde su surgimiento hasta nuestros días se ha mantenido en crisis y son éstas las que han dado lugar a las distintas formas de sociedad (modos de producción para ubicarnos): desintegración de la Comunidad Primitiva (origen del

régimen de propiedad privada); Esclavismo; feudalismo y Capitalismo, sostenidas por un Estado que se ha visto en la necesidad de efectuar variaciones transitorias, a las que denominamos gobiernos: monárquicos, parlamentarios, republicanos, democráticos, etcétera.

Así se llega al arranque del capitalismo y con ésto a la asunción de crisis diferentes por su severidad en cuanto al perjuicio social que imponen.

Es así como aparece y se institucionaliza el liberalismo económico en el siglo XVII, que corre aparejado con el desarrollo del capitalismo que implica el desarrollo agropecuario y el industrial, creándose de esa manera un mercado interior relativamente suficiente en Inglaterra, que lo complementó con el saqueo de que hizo objeto a las colonias.

Sin embargo indicar que el liberalismo aparece en un momento dado es omitir las razones de su surgimiento. Aparece el liberalismo en oposición al despilfarro de las *monarquías del siglo XV y XVI*, en particular las prevalentes entonces: la de España y Portugal. La vida parasitaria de los reyes y sus cortesanos indigna a los súbditos españoles y portugueses y se inicia así una lucha en contra del Estado, pretendiendo dejarlo como un simple gendarme de los medios de producción.

Esta lucha deja de tener sentido cuando el liberalismo se enseorea como una política necesaria en el desarrollo capitalista: que se da entre el siglo XVII y principios de XX.

En efecto, la Revolución Bolchevique de 1917 en Rusia comienza por demostrar que la participación del Estado es indispensable en el desarrollo de las economías atrasadas; más adelante, como forma de paliar la exacerbación de los antagonismos de clase, aparece el fascismo que toma sus mejores formas de presentación del incipiente socialismo y del capitalismo de Estado que más adelante se habría de transformar en Capitalismo Monopolista de Estado, en los Estados Unidos de América, originado por la crisis de los años treinta de este siglo. Esta configuración se da entre la I y II guerras mundiales; después se extiende hacia otras economías, pero demostró fehacientemente su efectividad con el triunfo de las fuerzas aliadas en 1945, cuando el socialismo aplastó al fascismo alemán.

## II. LA ECONOMIA DE GUATEMALA Y LA PARTICIPACION DEL ESTADO

Guatemala es un país con fuertes reminiscencias precapitalistas que en nada alteran al modo de producción dominante: el capitalista; por el contrario, esas formas son asimiladas y aprovechadas por el capitalismo nacional ya

sea absorbiendo mano de obra campesina a sus procesos productivos o bien asalariando a los dueños de la tierra, cuyas extensiones son reducidas, "comprando" la producción de estos campesinos al precio del mercado, lo cual significa que el campesino no fija el precio a su producción, sino que le es impuesto, lo cual, dicho pago, con el tiempo se vuelve un salario.

Esta injusticia prevaleció hasta 1944 y continuó después de 1954. En efecto, de 1944 a 1954 se dio en Guatemala un proceso revolucionario democrático-burgués, en donde la participación del Estado se constituyó en el eje de las actividades económicas, sociales y políticas del país. De esa cuenta es que, por primera vez en Guatemala y en el resto de países latinoamericanos, se daba un movimiento popular. Fueron gobiernos que sentaron las bases para un bienestar social con un desarrollo nunca alcanzado.

Así es como el Estado, dividido en sus tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, concibe leyes que en su práctica beneficiaron al pueblo de Guatemala.

A. Las características o logros de la Revolución de 1944-1954.

El hecho de haber participado el pueblo y la intelectualidad del país en dicha revolución, permitió a que el Estado tuviera un desenvolvimiento alrededor del cual giraron otras medidas y políticas de bienestar, tales como:

1. El Código de Trabajo que permitió la libre organización de los trabajadores y, por primera vez también, participar en la distribución de la riqueza.
2. La Seguridad Social, expresada en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que comenzó por proteger al trabajador de los accidentes; luego el programa Materno-Infantil hasta llegar a los beneficios que hoy se tienen.
3. La Autonomía Universitaria, la que se constituyó en un avance en lo que toca a la libertad de cátedra y, junto a ésta, se da una reforma educativa y se instituye la educación para adultos.
4. La Autonomía Municipal, proceso que tendía a la descentralización de las funciones del Estado creándose, de esa manera, las premisas para la formación de un Estado Moderno.
5. Atención a la Mujer y al niño buscando, por un lado, la igualdad de la Mujer y por otro, la protección del niño a través de guarderías infantiles.
6. Cuidado para los indigentes y/o desocupados, por medio del establecimiento de comedores populares y de asilos o centros de rehabilitación y de atención a los ancianos.
7. En lo Económico: la implantación de un Código de Trabajo permitía la libre movilidad de la fuerza de trabajo, así como una retribución a su uso con tendencia a la equidad.

Dentro de este contexto se puede distinguir lo siguiente:

a. El desarrollo del capitalismo guatemalteco por medio del proceso de ampliación en cantidad y calidad de un mercado interior, cuyos soportes se encuentran en:

- I En una abierta y decidida participación del Estado en las decisiones económicas, sociales y políticas;
- II Una Reforma Agraria que, en los pocos meses de vigencia, benefició a más de medio millón de personas, en su totalidad campesinos;
- III La búsqueda de un desarrollo industrial, base indispensable para el proceso de modernización del capitalismo guatemalteco.

b. En las relaciones, el Estado guatemalteco de 1944 a 1954 buscó la interrelación entre naciones a través de políticas de respeto a la soberanía de la Nación.

- I Se buscó la mejor manera de establecer el esfuerzo interno de las fuerzas vivas del país para evitar la dependencia y así fue como se construyeron obras que demandaban grandes inversiones y que se realizaron con dinero nacional, tales como: la carretera al Atlántico, la carretera interamericana, proyectos nacionales como el de Jurún Marinalá y otros que eliminaron la dependencia del naciente capital financiero Norteamericano, que había encontrado su consolidación con las bombas atómicas sobre Hiroshima y Nagasaki;
- II Se impidió la creación de enclaves extranjeros por medio de leyes que indicaban que las inversiones de guatemaltecos tenían que ser del 51.0 por ciento, a manera que las decisiones en asuntos económicos quedara en manos de los nacionales;
- III En las relaciones internacionales, la voz de Guatemala se dejó sentir de igual a igual en el concierto de las naciones desarrolladas y atrasadas.

