



# 5

## ¿A quién acudimos cuando buscamos salud?

Ana Lucía Garcés de Marcilla del Valle  
Clara Isabel Garcés de Marcilla del Valle

EL SISTEMA DE SALUD  
EN GUATEMALA  
¿hacia dónde vamos?

Este informe se presenta tal como se recibió por el CIID de parte del o de los becarios del proyecto. No ha sido sometido a revisión por pares ni a otros procesos de evaluación.

Esta obra se usa con el permiso de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

© 2008, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

---

360  
G3

Garcés de Marcilla, Ana Lucía y Clara Isabel Garcés de Marcilla.  
El Sistema de Salud en Guatemala, 5: ¿A quién acudimos cuando  
buscamos salud?. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

72 p. ; (El Sistema de Salud en Guatemala; 5).

ISBN 978-99939-908-1-9.

1. Salud – Guatemala. 2. Salud pública - Guatemala.  
3. Servicios de salud. 4. Política de salud. I. Título.

---

*Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de los autores; no representan,  
necesariamente, la posición oficial de las instituciones que apoyaron esta iniciativa.*

Este es un esfuerzo interinstitucional apoyado por el INDH-PNUD.

El producto ha sido registrado bajo la responsabilidad editorial del Programa de las  
Naciones Unidas para el Desarrollo, 5ª. avenida 5-55 zona 14, edificio Europlaza, torre 4,  
nivel 10, Guatemala

Teléfono (502) 2384-3100

**[www.undp.org.gt](http://www.undp.org.gt)**

Descargas del documento en PDF:

**[www.desarrollohumano.org.gt](http://www.desarrollohumano.org.gt)**



**ISBN 978-99939-908-1-9**

Edición y diagramación:

Amanuense Editorial - Grupo Amanuense

[www.grupo-amanuense.com](http://www.grupo-amanuense.com)

Tel.: (502) 2367-5039

Diseño de portada: Héctor Morales Delgado y Melissa Elizondo

Impresión de 3,000 ejemplares Serviprensa, S.A.

Tel.: (502) 2232-0237

Guatemala agosto de 2008.

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, con autorización del responsable editorial y sin alterar contenidos ni créditos de autoría ni edición. El ente interesado en reproducciones puede agregar sus logotipos como créditos por la reimpresión con autorización del responsable editorial.

# Índice



<b>Reconocimientos</b>	9
<b>Presentación</b>	15
<b>Prólogo</b>	19
<b>Introducción</b>	23
<b>Antecedentes</b>	
<i>La salud como derecho humano</i>	24
<i>La prestación de servicios de salud</i>	26
<i>Patrones de uso de servicios de salud</i>	27
<b>Justificación</b>	29
<b>Objetivos</b>	29
<b>Resultados</b>	30
<i>Percepción de la enfermedad</i>	30
<i>El proceso de la consulta</i>	32
<i>Los gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud</i>	39
<i>Disponibilidad de seguro público o privado</i>	42
<b>Grupos especiales</b>	45
<i>Consulta en ausencia de enfermedad</i>	45
<i>No consulta en presencia de enfermedad</i>	50
<b>Conclusiones</b>	52
<b>Anexos</b>	53
<b>Bibliografía</b>	67
<b>Siglas utilizadas</b>	69

## Índice de gráficas y cuadros

### Gráfica No. 1:

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según sexo, año 2000 – 2006 30

### Gráfica No. 2:

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según grupo étnico, año 2006 31



<b>Gráfica No. 3:</b>	Reporte de ocurrencia de enfermedad en el últimos mes, según estrato socioeconómico, año 2006	32
<b>Gráfica No. 4:</b>	Distribución porcentual de lugar consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, año 2006	33
<b>Gráfica No. 5:</b>	Distribución porcentual de lugar consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según área urbana y rural, año 2006	34
<b>Gráfica No. 6:</b>	Distribución porcentual de lugar consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud según grupo étnico en el último mes, año 2006	35
<b>Gráfica No. 7:</b>	Distribución porcentual de lugar consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud según estrato socioeconómico en el último mes, año 2006	35
<b>Gráfica No. 8:</b>	Distribución porcentual de personal consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según grupo étnico y población total, año 2006	36
<b>Gráfica No. 9:</b>	Distribución porcentual de personal consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según estrato socioeconómico, año 2006	37
<b>Gráfica No. 10:</b>	Distribución porcentual de medio de transporte utilizado para llegar a servicio de salud, según región geográfica urbano/rural, año 2006	38
<b>Gráfica No. 11:</b>	Porcentaje de ausencia a actividades normales por enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, según características seleccionadas, año 2006	39
<b>Gráfica No. 12:</b>	Número de días de ausencia debida a enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según estrato socioeconómico, año 2006	40
<b>Gráfica No. 13:</b>	Prevalencia de gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según población total y urbano rural, año 2006	41
<b>Gráfica No. 14:</b>	Prevalencia de gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según estrato socioeconómico, año 2006	42
<b>Gráfica No. 15:</b>	Gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según estrato socioeconómico, año 2006	42



<b>Gráfica No. 16:</b> Gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según características seleccionadas, en quetzales, año 2006	43
<b>Gráfica No. 17:</b> Disponibilidad de seguro privado o IGSS según características seleccionadas, año 2006	43
<b>Gráfica No. 18:</b> Disponibilidad de seguro privado o IGSS según estrato socioeconómico, año 2006	44
<b>Gráfica No. 19:</b> Disponibilidad de IGSS según región geográfica del país, año 2006	44
<b>Gráfica No. 20:</b> Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días	45
<b>Gráfica No. 21:</b> Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según grupo étnico, año 2006	46
<b>Gráfica No. 22:</b> Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según región política administrativa, año 2006	47
<b>Gráfica No. 23:</b> Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según estrato socioeconómico, año 2006	47
<b>Gráfica No. 24:</b> Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, año 2006	48
<b>Gráfica No. 25:</b> Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, según grupo étnico, año 2006	48
<b>Gráfica No. 26:</b> Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, según estrato socioeconómico, año 2006	49
<b>Cuadro No. 1:</b> Caracterización de la muestra estudiada y ponderación en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, 2006	54
<b>Cuadro No. 2:</b> El mes pasado (...) ¿sufrió alguna enfermedad, accidente (quemadura, fractura caída, etc.) o quebranto de salud (dolor de muela, de cabeza, de oído, etc.)?	56
<b>Cuadro No. 3:</b> ¿Cuántas veces consultó(.....)?	56
<b>Cuadro No. 4:</b> ¿En dónde atendieron a (...)?	56
<b>Cuadro No. 5:</b> ¿A quién consultó (...) el mes pasado cuando se enfermó, tuvo el accidente o se hizo el chequeo médico?	57



<b>Cuadro No. 6:</b>	
¿Cuánto tiempo tarda para ir al lugar donde le atendieron a (.....)?	59
<b>Cuadro No. 7:</b>	
¿Cuánto tiempo le tocó esperar a (.....) la última vez para su consulta?	59
<b>Cuadro No. 8:</b>	
¿Qué medios de transporte utilizó (.....) para ir al lugar donde lo/la atendieron?	60
<b>Cuadro No. 9:</b>	
Por la enfermedad o accidente que tuvo (.....) el mes pasado ¿dejó de asistir a su trabajo, estudio o dejó de realizar sus actividades normales?	61
<b>Cuadro No. 10:</b>	
¿Cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o realizar sus actividades?	62
<b>Cuadro No. 11:</b>	
¿El mes pasado pagó dinero por .....?	63
<b>Cuadro No. 12:</b>	
¿Cuánto dinero gastó en promedio al mes en ...?	62
<b>Cuadro No. 13:</b>	
¿Está (.....) afiliado o cubierto por.....?	64
<b>Cuadro No. 14:</b>	
Aunque (.....) no estuvo enfermo o accidentado el mes pasado ¿fue donde un médico, dentista, enfermera/o, farmacéutico, curandero o hierbero?	65
<b>Cuadro No. 15:</b>	
¿Por qué razón (.....) NO CONSULTO con un médico, odontólogo, psicólogo, enfermera/o, curandero, un hierbero, naturista o un farmacéutico?	66



# Reconocimientos



---

**La construcción social del futuro de la Salud en Guatemala**  
Colección de Textos  
**El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?**

---

**Coordinadora general**  
Karin Slowing Umaña

**Investigadores principales**  
Gustavo Estrada Galindo  
Lucrecia Hernández Mack

**Gestión administrativa y financiera**  
Delmi Garrido Hernández

**Asistencia técnica**  
Patricia Cortez Bendfeldt

**Producción editorial**  
Héctor Morales Delgado

---

**Grupo Promotor (2005 – 2007)**

**Universidad Rafael Landívar**  
Carmen Arriaga de Vásquez,  
Directora Departamento Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud

**Universidad del Valle de Guatemala**  
Edgar Hidalgo,  
Investigador Asociado

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Ángel Sánchez Viesca,  
Asesor Planificador de la Coordinadora General de Planificación



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
Jorge Monterroso,  
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Ada de Aldana,  
Encargada de Cooperación Internacional

Juan Luis Orantes,  
Consultor de Planificación Estratégica

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**  
Vidal Herrera Herrera,  
Jefe del Departamento de Planificación

Juan Roberto Morales,  
Jefe del Departamento de Servicios Centrales

Edgar Herrera,  
Consejero Técnico

**Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud**  
América de Fernández,  
Consultora Recursos Humanos de Salud

**Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo**  
**Informe Nacional de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio**  
Karin Slowing Umaña,  
Coordinadora INDH

Aracely Lazo,  
Asistente técnica del INDH

---

**Aportes institucionales (2003-2008)**

**Universidad Rafael Landívar**  
Julia Guillermina Herrera Peña,  
Rectora

Claudio Ramírez,  
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mario Aguilar Campollo,  
Vice-decano, Facultad de Ciencias de la Salud

Miguel Garcés,  
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud 1998-2004

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Carlos Estuardo Gálvez Barrios,  
Rector

Luis Alfonso Leal Monterroso,  
Rector 2002-2006



**Universidad del Valle de Guatemala**

Roberto Moreno Godoy,  
Rector

Robert Klein,  
Director CDC-CAP 1990-2006

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Eusebio del Cid Peralta,  
Ministro de Salud

Alfredo Privado,  
Ministro de Salud, 1 febrero 2007 al 14 enero 2008

Marco Tulio Sosa  
Ministro de Salud, 14 de enero 2004 al 11 de Septiembre 2006

**Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud**

Joaquín Molina Leza,  
Representante OPS/OMS en Guatemala

Federico Hernández,  
Asesor de Servicios y Sistemas de Salud

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

Beat Rohr,  
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala  
Representante Residente, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Xavier Michon,  
Director de País, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Chisa Mikami,  
Directora de País Adjunta, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Bárbara Pesce-Monteiro,  
Representante Residente Adjunta,  
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

**Informe Nacional de Desarrollo Humano**

Juan Alberto Fuentes,  
Coordinador INDH 1998 - 2005

Tatiana Paz,  
Asistente técnica del Programa universitario de investigación e desarrollo humano  
– PIUDH - 2004-2005

Pamela Escobar,  
Asesoría estadística

Pamela Rodas,  
Asistente administrativa y financiera

Héctor Morales,  
Oficial de comunicación



---

### Grupo de Reflexión Inicial

Alfredo Moreno  
Baudilio López  
Carlos Alberto Alvarado Dumas  
Carlos Gelhert Matta  
Cizel Zea  
Denis Pigot  
Edgar Hidalgo  
Enrique Duarte  
Enrique Rodríguez  
Federico Hernández  
Hilda Leal  
Isabel Enríquez  
Ivan Mendoza  
Joan Sabater

Jorge Astorga  
Jorge Lavarreda  
Juan Alberto Fuentes  
Juan José Hurtado  
Julio Cesar Lone Vásquez  
Karin Slowing Umaña  
Lidia Morales  
Lorena de Ávila  
Luis Octavio Ángel  
Mario Roberto Gudiel Lemus  
Mary Ann Anderson  
Miguel Ángel Pacajó  
Miguel Garcés  
Nohora Alvarado

Oscar Cordón  
Patricia Palma  
Pedro Luis Castellanos  
Ramiro Quezada  
Raúl Arévalo  
Ricardo Valladares  
Roberto Klein  
Roberto Marengo  
Rubén González  
Tito Rivera  
Velia Oliva  
Verónica Spross

---

### Investigadores Asociados

Francisco Jiménez  
Edgar Gutiérrez  
Julio Penados del Barrio  
Walter Flores  
Edgar Hidalgo  
Roberto Molina  
Clara Aurora García  
Percy Rojas

Juan Carlos Mazariegos  
Alejandro Cerón  
Gustavo Estrada Galindo  
Ana Lucia Garcés  
Isabel Garcés  
Virginia Moscoso  
Carlos Flores

---

### Auxiliares de Investigación

Ana Lorena Ruano  
Anabella Aragón  
Elizabeth Avalos  
Ismael Gómez

---

### Equipo Inter-universitario de apoyo a estudio Mapeo

**Universidad Rafael Landívar**  
Alejandro Marco Sagastume Pérez  
Ángel Lara  
Pamela de la Roca

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Cindy Mariela García  
Christopher Pérez Soto  
Wendy Melina Rodríguez Alvarado



---

### Participación en proceso de análisis

Alfonso Morales	Félix Alvarado	Mario Rodolfo Salazar Morales
Alfredo Moreno	Francisco Mendoza	Mario Sosa
Ana Isabel Garita	Gustavo Palma	Marta Lidia Ajú
Annette M. de Fortín	Héctor Espinoza Vega	Miguel Garcés
Ariel Rivera	Hedi Deman	Miguel Von Hoegen
Belinda Ramos	Hilda Leal de Molina	Nadine Gasman
Carlos Arriola	Iván Mendoza	Nely Herrera
Carlos Barreda	Jorge López	Roberto Molina Cruz
Carlos Daniel Zea	José Miranda	Rodolfo Lambour
Carlos Flores	José Pedro Mata	Ronaldo Luna
Carlos Vassaux	Juan Carlos Verdugo	Santiago Bastos
Claudia Suárez	Julio Díaz Caseros	Scarleth Gomar
Conchita Reyes	Julio García Colindres	Sergio Mendizábal
Coralía Herrera	Karen Ponciano	Sergio Mendoza
Cristina Chávez	Lidia Morales	Sergio Tumax
Cristina Gómez	Ligia C. Vargas Nisthal	Sonia Morales
Denis Pigot	Ligia Peláez	Tito Rivera
Edelberto Torres-Rivas	Lilian Ramírez	Tomás Rosada
Edgar Herrera	Lucía Verdugo	Velía Oliva
Edna Calderón Chávez	Lucilla María Bruni	Verónica Spross
Elena Díez	Luis Fernando Mack	Víctor Hugo Toledo
Enrique Chávez	Luis Octavio Ángel Ancheita	Víctor Manuel González
Federico Alfaro	Marco Antonio Barahona	
Felipe Girón	María José Schaeffer	

---

### Reconocimiento especial

Al Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y al personal por su incondicional apoyo a la coordinación del proyecto.

Al señor Ricardo Valladares por su asesoría en la ejecución de esta iniciativa.

---

### Sistematización del Proceso

Alejandra Hernández Sánchez  
Julia Herrera Cevallos  
Liliana González Jiménez  
Marianela Miranda  
Paula León Savedra

---

### Apoyo financiero

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

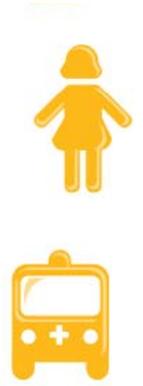
Andrés Rius  
Roberto Bazzani  
Bárbara Miles  
Adriana Bordabehere

---





## Presentación



A Guatemala le urge repensar su sistema de salud. Hace 18 años fue la última vez que se hizo un análisis exhaustivo y de carácter integral sobre la salud y el sector salud guatemalteco. Coordinado y realizado por un selecto grupo de especialistas nacionales, el “Estudio básico del Sector Salud” involucró a una gama de instituciones bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS. Su primera finalidad fue asegurar que el país contara con un mínimo de información acerca de los variados retos que habría de enfrentar una reforma sectorial cuyo advenimiento, en ese entonces, apenas si se avizoraba en el horizonte.

A la rica serie de informes finales de investigación sólo tuvieron acceso unas pocas personas; la OPS publicó un breve resumen del “Estudio básico”, en un tiraje limitado. En ese tiempo, todavía no era posible “colgar” en una página web un material tan abundante como el que esta iniciativa generó, medio que hubiera permitido subsanar en alguna medida la falta

de acceso más generalizado a los diversos estudios.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente. En el año 1996, dio inicio la “Reforma Sectorial de Salud”, cuyos procesos más visibles son la descentralización financiera y el arranque del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– con su vástago, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC–, dirigido a poblaciones con carencia crónica de cobertura institucional en salud.

A la fecha, todavía no se ha realizado una evaluación externa, independiente y pública sobre los procesos desatados y los impactos que ha tenido en la salud de la población la aplicación de las políticas vinculadas a la reforma sectorial. Sin ella resulta complicado establecer sus alcances y limitaciones, así como determinar objetivamente en qué medida dicha “Reforma” ha contribuido a consolidar una mejor institucionalidad pública, capaz de enfrentar los desafíos en salud de los próximos años con mayor grado de éxito.





De igual manera, más allá de la retórica “políticamente correcta” acerca de la importancia de la salud para el desarrollo, el debate sobre la salud y el sistema de salud ha estado, por varios años, prácticamente fuera de la agenda pública.<sup>1</sup> Por otra parte, es notorio el escaso involucramiento que ha tenido la sociedad civil en la definición de la política de salud, así como en el monitoreo de sus resultados. Su papel más destacado ha estado en la implementación de las acciones operativas impulsadas en el marco del PEC, que son definidas desde las unidades gestoras a cargo de este programa en el MSPAS.

Este conjunto de circunstancias e inquietudes son las que sirvieron de motivación al Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, para impulsar una dinámica que desatara la reflexión y el debate ciudadano acerca de cuál es el sistema de salud que necesita la sociedad guatemalteca. Un sistema que debe comenzarse a construir hoy, para así poder enfrentar, en el mediano plazo, los retos de salud-enfermedad de una población expuesta a un sinnúmero de carencias, riesgos y vulnerabilidades, que afectan negativamente sus posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable.

La iniciativa fue recibida muy positivamente y derivó en la formación de un consorcio integrado por las Universidades Rafael Landívar, del Valle de Guatemala y San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Oficina Panamericana de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, por intermedio del Programa de los Informes Nacionales de

<sup>1</sup> Muy recientemente (2005 para acá) ha habido algunas iniciativas: destacan la “Agenda Nacional de Salud” elaborada por el MSPAS y el proyecto “Visión de país”, que ha generado una propuesta de “ley marco de salud”, la cual hasta hace pocos meses, comenzó a ser discutida por parte el gremio médico y por la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, así como por algunas organizaciones de la sociedad civil.

Desarrollo Humano. En todo el proceso se contó siempre con el apoyo financiero del International Development Research Centre –IDRC– por medio de su programa “Equidad, gobernabilidad y salud”.

La primera etapa de trabajo, realizada entre los años 2005 y 2007, consistió en la generación de información y conocimiento concebido explícitamente desde el inicio como un insumo para alcanzar tres finalidades: “Fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales” y a partir de éstos, “contribuir a la formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y la equidad en el sector.” Igualmente, en un proceso conjunto entre sociedad civil y Estado, se espera contribuir a “visualizar colectivamente las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios de salud para los próximos 15 años”.

Los resultados de esta primera etapa se materializan en una colección de 9 textos (una síntesis y ocho publicaciones especializadas), que analizan el sistema de salud guatemalteco y sus desafíos desde tres distintas perspectivas: a) investigaciones que analizan el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que éste responde; b) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y c) investigaciones que indagan en las valoraciones, visiones e imaginarios sociales que subyacen en el sistema de salud de Guatemala.

El estudio que se presenta en esta ocasión corresponde al grupo de investigaciones relacionadas con la estructura y dinámica del sistema. Con el título de “¿A quién acudimos cuando buscamos salud?”, Ana e Isabel Garcés nos hacen ver los diversos recursos que las personas movilizan en su

búsqueda de salud y los costos, económicos y de otro tipo, en que incurren en el proceso. Las Encuestas Nacionales de Condiciones de Vida –ENCOVI– 2000 y 2006, elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística –INE– fueron la piedra angular del presente estudio.

La posibilidad de contar con ambas encuestas permitió, al menos en algunos temas, examinar los cambios habidos en los últimos 5 años en los patrones de búsqueda de servicios por parte de la población y en la disponibilidad de servicios. Algunos de los hallazgos más importantes tienen profunda implicancia para el sistema de salud. Por ejemplo, se pudo establecer que la percepción de la enfermedad y de su gravedad está en relación directa con la posibilidad que tienen las personas de hacer algo al respecto; los obstáculos que enfrentan son múltiples: disponibilidad física del servicio, costo económico, costos adicionales en que hay que incurrir tales como el tiempo invertido en llegar al servicio y en ser atendido, el tiempo laboral perdido a causa de enfermedad y los menos evidentes, que incluyen el aceptar diagnósticos, tratamientos y formas de atención que chocan con su cosmovisión o se interpretan como mal trato.

Todas estas características ameritan que esta investigación tenga una amplia difusión y debate, pues contribuye a comprendernos mejor como sociedad y a imaginar alternativas que respondan mejor a la necesidad de construir un sistema de salud incluyente y sostenible, que atienda efectivamente la enfermedad, sin olvidar que, ante todo, debiera contribuir a la realización de vidas más prolongadas y saludables.

El estudio de Ana e Isabel Garcés, al igual que los otros que comprenden la colección “El sistema de salud de Guatemala: ¿hacia dónde vamos?”, constituye un valioso instrumento para el debate y la reflexión, para la necesaria discusión social que debiera darse previo a la toma de decisiones que, por su carácter y envergadura, puedan nuevamente comprometer la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras del país.

De sabios es equivocarse, pues de errores y éxitos es que aprendemos. Pero, repetir los errores sólo por no tomarnos el tiempo de reflexionar y dialogar es un lujo que, como sociedad, ya no podemos darnos. Éticamente, es imperdonable; técnicamente es absurdo, tomando en cuenta el caudal de conocimiento y experiencia nacional y mundial existente; y financieramente, es insostenible. Ciertamente, el conocimiento jamás deberá sustituir a la política, pero si van de la mano pueden producir mejores alternativas de desarrollo para la sociedad.

A todas las instituciones que conformaron esta iniciativa, nuestro más profundo agradecimiento por su interés y confianza en la realización de un esfuerzo que resultó más arduo y complejo que lo originalmente imaginado. Confiamos que sea la chispa que prende la llama de la creatividad y el compromiso con el cambio a favor de “más y mejor vida para todos” en el ámbito de la política de salud guatemalteca.



**Beat Rohr**

Coordinador Residente

Sistema de Naciones Unidas en Guatemala

Representante Residente Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo





## Prólogo



Para comprender mejor la utilización de servicios de salud en Guatemala, el estudio que ahora nos ocupa, *“las decisiones y elecciones de la población guatemalteca en la búsqueda de atención de la salud y uso de los servicios de salud”*, elaborado por Ana Lucía e Isabel Garcés, hizo uso de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Vida, ENCOVI 2000 y 2006 para indagar sobre la manera en que las personas utilizan los servicios de salud y cómo deciden hacerlo.

A pesar de que es obvio que existen diferencias en cuanto al acceso físico a los servicios de salud, la investigación reflejó de igual manera, diferencias entre diversos grupos de población en cuanto al reconocimiento de la situación de enfermedad, la búsqueda de servicios de salud y el número de episodios de enfermedad que se presentan.

Uno de los factores que más discrimina este comportamiento entre la población es el de la situación socioeconómica: Tal como lo señalara el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003, “En Guatemala persisten profundas desigualdades en el acceso a la

oferta de servicios. Mientras los grupos con mayores recursos económicos tienen muy diversas opciones, tanto tecnológicas como recurso humano calificado, la población pobre, principalmente indígena y del área rural, prácticamente sólo tiene la opción de acceder a “paquetes básicos de salud”, suministrados generalmente por personal voluntario o por personal de baja calificación profesional, y con recursos tecnológicos mínimos”.

Esta situación se comprueba una y otra vez a lo largo del trabajo de Ana e Isabel Garcés. En palabras del INDH 2003, existe una “ciudadanía diferenciada” en materia de salud, que está determinada fundamentalmente por las oportunidades económicas que tienen las personas y los hogares, y donde la cuestión del bajo financiamiento histórico del sector público de la salud juega un papel importante para mantener esa desigualdad de oportunidades.

No obstante, la diferencia socioeconómica de la población no es el único factor que está marcando un comportamiento y búsqueda diferenciada de atención en salud. La ruralidad



todavía tan extendida del país, la diversidad étnico-cultural existente, el género, la región donde se vive, e inclusive la edad, operan junto con la diferenciación socioeconómica y, conjugados, resultan en patrones diversos de búsqueda de servicios y de reacciones ante las situaciones de salud-enfermedad.

Efectivamente, otro de los factores que incide en la identificación de la “enfermedad” y la percepción de su gravedad, varía con la edad del enfermo y las posibilidades familiares de “hacer algo” al respecto. Un rasgo que destaca es que, en la racionalidad de las personas, si no logran identificar posibilidades de actuar respecto a la situación de enfermedad (por diversas condiciones) que enfrentan, es menos probable que ésta se identifique como tal. De allí que sean poblaciones de estratos socioeconómicos más bajos e indígenas quienes reporten menos episodios de enfermedad en los resultados de la ENCOVI 2006.

Los costos no monetarios, también dificultan la decisión de buscar atención o no. Uno de ellos es la pérdida de días laborales, otros son los gastos por transporte o por compra de insumos y/o medicamentos. Menos del 4% de la población rural tiene aseguramiento público. Por otro lado, la decisión de buscar o no atención profesional tiene que ver también con que haya disponibilidad. En el área rural, o donde no están disponibles la mayoría de servicios de atención y cuidado de la salud, es más probable que no se busque nada, o se utilicen servicios propios del ámbito familiar/comunitario, así como la automedicación.

Otra de las barreras es la accesibilidad física, ya que las limitaciones de infraestructura vial y transportes dificultan la llegada a los servicios y permite retrasos de más de una hora en la atención. También esta accesibilidad física condiciona el lugar de atención, variando de las clínicas de consulta médica privada, accesibles en la mayoría de centros urbanos,

a los promotores o “guardianes” de salud, que en algunas ocasiones son el único servicio disponible en comunidades aisladas. Sin embargo, donde estén disponibles, las clínicas privadas serán un recurso muy utilizado.

Entre los costos derivados de la enfermedad, la parte donde las familias tienen menor capacidad de negociación es en la relativa a medicamentos. Tanto los grupos de nivel económico alto como los de nivel bajo asumen que este costo es ineludible. Los otros costos se relacionan con la disponibilidad o no de los recursos tecnológicos (exámenes de laboratorio, ayudas terapéuticas, equipo ortopédico, lentes, etc) Por último, no podemos olvidar que las barreras incluyen la percepción de mal trato que se da en algunos lugares y que se puede referir a aspectos relacionados con el racismo y la discriminación.

Por si fuera poco, en el lapso de 6 años transcurridos entre una y otra encuesta, al menos para los pocos indicadores con los cuales ha sido posible comparar, se hace evidente que prácticamente no ha habido mejoras en los indicadores de accesibilidad a servicios ni cambios substantivos en el comportamiento de búsqueda de atención que sugieran que los servicios públicos están contribuyendo a compensar condiciones de inequidad, como debiera ser el caso.

Estos son algunos de los hallazgos que pueden encontrarse en el trabajo realizado por estas dos jóvenes investigadoras guatemaltecas. Queda el reto ahora, para la comunidad de analistas de salud pública del país, examinar los significados de este patrón de búsqueda de servicios, con respecto a políticas de extensión de cobertura, acceso ampliado a medicamentos, formación de recursos humanos en salud, entre otras, están contribuyendo o no, a que se amplíe o se reduzca esa condición de “Ciudadanía diferenciada” de los distintos grupos de la población, a la que se hiciera



mención previamente. Solamente cabe recordar que la realización del derecho a la salud pasa, en primera instancia, por la posibilidad de contar con servicios que estén efectivamente disponibles, que resuelvan efectiva y oportunamente y con pertinencia a los intereses y culturas de los distintos grupos de población que los demandan.

A la luz de estos resultados, ¿será que vamos en la vía correcta?

## *La Coordinación*





## Introducción



El presente estudio busca aportar al conocimiento del sistema de salud guatemalteco, analizando las elecciones de la población con respecto al uso de los servicios de salud. Inicia con una revisión de la literatura nacional e internacional acerca de la salud como derecho humano, del proceso de la prestación de servicios de salud y de los patrones de uso de servicios de salud. Dentro de esta revisión se enfatizan los factores que influyen sobre las personas para la toma de decisiones, así como las características que condicionan el proceso.

A partir de los datos recopilados por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI – del Instituto Nacional de Estadística, realizada en el año 2000 y posteriormente en el 2006, se analiza en profundidad la morbilidad percibida por la población y la toma de decisiones en el proceso de búsqueda de atención.

La ENCOVI se realizó dentro del marco del programa MECOVI (Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida)<sup>2</sup>. En la sección “Anexos”

<sup>2</sup> El universo de estudio de la encuesta fueron viviendas particulares y hogares existentes en el país. La muestra fue bietápica, estratificada, de conglomerados y aleatoria en su primera etapa, de segmentos compactos y sistemática en su segunda etapa y sin reemplazo. La ENCOVI 2000 se diseñó para cubrir las áreas urbanas, áreas rurales y áreas indígenas del país. La muestra se distribuyó por región, ámbito urbano y rural y estrato dentro de cada ámbito. Cuenta con un nivel de confiabilidad del 95%.

ubicada al final del documento, se encuentra mayor información acerca de la ENCOVI y metodología del presente estudio.

Este análisis parte del supuesto de que una parte importante de la búsqueda, aceptación y utilización de la atención médica es controlada por la persona. A su vez, esta persona toma sus decisiones dentro de un contexto social, económico y étnico. Aunque este estudio no considera los motivos de tales decisiones, es un primer abordaje a la exploración del tema, en el cual se pretende establecer asociaciones y correlaciones y hacer inferencias de tipo causal y prospectivo, para la orientación de futuros abordajes.

Es importante tomar en cuenta que una crítica frecuente al uso de encuestas de hogares para el estudio de condiciones de salud es que los datos recolectados dependen de lo reportado por las personas encuestadas.<sup>3</sup> Esto no es una medición ideal, ya que no refleja la existencia objetiva de enfermedad, sino que la experiencia subjetiva del problema y otros factores. Entre los factores que pueden influir en el reporte de la enfermedad, se encuentran un diagnóstico previo hecho por un médico, una recolección equivocada de los problemas de salud o una tendencia a quejarse. Las respuestas también

<sup>3</sup> Marcela Ferrer (2000)



se ven afectadas por aspectos socioeconómicos y culturales de la definición de salud y enfermedad<sup>4</sup>. De parte de la encuesta y los encuestadores pueden ocurrir errores en la redacción de las preguntas, en la interpretación del lenguaje.

Las respuestas proporcionadas por los encuestados en relación a la búsqueda de servicios de salud se dividen en los siguientes temas: 1) la percepción de la enfermedad por individuos; 2) el proceso de la consulta; 3) los gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud; 4) la disponibilidad de seguro público o privado; y 5) dos grupos especiales, los que eligen consultar aún en ausencia de enfermedad y los que eligen no consultar en presencia de enfermedad.

---

<sup>4</sup> En este momento, no pareciera haber una solución satisfactoria para los problemas asociados con el autoreporte de enfermedad. En general, se sugiere que la interpretación de los datos tome en cuenta que por lo menos una parte (no se sabe cuanto) de las diferencias en la morbilidad reportada pueda ser atribuible a diferencias en el reporte.



## Antecedentes



### *La salud como derecho humano*

El propósito de los derechos humanos es proteger a las personas de las acciones que menoscaban las libertades fundamentales y la dignidad humana. Abarcan lo que se conoce como derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.<sup>5</sup> Los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las personas. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas interpreta la salud como un derecho incluyente, que no sólo abarca la atención de la salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud. Se establecen cuatro criterios respecto a los cuales se puede evaluar el respeto al derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>6</sup>

Desde la creación de las Naciones Unidas se ha reconocido de manera gradual la responsabilidad internacional por la salud y los derechos humanos. En los últimos años, los derechos humanos han estado presentes de manera cada vez más importante en el centro del análisis y la acción con respecto a asuntos de salud y desarrollo. Entre los eventos recientes que facilitaron el derecho humano a la salud, se

encuentra la pandemia de VIH- Sida, los temas de salud de la mujer (incluyendo la violencia), y violaciones claras a los derechos humanos que han ocurrido en distintos países alrededor del mundo.<sup>7</sup>

La primera vez que se mencionó a los derechos humanos como parte de una estrategia de salud pública fue hacia finales de la década de los ochentas, cuando se elaboró la primera respuesta global al SIDA de parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El enfocar esta estrategia en términos de salud pública, permitió que ésta fuera concretada en leyes internacionales y por lo tanto, hizo a gobiernos y organizaciones intergubernamentales públicamente responsables de sus acciones hacia las personas viviendo con VIH Sida. Esto llevó al reconocimiento de la responsabilidad de los estados con respecto a los asuntos de salud y bienestar bajo leyes internacionales. De igual manera que las agencias de las Naciones Unidas, los gobiernos gradualmente reconocen la relevancia de los derechos humanos a la salud y la necesidad de asistencia técnica en el campo de los derechos humanos. Esto es cierto tanto de países en vías de desarrollo como de países desarrollados.

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud, (2003).

<sup>6</sup> Dever, Alan (1991).

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud, (2003).





La salud y la responsabilidad del Gobierno por la salud se codifica en varios documentos. Hay tres derechos en particular que son especialmente relevantes a la salud y derechos humanos<sup>8</sup>:

- Derecho a la no discriminación:

El principio de la no discriminación es clave para el pensamiento y la práctica de los derechos humanos. Bajo leyes internacionales, todas las personas deben ser tratadas igual y deben recibir oportunidades equitativas. Generalmente, los grupos discriminados tienden a ser aquellos que no comparten las características del o los grupos dominantes dentro de una sociedad. Es por esto que la discriminación frecuentemente refuerza las inequidades sociales y niega las oportunidades equitativas.<sup>9</sup> La responsabilidad del Gobierno bajo este derecho incluye el asegurar la protección equitativa bajo la ley, en cuanto al acceso a cuidados de salud, vivienda y empleo. La Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha declarado que “todos son iguales antes la ley y por lo tanto tienen derecho a ser protegidos de toda discriminación y a discriminación basado en el estado de su salud”.<sup>10</sup>

- Derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico:

Este derecho incluye las obligaciones de los gobiernos de conservar, desarrollar y difundir los resultados de la investigación científica, así como la libertad a cuestionamientos científicos. Las implicaciones de este derecho a los asuntos de salud se han explorado recientemente con respecto al acceso a medicamentos en países en vías de desarrollo. Frecuentemente es citado por activistas de derechos humanos, ONG's y otros grupos y personas preocupados por las inequidades cada vez mayores entre

las poblaciones más ricas y más pobres con respecto a los tratamientos antirretrovirales y otras formas de cuidados del VIH Sida.

- Derecho a la salud:

El derecho humano a la salud debe entenderse como un “estado completo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad” (OMS 1946). Esta definición tiene importantes implicaciones conceptuales y prácticas e ilustra la indivisibilidad e interdependencia de los derechos y su relación a la salud. El derecho a la salud, como aparece en los derechos económicos y sociales, es el marco principal para la comprensión de las obligaciones gubernamentales y el derecho humano individual a la salud.

*La prestación de servicios de salud*

El sector salud juega un papel importante en la equidad en salud, a través de su potencial de dar cobertura universal.<sup>11</sup> Sin embargo, el lograr esto implica un claro enfoque en la equidad; de lo contrario, los sistemas de salud tienen el potencial de exacerbar o crear disparidades al no poner atención a necesidades especiales de grupos marginalizados y vulnerables e ignorar la existencia de barreras culturales, financieras y geográficas a los servicios de salud. Esto es especialmente relevante, ya que con frecuencia los gastos en salud pública terminan beneficiando principalmente a los más ricos en sistemas de salud inequitativos.<sup>12</sup>

Tradicionalmente, la responsabilidad del sistema público de salud ha sido la de atender a la población que acude a los servicios, es decir la morbilidad y la mortalidad conocidas. Sin embargo, los problemas de la población son mucho más amplios. Incluyen no sólo la parte visible del “témpano de hielo” (los pacientes que acuden al sistema), sino también la parte

<sup>8</sup> Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos

<sup>9</sup> Dachs (2000)

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud (2003)

<sup>11</sup> Dachs (2000)

<sup>12</sup> Dachs (2000)

oculta (aquellos que no acuden al sistema, así como aquellos que, aún estando sanos, son vulnerables a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema de salud).<sup>13</sup>

#### *Patrones de uso de servicios de salud*

Las personas pasan por un proceso por el que perciben algún trastorno de su sentido del bienestar o de la salud (morbilidad percibida) y deciden buscar ayuda. La segunda y tercera fase de este proceso de toma de decisiones se refiere al lugar donde buscan ayuda, así como la consulta con un prestador de atención médica. Los datos sugieren que los pacientes controlan gran parte del proceso de toma de decisiones, no sólo en lo que respecta a la búsqueda sino también a la aceptación y utilización de atención médica.<sup>14</sup>

La utilización de los servicios de salud es una interacción entre la población y el personal de salud. Es una conducta compleja determinada por una amplia variedad de factores. No ocurre dentro de un vacío, sino dentro de una organización que está a su vez rodeada y modificada por factores sociales y culturales. Por lo tanto, la utilización de los servicios de salud se ve influenciada por elementos socioculturales y de organización, así como por factores relativos al consumidor y al personal de salud. A continuación se detallan estos:

-Factores socioculturales: estudios sociológicos han encontrado patrones en el uso de servicios de salud por parte de diferentes subgrupos de la sociedad. Estos han concluido que los síntomas particulares de los individuos - aquellos que motivan la utilización de servicios de salud y requieren atención médica- son determinados por su grupo cultural, étnico o grupo de referencia. También se ha analizado el uso de servicios

de salud según ruralidad y según grado de redes sociales.<sup>15,16</sup>

-Factores de la organización: se refiere a “las estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica que rodean y afectan al proceso de atención médica”. Estos factores de la organización comprenden: disponibilidad de recursos (se considera que un recurso está disponible cuando existe o es posible obtenerlo sin considerar cuán fácil o difícil resulta su utilización; se puede utilizar solamente si está disponible), accesibilidad geográfica (factores espaciales que facilitan o entorpecen la utilización, es la relación entre la ubicación de los recursos existentes y la ubicación de los usuarios), accesibilidad temporal (limitaciones sobre el momento en que el recurso se encuentra disponible y la población puede acceder a él), accesibilidad social (factores psicológicos, sociales y culturales de la población que pueden rechazar la utilización de los servicios existentes y disponibles debido a atributos tal como sexo, edad, raza, grupo étnico y religión).<sup>17</sup> Dentro de la disponibilidad de recursos se puede considerar la posibilidad de pagar los servicios y gastos relacionados (transporte, pérdida de horas laborales y gastos derivados como medicamentos, entre otros).

-Factores relativos al usuario: el uso de servicios de salud se relaciona de manera importante a características y atributos de la población. A pesar de que el nivel de enfermedad o necesidad de atención médica es siempre uno solo, este es un factor necesario (pero no suficiente) para la utilización de los servicios de salud, ya que existen una serie de factores sociodemográficos y sociopsicológicos que determinarán su uso. Entre los sociodemográficos, los más importantes son edad, sexo, raza, factores étnicos, estado civil y nivel socioeconómico (medido por educación, ocupación e ingreso).

<sup>13</sup> Dever, Alan (1991)

<sup>14</sup> Purola, Tapani (1992)

<sup>15</sup> Martínez Navarro (1998)

<sup>16</sup> White, Kerr y otros (1961)

<sup>17</sup> Paganini, José y otros (1990)



Los factores sociopsicológicos afectan la búsqueda de atención debido a que las actitudes o creencias respecto de la atención médica, de los profesionales o las enfermedades determinan el modo de utilización.

-Factores del personal de salud: estos factores pueden dividirse en dos grupos: 1) factores económicos y 2) factores de la formación del personal. Los factores económicos pueden influir en contextos en donde el personal es remunerado en base a la producción. Los factores del personal de salud pueden influir dependiendo del enfoque de uso de recursos que presentó su programa de entrenamiento.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Paganini, José y otros (1990)



## Justificación



La misión de la salud pública es “cumplir con el interés de la sociedad de asegurar condiciones en las cuales las personas pueden ser saludables”.<sup>19</sup> La salud pública cumple su misión por medio de esfuerzos organizados e interdisciplinarios que tratan con asuntos de salud física, mental y ambiental de comunidades y poblaciones a riesgo. Entre las tres funciones básicas de la salud pública se encuentra “asegurar que todas las poblaciones tengan acceso a cuidados apropiados y costo efectivos, incluyendo la promoción de la salud y servicios de prevención de enfermedades y la evaluación de la efectividad de dichos cuidados”. Adicionalmente, la función esencial número siete se refiere a “la promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud e incluye la evaluación y la promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios”.<sup>20</sup>

Se conoce que el acceso a los servicios de salud depende de una serie de factores, tanto propios de la organización del sistema de salud, como de la población usuaria. Es necesario conocer a fondo dichos patrones de uso y sus determinantes, para contar con un análisis de las necesidades de la población y desarrollar acciones dirigidas a superar barreras de

acceso a las intervenciones de salud pública. Adicionalmente, se busca facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud. El presente trabajo considera a la población el eje central del sistema de salud y busca determinar cómo las condiciones de vida, el grupo de edad, el género, la etnia y el lugar donde se vive, se vinculan e influyen en los patrones de uso de los servicios de salud. Esta información contribuirá a una sólida base de conocimiento sobre la realidad de salud y el sistema de salud de Guatemala y apoyará las reflexiones de tipo prospectivo, necesarias para realizar acciones transformadoras de parte de los tomadores de decisiones.

### Objetivos

1. Elaborar una caracterización general de la búsqueda de atención y uso de los servicios de salud por parte de la población guatemalteca, en base a un análisis comparativo de los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2000 y 2006.
2. Identificar y examinar las relaciones existentes entre las condiciones de vida y las características socioculturales de los hogares con la búsqueda de atención y uso de los servicios de salud públicos y privados.

<sup>19</sup> OPS (2000)

<sup>20</sup> Paganini, José y otros (1990)



## Discusión de resultados

La evidencia epidemiológica actual demuestra que el proceso de búsqueda de atención y la percepción de la enfermedad ocurren dentro de un contexto en el cual influyen diversos factores, como el nivel socioeconómico, el sexo y el grupo étnico. El presente estudio analiza el impacto de dichos factores en la búsqueda de atención en salud en Guatemala, con el propósito de contar con conocimientos de la realidad en el país que orienten la planificación racional de los servicios de salud.