En fin, el Estado democrático-burgués demostró fehacientemente que al interior de cualquier Estado se encuentran los recursos humanos más calificados y los elementos materiales indispensables para el desarrollo. Guatemala estaba confirmando lo que Estados Unidos de América hiciera entre 1920 y 1940: demostró la eficacia del Estado. Los norteamericanos se vieron en la necesidad de eliminar las tesis liberales ante el proceso inflacionario creado y, sobre todo, por los problemas laborales que la economía de ese país estaba padeciendo; surge de esa cuenta el Capitalismo de Estado que luego habría de transformarse en un Capitalismo Monopolista de Estado, condición sine qua non para la expansión del capital financiero de los Estados Unidos. Situación parecida se dio en Guatemala pues, sin la participación del

Estado, el capitalismo de Estado guatemalteco no habría alcanzado la Reforma Agraria ni las bases para el desarrollo industrial, como sucedió en 1944-1954.

### **B. Entre Paréntesis**

Desafortunadamente los terratenientes, aliados con el capital extranjero de la United Fruit Company, hoy BANDEGUA, promovieron una invasión extranjera al amparo de la Guerra Fría que se daba entre los países socialistas y el capitalismo, que había entrado en una crisis sin retorno en 1917, y por eso el ejemplo de Guatemala no se podía permitir: ¡había que detener al "fantasma" del comunismo!, fantasma que desde mediados del siglo XVIII "amenazaba" a las burguesías de los países industrializados; sin embargo no es sino con la revolución de 1917 que la crisis del capitalismo se evidencia con todo su rigor en tres etapas: primera, la crisis de materias primas por la pérdida de las colonias, la cual se da entre 1917 a 1945, lapso en el cual el socialismo a través del Estado de los trabajadores había derrotado al fascismo; la segunda es el desmoronamiento del colonialismo y surgimiento del neocolonialismo (aquí se inserta la Revolución de Guatemala de 1944-1954) y se entra a una crisis de materias auxiliares o energética, que habría de llegar hasta 1959-1969, fecha de la revolución cubana; y la tercera que aún no termina, desde entonces hasta nuestros días, como una crisis monetaria, en donde se envuelve a las economías atrasadas. Esta crisis se enlaza con la energética y se da la llamada Guerra del Golfo Pérsico.

### **III. EL ESTADO GUATEMALTECO ENTRE 1954 Y 1990-1991**

Dentro del contexto de la crisis reseñada superficialmente en el párrafo precedente, se conjuga lo que habría de ser una crisis en la economía de Guatemala que alcanza su momento culminante a partir de 1974 y que en la actualidad se encuentra en pleno auge.

La contrarrevolución en 1954 comienza por eliminar todas las políticas que había suprimido la hegemonía latifundista para volver a retornar el poder a una oligarquía diferente a la que sucumbió en 1944, pues se da una alianza con la cúpula militar a manera de dar el máximo de poder al resurgimiento de la misma.

#### **A. Características de la Contrarrevolución**

En primer lugar se dio una serie de leyes que eliminaron los beneficios sociales y económicos que el Gobierno Democrático-burgués había logrado: Se termina con la Reforma Agraria; se minimiza la importancia del Código de Trabajo; se politiza el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; se atenta contra la autonomía universitaria y la municipal; se centraliza el poder; se permiten los enclaves extranjeros invirtiendo el contenido de la ley de

inversiones extranjeras y políticamente se dan otros elementos debidamente registrados por la historia de Guatemala.

La supresión de aquellos beneficios económicos y sociales (se les llamó canongías y/o políticas comunistas) y al invertirse se sientan las bases para que a partir de los sesenta derrape la economía en un reformismo que no busca el desarrollo, sino encubrirlo por medio de políticas reformistas que revierten el proceso de desarrollo agropecuario y dejan una industria fantasma que no benefició en nada al país. Así se sientan las bases del Mercado Común Centroamericano, en donde la mayor parte de los capitales eran extranjeros.

Los logros alcanzados entre 1944 y 1954 no pudieron suprimirse de tajo, tan es así que aún hoy se disfruta algo de aquello (el seguro social y la autonomía universitaria y municipal, por ejemplo) que en realidad no es nada de lo que entonces se dio.

### **1. La Década 1960-1970: EL MERCOMUN nace muerto.**

Se caracterizó por una relativa paz social y aparente auge económico. Arranca con un proceso que culmina con la revolución cubana. Esto hace que se formulen políticas para evitar la repitencia del fenómeno y de ahí que la Alianza para el Progreso de impulsos al supuesto desarrollo industrial de los sesenta. Es el inicio de gobiernos militares que pretenden mantener a buen resguardo las instituciones democráticas. Sin embargo lo relativo del bienestar no es suficiente, pues es en esta década que aparece el movimiento armado en Guatemala, que se rebela en contra del orden establecido. La corrupción se entroniza, en oposición a lo que se daba en los gobiernos del 44-54 y la represión se institucionaliza. Mientras tanto, el Mercado Común Centroamericano comienza a evidenciar fisuras y la economía guatemalteca a resentirse. Aquí se da la mal llamada "Guerra del Fútbol" entre El Salvador y Honduras y los movimientos subversivos de estos países crecen, junto a un proceso que va cobrando fuerza en Nicaragua: El Sandinismo. Esta situación hace que la economía "hegemónica" a nivel centroamericano que mantenía Guatemala se vaya perdiendo y, junto con esto, desaparece el envasado de sustancias; la mezcla de las mismas y las ensambladores de "línea blanca" también decrezcan en el país. El desempleo se evidencia crecientemente y la pobreza comienza a evidenciarse, sin querer negar con esto que la misma no existiera antes. Es decir que desempleo y pobreza son formas de mantener altas utilidades en el capitalismo, pues así se presionan los salarios de los que se encuentran en los procesos productivos y circulacionistas en lo que respecta a su baja.

Entonces, el proceso inflacionario era imperceptible y no tenía el carácter que hoy le damos; podemos afirmar que,

a pesar del alza en los precios, esto dio una tasa inflacionaria -si vale el término- que a finales de 1970 se mantenía entre el 1.8 y el 2.9 por ciento. Por lo tanto la pobreza extrema no alcanzaba valores altos.

El fracaso de la década de los sesenta elimina políticas de supuesto desarrollo económico-social y se presenta la posibilidad de reforzar el neoliberalismo.