Se presenta a continuación el análisis de los datos más relevantes reportados en la ENCOVI 2006 en relación a la búsqueda de atención de la salud. El análisis inicia con los datos sobre la percepción de episodios de enfermedad y del número de consultas reportados por cada episodio, el tipo de personal consultado, el lugar y el tiempo reportado para llegar al servicio, el tiempo para ser atendido y el número de días de ausencia a actividades normales reportado según episodio. Se continúa con el análisis de los gastos asociados a cada episodio de enfermedad, en términos de cobro por

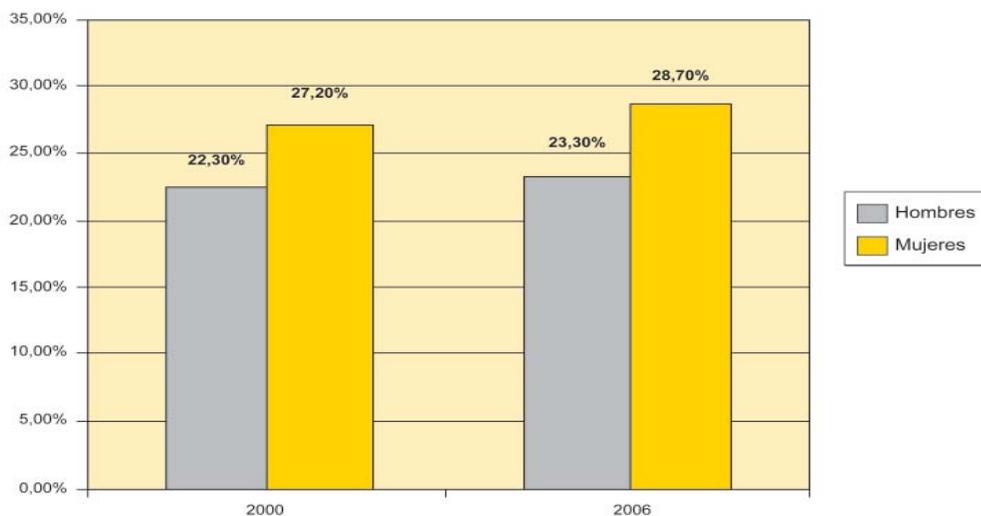
consulta, compra de medicamentos, exámenes de laboratorio y otros. Se estudian además datos acerca de la disponibilidad reportada de seguro médico privado o cobertura por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; y se finaliza con el análisis de dos grupos particulares, aquellos que refieren haber consultado en ausencia de enfermedad y los que dicen no haber consultado en presencia de enfermedad.

### *Percepción de la enfermedad*

El 26% de la población manifestó haber tenido un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días (ver Anexos, Cuadro No. 2). Debe notarse que la frecuencia reportada únicamente indica percepción social de la enfermedad y que ello no necesariamente corresponde a la morbilidad real, para cuya medición se utilizarían otro tipo de instrumentos. Este porcentaje tiene variaciones significativas entre sexos y otras variables biológicas y sociales. Se aprecia así que las mujeres reportan una mayor ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud que los hombres, lo cual se corresponde

**Gráfica No. 1**

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según sexo, año 2000 – 2006

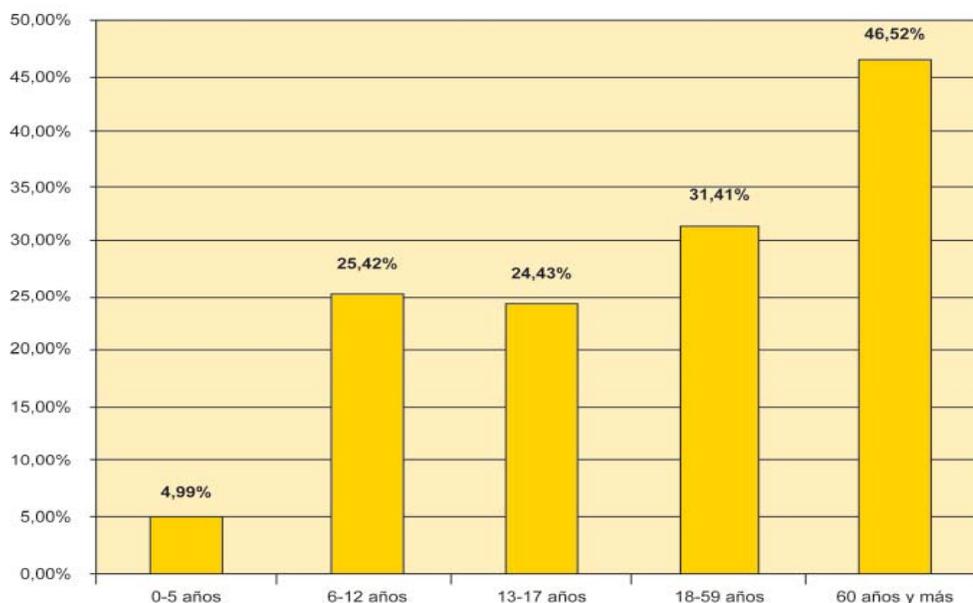


Fuente: ENCOVI 2006.



**Gráfico No. 2**

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según grupo etáreo, año 2006



Fuente: ENCOVI 2006

con una mayor frecuencia real de morbilidad y consultas a los servicios de salud. Este aspecto ha sido ampliamente estudiado en estudios de demandas de servicios y se explica debido a la función reproductiva propia de las mujeres que amerita un mayor número de consultas.

El reporte de episodios de enfermedad se relaciona en forma directa con la edad, lo cual es atribuible a los procesos mórbidos relacionados al envejecimiento y la percepción poblacional de los mismos. Esta tendencia se presenta tanto en el año 2000 como en el 2006. La disminución en el porcentaje reportado de consulta en el grupo de 13 a 17 años es explicable por el hecho de que ésta es la etapa más sana del ciclo de vida.

Los habitantes de la región Noroccidente reportaron, tanto para el año 2000 como en el 2006, la más baja ocurrencia de episodios de enfermedad. Este resultado es aparentemente paradójico, ya que los indicadores de esta región

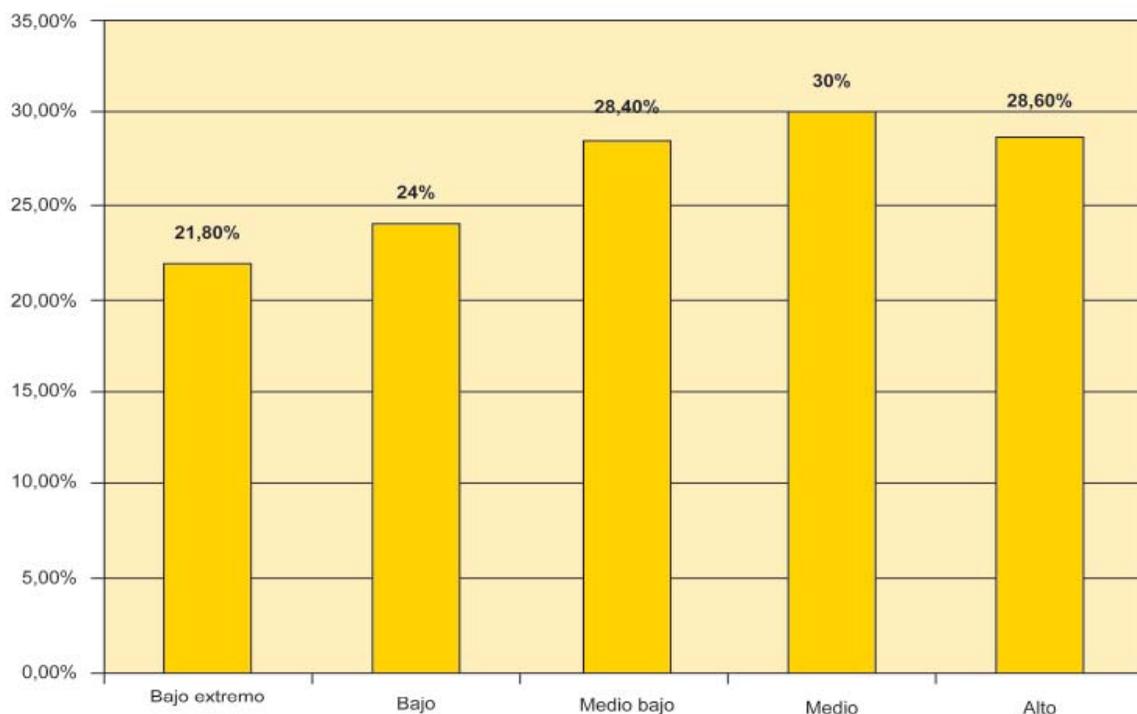
reflejan un mayor deterioro del estado de salud, en relación al resto del país. Consideramos que este hallazgo podría explicarse por tres razones: 1) el concepto poblacional de enfermedad que varía entre diferentes grupos sociales y étnicos; 2) la relativa poca influencia del proceso de medicalización en comparación al existente en áreas urbanas y otras regiones del país con mayor acceso a los servicios de salud; 3) el bajo nivel educacional, lo cual determina un menor reconocimiento de la enfermedad.

Tanto el estrato socioeconómico como el nivel de pobreza son factores influyentes en el reporte de enfermedad, el cual aumenta de manera directa con los estratos socioeconómicos, tanto en el 2000 como en el 2006. El grupo étnico es igualmente relevante. El reporte de episodios de enfermedad es mayor en no indígenas que en indígenas (27.4% a 24.1%). Es improbable que los episodios de enfermedad realmente sean menores en los grupos más pobres y en los grupos indígenas. De igual manera que en



**Gráfica No. 3**

Reporte de ocurrencia de enfermedad en el últimos mes, según estrato socioeconómico, año 2006



Fuente : Cálculos propios.

los habitantes del Noroccidente del país, esta tendencia de menor reporte obedece a un menor reconocimiento social de la enfermedad, asociado a una menor influencia del proceso de medicalización y a inaccesibilidad a los servicios de salud, incluyendo medicamentos, pruebas de laboratorio y otros exámenes diagnósticos.

#### *El proceso de la consulta*

Se reportaron 1.8 consultas en promedio por cada episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud (ver Anexos, Cuadro No. 3). El número promedio de consultas aumentó con la edad, lo que es de esperar según la morbilidad esperada en este grupo. Hay una diferencia estadísticamente significativa en el número de consultas realizadas por los mayores de 60 años en relación a los grupos más jóvenes.

El lugar de atención que se reportó como más consultado a nivel nacional en los 30 días

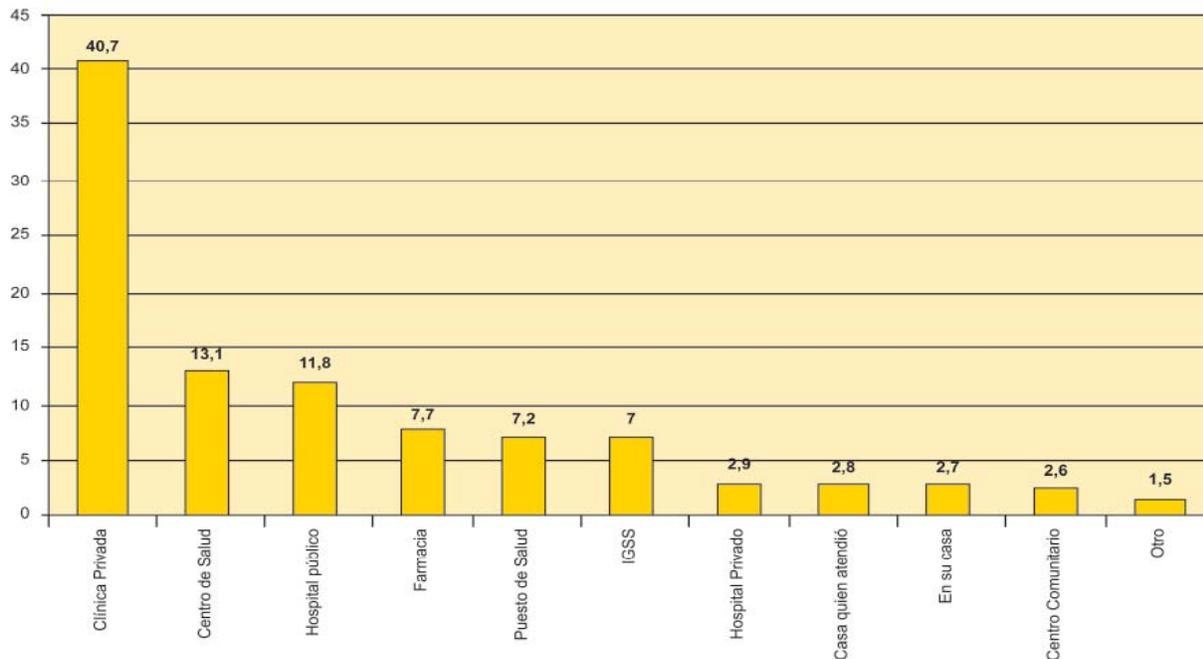
previos fue la clínica privada, seguido por el centro de salud y hospital público (ver Anexos, Cuadro No. 4). Le siguen a estos lugares la farmacia, el puesto de salud y el IGSS. El centro comunitario o centro de convergencia, estrategia empleada desde hace más de 10 años para la extensión de cobertura a nivel nacional, es el lugar menos reportado como consultado: únicamente el 2.6% del total de las personas encuestadas indicaron haberlo visitado.

Estos porcentajes varían marcadamente según la pertenencia a determinado grupo poblacional. En los centros urbanos, la clínica privada tiene aún mayor importancia ya que es allí donde se efectúan cerca de la mitad de las consultas. Le siguen el hospital público, el centro de salud y el IGSS. En el área rural, el porcentaje correspondiente a consultas en clínica privada es apenas una tercera parte del porcentaje correspondiente a los centros urbanos. Le siguen el centro de salud, puesto de salud y hospital público. La suma de los porcentajes correspondientes a centros esta-



**Gráfica No. 4**

Distribución porcentual de lugar consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, año 2006



Fuente: ENCOVI 2006

tales (centros de salud, puestos de salud, hospitales públicos y centros de convergencia) el área rural, supera el porcentaje correspondiente a clínicas privadas.

Al analizar la consulta a centros comunitarios (también conocidos como centros de convergencia), por área urbana y rural, se evidencia una diferencia significativa, ya que en el medio rural hay un porcentaje de consulta de 5.3%, comparado a 0.6% en medio urbano, lo cual se explica porque la estrategia está centrada en áreas rurales. Sin embargo, aún en estas áreas, la consulta a centros comunitarios se encuentra en un lejano sexto lugar, lo cual indica que no es una opción aceptada por este grupo o bien que la complejidad percibida de la morbilidad por la cual se consulta induzca a la población a asistir a un nivel superior de atención. Este argumento, sin embargo, podría desvirtuarse al observar que la consulta en farmacias, claramente inadecuadas para la atención de salud, es mayor que en los centros de convergencia. Con los datos reportados no

se puede extender al análisis más allá de lo presentado.

La opción preferencial y generalizada de atención en centros privados, con los costos que esto implica, es un indicativo de la insatisfacción e inaccesibilidad de la población con los servicios públicos. En este punto debe llamarse la atención sobre el hecho de que los estratos más pobres son, en términos porcentuales con relación a sus ingresos, los más afectados por el gasto privado en salud, que además se ha probado ser inefectivo en muchas circunstancias.

Lo reportado por el grupo indígena indica que la clínica privada ocupa el primer lugar, aunque de manera menos notoria que en el grupo no indígena. En el grupo indígena, los lugares más consultados después de la clínica privada son el centro de salud, el hospital público, el puesto de salud y la farmacia. Entre los no indígenas, los lugares que le siguieron a la clínica privada fueron el hospital público, el centro de salud y



la farmacia. En ambos grupos, el centro comunitario es un lugar poco consultado, de 5.5% en el grupo indígena y de 1.5% en el grupo no indígena. Se evidencia que, aunque en una proporción modesta, la estrategia de extensión de cobertura está siendo utilizada en mayor porcentaje por el grupo indígena, hallazgo que consideramos se explica por los niveles de pobreza y la escasa accesibilidad a servicios de salud por este grupo.

Existe una clara correlación entre el estrato socioeconómico y el lugar de consulta; la clínica privada es más frecuente en los estratos más altos, con una clara tendencia al descenso en los más bajos. Las consultas al IGSS y a hospital privado presentan un patrón similar. De manera contraria, la consulta a hospital público, farmacia y puesto y centro de salud aumenta en los estratos más bajos. El centro comunitario se usa de manera casi exclusiva en los dos estratos inferiores. El análisis antes efectuado con respecto al uso de servicios por

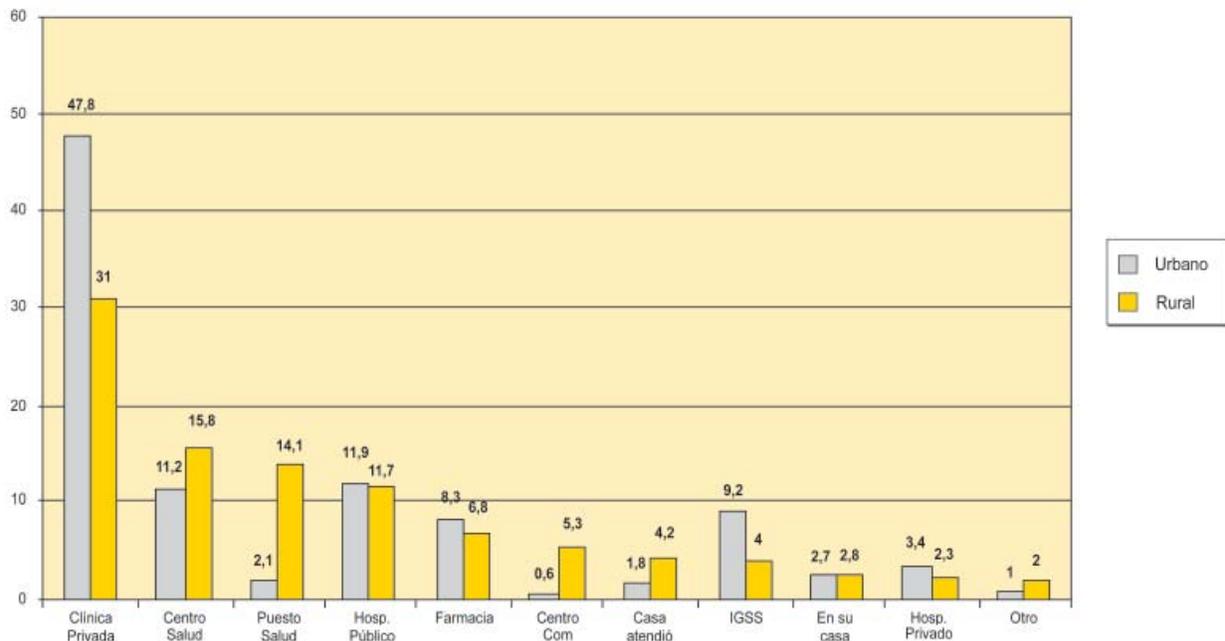
las poblaciones rurales e indígenas se aplica de igual manera a este hallazgo.

En relación al personal de salud consultado, únicamente el 51% de los encuestados reportó haber realizado una consulta a un proveedor de salud (formal, informal o comunitario) (ver Anexos, Cuadro No. 5). El resto de las personas (49.1%) optaron por consultar con un familiar, automedicarse o no hacer nada. El personal más consultado fue el profesional (médico, odontólogo o psicólogo). Le siguieron en importancia: la consulta resuelta por la misma persona (automedicación), la consulta con un familiar o la ausencia de consulta (hacer nada) (ver Anexos, Cuadro No. 5). La consulta con personal comunitario fue reportada como muy baja, menor al 5%.

En el grupo indígena, la consulta con personal profesional fue considerablemente más baja y se encuentra casi al mismo nivel que la automedicación (alrededor del 26%). En este

**Gráfica No. 5**

Distribución porcentual de lugar consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según área urbana y rural, año 2006

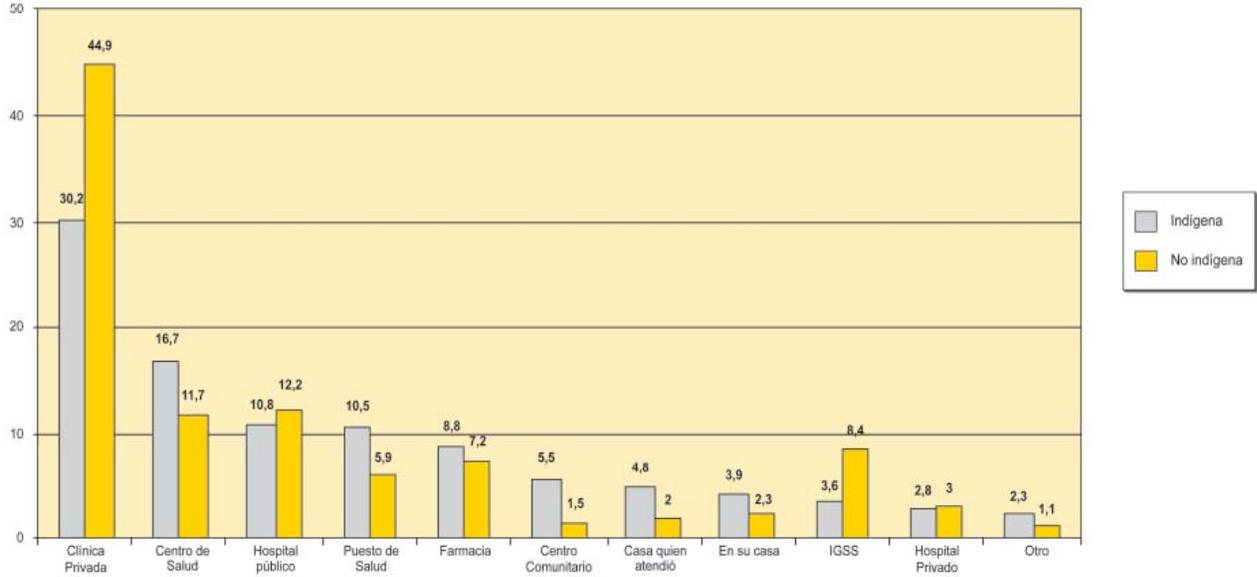


Fuente: ENCOVI, 2006



**Gráfica No. 6**

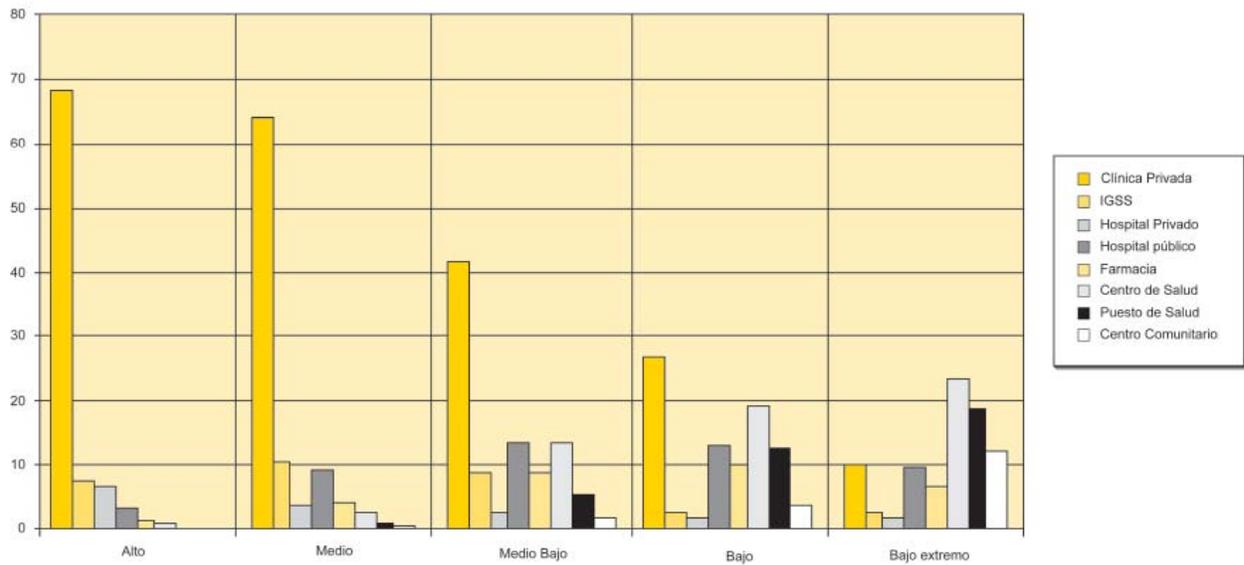
Distribución porcentual de lugar consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud según grupo étnico en el último mes, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

**Gráfica No. 7**

Distribución porcentual de lugar consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud según estrato socioeconómico en el último mes, año 2006

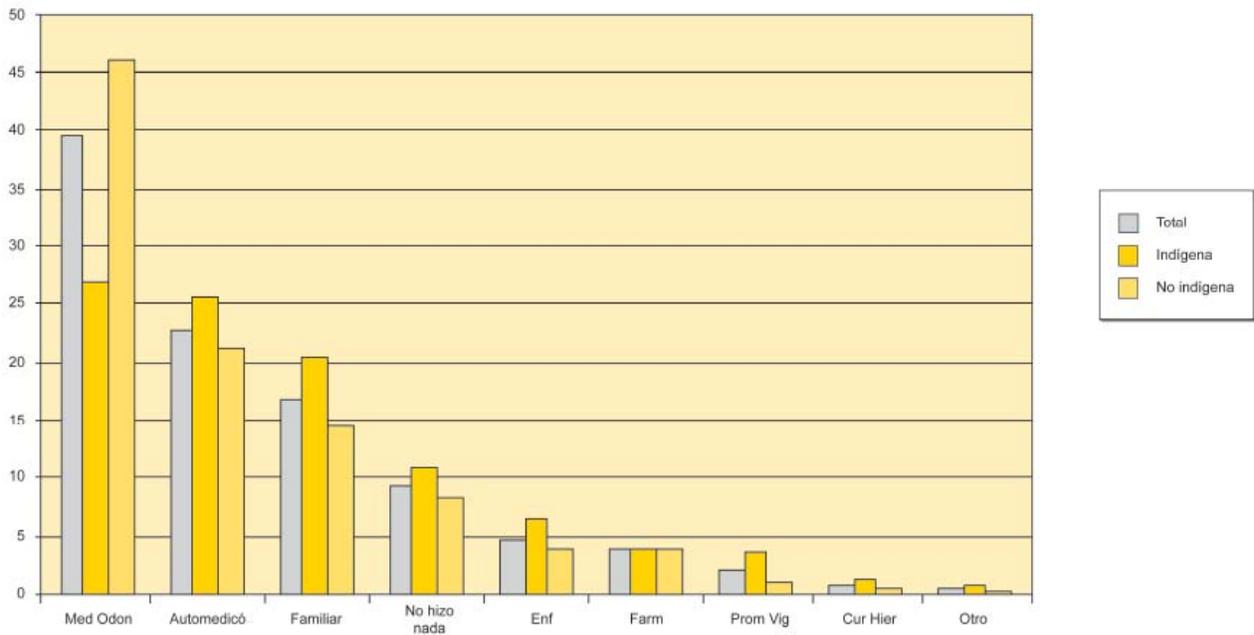


Fuente: ENCOVI, 2006



**Gráfica No. 8**

Distribución porcentual de personal consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según grupo étnico y población total, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

grupo también es más frecuente la resolución con un familiar, no hacer nada o la consulta con un/a enfermera/o. En el grupo no indígena, se hace más importante la consulta con profesionales de la salud. Las consultas con los demás proveedores siguen la misma tendencia, aunque con porcentajes levemente menores.

El análisis de estos datos, en vista de las elecciones de servicio de salud, evidencia que la mayoría de pacientes que reportaron haber efectuado su consulta con médicos lo hicieron en una clínica privada y no en un servicio público de salud.

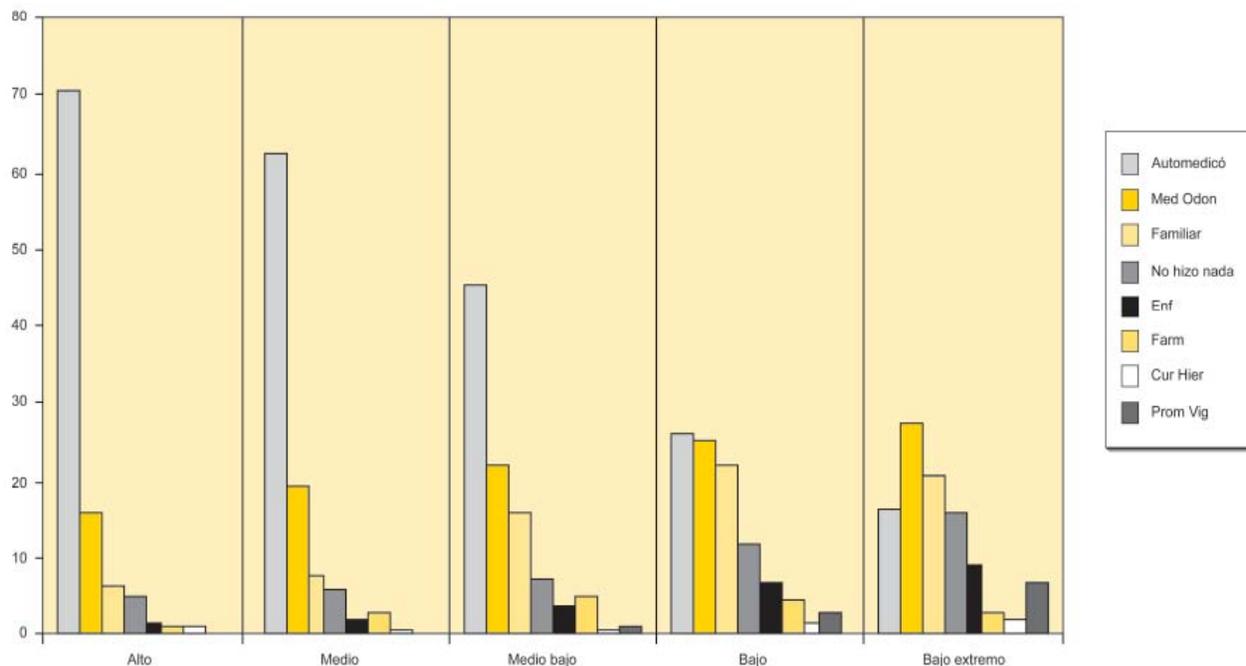
Las tendencias aquí presentadas indican que en ausencia de un médico para resolución de su consulta, la siguiente opción no es consultar con otro personal de salud, sino que resolver el problema a nivel individual por la automedicación o a nivel familiar, con el consejo de un miembro de la familia.

El nivel socioeconómico es un factor determinante del personal a ser consultado; en el grupo alto cerca del 70% de las consultas son resueltas por un médico, odontólogo o psicólogo. Este porcentaje disminuye de manera lineal con el estrato socioeconómico y llega a ser de únicamente 16.3% en el grupo bajo extremo. Las demás categorías de resolución de consulta (automedicación, familiar, no hacer nada, enfermera/o, farmacéutico, curandero o hierbero y promotor o vigilante), se hacen más frecuentes en los grupos más bajos. El promotor o vigilante fue reportado de manera casi exclusiva en los estratos más bajos. Se evidencia que quienes tienen accesibilidad económica a pagar una consulta privada eligen realizar una consulta, asumiendo el costo. Quienes no tienen esta accesibilidad optan por resolver los casos en el hogar. Las consultas a nivel de personal de enfermería o personal comunitario de salud no son una opción preferencial para este grupo.



**Gráfica No. 9**

Distribución porcentual de personal consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según estrato socioeconómico, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

Según fue reportado, el promedio del tiempo de viaje al lugar en donde proporcionaron atención de la salud fue de 54.39 minutos (ver Anexos, Cuadro No. 6). Existe una clara diferencia según la ruralidad y nivel socioeconómico; en el área urbana la media fue de 46.59 minutos y en el área rural de 65.02 minutos. El grupo socioeconómico bajo extremo transcurre en promedio 51 minutos para llegar al servicio de salud, mientras que el nivel alto es de 35.67 minutos. El grupo indígena reportó 59.1 minutos, en comparación con el no indígena, que reportó 52.6 minutos en promedio. Esto evidencia que los servicios de salud son menos accesibles para los grupos más vulnerables y que el éxito de las estrategias de extensión de cobertura en llevar servicios de salud a quienes más lo necesitan ha sido limitado.

El tiempo promedio de espera para ser atendido en el servicio de salud fue de 52.8 minutos (ver Anexos, Cuadro No. 7). Este tiempo fue reportado como más prolongado

en mujeres (56.4 minutos) que en hombres (47.9 minutos), en no indígenas (56.1) que en indígenas (44.4) y en no pobres (56.6) que en pobres extremo (42.9). El análisis por grupo etéreo revela que el grupo de mayores de 65 años es el que debe esperar más: un promedio de 65.7 minutos por su consulta. Aunque estos resultados presentan algunos resultados favorables, como los períodos de tiempo más cortos en los grupos más vulnerables, debe tomarse en cuenta que globalmente el período de espera es largo, lo cual sumado al tiempo que le toma llegar al servicio de salud podría hacer un servicio inaccesible. Adicionalmente, debe notarse el sesgo existente en el reporte subjetivo del período de tiempo, que implica lo que se recuerda o percibió al respecto.

El medio de transporte principalmente utilizado para búsqueda de servicios fue a pie, reportado por el 46.4 % de los encuestados. Le siguen en importancia la camioneta (28.6%) y carro o camionetilla (15.2%) (ver Anexos,



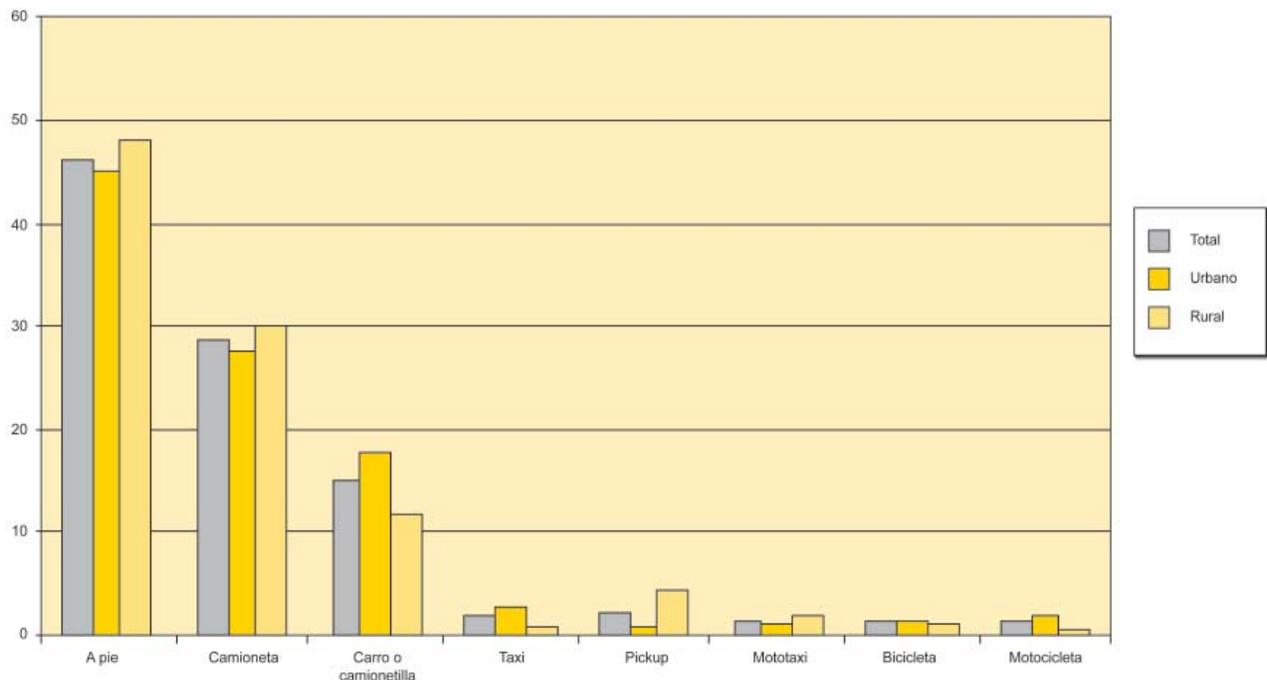
Cuadro No. 8). En el área urbana toma más relevancia el taxi y el mototaxi, mientras que en el área rural se hacen los viajes en bicicleta y pickup, que en áreas rurales suple la función del autobús, pues estos no existen. En los hombres aparece la bicicleta (2.5%) y la motocicleta (1.9%). En los extremos de la vida se usa más el autobús y se transita menos a pie. Los grupos más pobres refieren movilizarse más a pie y menos en autobús u otros medios de transporte; el grupo pobre extremo refiere movilizarse a pie el 70.5% de las veces. El grupo no pobre utiliza una mayor variedad de transportes, tal como ambulancia, carro y mototaxi; y se moviliza a pie únicamente el 23.9% de las veces. Estos datos indican que la inaccesibilidad a los servicios de salud en los grupos vulnerables cobra una mayor dimensión y complejidad, ya que además de encontrar mayores distancias a los mismos, deben utilizar medios de transporte que implican mayores dificultades para los enfermos, como el transitar a pie.

El 46.3% de la población encuestada reportó haber faltado a sus actividades normales debido al episodio de enfermedad sufrido en los últimos treinta días (ver Anexos, Cuadro No. 9). Estas ausencias a actividades normales fueron significativamente mayores en el área rural (51.8%) que en el área urbana (40.6%). El análisis por región geográfica indica que el área en donde ocurre más ausencia a actividades normales es la Noroccidente (62.38%), seguido por Petén (58,58%). Las regiones de menor ausencia son la metropolitana y central (37.13% y 42.07%).

Según nivel socioeconómico, el grupo alto presenta la proporción de ausencia más baja (35.3%) y el grupo bajo extremo presenta la ausencia más alta (54.9%). Estos datos son consistentes con lo reportado en la ENCOVI del año 2000. El grupo indígena se ausentó considerablemente más que el no indígena. Esto podría correlacionarse con el nivel de salud; en

**Gráfica No. 10**

Distribución porcentual de medio de transporte utilizado para llegar a servicio de salud, según región geográfica urbano/rural, año 2006

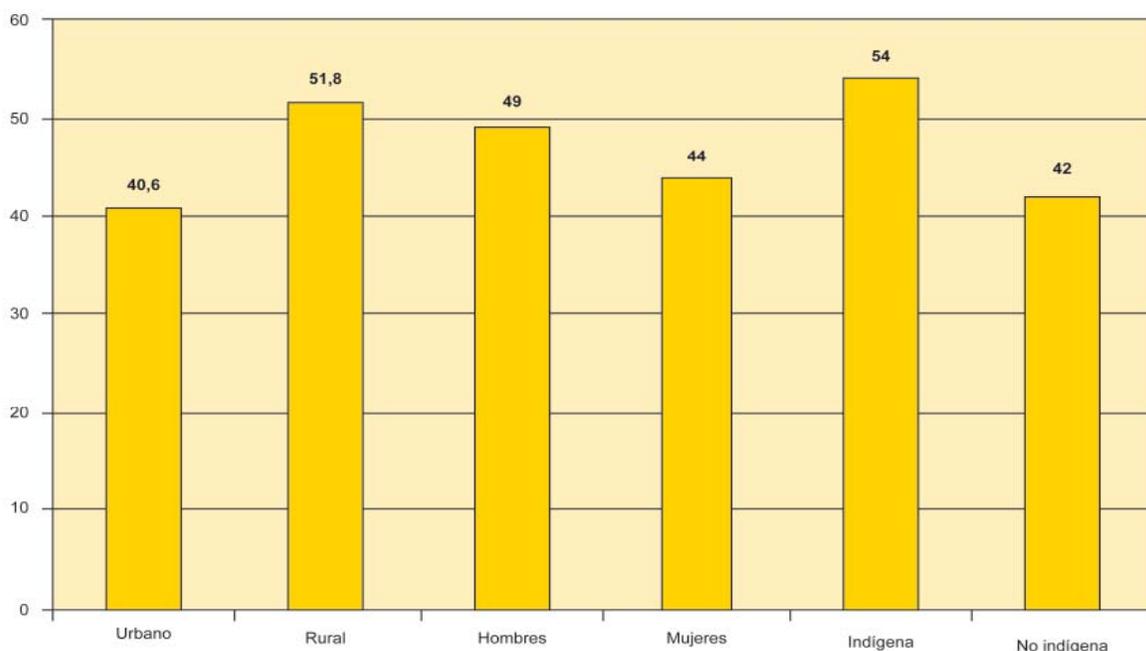


Fuente: ENCOVI, 2006



**Gráfica No. 11**

Porcentaje de ausencia a actividades normales por enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, según características seleccionadas, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

las poblaciones más rurales y más pobres, la frecuencia y severidad de la enfermedad son mayores que en las áreas urbanas.

Reportaron mayor ausencia a actividades normales los hombres (49.04%) que las mujeres (44.2%). Este hallazgo parece paradójico, en vista de la mayor frecuencia de enfermedad de la mujer. Sin embargo, el menor ausentismo de las mujeres a pesar de la enfermedad podría deberse a los múltiples roles que juegan en el hogar y afuera del mismo, lo cual les dificulta suspender sus actividades más que a los hombres.

El número promedio de días de ausencia fue de 7.1, levemente menor al promedio del 2000, de 8.54. Este número de días fue mayor en el área rural (7.3), que el área urbana (6.8). (ver Anexos, Cuadro No. 10).

El análisis de estos datos en relación al impacto de la economía del país revela el alto costo de las ausencias. Tomando en cuenta

que el 46.3% de la población que reportó un episodio de enfermedad se ausentó de sus actividades normales, es posible determinar que, en promedio, se ausentan más de 1.550.000 personas cada mes en el país por enfermedad, accidente o quebranto de salud. En promedio, cada ausencia dura siete días, equivalente a más de diez millones de días laborales perdidos al mes. Tomando en cuenta que esta cifra es producto de lo reportado, su interpretación debe efectuarse con cautela. Sin embargo, aún cuando el número de ausencias fuera menor a lo reportado, esto tendría un alto costo sobre la productividad y la macroeconomía del país.

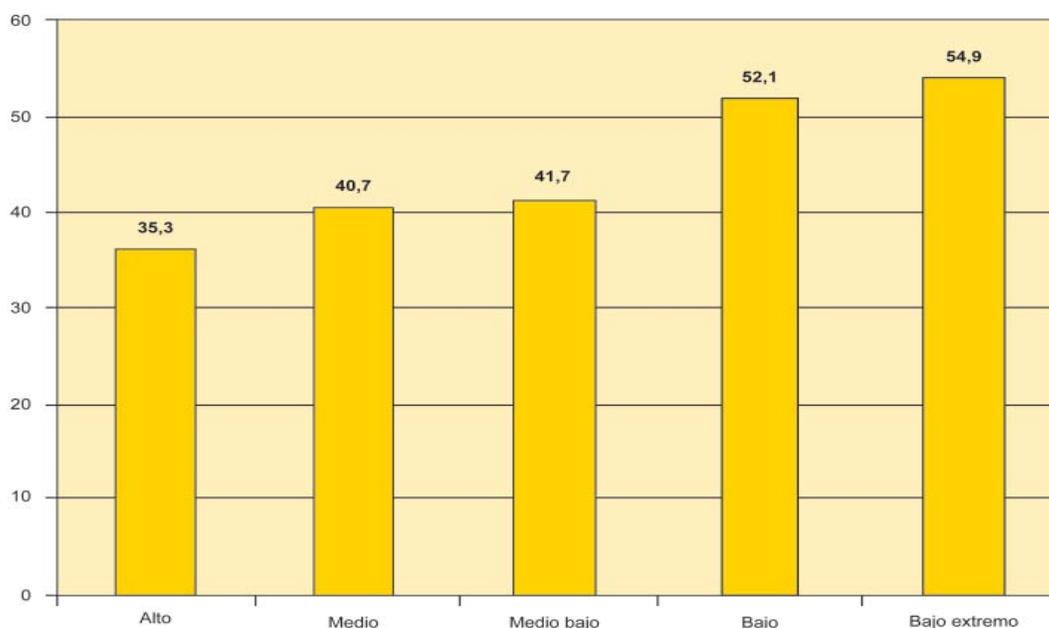
*Los gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud*

Más del 77% del total de personas que reportaron haber presentado un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, refirieron haber efectuado gastos en medicamentos, tanto en el área urbana como rural.