#### **A. El Neoliberalismo.**

En realidad no tiene nada de neo. Es el mismo que le funcionó a los aliados capitalistas de la II Guerra Mundial, sobre todo a los Estados Unidos, que impone el "Plan Marshall" para la reconstrucción de Europa destruida por los fascistas y rescatada por el Ejército Rojo. Una vez obtenido el triunfo, el 8 de Mayo de 1945, se decide lo que habrá de ser Alemania y a este país se le impone un neoliberalismo que le impide su despegue económico y social, o bien se lo da, pero de manera controlada, pues Alemania tenía una base económica sólida y, por lo tanto, no se le podía permitir la reactivación. ¡Se había dado una nueva redistribución del mercado mundial!

En 1954, después de la contrarrevolución armada -porque la política continuó- la Comunidad Económica para América Latina (CEPAL) formula políticas de "desarrollo" y, en Guatemala, los préstamos aquellos que Arbenz no quiso utilizar, se condicionan con la "Planificación" del desarrollo económico.

Más tarde, retomando los criterios del proceso de la reconstrucción europea, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial diseñan los programas de desarrollo para América Latina. Estos vieron que el neoliberalismo mantuvo tranquilo a Alemania y estimaron que eso era lo que habría de hacerse en América, dada a la efervescencia política existente. Se decide plantear el neoliberalismo, pero de una manera incompleta y el Estado se comienza a diluir.

#### **B. 1970-1980: El Estado comienza a perder fuerza.**

En efecto, en los setenta los gobiernos militares continúan ejerciendo el poder que el Estado proporciona por medio de la leyes y las fuerzas armadas. A mediados de esta década, se da lo que se denominó "el síndrome de Viet Nam"; la situación política en Guatemala se endurece y el imperialismo norteamericano resiente la competencia que le impone la comunidad Económica Europea y decide reforzar la dependencia aumentando la "fortaleza" del Dólar y variando las tasas de interés de los préstamos de su capital financiero: la deuda externa crece y junto a esto la dependencia.

A pesar de la derrota del fascismo, sus rasgos geopolíticos no terminan y se asume el criterio de que una sociedad empobrecida es una sociedad sumisa.

En Guatemala la represión requiere de dinero y el Estado distrae fondos de obras sociales para las fuerzas armadas. Se agudiza la subocupación y el desempleo, la economía se contrae y, ya en 1974, se evidencia un proceso de desindustrialización y un reforzamiento a la producción agropecuaria para la exportación (monocultivos).

En 1972 la inflación se deja sentir en la economía familiar y entre 1970 y 1980 crece de 2.0 a 10.7 por ciento. Es fácil suponer que tiene que darse un reacomodo económico y político, porque la exacerbación entre las clases sociales es de tal grado que las manifestaciones se vuelven multitudinarias a finales de los setenta y a eso hay que agregar que en 1979 se da la Revolución Sandinista; ésto viene a derramar el vaso y se da una fuga de capitales que rompe la economía de Guatemala, pero no la de los dueños del capital. Esto precipita el reacomodo político y el Estado comienza a perder terreno, se empieza a diluir y se agudiza la crisis.

#### **C. 1980-1990-1991: El Neoliberalismo de Nuevo Cuño o "Modernización" de Economía Guatemalteca**

Aquí se da la proposición de desarrollar la "Economía Social de Mercado", un nombre rimbombante con el que se denomina al neoliberalismo incompleto, pues entre sus políticas sólo comprende las de corte circulacionista, pero no la de los procesos transformativos de la materia. Se retoman elementos de la industria fantasma y se concretizan en lo que hoy conocemos como la maquila, pero con el agravante de hacernos creer que ésto es la panacea de los males económicos de Guatemala. En realidad lo que se logra es lo que eufemísticamente se denomina "La terciarización" de la economía: vender la ropa fabricada por maquiladores y ropa usada importada en "pacas".

Dentro de este contexto, los gobiernos de turno a principios de la década de los ochenta, comienzan a hacer "flotar" el Quetzal y prolifera el mercado negro de dólares. No es sino hasta mediados de los 80 que se dan elecciones libres y desaparecen los gobiernos militares: ¡un civil ha tomado el mando!

El Gobierno de la Democracia Cristiana comienza por reactivar la economía entre 1986 y 1987; más adelante lo hace con la Programación de Reorganización Nacional 1987-1988; y por último elabora su Plan de los 500 Días que comprende un reforzamiento al sistema bancario nacional y se da un proceso inflacionario jamás sufrido por el pueblo de Guatemala.

Naturalmente que esto tiene su explicación. Cuando asume el poder La Democracia Cristiana se encuentra un mercado negro de dólares y en 1986 se crean tres tipos de cambio; en 1988 se unifica la tasa cambiaria y para 1990 se deja "deslizar" el Quetzal.

Si en el década de los setenta se siente el rigor de la inflación, en los ochenta éste cobra una fuerza inusitada y la pobreza extrema se ensaña sobre el pueblo.

#### **IV. EL PROCESO DE PAUPERACION DE LOS GUATEMALTECOS.**

A la pobreza la debemos entender como un estado de cosas resultante de bajos niveles de ocupación por el deterioro de la economía; por lo tanto se presentan ingresos que se encuentran por debajo de una canasta que comprende los alimentos y otros bienes y servicios necesarios para la subsistencia humana.

De esa cuenta es que se tiene una pobreza extrema y otra no extrema. La primera comprende a familias cuyos ingresos se encuentran por debajo de la canasta básica de alimentos, por lo tanto insuficiente para cubrir el vestuario y la vivienda; la otra corresponde a familias con ingresos que sí alcanzan la canasta básica de alimentos, pero que dejan de cubrir otros bienes y servicios o que si bien los cubren es de manera deficiente.

En realidad esta dinámica o proceso de empobrecimiento es un sinónimo con la pauperación relativa y absoluta. Aquella es la que los trabajadores en la medida que aumenta la riqueza nacional, disminuye su participación en los procesos productivos. Esto implica que mientras los dueños de los medios de producción se enriquecen cada vez más, los trabajadores dejan de percibir la parte del ingreso que les corresponde, siempre y cuando estén ocupados o subempleados; la absoluta es la culminación del proceso en el descenso del nivel de vida de los trabajadores.

Si relacionamos la pobreza extrema y no extrema con el proceso de pauperación estamos frente al deterioro de la economía nacional, pero no de la riqueza de los dueños del capital pues, mientras más pobres hay, los ricos cada vez son más ricos en un número menor y así el Estado deja de cumplir sus funciones, pues mientras más hay, menos ingresos percibe. Recuérdese que el rico evade los impuestos, en tanto que los asalariados no pueden hacerlo. Quiere decir que son los trabajadores los que mantienen al Estado y enriquecen a los capitalistas.

#### **A. La Pobreza en Guatemala.**

La situación descrita arriba es coincidente con la de Guatemala. En efecto, desde 1980 el problema de la pobreza en el país se ha vuelto una pesadilla para la población que vive de un ingreso fijo. Así tenemos que la década de los setenta terminó con un nivel de pobreza total equivalente al 63.4% y de aquí el 31.8% se encontraba en pobreza relativa, y absoluta el 31.6%; para el año 1986-1987, la pobreza total fue del 81.1 por ciento: la relativa del 16.6% y la absoluta del 64.5% (obsérvese cómo se duplicó la miseria en el país.); en 1989 la pobreza total era

del 88.0 %, la relativa del 11.0% y la absoluta del 67.0%. De acuerdo a las cifras anteriores, se puede estimar que la pobreza total de Guatemala para finales de 1990 ya era más del 90.0 %, la relativa del 20.0% y la extrema pobreza del 70.0%

El hecho de partir, en este análisis, de finales de los setenta no significa que antes no haya habido pobreza; partimos de ahí porque las cifras están debidamente registradas y además nos permite visualizar el daño que le ha costado al pueblo de Guatemala la "modernización" de la economía. Es pues el resultado de la tendencia neoliberal en donde lo que más se impulsa es el comercio que permite la subocupación y un proceso inflacionario dinámico.

### 1. La Inflación en Guatemala

La inflación es un fenómeno económico propio del capitalismo y tiene dos formas de explicación que, a la vez, se interrelacionan agudizándolo. Así, pues, se dice que se presenta cuando la masa de dinero en circulación es mayor que la sumatoria de los precios de una economía dada. La otra simplemente indica que se da por el alza generalizada de los precios.

Tanto una como la otra no dejan de tener sentido, pero mientras que la primera perdió vigencia en la década de los veinte, la otra se presenta precisamente a partir de ahí, pues es cuando se institucionaliza el sistema bancario que funciona como el de Guatemala, el arquetipo inglés.

Es el sistema bancario tipo inglés el que controla la masa de dinero y desmiente el criterio de la monetización que tanto manejan los monetaristas, pues una institución tan seriamente organizada por el Estado no puede concretar sus funciones sólo al buen funcionamiento de los bancos privados, sino que controla la masa de dinero y así, a la inflación.

Por eso decimos que la inflación es el complemento de la explotación de la fuerza de trabajo, pues lo que no se le quitó al trabajador en los procesos productivos, se le quita en la órbita de la circulación de las mercancías que necesita consumir el obrero y su familia para la subsistencia. Y la realidad es esa, pues es a partir de los setenta que se comienza a sentir la crudeza de la inflación y la década de los 80 es la manifestación, hasta ahora, de los grados de deterioro a que puede llevar la economía de las familias pues, como señalamos, oficialmente se aceptó un proceso inflacionario entre el 60.0 y el 92.0 %, pero la verdad es que llegó al 150%.

#### a. La Devaluación del Quetzal

En la medida que los precios suben la capacidad adquisitiva del dinero se pierde y a esto es a lo que conocemos como depreciación. Pero cuando ésta se potencia la situación obliga a que el Estado devalúe o sea que el dinero nacional pierde paridad respecto a las divisas

externas, en especial en la hegemónica: el Dólar.

En Guatemala sucedió un proceso de devaluación que llevó al Quetzal a una paridad de más allá del 5 por uno; es decir que por 1 Dólar se dan más de cinco quetzales.

En tanto que la depreciación se genera en la órbita de la circulación, diz que por el "libre" juego de la oferta y la demanda, la devaluación es potestad del Estado; sin embargo en el año de 1990 la devaluación la efectuó, supuestamente, el "libre" juego de la oferta y la demanda con la cual la potestad del Estado se perdió así como la soberanía pues fue una imposición del Fondo Monetario Internacional.

Empero, hoy se argumenta que la devaluación se detuvo y que eso "hace" fuerte a la economía guatemalteca, lo cual no es verdad pues lo que sucede es que la devaluación sólo beneficia a los mismos de siempre: a los agroexportadores que tienen inversiones en el sistema bancario nacional y, además, esta es una de las tantas excusas que necesita la burguesía para elevar los precios, quizá la más efectiva, pues al devaluar las importaciones se encarecen y eso sube los costos lo cual incide en el precio del producto final; sin embargo, la elevación de los precios no se hace en proporción al alza del costo, sino más que proporcional. Por eso decimos que es una excusa y muy seria para incrementar la inflación.

En lo que va de 1991 se ha dicho que la inflación se detuvo o que tuvo tasas muy bajas; la verdad es otra. Es cierto que algunos productos básicos, como el arroz y el frijol sí bajaron de precio, pero otros siguen elevándose. La baja no es tal, ya que unos precios bajan y la mayoría de las mercancías de la canasta básica siguen subiendo; no quiere decir que la tasa disminuya. ¡La inflación sigue subiendo!

Esta situación de pobreza, en donde la inflación juega un papel determinante en la pérdida de la capacidad de compra de la población, afecta más a los subempleados que a los ocupados. Esto se debe a que el problema más severo de Guatemala es la subocupación por la "terciarización" de la economía. En tanto las políticas del Estado y del Sector Privado no se orienten hacia el desarrollo de los procesos productivos, la economía y la pobreza aumentarán, tal y como lo hemos venido observando en las tasas que detallamos supra.

Si consideramos que la población total para finales de 1990, según la tasa de crecimiento vigente 2.8%, fue de 9 155 795 personas, la pobreza total fue de 8 240 216 habitantes. Quiere decir que el año 1991 se inició con una pobreza extrema de 1,831,159 y la miseria alcanzó a 6,409,057 hombres, mujeres, ancianos, jóvenes, niños (Guatemala tiene una población joven), siendo los jóvenes los más afectados y, de ahí, la indigencia, la promiscuidad, la prostitución, la delincuencia y todos los males sociales que estamos padeciendo los guatemaltecos, que nos conducen a la desnutrición y a la enfermedad.