**Gráfica No. 12**

Número de días de ausencia debida a enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según estrato socioeconómico, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

Adicionalmente, en el área urbana el 50% reportó gastos por la consulta médica, el 21.8% por transporte y el 18.2% por radiografías o exámenes de laboratorio. En el área rural, el 37.7% reportó gastos asociados a la consulta médica, el 30.2% gastos asociados al transporte y 11.8% a exámenes de laboratorio. El patrón de gasto efectuado en el área rural enfatiza una mayor importancia de los gastos en que se incurre para llegar al lugar de la consulta, obtener la consulta y los medicamentos necesarios, que la ayuda diagnóstica de exámenes de laboratorio. En el área urbana hay un menor gasto en transporte debido a la mayor accesibilidad a los servicios y un mayor gasto en exámenes de laboratorio.

El número de personas que reportaron haber gastado en medicamentos y en consulta disminuye de manera inversa el estrato socioeconómico. El gasto en medicamentos es el menos flexible de todos los gastos, ya que aún en el grupo bajo extremo, el 70%

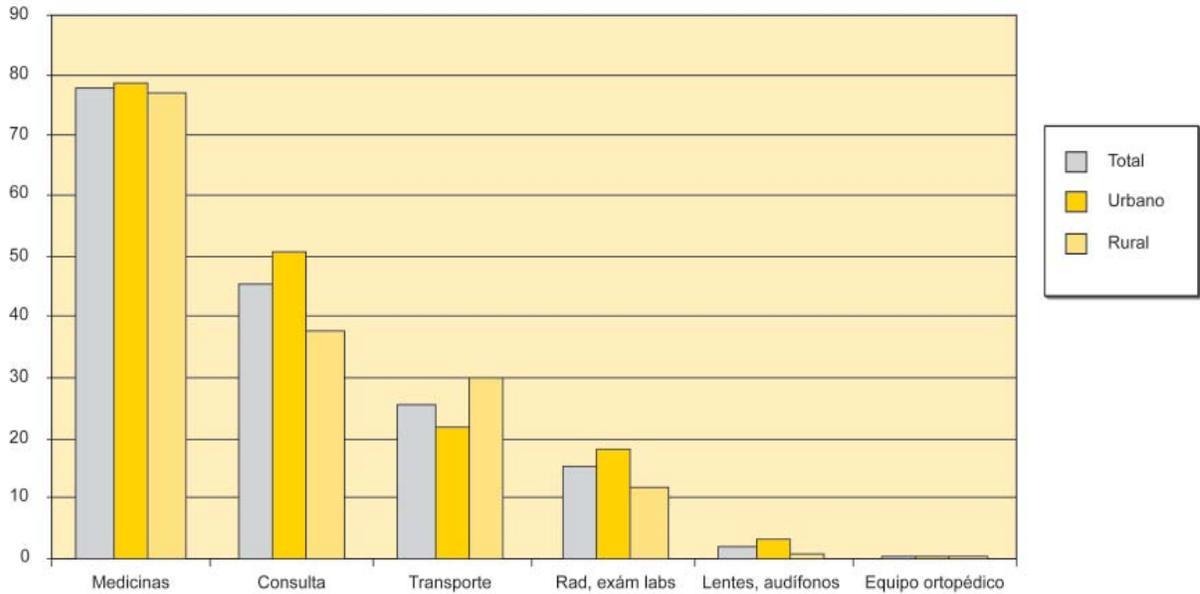
de encuestados reportaron haber gastado en ese rubro. El gasto en consulta varía desde el 66.1% en el estrato alto hasta 18.2% en el bajo extremo. Los rubros de radiografía/ exámenes de laboratorio, lentes/audífonos y equipo ortopédico también disminuyen conforme el estrato socioeconómico. Estas cifras reflejan la importancia que los estratos más bajos ponen sobre obtener el medicamento, lo cual representa la solución inmediata a su problema de salud, a pesar de que se ha documentado que el gasto en salud efectuado es muchas veces mal enfocado e inefectivo en estos estratos.

Las personas encuestadas reportaron haber gastado en promedio Q86.78 por consulta médica y Q243.58 en medicamentos (ver Anexos, Tabla No. 12). El monto del gasto tiene una relación directa con el estrato socioeconómico; en el caso de la consulta, es hasta 2.8 veces mayor el gasto en el grupo alto que en el bajo extremo y 3.8 veces mayor en el rubro de medicamentos. Sin embargo,



**Gráfico No. 13**

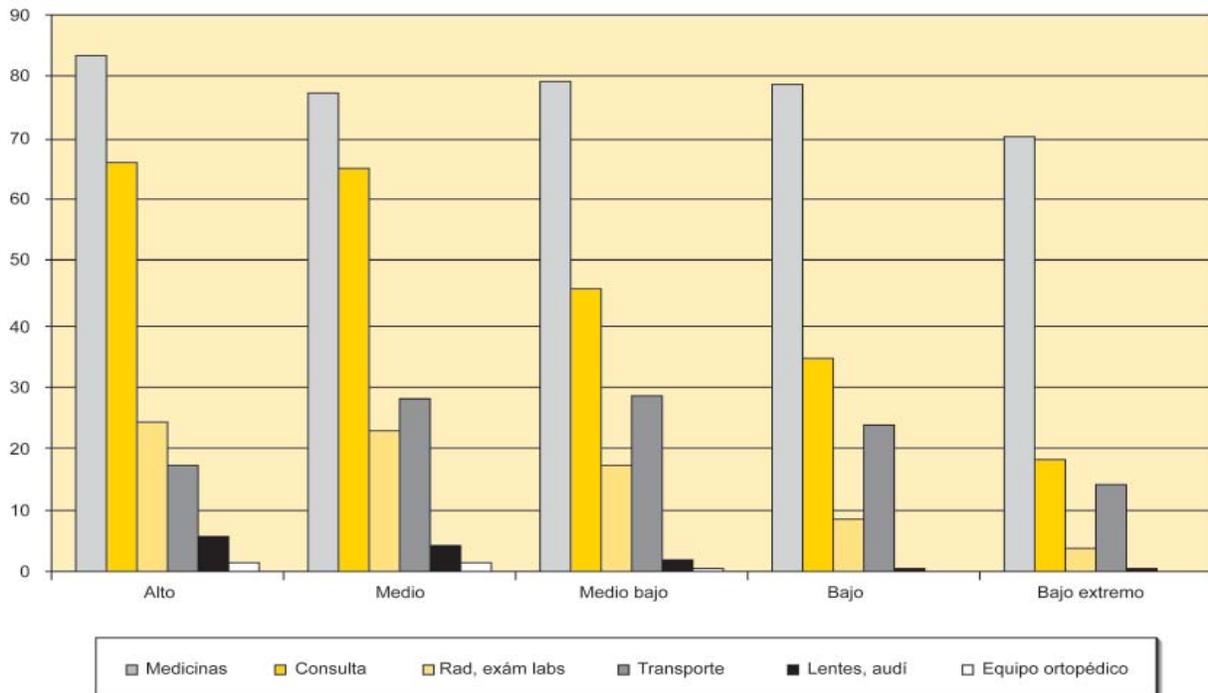
Prevalencia de gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según población total y urbano rural, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

**Gráfico No. 14**

Prevalencia de gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según estrato socioeconómico, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

¿A quién acudimos cuando buscamos salud?



el análisis de la relación de este gasto en proporción a los ingresos globales nos revela que lo gastado por los grupos más pobres representa una proporción mucho mayor de sus ingresos que lo gastado por los grupos más ricos, lo cual lleva a concluir que un episodio de enfermedad en una persona de menores ingresos es mucho más impactante sobre su economía familiar que en una personas de mayores ingresos.

El gasto promedio reportado por hospitalización fue de Q 7.500.00. Esta cantidad mostró grandes variaciones, ya que en el área urbana fue cinco veces mayor que en la rural y en hombres tres veces mayor que en mujeres. Estas cifras reflejan que las personas gastan en relación a su posición económica y disponibilidad de recursos. Sin embargo, el análisis de lo gastado debe centrarse sobre el impacto que estos gastos tiene en su economía familiar.

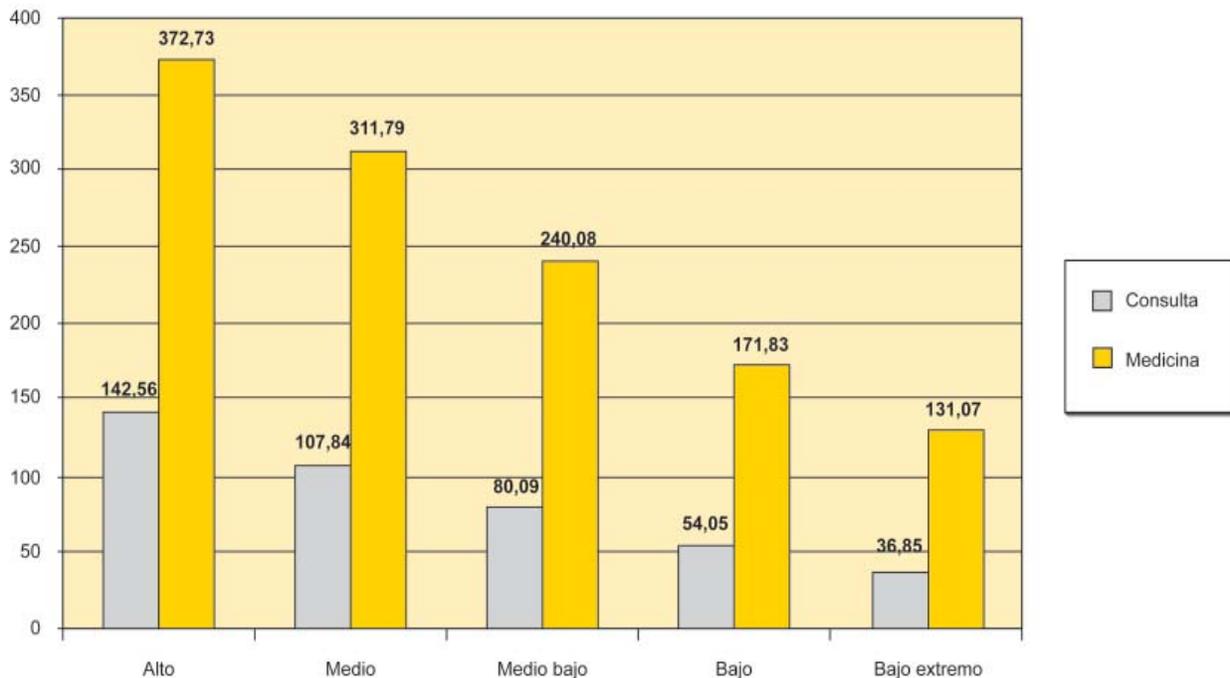
### Disponibilidad de seguro público o privado

El 12.4% de los encuestados reportó contar con cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el 2.2% con seguros privados. La combinación de ambos fue extremadamente baja, de únicamente 0.6%. La distribución de cobertura al IGSS corresponde al empleo formal; en el área urbana es tres veces mayor que en el área rural y en hombres es 50% mayor que en mujeres. Se muestran estas mismas tendencias en acceso a seguros privados de salud.

El acceso al IGSS es mayor en el estrato medio; le siguen el alto y el medio bajo. En los últimos dos grupos socioeconómicos, únicamente una porción pequeña de los encuestados reportó cobertura. En el grupo alto, el acceso al IGSS es incluso menor que el del seguro privado. Estos datos reflejan la inexistencia de cobertura en

**Gráfica No. 15**

Gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según estrato socioeconómico, año 2006

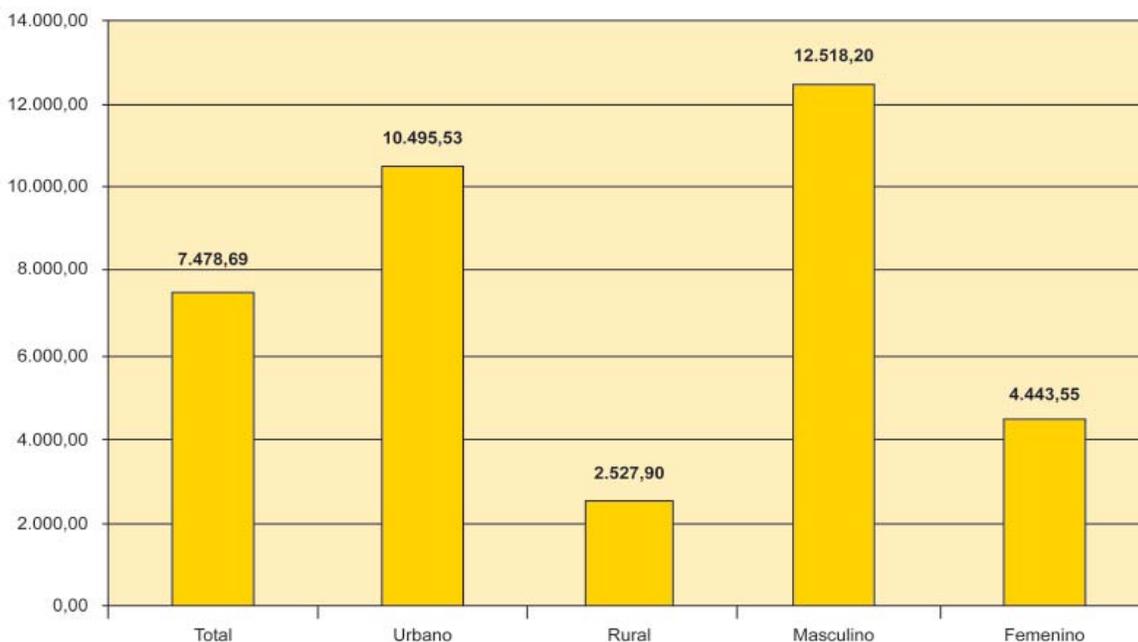


Fuente: ENCOVI, 2006



**Gráfica No.16**

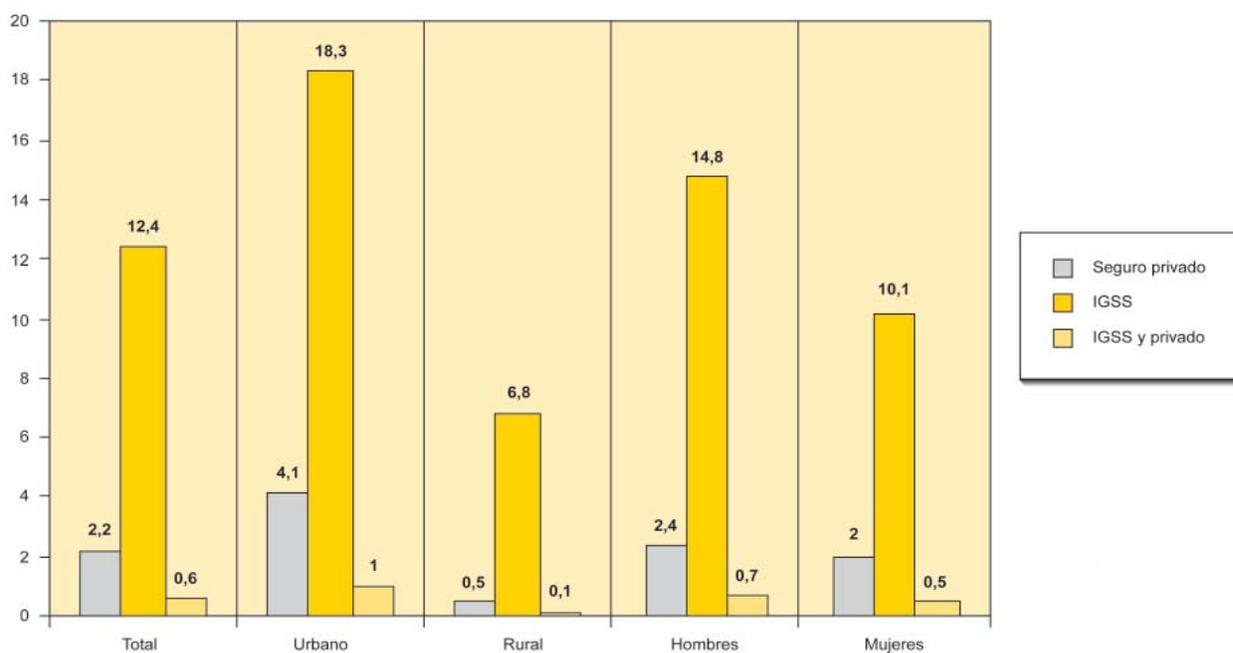
Gastos asociados a episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según características seleccionadas, en quetzales, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

**Gráfica No.17**

Disponibilidad de seguro privado o IGSS según características seleccionadas, año 2006

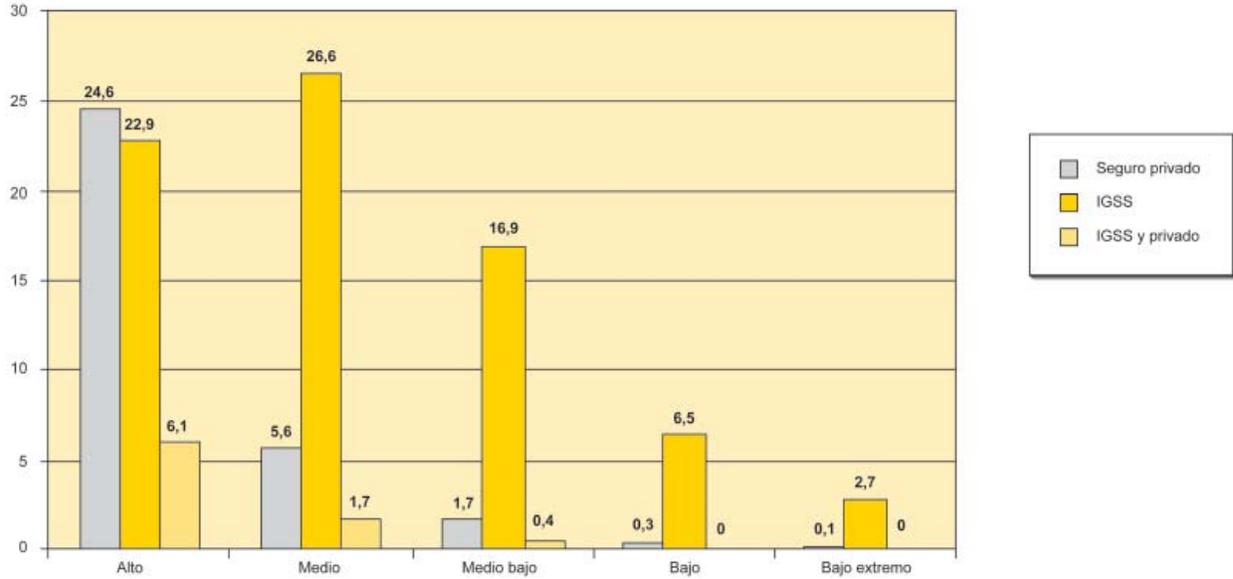


Fuente: ENCOVI, 2006



**Gráfica No.18**

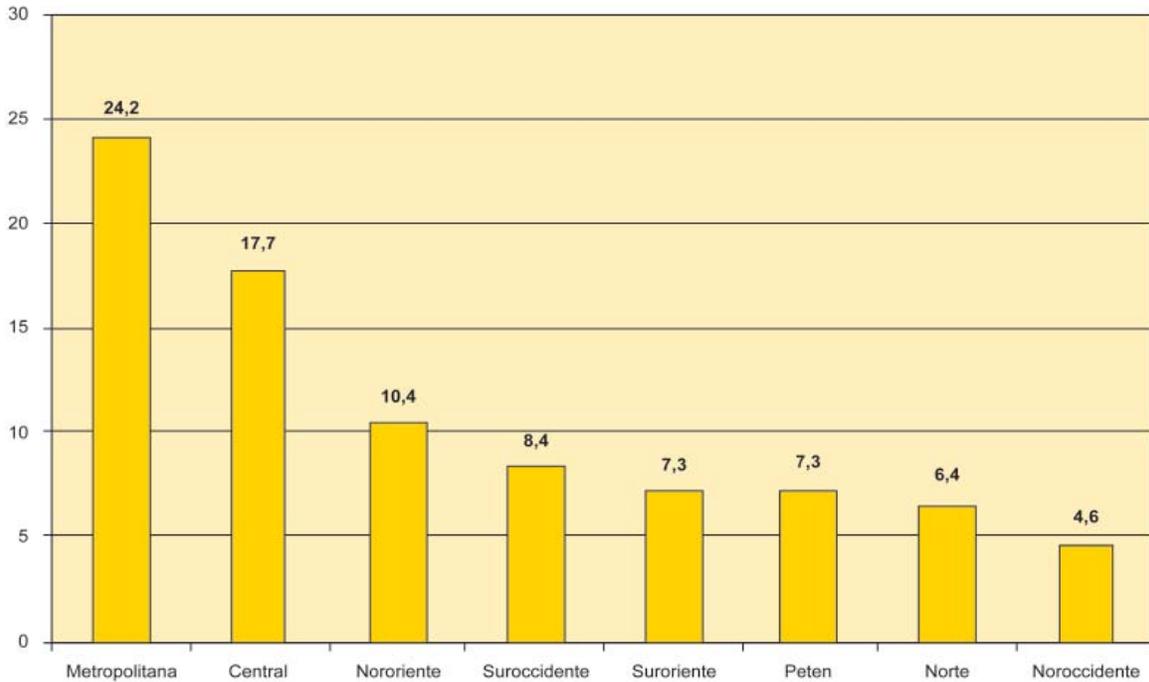
Disponibilidad de seguro privado o IGSS según estrato socioeconómico, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006

**Gráfica No.19**

Disponibilidad de IGSS según región geográfica del país, año 2006



Fuente: ENCOVI, 2006



los grupos que más lo requieren, los de menor estrato, y una duplicidad de acceso en el grupo alto, el cual probablemente prefiere utilizar el seguro privado.