## V. LA ENFERMEDAD EN GUATEMALA.

De hecho, Guatemala es un país enfermo, tanto biológica como socialmente. En lo biológico podemos aseverar que la economía por tener una fuerte carga de características precapitalistas, el tipo de enfermedades que se padecen son infectocontagiosas: Diarrea, Tos ferina, Tuberculosis, Malaria, Dengue, etcétera.

La mayoría de las enfermedades infectocontagiosas se deben a las condiciones de miseria en que se debate el pueblo de Guatemala: Insalubridad, falta de higiene, de educación, ausencia de control de calidad de la producción, desnutrición, etcétera.

Ya la desnutrición por si misma es una enfermedad y el hecho de nutrirse genera delincuencia (defensa del consumo). Se da así la enfermedad social que conduce a la degradación moral de las personas. Enfermedad biológica-enfermedad social, son dos aspectos indisolubles e indispensables para la proliferación de la delincuencia en todas sus manifestaciones.

Quiere decir que el 70.0 % de la población de Guatemala se encuentra cerca de la enfermedad: ¡6,409,057 personas!, o biológica-socialmente.

## LA SITUACION DE LA SALUD DE LA MUJER EN GUATEMALA.

Silvia Castañeda Cerezo

Todos sabemos que las actuales estrategias para lograr salud y desarrollo en el mundo están fallando. Millones de niños continúan amenazados por la desnutrición y la enfermedad, sus padres conviven con la constante sombra de la violencia, el hambre y la muerte, los daños ecológicos avanzan a pasos agigantados y, en general, la sobrevivencia de la humanidad tambalea a cada instante ante la amenaza de la guerra nuclear.

¿En dónde radica el fracaso? yo considero y refuerzo los conceptos vertidos por los otros panelistas: que el problema fundamental ha sido tratar de imponer soluciones parciales y sectoriales a problemas cuya esencia es más profunda y radica en la problemática social y política de la humanidad.

Dentro del campo que hoy nos ocupa, la salud de todos, principiaré poniendo como ejemplo los programas de sobrevivencia infantil. Como todos sabemos se ha pretendido abordar el problema con algunas intervenciones parciales como son las inmunizaciones, la terapia de rehidratación oral y las acciones contra las infecciones respiratorias agudas.

Desde otra óptica, la sobrevivencia y la calidad de vida digna para los niños no depende únicamente de la

ausencia de enfermedad. Depende también de la salud física y mental de sus padres, de la posición económica y social de su familia y su comunidad, de la disponibilidad, calidad y costo de la educación, de la estructuración y funcionamiento de los servicios de salud, de la presencia y calidad de los servicios sanitarios, de la posibilidad de vivir en un ambiente en donde se respeten los derechos humanos, de la relación de los gastos militares en relación a los gastos públicos, de la preservación o destrucción del medio ambiente, etc. etc, etc. Todo lo anterior dependiente en mayor o menor medida de los condicionamientos y las presiones externas ya mencionadas en esta mesa que protegen los intereses económicos y políticos foráneos a expensas de quitar de la boca el pan de nuestros niños.

La salud de la mujer será tomada en mi presentación como un punto de partida para mencionar una serie de factores condicionantes y determinantes de la situación de salud de la sociedad en general, ya que no podemos ni debemos desligar los vínculos naturales y sociales entre madre-hijo, hombre-mujer, mujer-familia, mujer-sociedad.

Partiré de la premisa de que no pueden lograrse condiciones ideales para la calidad de vida de las mujeres y los niños en una sociedad en donde tampoco los hombres gozan de ella y afirmando que la meta de ambos, hombres y mujeres, debe ser lograr condiciones de desarrollo humano en una lucha común por lograr un ambiente de igualdad de oportunidades y justicia social.

El concepto mujer se aborda no simplemente como el referente empírico de la condición biológica de uno de los sexos, sino como una construcción social que se extiende a partir de la diferencia biológica entre los sexos, para incluir un conjunto de normas sobre conductas y actitudes aceptables y esperadas por parte de cada uno de ellos. Esto es lo que en la literatura reciente se ha denominado género y que no es más que un producto histórico que varía en contenido a través del tiempo y del espacio y afecta diferencialmente las oportunidades de los hombres y las mujeres, que se insertan en los distintos grupos sociales, oportunidades entre la que se cuentan las referentes a salud, sobrevivencia y calidad de vida.

Diré, entonces, que la condición femenina es histórica, es decir varía con el modo de producción por una parte y, por la otra, se redefine y reproduce en condiciones de clase específica.

La carga que le impone a la mujer guatemalteca su pasado histórico, sobre el cual no podemos entrar en detalles en esta oportunidad, la condiciona a creer que la salud de su compañero y la de sus hijos es su responsabilidad exclusiva y que tiene la obligación de lograrla aún en detrimento de la suya propia, asumiendo así la responsabilidad de la reproducción biológica, la de la reproducción de la fuerza de trabajo de la familia, el

cuidado de la salud y educación de los hijos y, la mayoría de las veces, también la de aportar con su trabajo fuera del hogar al ingreso económico de la familia. Todo lo anterior son funciones que la mujer realiza en condiciones de dominación, desigualdad e injusticia legal en detrimento de su salud por el consecuente aumento de sus requerimientos, fatiga y estrés.

La salud integral de la mujer en nuestro medio es condicionada, entonces, por una serie de factores como son el género, la religión, la etnia, la escolaridad, las oportunidades de empleo y trabajo, las crisis económicas, la ruralidad, la legislación y la situación política entre otros.

Dentro de los aspectos que afectan negativamente la salud de la mujer por condiciones de género mencionaré:

- La mujer asume la responsabilidad del cuidado de su salud y la del resto de la familia bajo condiciones de ignorancia, dependencia económica, pobreza y falta de autonomía para tomar decisiones.
- A la mujer desde muy pequeña se le enseña y se le obliga a ocultar y no preguntar sobre su cuerpo y la sexualidad lo cual la hace más vulnerable frente a muchos procesos mórbidos y a actuar en condiciones de desventaja en sus relaciones con el sexo opuesto.
- La actitud de sumisión y conformismo ante el papel asignado a su género, como ser pasivo en la decisión de las relaciones sexuales, hace que las mujeres transcurran durante su vida reproductiva sin poder decidir sobre el número de hijos que desean tener y exponiéndose a serios riesgos de salud ligados a la reproducción, a enfermedades de transmisión sexual y al aborto.
- La participación de la mujer en la fuerza de trabajo, unida a las obligaciones de atender ella sola lo doméstico y el incremento de sus necesidades por su papel reproductivo, la exponen a condiciones particulares de desgaste biopsicosocial que dan lugar a patologías que han sido poco estudiadas especialmente en el campo de la salud mental y enfermedades laborales.
- Existen actitudes y prácticas reproducidas históricamente por la mujer que tiene repercusiones de salud negativas especialmente en los aspectos reproductivos y nutricionales.

El bajo nivel educativo y por ende las limitadas oportunidades de empleo y las altas tasas de fertilidad condicionadas por el género profundizan y reproducen la pobreza de la mujer, lo cual se correlaciona directamente con la morbimortalidad materno-infantil.

Las mujeres no intervienen en la formulación de políticas de salud por lo que generalmente no se dimensionan adecuadamente las necesidades específicas de la

mujeren relación a su salud física, mental y social.

## **RELIGION.**

La religión afecta la salud de la mujer por el conflicto en que la coloca al contrastar las actitudes que le son necesarias para sobrevivir en su realidad como son tenacidad, seguridad en si misma, control sobre su cuerpo y sexualidad, participación activa en la economía del hogar y ejercicio del criterio sobre la crianza y educación de los hijos, con las atribuciones que la religión le adjudica como son sumisión, humildad, obediencia al marido, conformismo y aceptación de un papel relacionado exclusivamente con la reproducción biológica.

Las diferencias religiosas en mayor o menor medida restringen la libertad de la mujer en la toma de decisiones importantes para su salud, como son el aborto, la anticoncepción y el divorcio, aparte de la presión de aceptar la enfermedad propia y de la familia como una situación de voluntad divina. La religión entonces, a mi juicio, es un arma utilizada por las sociedades patriarcales para impedir el desarrollo de la mujer en las esferas física, psíquica y social.

## **LO ETNICO.**

Entre esta interrelación inseparable de factores que influyen en la salud de la mujer menciono brevemente lo étnico ya que, históricamente, existe en el país situaciones económicas y políticas que colocan al grupo indígena en condiciones de desigualdad y marginación respecto al grupo ladino dominante y dueño de los medios de producción.

Ser indígena en Guatemala, y especialmente mujer indígena, marca enormes diferencias respecto a las oportunidades de educación, empleo, participación social y por lo tanto de salud..

En relación a la escolaridad, en países como el nuestro, invertir tiempo, dinero y energía en la educación formal de una niña, no es importante debido a que se considera que su destino social es casarse tempranamente y por lo tanto no es un elemento importante como generador de ingresos para la familia. Esta educación formal que genera su papel de madre, esposa y consejeras es mínima o nula en las clases sociales más desposeídas, superficial y mal orientada en las clases dominantes y deficiente en las clases medias que es donde se tiene mayor conciencia de su utilización. Existen en los planes de estudio, en los métodos docentes y en los textos escolares prejuicios y diferencias que reproducen los estereotipos femeninos y masculinos no permitiendo así el desarrollo del ser

humano en condiciones de igualdad.

Está plenamente demostrado que la escolaridad de la mujer, la escolaridad de su familia y de la comunidad se refleja directamente en las tasas de morbimortalidad, especialmente la materno-infantil.

## **EL TRABAJO.**

El trabajo no puede concebirse en si mismo como generador de enfermedad; en el caso de la mujer las condiciones de desigualdad, de discriminación, pero sobre todo de exceso y de monotonía, generan en ella situaciones de estrés, fatiga y agotamiento que unidas al aumento de sus requerimientos y riesgos inherentes a su función reproductiva la colocan en situación de mucho riesgo a padecer una gran cantidad de morbilidad física y mental que no recibe la atención adecuada. Uno de los problemas principales que existen en relación al trabajo y la salud de la mujer es que, dentro del gran ámbito en que se desempeña, desde el trabajo doméstico al agrícola o el ambiente fabril no cuenta en la mayoría de casos con la protección adecuada por parte del estado y la seguridad social.

Las condiciones económicas de un país son fundamentales para determinar las posibilidades de empleo para la mujer. Es muy difícil hablar de derechos laborales de la mujer, en condición de igualdad con los hombres, cuando la situación de desempleo y subempleo es un fenómeno creciente que se da para ambos.

## **RURALIDAD.**

En Guatemala se estima que más de la mitad de la población vive en el área rural, lo cual unido a condiciones expuestas previamente de clase social, género y etnia, coloca a la mujer en posición de desventaja para el logro y conservación de condiciones óptimas de salud. Algunos de estos aspectos que se consideran estrechamente ligados a ruralidad y situación de salud son:

- Agudización de la pobreza en función de la limitación existente de oportunidades de trabajo remunerado. Esta falta de oportunidades, especialmente para la joven indígena, hace que emigre a las ciudades en busca de trabajo en donde la principal opción es el servicio doméstico. Estas mujeres caen fácilmente en ser objeto de explotación, prostitución o en alcoholismo, drogadicción y mendicidad.
- Limitaciones en la disponibilidad de alimentos diferentes a los producidos localmente.

- Los servicios de salud son generalmente escasos y con pocos recursos.
- Existen dificultades de acceso a los servicios de salud regionales.
- A mayor distancia de los centros urbanos existen mayor dificultad de acceso a los medios de comunicación.

## **CRISIS ECONOMICA.**

Las crisis económicas, sociales o de valores éticos, afectan especialmente la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad, es decir la de las clases económicamente desposeídas y dentro de cada clase la de las mujeres y la de los niños.

La menor accesibilidad de alimentos afecta a todo el grupo familiar pero en la mujer los efectos son más devastadores ya que sus demandas aumentan con el embarazo, la lactancia, menstruación y el uso de determinados anticonceptivos como los dispositivos intrauterinos.

El ser la encargada de controlar los ingresos destinados a la alimentación genera en ella la ansiedad propia del que tiene que distribuir lo que ya no es suficiente, además de sobrellevar las consecuencias de la ansiedad y la depresión de su compañero y de sus hijos cuando las necesidades básicas ya no son llenadas como en otra época, lo cual genera mayor angustia y violencia intrafamiliar.

Las crisis traen como consecuencias una mayor necesidad de controlar la natalidad y, por tener la mujer la responsabilidad casi exclusiva de la contracepción, tiene que utilizar métodos más seguros aunque no sean los más indicados para su salud, como los anovulatorios orales, con el agravante de que está disminuida la posibilidad de acceso a atención médica calificada para éste y otros casos de enfermedad así como la menor accesibilidad económica a los medicamentos apropiados.