La disponibilidad de IGSS según región geográfica revela que las personas con acceso son principalmente de la región metropolitana y la central. El resto del país cuenta con coberturas alrededor o inferiores al 10%. Esto se encuentra directamente relacionado con la actividad económica propia de la región y el empleo informal, el cual no clasifica para cobertura. Estos patrones muestran que las personas que se desempeñan en el interior del país en actividades como la agricultura - que se encuentra entre las peor remuneradas - son quienes más carecen de cobertura, a pesar de necesidad imperante para ellos y sus familias.

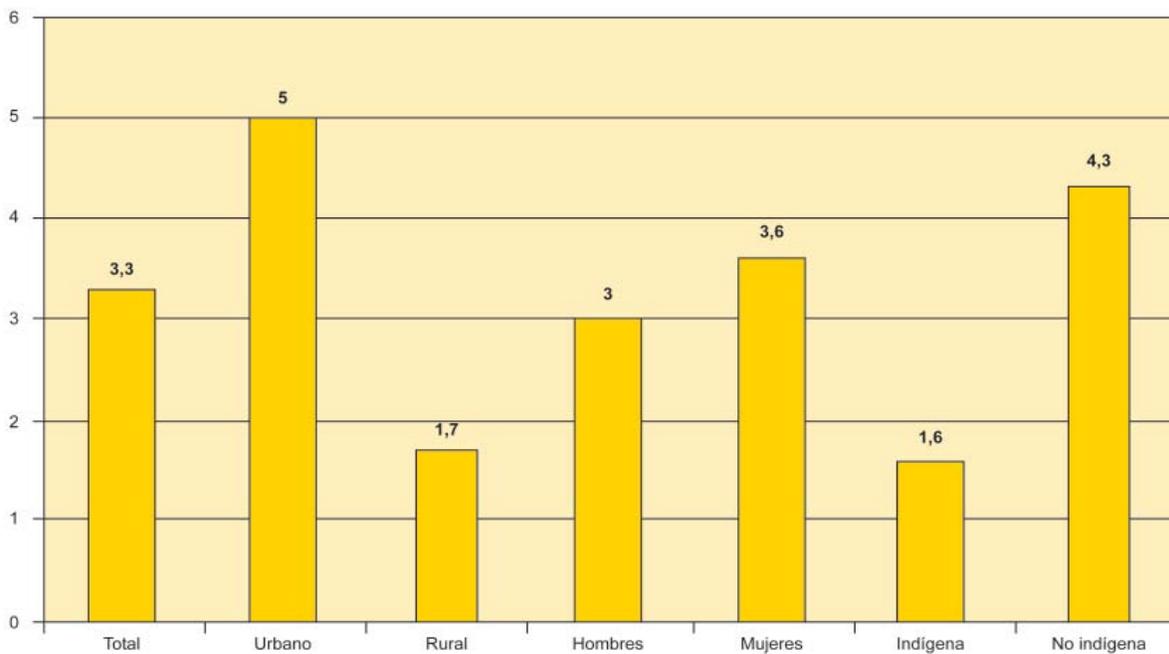
## Grupos especiales

### *Consulta en ausencia de enfermedad*

Únicamente el 3.3% de la población reportó haber realizado una consulta en los últimos treinta días en ausencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud, lo cual es un aumento no significativo del 2.65% que se reportó en el año 2000 (ver Anexos, Cuadro No. 14). Hay una diferencia significativa entre porcentaje de personas que consultaron sin enfermedad en el área urbana (5%) y el área rural (1.7%). Este patrón, que no ha variado de manera significativa desde el año 2000, refleja una mayor búsqueda de servicios preventivos entre las personas del área urbana que rural, ligado a un mayor acceso económico a este tipo de servicios y al cuidado de la salud en general, así como a un mejor nivel educacional.

**Gráfica No. 20**

Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días



Fuente: ENCOVI 2006



El análisis por grupo etáreo revela que la búsqueda de servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud, ocurre de mayor manera en los extremos de la vida. En el grupo de menores de cinco años esto posiblemente está relacionado a inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo. En las personas de 60 años y más, la búsqueda de servicios podría corresponder a prevención y control de enfermedades crónicas.

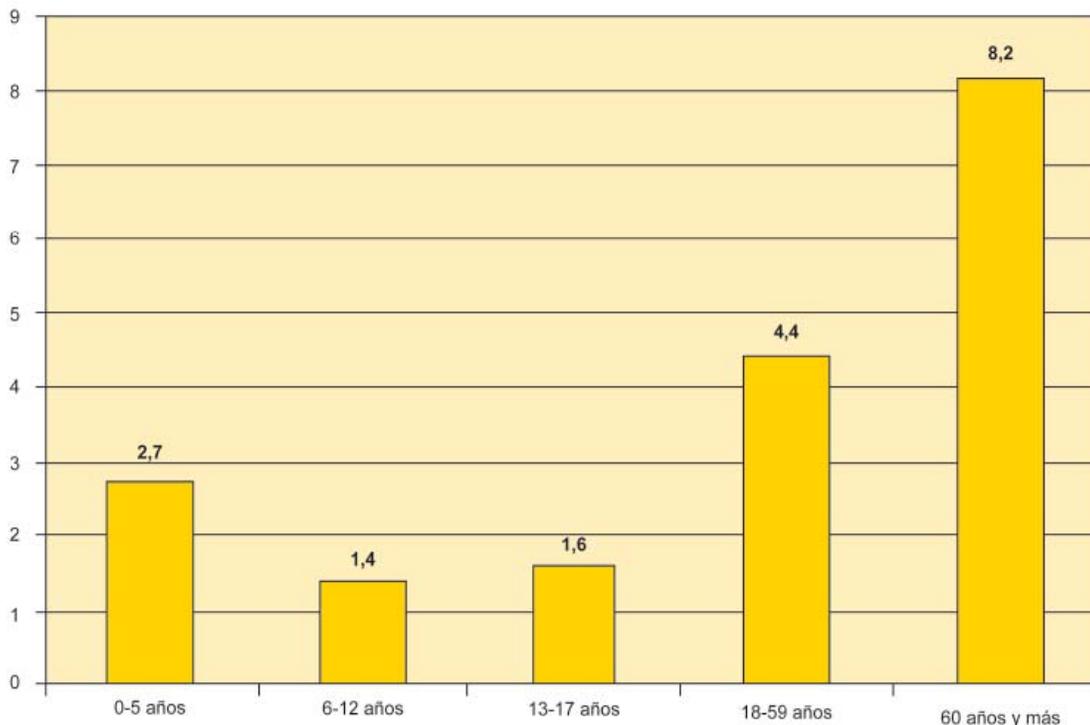
Hay una clara diferenciación en la búsqueda de servicios preventivos según región del país; la región metropolitana presenta una proporción más de cinco veces mayor de búsqueda de servicios preventivos que el Noroccidente. Esta tendencia es consistente con la manifestada en el año 2000. Tomando en consideración el nivel socioeconómico de los habitantes de estas regiones del país, esto se relaciona de manera cercana, ya que las personas de mayores recursos tienen más acceso a servicios

preventivos, los cuales usualmente requieren gastos adicionales. Para los habitantes de las regiones más pobres del país, el Norte y Noroccidente, los cuidados preventivos son un lujo fuera de su alcance. Adicionalmente, la falta de medicalización en la concepción de salud-enfermedad entre estas personas, no los conduce a incorporar consultas preventivas.

El análisis por estrato socioeconómico reafirma lo anterior; las consultas preventivas son más de cinco veces más comunes en el estrato alto que en el estrato bajo extremo. Mientras las razones de estas diferencias se relacionan a acceso y nivel educativo, el impacto de la falta de estas consultas en los grupos más bajos continuará marcando sus patrones de morbilidad y mortalidad. De igual manera, el análisis por grupo étnico revela que el grupo no indígena consulta por servicios preventivos más del doble de lo que consulta el grupo indígena (4.33 y 1.62, respectivamente).

**Gráfica No. 21**

Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según grupo etáreo, año 2006

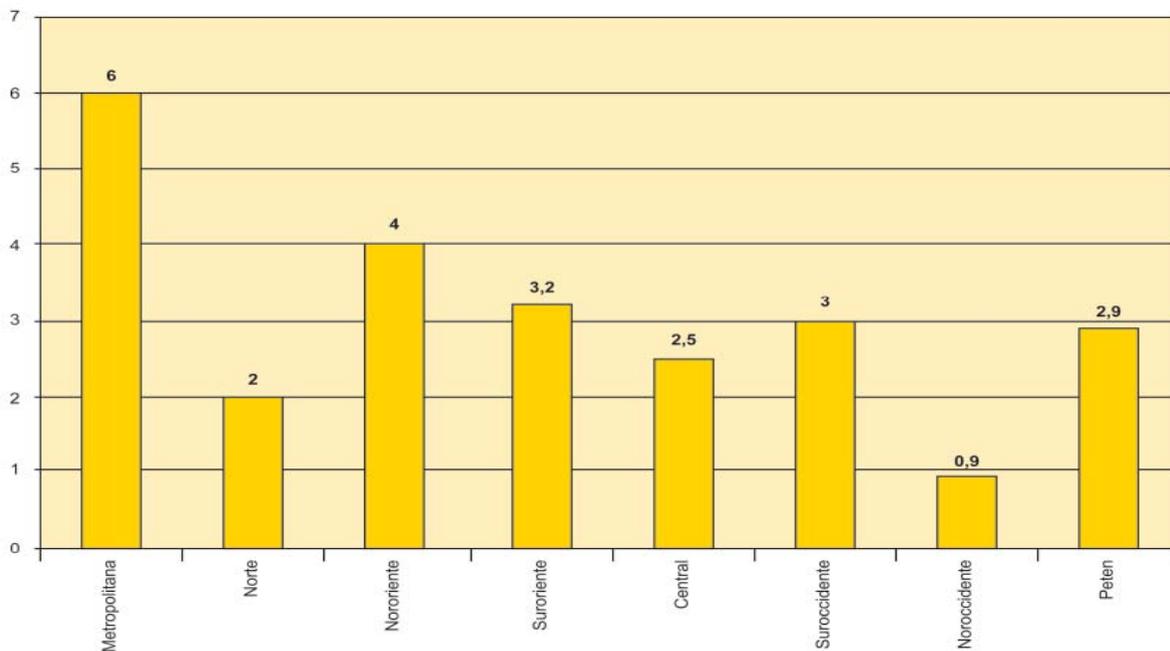


Fuente: ENCOVI 2006



**Gráfica No. 22**

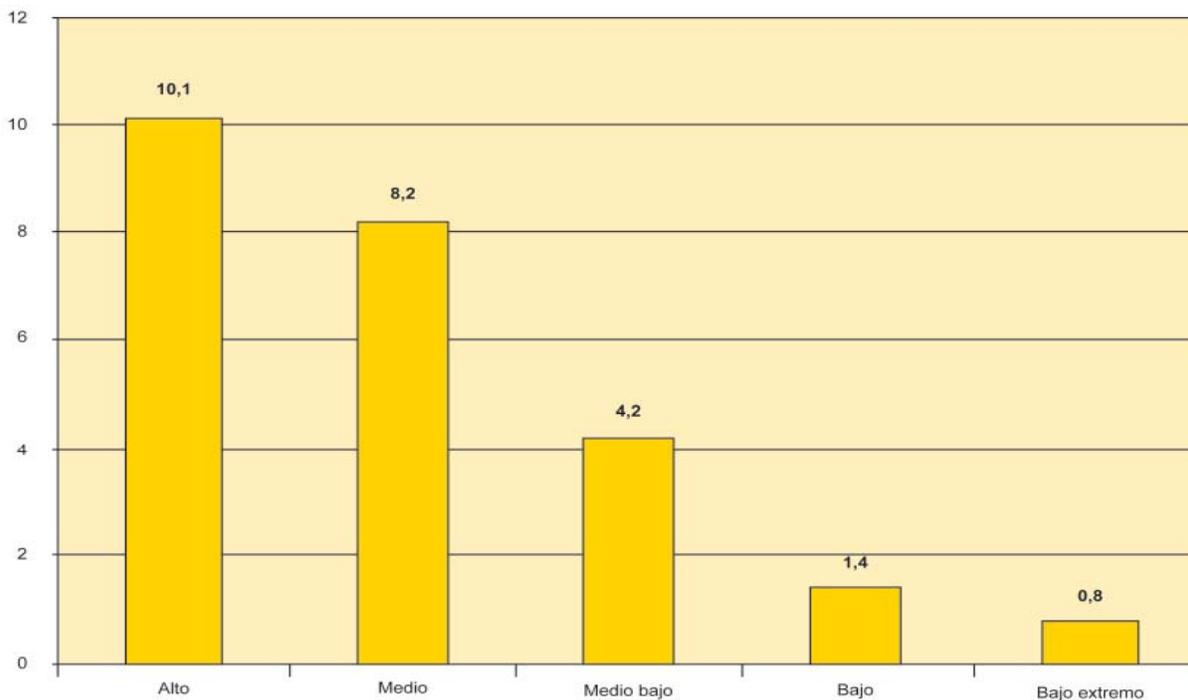
Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según región política administrativa, año 2006



Fuente: ENCOVI 2006

**Gráfica No. 23**

Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según estrato socioeconómico, año 2006

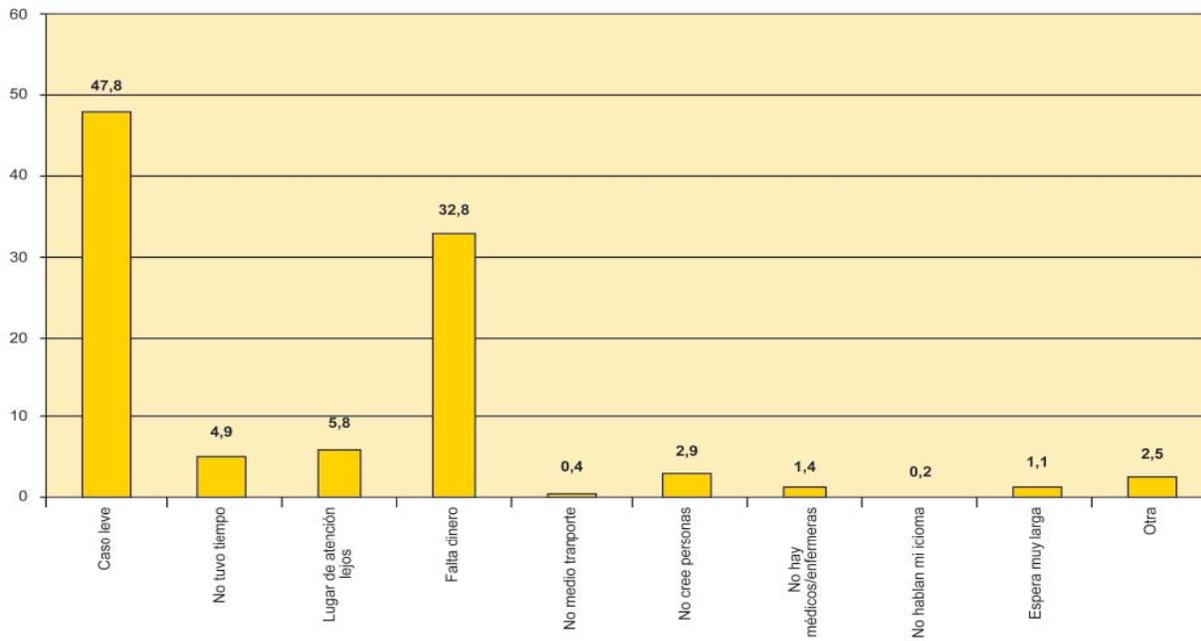


Fuente: ENCOVI 2006



**Gráfica No. 24**

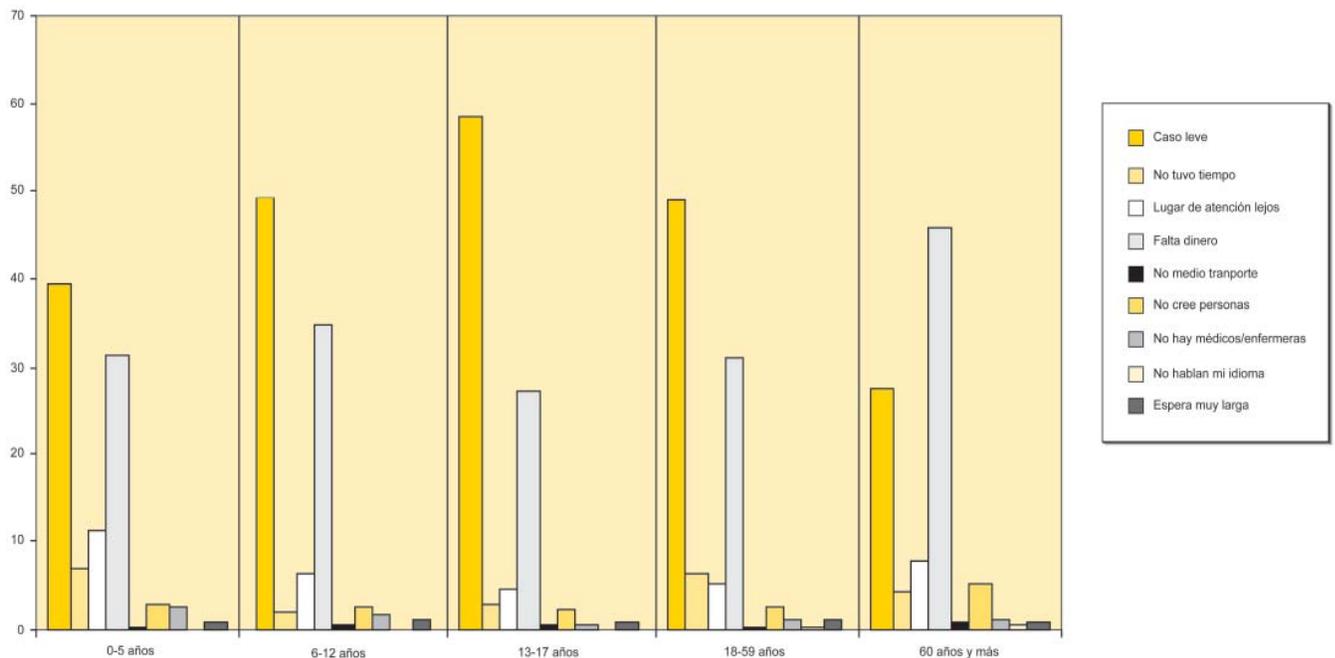
Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, año 2006



Fuente: ENCOVI 2006

**Gráfica No. 25**

Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, según grupo etáreo, año 2006



Fuente: ENCOVI 2006



### No consulta, aún en presencia de enfermedad

Del total de personas que reportaron un episodio de enfermedad en el último mes, el 53% eligió no consultar. La razón más frecuentemente citada fue que la enfermedad fue leve (47.8%). Entre los que consideraron que la severidad de su enfermedad sí ameritaba una consulta, la principal razón con un alto porcentaje (32.8%), fue falta de dinero para la consulta (ver Anexos, Tabla No. 15). Entre las otras razones citadas, aparece que el lugar de atención está lejos y no tuvo tiempo para la consulta. Las demás razones, como la falta de medio de transporte, el no creer en las personas, la ausencia de médicos y enfermeras/os, el tiempo de espera muy largo y posibles barreras lingüísticas, son poco importantes en el análisis.

En el área rural y en el grupo indígena, en donde el reporte de considerar la enfermedad leve es menor, la falta de dinero y la distancia

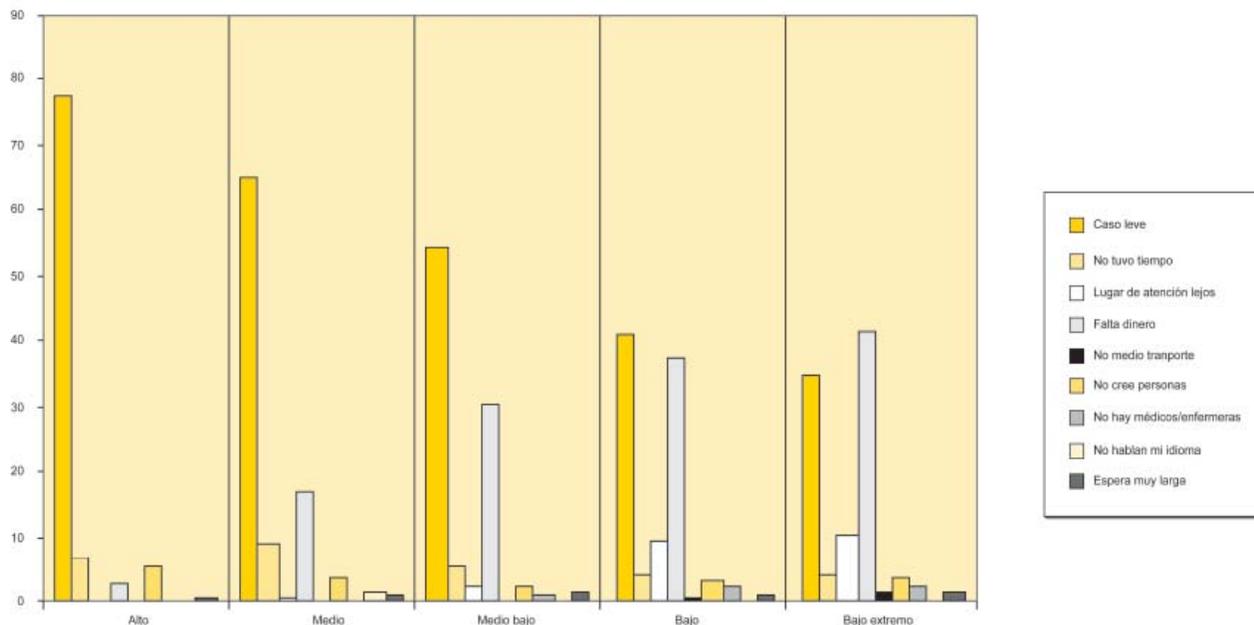
al lugar de atención aparecen como causas importantes. Esto refleja que los principales obstáculos a obtener un servicio de salud son socioeconómicos. Estos datos analizados a la luz del menor reporte de frecuencia de enfermedad en estos grupos, indican que cuando sí reportan una enfermedad, ésta es usualmente de mayor severidad.