Si la mujer empieza a trabajar fuera del hogar para sobrellevar mejor la crisis económica puede disminuir relativamente los problemas ya mencionados, pero la situación le genera nuevos problemas como el aumento de la fatiga por la triple jornada, la mayoría de veces sin la posibilidad de pagar quien le ayude, y los conflictos con su pareja y con los hijos que su ausencia trae consigo.

## LEGISLACION.

A pesar del principio de igualdad en dignidad y derechos, así como de obligaciones expresado constitucionalmente, existen leyes de trabajo civiles, penales y especiales en los que se discrimina a la mujer respecto al hombre en lo relacionado con salarios, condiciones laborales, derechos y obligaciones dentro de la familia, leyes sobre el aborto, prostitución, adulterio, divorcio, tutela, etc.

## SITUACION POLITICA.

La situación de violencia que ha sufrido Guatemala ha traído graves consecuencias a las mujeres y niños, especialmente en el área rural y principalmente a la población indígena. Las muertes, desapariciones y persecución de los varones, como consecuencia de los enfrentamientos políticos del país, han dejado a muchas mujeres viudas o asumiendo temporalmente el papel de jefes de hogar en condiciones sumamente difíciles y que no les permiten lograr un nivel de vida aceptable para ellas y sus hijos.

## DESARROLLO.

Al referirnos al tema de la mujer considero sumamente importante hacer referencia al enfoque de desarrollo humano, recientemente planteado a mediados de 1990 por el programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en el que se dice que es un proceso de ampliar las oportunidades de las personas y que va más allá que el crecimiento de los indicadores económicos, los cuales se consideran importantes, pero no únicos.

Los puntos más importantes se resumen en lograr una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y a aquellos recursos que le permitan un nivel de vida digno y decoroso. A lo anterior se agrega la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de la persona.

Deseo finalizar mi intervención expresando que, dentro de un ambiente generalizado de condiciones sociales precarias y con un sistema de valores producto del sistema mismo, encontramos una discriminación de sexos en aparente favor del hombre lo cual lo demuestran los índices sociales, la educación, el trabajo, el seguro social, la universidad, los derechos civiles, etc. Sin embargo el análisis de la problemática, de una manera integral y totalizadora, nos conduce a pensar que los efectos negativos de una situación, en el presente caso la de la salud de la mujer, se hacen sentir también en quien se encuentra en el polo opuesto en supuestas mejores

condiciones. Como ejemplo de lo anterior puedo mencionar los problemas que debe enfrentar un hombre ante las condiciones de estrés, fatiga, insatisfacción y frustración de su pareja, o bien la sobremortalidad del sexo masculino determinado por condiciones de género en su vida y trabajo. Otro ejemplo en el que podemos hacer notar cómo un indicador negativo afecta a la otra parte es la condición de desarrollo emocional cuando las posturas "machistas", comunes en los países de Latinoamérica, niegan al hombre la posibilidad del disfrute pleno de la crianza y educación de los hijos. Así como la oportunidad de compartir y disfrutar a plenitud la convivencia con su pareja.

La experiencia ha demostrado que al tratar el tema de la mujer frecuentemente se cae en el mismo error de cuando se planifica en el sector salud únicamente por hombres; siendo la problemática de la salud de la mujer una parte integral del resto de la sociedad, considero que en sus análisis deben participar hombres y mujeres que con la síntesis de sus consideraciones puedan visualizar y proponer soluciones con un enfoque totalizador.

## SALUD EN GUATEMALA Y PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL.

Rodolfo Kepfer Rodríguez

### JUSTIFICACION DEL ENFOQUE.

Los problemas de salud-enfermedad sólo pueden ser comprendidos integralmente en el continuo sociocultural: individuo-institución-práctica social. El no hacerlo así nos empuja a la limitación práctica y conceptual del enfoque biomédico.

Al hacer mención de la práctica social, en relación a los problemas de la salud en Guatemala, se exige definitivamente aceptar el papel de los sujetos históricos, es decir personas concretas que, en su realidad total, son afectadas o participan de alguna manera de la dinámica social y cultural en la cual la enfermedad se despliega. El hecho concreto es que nuestro ambiente social, personal, ecológico, político y económico se hace cada día más agobiante y perjudicial para la mayoría de los guatemaltecos, quienes, como individuos y grupos humanos y en los diversos contextos de su participación social, definen y especifican diversas modalidades de vivir lo social desarrollando, para lo mismo, prácticas, actitudes y creencias con las que enfrentan su vida cotidiana.

Por lo mismo, podemos referirnos a un orden cultural

y psicológico en el que los individuos y grupos humanos manifiestan las modalidades de su convivir y, con ello, afrontan los desafíos y hostilidades que les plantea un medio ambiente hostil, patogenético y con perspectivas limitadas en cuanto a la calidad de vida.

Ante esta problemática global se yergue inevitablemente el ejercicio del poder, con el cual el principio regulador estatal trata de provocar orden y proyectividad social a través de la instauración de políticas y estrategias relacionadas con la salud. Estas son percibidas por la población, con los diferentes matices que los sujetos (actores y objetos) de lo social se sienten involucrados ó son simplemente víctimas de la agresión de agentes patógenos tanto biológicos como psicosociales.

En este contexto, denominamos "efectos discursivos" a los planes políticos y estrategias con que los grupos, que toman decisiones sobre la salud, trascienden del espacio político tradicional al estado, la seguridad social, las instancias privadas que tratan la enfermedad (me refiero al ejercicio privado de la medicina) y llegan a la población en general a la cual se hace receptáculo de tales mensajes.

Si estos efectos discursivos tienen una significación ideológica (no científica) es que la misma se constituye en una modalidad comunicacional con la que el poder busca instaurar mensajes de significación sanitaria en la población, aunque los mismos no sean percibidos de esa manera.

#### **RECEPTIVIDAD IDEOLÓGICA Y APTITUD SOCIAL.**

Lo que estamos afirmando es que las políticas y estrategias de salud se instalan en la población como elementos ideológicos y, con esto, muchas veces ajenos y disociados de los intereses populares; éstos, a su vez, siguen haciendo uso de sus recursos culturales y tradicionales para afrontar "como van pudiendo" las amenazas reales que un ambiente hostil, papuerizado y desorganizado genera. Como un caso concreto, en nuestro medio político, donde la ineficiencia de la sociedad civil en instaurar una voluntad de cambio se hace más y más notoria, los mensajes en relación a la salud suenan muchas veces desfasados, antojadizos y circunstanciales. Ante la amenaza de serios problemas epidémicos intestinales se promocionan mensajes "higienizantes" que en realidad no sabemos si sean factibles de llevarse a cabo - "el ser más limpio para impedir la contaminación bacteriana"-; la pregunta que nos surge apunta hacia la receptividad que el sujeto cultural popular,

el hombre cotidiano, el habitante rural, el peón migratorio, etc. puede realmente mostrar ante los serios problemas medioambientales, a los que se agrega el peligro de la contaminación alimenticia, causada precisamente por la pobreza.

Sin embargo, en nuestro medio y en otros más, se escucha el discurso tecnocrático, al que definimos como expresado por sectores que participan en las decisiones del Estado, pero que solamente exhiben el perfil del funcionamiento mecánico, estático y funcional de lo público. Esta expresión tecnoburocrática se manifiesta en todos los órdenes de la vida societal: políticas económicas y cambiarias, decisiones sobre los energéticos, enfoques sanitarios fincados en el funcionamiento de hospitales, etc. Indudablemente el sector tecnocrático no tiende a analizar la trascendencia humana, cultural, económica y política que tiene las decisiones, precisamente, por formuladas tecnocráticamente.

Sin embargo, a nivel de lo cultural y del espacio de pensamiento y práctica de lo popular, cotidiano, sensorial e intuitivo de la vida social, lo que se experimenta dramáticamente es la falta de respuesta, la apatía e indiferencia la cual es vivida por parte de los agentes sociales que se perciben marginados y suprimidos del quehacer nacional. Dichos problemas se pueden concretar en situaciones que conllevan:

- Legitimación social e impunidad por parte de la institución englobante: el Estado.
- Participación política deficiente, ventajosa y alejada de los sectores populares, por ejemplo Congreso.
- Uso frecuente, unilateral y desviado de la verdad, por los medios de comunicación de masa.
- Interiorización constante, cotidiana y abrumante de la violencia en todos los órdenes de la vida del guatemalteco.
- Movilización parcial e interesada en privilegios de clase por parte de sectores del poder que sólo se mueven alrededor de sus intereses.
- Pérdida o disgregación de movimientos sindicales, traducida en movimientos erráticos.
- Apatía y silenciamiento de sectores de pensamiento y cultura, por ejemplo las universidades que característicamente se ha mantenido al margen de una expresión posible sobre lo social.

Como consecuencia es evidente que todo lo que se denomina trastorno psicosocial se viva, sufra y reproduzca en los espacios populares, institucionales y aún familiares, los que se ven afectados por las innumerables agresiones sobre la precaria salud del guatemalteco. Ante esta situación cabe preguntarse, con insistencia y honestidad, sobre cuáles serían las posibilidades de participación real, popular y democrática en la perspectiva de un mundo en que el concepto de revolución social ha perdido su perfil característico y, más aún, cuando los bloques ideológicos que alentaban ese pensamiento han recurrido a otro tipo de estrategias.

#### **RESPUESTAS DESEABLES Y NECESARIAS.**

- 1o. El apareamiento e instauración de una voluntad política que basada en la eficiencia, dialogicidad y sentido histórico, puede redefinir un esquema de desarrollo en el que los problemas de salud tengan un lugar real.
- 2o. Hacer del desarrollo institucional un proyecto histórico en el que los individuos involucrados actúen no como entes burocráticos, sino como sujetos históricos, con una responsabilidad social que les pueda ser demandada.
- 3o. La puesta en juego de decisiones de verdadera significación política y social, haciendo que de las mismas se desprenda el horizonte o la perspectiva que oriente la participación multisectorial indispensable para el desarrollo sanitario.
- 4o. Creación de la intención y el proyecto de desarrollo social en el que el criterio economicista sea un medio y no un fin en sí, y en el que el Estado realmente se defina como responsable de la salud del guatemalteco.
- 5o. Recreación, consolidación y sustento de los movimientos y grupos culturales que emerjan dentro de la nueva perspectiva histórica de la participación democrática y popular.

#### **Conclusiones ofrecidas al final de la realización del panel-foro sobre salud-enfermedad del guatemalteco, derivadas de las presentaciones y discusión.**

##### **Conclusión No. 1:**

La salud-enfermedad depende tanto de variables biológicas como sociales, siendo las características socio-económico-escolarización de las determinantes.

Los niveles de salud-enfermedad únicamente se superan cuando se corrijan las variables indicadas.

Se evidencia que al superar esas variables se mejoran los niveles de salud-enfermedad aún cuando no se actúe directamente sobre ella.

##### **Conclusión. 2:**

Se evidenció que en la salud-enfermedad de la población, están implicados aspectos de:

1. **INVESTIGACION.** Especialmente relativos al:
  - A. Conocimiento de la realidad concreta de la nación, tanto de la persona, considerada individual como colectivamente, como de su contexto; y
  - B. Producción de conocimiento científico, humanístico y tecnológico tanto coherente como coetáneo a la población total del país.
2. **TRABAJO.** Es indispensable que tanto los servicios para la salud-enfermedad estén al alcance de la población total, como que ellos estén cuati-cualitativamente orientados ecológicamente a sus concretas características; y
3. **APRENDIZAJE.** Que el saber y saber hacer de los recursos humanos para la salud-enfermedad debe estar basado en la realidad concreta de la nación guatemalteca.

##### **Conclusión No. 3**

Uno de los problemas significativos dentro de la problemática de salud-enfermedad, consiste en los valores que se tienen y practican en la investigación, en el trabajo y en el aprendizaje relacionado con la salud-enfermedad.

Lo axiológico tiene un lugar preponderante en todo esto y es indispensable que se procure transformar los valores que se tienen y utilizan.

Aquí adquiere especial relevancia la dependencia.

##### **Conclusión No. 4.**

Es indispensable la transformación de los procesos.

1. De producción de conocimientos científicos, humanísticos y tecnológicos en general y en particular relacionados con salud-enfermedad;
2. Los modelos de trabajo empleados en la atención de salud-enfermedad de la población; y
3. Los currícula de estudios de formación de recursos humanos tanto directa como indirectamente vinculados a la salud enfermedad de la población total.

##### **Conclusión No. 5**

El sistema social que practique el estado, determina el modelo de atención a la salud-enfermedad que se ofrece a la población.