El análisis por grupo etéreo revela que la percepción de la enfermedad como leve disminuye conforme aumenta la edad, lo cual es consistente con patrones de morbilidad. En todos los grupos se citó, como una razón importante, la falta de dinero; en el grupo mayor de 60 años, esta cifra llegó a 46% del grupo. Estos datos evidencian que las personas con mayor frecuencia y severidad de la enfermedad son a la vez los que encuentran más dificultades económicas para obtener el servicio.

El análisis por estrato socioeconómico revela que en el grupo más pobre, la principal razón

**Gráfica No. 26**

Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días, según estrato socioeconómico, año 2006



Fuente: ENCOVI 2006



de no consultar fue la falta de dinero, aún por encima de presentar una enfermedad leve. Existe una correlación inversa entre la enfermedad leve y la falta de dinero; conforme disminuye el número de personas que reportan haber presentado una enfermedad leve, aumenta el número de personas que reportan la falta de dinero. Esto ocurre en todos los

grupos, desde el alto hasta el bajo extremo, lo cual podría indicar que la severidad de la enfermedad es mayor en los grupos más pobres o que la percepción de que una enfermedad es leve podría depender de la disponibilidad de recursos para costearla. Ante menores recursos, menos personas consideran que la enfermedad es leve.



## Conclusiones y recomendaciones



Cerca de una cuarta parte de la población total reporta tener un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes. Aunque éste es un importante indicador social de las condiciones de salud, no es un reflejo real de la morbilidad, ya que se ve influido por aspectos psicológicos y otros relativos a la concepción de la enfermedad. Se justifica hacer un estudio preciso de morbilidad para 1) determinar la prevalencia real de afecciones según ciclo de vida y variables específicas y 2) planificar los servicios de salud para satisfacer esta demanda con equidad. Es de particular relevancia el conocimiento de la morbilidad en el género femenino, debido a la importancia del ciclo reproductivo sobre su propia salud así como la de su familia, en muchos casos como jefes de familia.

Los hallazgos aparentemente contradictorios en cuanto al menor reporte de enfermedad entre las poblaciones más desfavorecidas (indígenas, estrato socioeconómico más bajo y regiones del altiplano del país), justifican de igual manera una medición objetiva para determinar la morbilidad real en esta población y las razones de tal percepción, en caso de que se confirmara una mayor morbilidad a la reportada. Es necesario que la población guatemalteca con mayores niveles de pobreza e inequidad tenga una percepción real de su

nivel de salud, para poder buscar servicios de salud cuando lo requiera.

El hallazgo de un mayor número de consultas en personas mayores de 60 años de edad podría estar reflejando la influencia del proceso de polarización epidemiológico en el país, según el cual se manifiestan cada vez más las enfermedades crónicas, además de la persistencia de las enfermedades infecciosas y nutricionales. Es de esperarse que este patrón inicie en los grupos más jóvenes, lo cual tendría alto impacto tanto para la morbimortalidad de la población guatemalteca, como en costos para la atención de salud. Es esencial que el Estado de Guatemala efectúe actividades preventivas y de detección temprana para el control de la enfermedad crónicas.

El patrón de usos de los servicios de salud consultados revela la mayor frecuencia de consulta en clínica privada, la cual es un reflejo del alto gasto de bolsillo que la población guatemalteca invierte para su salud, debido a la escasez e inaccesibilidad de recursos estatales. Esta tendencia debe ser revertida, sobre todo en todos los grupos más pobres del país.

El hecho de que ocurran un mayor número de consultas en farmacias que en puestos de salud puede considerarse un indicador de la





inaccesibilidad de la población a los servicios públicos o una manifestación de insatisfacción con los servicios allí prestados.

El hecho de que en los centros urbanos el hospital ocupe el segundo lugar de consulta puede significar un uso inadecuado o excesivo de estos servicios. Esto implica mayores costos al sistema y desperdicio de los recursos del segundo y tercer nivel de atención. La evidente diferencia en el uso de hospitales en el área urbana y rural es reflejo de la poca accesibilidad de las poblaciones rurales a los mismos. Estas diferencias de uso requieren de un conocimiento específico de las complejas necesidades en salud de la población en salud, para planificar un uso racional de los servicios en los tres niveles de atención.

Los patrones de uso de los servicios de salud aquí reportados deben interpretarse como un importante indicador del alto porcentaje de gasto privado en salud que existe en el país, particularmente el gasto en bolsillo, el cual afecta en mayor proporción a los grupos más pobres de la sociedad. Debe resaltarse que Guatemala es el país latinoamericano de menor gasto público en salud en relación al Producto Interno Bruto.

El uso del personal de salud indica que los hallazgos son consistentes con observaciones ya descritas en este estudio, las cuales muestran la relación entre estrato socioeconómico y la demanda de servicios privados. Estos datos, sin embargo, ocultan el impacto de estos gastos sobre la economía familiar, sobre todo en los estratos más bajos. Este aspecto está íntimamente relacionado a la situación de inequidad externa que sufre la población guatemalteca, en donde las personas más pobres no sólo tienen peores condiciones de salud, sino que además menor accesibilidad a los recursos públicos y sufren un mayor impacto en su economía familiar al usar servicios privados.

Consideramos que en los grupos socioeconómicos más bajos, el reporte más alto de “no hacer nada”, automedicarse o recurrir a un familiar, reflejan los aspectos de inaccesibilidad a los servicios así como insatisfacción por el uso de los mismos. Los datos en relación al tiempo promedio de viaje, el tiempo promedio a ser atendido y el medio de transporte utilizado, reflejan de igual manera la inaccesibilidad en los grupos más pobres.

Los datos referentes a los gastos efectuados por un episodio de enfermedad son consistentes con lo comentado anteriormente. El alto gasto en bolsillo de la población guatemalteca ocurre principalmente para la adquisición de medicamentos. Este gasto afecta en forma diferencial a los distintos estratos económicos del país: impacta mayormente la economía del hogar de los más pobres, con el agravante de que se considera que éste gasto es muchas veces inefectivo. La proporción del gasto en salud afecta a los más pobres no sólo en medicamentos, sino que en todos los rubros. Se desconoce el efecto terapéutico real de esta inversión. Estos hallazgos reiteran la necesidad de que el Estado de Guatemala invierta mayor proporción de sus recursos en la atención de la salud, con criterios de equidad.

En relación a la cobertura con seguridad social, tanto para los planes de invalidez, vejez y sobrevivencia, como para la atención médica, los hallazgos muestran que el IGSS no cumple su misión institucional, ya que las poblaciones rurales y de la economía informal no tienen acceso en su gran mayoría a la seguridad social, asunto que es manifestación de la alta inequidad existente en el país.

## Anexos



### **Metodología empleada en procesamiento y análisis de la información**

#### *Encuesta de condiciones de vida:*

El presente trabajo se basó en los datos acerca de búsqueda de servicios de salud recopilados en la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística. El Gobierno de Guatemala y el Instituto Nacional de Estadística realizaron la primera Encuesta de Condiciones de Vida en el año 2000, dentro del marco del programa MECOVI (Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de las Condiciones de Vida). Posteriormente, se repitió dicha encuesta en el año 2006. Buscó obtener información socioeconómica integral y detallada sobre los niveles de bienestar y pobreza de hogares, personas y sus comunidades, acerca de las diferentes regiones, áreas y etnias del país. Los resultados de dicha encuesta se estimaron de alta utilidad “para el diseño y monitoreo de las políticas y programas sociales destinados a los grupos más vulnerables de la población y la identificación de las necesidades más apremiantes con el fin de establecer prioridades en la distribución de los gastos destinados al alivio de la pobreza, la consolidación de la paz y el fomento del desarrollo nacional”. Entre los temas más importantes cubiertos en la encuesta figura la

salud y acceso a servicios de salud.

El universo de estudio de la encuesta fue viviendas particulares y hogares existentes en el país. La muestra fue bietápica, estratificada, de conglomerados y aleatoria en su primera etapa; de segmentos compactos y sistemática en su segunda etapa y sin reemplazo. La ENCOVI 2000 se diseñó para cubrir las áreas urbanas, áreas rurales y áreas indígenas del país. La muestra se distribuyó por región, ámbito urbano y rural y estrato dentro de cada ámbito. Cuenta con un nivel de confiabilidad del 95%.

La población estudiada en la encuesta en el año 2006 fue constituida por un total de 68.738 personas, provenientes de un total de 13.693 hogares. Para fines de este informe, los datos reportados por estas personas fueron ponderados previo a su análisis, con el fin de que estos fueran representativos de la población del país. Se presenta a continuación el número real de personas encuestadas y las cifras correspondientes a la ponderación, según las categorías de sexo, región geográfica, grupo étnico, región política administrativa, nivel de pobreza, estrato socioeconómico y categoría étnica.



**Cuadro No. 1**  
 Caracterización de la muestra estudiada y ponderación  
 en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, 2006

		Muestra real		Ponderación	
		Número	%	Número	%
Total de personas	Total de personas	68.738	100,0	12.893.090	100,0
Total de hogares	Total de hogares	13.693	100,0	13.693	100,0
Urbanismo	Urbano	26.426	38,4	6.222.161	48,3
	Rural	42.312	61,6	6.670.929	51,7
Género	Masculino	33.196	48,3	6.168.949	47,8
	Femenino	35.542	51,7	6.724.141	52,2
Grupo etáreo	0-5 años	11.178	16,3	2.072.278	16,1
	6-12 años	14.325	20,8	2.611.080	20,3
	13-17 años	8.528	12,4	1.582.504	12,3
	18-59 años	30.064	43,7	5.766.367	44,7
	60 años y más	4.643	6,8	860.860	6,7
Región Política Administrativa	Metropolitana	4.405	6,4	2.960.861	23,0
	Norte	4.828	7,0	1.149.755	8,9
	Nororiente	14.813	21,5	1.040.439	8,1
	Suroriente	7.192	10,5	1.025.522	8,0
	Central	10.428	15,2	1.399.837	10,9
	Suroccidente	18.866	27,4	3.123.072	24,2
	Noroccidente	5.501	8,0	1.753.869	13,6
	Peten	2.705	3,9	439.735	3,4
Nivel de pobreza	Pobre extremo	11.167	16,2	1.960.103	15,2
	Pobre no extremo	27.261	39,7	4.608.160	35,7
	No pobre	30.310	44,1	6.324.826	49,1
Estrato socioeconómico	Alto	1.407	2,0	500.620	3,9
	Medio	5.197	7,6	1.282.439	9,9
	Medio bajo	24.719	36,0	4.720.630	36,6
	Bajo	26.249	38,2	4.430.399	34,4
	Bajo extremo	11.167	16,2	1.960.103	15,2
Categoría étnica	Indígena	24.775	36,1	4.945.831	38,4
	No indígena	43.846	63,9	7.947.259	61,6



### *Procesamiento de la información y análisis:*

1. Desarrollo de una revisión de literatura nacional e internacional al respecto de la vinculación entre las variables socioeconómicas y demográficas con los patrones de uso de servicios de salud. Se efectuó una revisión de los siguientes temas: servicios de salud, acceso a servicios de salud, morbilidad y mortalidad percibida, la planificación de la atención a la salud, epidemiología y política sanitaria, inequidades en salud e inferencia causal en epidemiología. Estas búsquedas se efectuaron en Internet, así como en centros de documentación disponibles en el país. A partir de la información recabada, se construyó un marco teórico conceptual de base para el análisis de la información nacional. Se hizo un énfasis especial en las categorías más relevantes en el país, como equidad, cultura, género y ciclo de vida.
2. Desarrollo de una descripción y análisis de variables descritas y su correlación con elecciones de uso de servicios de salud. Este análisis se basó en las preguntas que se encuentran en la sección de acceso a servicios de salud de la boleta de la primera ronda de la ENCOVI del 2000 y 2006. Estas preguntas fueron respondidas por cualquier informante mayor de 12 años de edad para cada habitante del hogar.

Cada una de estas preguntas fue analizada por una serie de características básicas como urbanismo, género, grupo étnico, región política administrativa, estrato socioeconómico, nivel de pobreza y grupo étnico. Con el uso del paquete estadístico SPSS se obtuvieron frecuencias simples, medidas de tendencia central y se crearon tablas de doble entrada. Las personas encuestadas se agruparon en diferentes categorías, según las respuestas dadas a las preguntas en relación a la búsqueda de servicios, ya sea que hayan presentado un episodio de enfermedad en los últimos treinta días, o que no lo hayan presentado. Según

esta clasificación, se realizan una serie de preguntas acerca de la elección de consultar o no consultar:

- Las personas que refirieron no haber presentado un episodio de enfermedad se les preguntó acerca de consultas en el último mes, aún en ausencia de enfermedad. Si refirieron haber efectuado una consulta, se les preguntó acerca de quien consultaron.

- A las personas que refirieron haber presentado un episodio de enfermedad en los últimos treinta días, se le formularon preguntas acerca de su ausencia a actividades normales y consulta a un proveedor de salud. A las personas que refirieron no haber consultado se les preguntó las razones por las cuales no consultó y se finalizó con preguntas acerca de gastos efectuados relacionados al episodio de enfermedad. A las personas que refirieron haber consultado a un proveedor de salud se les hizo una serie de preguntas acerca de esta consulta (número de consultas efectuadas, lugar de consulta, tiempo para llegar al lugar, medio de transporte utilizado, tiempo que tardó en ser atendido y gastos asociados al episodio de enfermedad).

A todos los grupos se les preguntó acerca de acceso a seguro privado, IGSS o algún otro.

3. Análisis de los datos: a partir de los hallazgos encontrados, se efectuó un análisis considerando las categorías de equidad, sexo, grupo étnico, y ciclo de vida, para hacer inferencias de tipo causal y prospectivo sobre las decisiones y elecciones de la población en la búsqueda de atención y uso de los servicios de salud. A partir del marco teórico conceptual, se buscó interpretar la información propia del país del uso de los servicios y definir las características más relevantes de la misma, con el propósito de generar información útil para la planificación de los servicios de salud.



**Cuadro No. 2**

El mes pasado (...) ¿sufrió alguna enfermedad, accidente (quemadura, fractura caída, etc.) o quebranto de salud (dolor de muela, de cabeza, de oído, etc.)?

Variable	Grupo	Si		No		Total
		Número	%	Número	%	Número
Variable	Total	3,366,686	26.1	9,527,506	73.9	12,894,192
Área geográfica	Urbano	1,651,052	26.5	4,572,210	73.5	6,223,262
	Rural	1,715,633	25.7	4,955,296	74.3	6,670,929
Sexo	Hombres	1,439,774	23.3	4,730,277	76.7	6,170,051
	Mujeres	1,926,911	28.7	4,797,230	71.3	6,724,141
Grupo etáreo	0-5 años	103,510	5.0	1,968,768	95.0	2,072,278
	6-12 años	663,985	25.4	1,947,096	74.6	2,611,081
	13-17 años	386,686	24.4	1,195,818	75.6	1,582,504
	18-59 años	1,812,006	31.4	3,955,463	68.6	5,767,469
	60 años y más	400,499	46.5	460,362	53.5	860,861
Región Político Administrativo	Metropolitana	832,088	28.1	2,129,875	71.9	2,961,963
	Norte	327,953	28.5	821,802	71.5	1,149,755
	Nororiente	296,913	28.5	743,526	71.5	1,040,439
	Suroriente	313,843	30.6	711,679	69.4	1,025,522
	Central	331,019	23.6	1,068,818	76.4	1,399,837
	Suroccidente	897,870	28.7	2,225,202	71.3	3,123,072
	Noroccidente	244,541	13.9	1,509,328	86.1	1,753,869
	Peten	122,458	27.8	317,276	72.2	439,734
Nivel de pobreza	Pobre extreme	428,170	21.8	1,531,934	78.2	1,960,104
	Pobre no extreme	1,112,708	24.1	3,495,452	75.9	4,608,160
	No pobre	1,825,807	28.9	4,500,121	71.1	6,325,928
Estrato socioeconómico	Alto	143271	28.6	357348	174	500619
	Medio	384882	30.0	897557	70.0	1282439
	Medio bajo	1342690	28.4	3377940	71.6	4720630
	Bajo	1067672	24.0	3362727	75.9	4430399
	Bajo extreme	428170	21.8	1531934	78.2	1960104
Categoría étnica	Indígena	1,190,178	24.1	3,756,755	75.9	4,946,933
	No indígena	2,176,507	27.4	5,770,751	72.6	7,947,258

**Cuadro No. 3**

¿Cuántas veces consultó (.....)?

Variable	Grupo	Media	Mediana	Moda
<b>Variable</b>	<b>Total</b>	<b>1.8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Grupo etáreo	0-5 años	1.5	1	1
	6-12 años	1.6	1	1
	13-17 años	1.6	1	1
	18-59 años	1.8	2	1
	60 años y más	2.2	2	1



**Cuadro No. 4**  
¿En dónde atendieron a (...)?

Variable	Hospital público		IGSS		Hospital Privado		Centro de Salud		Puesto de Salud		Centro Comunitario		Clínica Privada		Farmacia		Casa de quien lo atendió		En su casa		Otro		Total		
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
Total	221,021	11.8	131,567	7.0	55,148	2.9	246,030	13.1	134,719	7.2	49,272	2.6	763,120	40.7	143,464	7.7	52,253	2.8	51,123	2.7	27,210	1.5	1,874,927		
Área geográfica	Urbano	128,338	11.9	99,480	9.2	36,927	3.4	120,607	11.2	22,585	2.1	6,911	0.6	516,996	47.8	89,486	8.3	19,244	1.8	28,923	2.7	11,225	1.0	1,080,722	
	Rural	92,683	11.7	32,087	4.0	18,222	2.3	125,423	15.8	112,134	14.1	42,361	5.3	246,124	31.0	53,978	6.8	33,009	4.2	22,200	2.8	15,985	2.0	794,206	
Estrato socioeconómico	Alto	4,763	3.6	10,425	7.9	9,278	7.1	781	0.6	128	0.1	0	0.0	89,365	67.9	1,689	1.3	1,820	1.4	11,505	8.7	1,819	1.4	131,573	
	Medio	27,889	9.1	31,672	10.3	11,730	3.8	8,351	2.7	2,241	0.7	1,056	0.3	196,547	63.9	12,902	4.2	2,777	0.9	9,842	3.2	2,373	0.8	307,380	
	Medio bajo	112,173	13.7	72,561	8.8	22,311	2.7	110,940	13.5	43,734	5.3	11,468	1.4	339,746	41.4	71,363	8.7	18,434	2.2	9,274	1.1	8,821	1.1	820,825	
	Bajo	61,270	13.3	12,666	2.8	8,933	1.9	89,399	19.5	59,163	12.9	18,011	3.9	121,951	26.6	47,016	10.2	21,691	4.7	12,421	2.7	6,755	1.5	459,276	
Categoría étnica	Bajo extremo	14,925	9.6	4,243	2.7	2,896	1.9	36,559	23.5	29,453	18.9	18,737	12.0	15,511	10.0	10,494	6.7	7,531	4.8	8,081	5.2	7,442	4.8	155,872	
	Indígena	57,569	10.8	19,021	3.6	15,085	2.8	88,860	16.7	55,875	10.5	29,292	5.5	160,021	30.2	46,722	8.8	25,500	4.8	20,488	3.9	12,294	2.3	530,727	
No indígena	163,452	12.2	112,546	8.4	40,063	3.0	157,170	11.7	78,844	5.9	19,980	1.5	603,099	44.9	96,742	7.2	26,753	2.0	30,635	2.3	14,916	1.1	1,344,200		



¿A quién acudimos cuando buscamos salud?

**Cuadro No. 5**

¿A quién consultó (...) el mes pasado cuando se enfermó, tuvo el accidente o se hizo el chequeo médico?

	Médico/odontólogo		Enfermera o auxiliar		Promotor o vigilante		Curandero o hierbero		Farmacéutico		Familiares		Se automédico		No hizo nada		Otro		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
<b>Total</b>	1,451,971	39.5	177,022	4.8	70,188	1.9	29,468	0.8	146,276	4.0	613,110	16.7	835,563	22.7	337,401	9.2	16,673	0.5	3,677,676	
Área geográfica	Urbano	925,720	49.3	52,847	2.8	2,763	0.1	9,743	0.5	89,649	4.8	257,815	13.7	390,492	20.8	144,418	7.7	5,772	0.3	1,879,219
	Rural	526,252	29.3	124,175	6.9	67,425	3.7	19,725	1.1	56,628	3.1	355,296	19.8	445,072	24.7	192,983	10.7	10,901	0.6	1,798,457
Estrato socioeconómico	Alto	126,731	70.7	1,854	1.0	0	0.0	1,300	0.7	1,689	0.9	11,239	6.3	27,833	15.5	8,388	4.7	160	0.1	179,194
	Medio	286,149	62.4	6,813	1.5	0	0.0	1,555	0.3	12,863	2.8	34,465	7.5	88,415	19.3	27,013	5.9	1,174	0.3	458,447
	Medio bajo	673,760	45.4	53,790	3.6	13,806	0.9	7,032	0.5	72,437	4.9	228,457	15.4	320,652	21.6	107,010	7.2	6,950	0.5	1,483,894
	Bajo	293,820	26.3	76,286	6.8	27,311	2.4	13,095	1.2	48,764	4.4	247,731	22.2	278,514	24.9	125,702	11.3	5,205	0.5	1,116,428
	Bajo extremo	71,512	16.3	38,279	8.7	29,071	6.6	6,486	1.5	10,524	2.4	91,219	20.7	120,150	27.3	69,288	15.8	3,184	0.7	439,713
Categoría étnica	Indígena	337,017	26.9	82,223	6.6	47,172	3.8	15,300	1.2	49,015	3.9	257,628	20.6	318,057	25.4	135,281	10.8	9,390	0.8	1,251,083
	No indígena	1,114,954	45.9	94,799	3.9	23,016	0.9	14,168	0.6	97,262	4.0	355,483	14.6	517,507	21.3	202,120	8.3	7,283	0.3	2,426,592

**Cuadro No. 6**

¿Cuánto tiempo tarda para ir al lugar donde le atendieron a (.....)?

		Media	Mediana	Moda
Variable	Total	54.4	30	30
Región geográfica	Urbano	46.6	30	30
	Rural	65.0	30	30
Estrato socioeconómico	Alto	49.3	30	30
	Medio	51.7	30	30
	Medio bajo	53.2	30	30
	Bajo	58.6	30	30
	Bajo extremo	57.4	30	30
Categoría étnica	Indígena	59.1	30	30
	No indígena	52.6	30	30

**Cuadro No. 7**

¿Cuánto tiempo le tocó esperar a (.....) la última vez para su consulta?

		Media	Mediana	Moda
Variable	Total	52.8	30	30
Región geográfica	Urbano	55.0	30	30
	Rural	49.9	30	30
Sexo	Hombres	47.9	30	30
	Mujeres	56.4	30	30
Grupo etáreo	0-5 años	51.7	30	30
	6-12 años	48.4	30	30
	13-17 años	33.9	15	10
	18-59 años	54.1	30	30
	60 años y más	65.7	30	60
Nivel de pobreza	Pobre extremo	42.9	30	30
	Pobre no extremo	46.5	30	30
	No pobre	56.6	30	30
Categoría étnica	Indígena	44.4	30	30
	No indígena	56.1	30	30





### Cuadro No. 8

¿Qué medios de transporte utilizó (.....) para ir al lugar donde lo/la atendieron?

Variable	A pie		Bestia/caballo		Lancha/cayuco		Bicicleta		Camioneta		Taxi		Carro o camioneta		Motocicleta		Camión		Ambulancia		Mototaxi		Pickup		Otro		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
Total	846,347	46.4	5,016	0.3	4,134	0.2	28,070	1.5	521,313	28.6	37,385	2.0	277,156	15.2	24,115	1.3	1,998	0.1	10,863	0.6	25,172	1.4	41,547	2.3	687	0.0	1,823,804
Urbano	475,930	45.2	1,898	0.2	1,243	0.1	13,068	1.2	290,713	27.6	31,119	3.0	187,041	17.8	15,899	1.5	286	0.0	5,969	0.6	20,074	1.9	8,222	0.8	337	0.0	1,051,799
Rural	370,417	48.0	3,118	0.4	2,891	0.4	15,002	1.9	230,601	29.9	6,266	0.8	90,115	11.7	8,216	1.1	1,712	0.2	4,894	0.6	5,098	0.7	33,325	4.3	350	0.0	772,005
Hombres	355,436	46.7	2,705	0.4	2,376	0.3	18,842	2.5	201,144	26.5	12,748	1.7	116,589	15.3	14,163	1.9	1,799	0.2	3,571	0.5	11,213	1.5	19,466	2.6	261	0.0	760,313
Mujeres	490,911	46.2	2,311	0.2	1,758	0.2	9,228	0.9	320,169	30.1	24,636	2.3	160,567	15.1	9,952	0.9	199	0.0	7,292	0.7	13,959	1.3	22,081	2.1	426	0.0	1,063,489
0-5 años	43,452	40.0	0	0.0	0	0.0	1,297	1.2	33,187	30.6	2,054	1.9	21,862	20.1	823	0.8	285	0.3	679	0.6	3,271	3.0	1,608	1.5	54	0.0	108,572
6-12 años	170,006	60.3	185	0.1	902	0.3	3,848	1.4	58,796	20.8	5,355	1.9	28,091	10.0	3,442	1.2	0	0.0	583	0.2	4,267	1.5	6,573	2.3	0	0.0	282,048
13-17 años	82,290	51.3	532	0.3	0	0.0	2,103	1.3	40,864	25.5	2,606	1.6	23,252	14.5	2,058	1.3	0	0.0	1,106	0.7	2,774	1.7	2,870	1.8	0	0.0	160,455
18-59 años	464,436	45.1	3,991	0.4	2,992	0.3	19,240	1.9	317,917	30.8	20,579	2.0	141,569	13.7	16,143	1.6	1,201	0.1	5,880	0.6	13,326	1.3	22,858	2.2	482	0.0	1,030,614
60 años y más	86,163	35.6	308	0.1	240	0.1	1,582	0.7	70,549	29.1	6,790	2.8	62,381	25.8	1,649	0.7	512	0.2	2,615	1.1	1,534	0.6	7,638	3.2	151	0.1	242,112
Pobre extremo	104,223	70.5	810	0.5	300	0.2	1,014	0.7	20,770	14.1	750	0.5	10,981	7.4	56	0.0	273	0.2	2,183	1.5	389	0.2	6,007	4.1	55	0.0	147,791
Pobre no extremo	267,301	56.2	2,469	0.5	1,017	0.2	10,238	2.2	137,227	28.8	3,435	0.7	32,791	6.9	2,075	0.4	839	0.2	1,499	0.3	3,643	0.8	13,045	2.7	375	0.1	475,954
No pobre	474,823	39.6	1,737	0.1	2,817	0.2	16,818	1.4	363,316	30.3	33,200	2.8	233,384	19.4	21,984	1.8	886	0.1	7,181	0.6	21,160	1.8	22,495	1.9	257	0.0	1,200,058

**Cuadro No. 9**

Por la enfermedad o accidente que tuvo (.....) el mes pasado ¿dejó de asistir a su trabajo, estudio o dejó de realizar sus actividades normales?

		Si		No		Total
		Número	%	Número	%	Número
Variable	Total	1,558,180	46.3	1,808,505	53.7	3,366,686
Región geográfica	Urbano	670,225	40.6	980,827	59.4	1,651,052
	Rural	887,955	51.8	827,678	48.2	1,715,633
Sexo	Hombres	706,000	49.0	733,774	51.0	1,439,774
	Mujeres	852,180	44.2	1,074,731	55.8	1,926,911
Región Política Administrativa	Metropolitana	308,915	37.1	523,173	62.9	832,088
	Norte	184,846	56.4	143,107	43.6	327,953
	Nororiente	134,076	45.2	162,837	54.8	296,913
	Suroriente	145,082	46.2	168,760	53.8	313,842
	Central	139,276	42.1	191,743	57.9	331,019
	Suroccidente	421,704	47.0	476,166	53.0	897,870
	Noroccidente	152,542	62.4	91,999	37.6	244,541
	Peten	71,739	58.6	50,719	41.4	122,458
Estrato socioeconómico	Alto	50,552	35.3	92,719	64.7	143,271
	Medio	156,605	40.7	228,277	59.3	384,882
	Medio bajo	559,781	41.7	782,909	58.3	1,342,690
	Bajo	556,180	52.1	511,493	47.9	1,067,673
	Bajo extremo	235,063	54.9	193,107	45.1	428,170
Categoría étnica	Indígena	645,796	54.3	544,382	45.7	1,190,178
	No indígena	912,384	41.9	1,264,123	58.1	2,176,507



**Cuadro No. 10**

¿Cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o realizar sus actividades?

		Media	Mediana	Moda
Variable	Total	7.1	4	2
Región geográfica	Urbano	6.8	4	2
	Rural	7.3	5	2

**Cuadro No. 12**

¿Cuánto dinero gastó en promedio al mes en ...?

		Consulta	Medicamentos	Hospitalización
		Media	Media	Media
Variable	Total	86.78	243.58	7,478.69
Ruralidad	Urbano	93.69	247.99	10,495.53
	Rural	74.07	236.64	2,527.90
Sexo	Hombres	78.42	227.51	12,518.20
	Mujeres	92.19	254.74	4,443.55
Estrato socioeconómico	Alto	142.56	372.73	25,651.08
	Medio	107.84	311.79	3,389.21
	Medio bajo	80.09	240.08	2,416.40
	Bajo	54.05	171.83	1,524.54
	Bajo extremo	36.85	131.07	722.70
Categoría étnica	Ingigena	68.25	194.71	2,808.56
	No indígena	92.42	261.90	8,397.89



**Cuadro No. 11**

¿El mes pasado pagó dinero por .....?

Variable	Consulta médica		Medicinas		Radiografías o laboratorios		Lentes graduados		Transporte		Aparatos ortopédicos		
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
Total	848,749	45.3	1,399,928	77.7	289,943	15.5	38,673	2.1	475,615	25.4	9,479	0.5	
Región geográfica	Urbano	549,494	50.8	628,153	78.7	196,581	18.2	33,003	3.1	235,958	21.8	6,944	0.6
	Rural	299,254	37.7	771,775	76.9	93,362	11.8	5,670	0.7	239,657	30.2	2,535	0.3
Estrato socioeconómico	Alto	86,907	66.1	39,622	83.2	31,651	24.1	7,866	6.0	22,799	17.3	1,859	1.4
	Medio	200,860	65.3	116,768	77.3	70,423	22.9	14,135	4.6	86,046	28.0	3,616	1.2
	Medio bajo	375,090	45.7	526,378	79.4	144,417	17.6	13,167	1.6	234,930	28.6	3,708	0.5
	Bajo	157,520	34.3	517,714	78.8	38,213	8.3	2,806	0.6	109,864	23.9	296	0.1
	Bajo extremo	28,371	18.2	199,446	70.3	5,238	3.4	699	0.4	21,976	14.1	0	0.0
Categoría étnica	Indígena	198,198	37.3	560,132	77.8	48,921	9.2	5,921	1.1	113,184	21.3	703	0.1
	No indígena	650,551	48.4	839,796	77.6	241,022	17.9	32,752	2.4	362,430	27.0	8,776	0.7



**Cuadro No. 13**  
¿Está (.....) afiliado o cubierto por.....?

		Seguro privado		IGSS		IGSS y privado		Ninguno		Otro		Total
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número
Variable	Total	287,583	2.2	1,596,068	12.4	72,218	0.6	10,936,190	84.8	2,133	0.0	12,894,192
Región geográfica	Urbano	253,527	4.1	1,139,378	18.3	63,483	1.0	4,765,572	76.6	1,303	0.0	6,223,263
	Rural	34,056	0.5	456,690	6.8	8,735	0.1	6,170,618	92.5	830	0.0	6,670,929
Sexo	Hombres	150,400	2.4	914,760	14.8	40,154	0.7	5,063,354	82.1	1,383	0.0	6,170,051
	Mujeres	137,183	2.0	681,308	10.1	32,064	0.5	5,872,836	87.3	750	0.0	6,724,141
Grupo etáreo	0-5 años	18,713	0.9	232,235	11.2	8,006	0.4	1,812,992	87.5	332	0.0	2,072,278
	6-12 años	52,354	2.0	34,378	1.3	1,244	0.0	2,521,807	96.6	1,297	0.0	2,611,080
	13-17 años	43,901	2.8	56,189	3.6	392	0.0	1,482,022	93.7	0	0.0	1,582,504
	18-59 años	152,132	2.6	1,153,272	20.0	61,759	1.1	4,399,920	76.3	386	0.0	5,767,469
	60 años y más	20,482	2.4	119,994	13.9	817	0.1	719,450	83.6	118	0.0	860,861
Región Política Administrativa	Metropolitana	202,132	6.8	717,227	24.2	48,819	1.6	1,993,162	67.3	623	0.0	2,961,963
	Norte	8,890	0.8	73,366	6.4	1,042	0.1	1,066,457	92.8	0	0.0	1,149,755
	Nororiente	15,386	1.5	108,070	10.4	5,999	0.6	910,877	87.5	107	0.0	1,040,439
	Suroriente	12,394	1.2	75,311	7.3	2,649	0.3	934,584	91.1	58	0.1	1,025,522
	Central	11,646	0.8	247,387	17.7	2,613	0.2	1,137,955	81.3	23	0.0	1,399,837
	Suroccidente	24,083	0.8	261,574	8.4	7,272	0.2	2,829,897	90.6	246	0.0	3,123,072
	Noroccidente	6,049	0.3	80,903	4.6	2,912	0.2	1,664,005	94.9	0	0.0	1,753,869
	Peten	7,003	1.6	32,230	7.3	912	0.2	399,253	90.8	337	0.1	439,735
Estrato socioeconómico	Alto	123,222	24.6	114,587	22.9	30,746	6.1	231,813	46.3	252	0.1	500,620
	Medio	71,650	5.6	341,448	26.6	21,654	1.7	847,483	66.1	20	0.0	1,282,438
	Medio bajo	78,295	1.7	797,094	16.9	18,381	0.4	3,825,932	81.0	928	0.0	4,720,630
	Bajo	12,029	0.3	289,272	6.5	1,166	0.0	4,127,182	93.2	750	0.0	4,430,399
	Bajo extremo	2,386	0.1	53,667	2.7	271	0.0	1,903,779	97.1	0	0.0	1,960,103
Categoría étnica	Indígena	29,061	0.6	300,918	6.1	3,314	0.1	4,613,442	93.3	198	0.0	4,946,933
	No indígena	258,522	3.3	1,295,150	16.3	68,904	0.9	6,322,747	79.6	1,935	0.0	7,947,258



**Cuadro No. 14**

Aunque (.....) no estuvo enfermo o accidentado el mes pasado ¿fue donde un médico, dentista, enfermera/o, farmacéutico, curandero o hierbero?

		Sí	
		Número	%
Variable	Total	310,990	3.3
Región geográfica	Urbano	228,167	5.0
	Rural	82,824	1.7
Sexo	Hombres	140,157	3.0
	Mujeres	170,834	3.6
Grupo etáreo	0-5 años	52,310	2.7
	6-12 años	27,727	1.4
	13-17 años	19,689	1.6
	18-59 años	173,610	4.4
	60 años y más	37,654	8.2
Región Política Administrativa	Metropolitana	126,914	6.0
	Norte	16,113	2.0
	Nororiente	29,878	4.0
	Suroriente	23,017	3.2
	Central	26,378	2.5
	Suroccidente	65,750	3.0
	Noroccidente	13,623	0.9
	Peten	9,318	2.9
Nivel de pobreza	Pobre extremo	11,544	0.8
	Pobre no extremo	55,220	1.6
	No pobre	244,227	5.4
Estrato socioeconómico	Alto	35,922	10.1
	Medio	73,565	8.2
	Medio bajo	141,204	4.2
	Bajo	48,756	1.4
	Bajo extremo	11,544	0.8
Categoría étnica	Indígena	60,905	1.6
	No indígena	250,085	4.3



## Cuadro No. 15

¿Por qué razón (.....) NO CONSULTO con un médico, odontólogo, psicólogo, enfermera/o, curandero, un hierbero, naturista o un farmacéutico?

Variable	Caso leve		No tuvo tiempo		Lugar de atención lejos		Falta dinero		No medio transporte		No cree personas		No hay medicamentos		No hablan mi idioma		Espera muy larga		Otra		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
Total	862,347	47.8	87,925	4.9	105,176	5.8	592,173	32.8	7,459	0.4	51,573	2.9	25,620	1.4	4,011	0.2	20,528	1.1	45,737	2.5	1,802,749	
Región geográfica	Urbano	464,260	53.1	45,956	5.7	9,295	1.2	221,398	27.7	106	0.0	19,006	2.4	1,638	0.2	2,842	0.4	11,930	1.5	22,428	2.8	796,488
	Rural	398,087	39.6	42,330	4.2	95,881	9.5	370,775	36.9	7,353	0.7	32,567	3.2	24,182	2.4	1,169	0.1	8,598	0.9	23,310	2.3	1,004,262
Grupo etario	0-5 años	17,654	39.3	3,127	7.0	5,080	11.3	14,046	31.3	166	0.4	1,263	2.8	1,197	2.7	62	0.1	417	0.9	1,866	4.2	44,878
	6-12 años	198,640	49.1	8,562	2.1	26,062	6.4	140,875	34.8	1,824	0.5	10,300	2.5	6,904	1.7	351	0.1	5,364	1.3	5,484	1.4	404,346
	13-17 años	140,397	58.7	7,233	3.0	10,611	4.4	65,265	27.3	1,158	0.5	5,147	2.2	2,010	0.8	0	0.0	2,047	0.9	5,331	2.2	239,189
	18-59 años	453,777	48.9	61,346	6.6	48,690	5.3	286,005	30.8	2,608	0.3	25,007	2.7	13,208	1.4	2,705	0.3	10,983	1.2	23,021	2.5	927,350
	60 años y más	51,879	27.7	7,667	4.1	14,743	7.9	85,991	46.0	1,703	0.9	9,856	5.3	2,501	1.3	893	0.5	1,717	0.9	10,036	5.4	186,996
Estrato socioeconómico	Alto	38,822	77.3	3,047	6.4	0	0.0	1,339	2.8	0	0.0	2,411	5.1	0	0.0	0	0.0	308	0.6	3,693	7.8	47,620
	Medio	98,459	65.2	13,052	8.6	775	0.5	25,795	17.1	0	0.0	4,965	3.3	177	0.1	1,615	1.1	1,366	0.9	4,863	3.2	151,067
	Medio bajo	359,346	54.2	34,449	5.2	15,567	2.3	201,730	30.4	1,183	0.2	15,108	2.3	4,767	0.7	773	0.1	8,693	1.3	21,454	3.2	663,070
	Bajo	269,188	41.0	26,208	4.0	59,085	9.0	246,328	37.5	2,834	0.4	19,607	3.0	15,129	2.3	964	0.1	5,999	0.9	11,790	1.8	657,152
	Bajo extremo	98,522	34.7	11,169	3.9	29,739	10.5	116,981	41.2	3,442	1.2	9,482	3.3	5,747	2.0	659	0.2	4,162	1.5	3,938	1.4	283,841
Categoría étnica	Indígena	293,918	40.8	31,180	4.3	62,803	8.7	252,711	35.1	5,126	0.7	27,025	3.8	18,172	2.5	2,323	0.3	9,942	1.4	17,156	2.4	720,356
	No indígena	568,429	52.5	56,745	5.2	42,373	3.9	339,462	31.4	2,333	0.2	24,548	2.3	7,648	0.7	1,688	0.2	10,596	1.0	28,582	2.6	1,082,394

## Bibliografía



Dever, (1991) Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, EEUU, pp 224-230.

Dachs, Norberto, (2000) Inequidades en Salud, Cómo Estudiarlas, Promoción de la Salud, Cómo construir una Vida Saludable, Organización Panamericana de la Salud, 2000.

Hernández R., Fernández C. & Baptista P. (2003) Metodología de la investigación, Tercera Edición México, McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI (2006), Diseño de la muestra, Guatemala.

Marcela Ferrer. (2000). *Technical Report Series No. 72, Health Modules in Households Surveys in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Recent Questionnaires Public Policy and Health Program, Health and Human Development Division*, Pan American Health Organization, Washington , DC , March.

Martínez Navarro, (1998) Salud Pública, McGraw Hill Interamericana, España, pp 49-51.

National Academy Press,(1988) The future of public health., Washington, D.C.

Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos Humanos.

Oficina de Gerencia de Programas, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, (2003) Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2000) Funciones Esenciales de Salud Pública, Septiembre.

Organización Panamericana de la Salud, (2003) Exclusión Social en Salud en países de América Latina y el Caribe, Serie No. 1, Extensión de Protección Social en Salud.

Paganini, José María, Capote Mir,Roberto. (1990) Los sistemas locales de salud, Primera edición, Washington, Organización Panamericana de la Salud.



Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Diversidad Étnico-Cultural y Desarrollo Humano: (2005) La Ciudadanía en un Estado Plural: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005, Editorial Sur.

Purola, Tapani, (1992) Investigaciones sobre servicios de salud. POS/OMS. Pub. Científica No. 534.

Ritchey F. (2002) Estadística para las Ciencias Sociales, México, McGraw-Hill.

White KL, Williams TF, Greenberg BG. (1961) The ecology of medical care. N Engl J Med.



## Siglas utilizadas

AID	Agencia internacional para el desarrollo
ASECSA	Asociación de servicios comunitarios de salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere.
COGUANOR	Comisión Guatemalteca de Normas
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENIGFAM	Encuesta Nacional de Ingresos Familiares, 1998
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FDA	Food and Drug Administration . Administración de Drogas y Alimentos
íDH	Índice de Desarrollo Humano
IDH	Informe de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
MECOVI	Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de las Condiciones de vida
MINUGUA	Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
VIH – sida	Virus de Inmuno Deficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PIB	Producto Interno Bruto
PNC	Policía Nacional Civil
PEA	Población Económicamente Activa
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIAS-EC	Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

