

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

**LAS DECISIONES QUE LA POBLACION ELIGE ANTE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.
ANALISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE VIDA 2014.
GUATEMALA 2017.
TESIS DE POSGRADO**

SERGIO ARMANDO MORALES ZAVALA
CARNET 20682-01

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

LAS DECISIONES QUE LA POBLACION ELIGE ANTE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.
ANALISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE VIDA 2014.
GUATEMALA 2017.
TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
SERGIO ARMANDO MORALES ZAVALA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y
GERENCIA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ERWIN ROLANDO DIAZ ALDANA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO
MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI

Guatemala 26 de Junio 2017

Mgrt. Judith López Gressi
Coordinadora Académica de posgrados
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Por este medio le solicito que revise el informe final de tesis titulado "Las decisiones que la población elige ante el proceso Salud – Enfermedad, Análisis secundario de la encuesta nacional de vida 2014" elaborado por Sergio Armando Morales Zavala Carné No. 20682-01 al cual le doy el Visto Bueno correspondiente

Atentamente,



Lic. Erwin Rolando Díaz Aldana
Especialidad Maestría en Demografía
Colegiado No. 1834



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante SANDRA SUICETH MORAGA REYNA DE CABRERA, Carnet 20683-01 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09457-2017 de fecha 21 de julio de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.
ANÁLISIS SECUNDARIO SITUACION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMA
INFORME DE PAIS 2013. GUATEMALA 2017.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 11 días del mes de septiembre del año 2017.

LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARÍA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la vida y darme la oportunidad de culminar una etapa más en el transcurso de este recorrido, por sus bendiciones infinitas, por estar siempre al pendiente de mis pasos, por su majestuosa paciencia y sabiduría que me ha iluminado para poder culminar con éxito este preciado logro.

A aquellas personas que compartieron sus reconocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de esta tesis.

Especialmente agradezco a mi asesor Licenciado Erwin Días Aldana, por su asesoría siempre dispuesta aun en la distancia.

Agradezco al Doctor Gustavo Adolfo Estrada Galindo, Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la URL, por sus ideas y recomendaciones respecto a esta investigación. Al Profesor Randolpho Pereira Vásquez por sus valiosos conocimientos de corrección de estilo aportados a este trabajo.

Gracias a mis compañeros de trabajo del Consultorio IGSS Santa Cruz del Quiché como lo son; Dra. Maria Isabel Méndez Lacayo y Karen Madian Morales Meneses por el apoyo brindado en el área laboral.

DEDICATORIA

A mis Padres, especialmente a mi madre Blanca Lidia Zavala Valdés de Solís + que con su ejemplo, dedicación, disciplina, determinación y amor al prójimo fue ejemplo inmemorable en mi vida.

A mis hermanos, especialmente a Claudia Solís Zavala y Jorge Solares Zavala por su apoyo incondicional.

A mis hijos, Sergio Roberto, Melanie Rocio, Maria Alicia y Diego Armando, por todas las veces que no pudieron tener un papá de tiempo completo y que con su apoyo moral siempre han estado presentes en mi vida y que son la fuente de inspiración de este logro.

A mis familiares y amigos, que tuvieron una palabra de apoyo para mí, para la realización de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son las decisiones que la población toma cuando presenta problemas de salud

Metodología: Se tomó como referencia la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida - ENCOVI 2014- del Instituto Nacional de Estadística, del total de la muestra de la encuesta se extrajo el universo de los que manifestaron estar enfermos, se seleccionaron las preguntas más importantes que estuvieran relacionadas con la percepción de la población con respecto a la búsqueda de servicios de salud. Se extrajo de la base de datos de la ENCOVI 2014 los cuadros que correspondían a las preguntas a través del sistema informático estadístico SPSS 1, procediéndose a realizar análisis descriptivos de los reportes en cuadros y gráficos.

Resultados: El 13 por ciento manifestaron estar enfermos, haber sufrido un accidente o quebranto de salud, los mayores porcentajes de consultas se registraron en los servicios públicos, los otros grupos consultaron a servicios privados, IGSS, farmacias, curanderos o se atendieron solos. Estas personas se trasladaron principalmente a pie, en transporte público, camionetillas, moto taxi, motocicleta, ambulancia, pick up y taxi por orden de prioridades de uso. El 47% se ausentaron de sus labores cotidianas por estar enfermos, accidentados o con quebrantos de salud. El 30 por ciento pago por la atención recibida entre Q100.00 a Q2500.00 y hasta más, incluyendo honorarios, laboratorios, otros medios de diagnóstico y medicinas. El 1% de los que no enfermaron consultaron a algún servicio, aunque no estuviera enfermo.

Conclusiones. Las decisiones que la población elige ante el proceso de salud-enfermedad en Guatemala según los resultados del análisis secundario de la ENCOVI 2014 con respecto a la población que refirió haber tenido un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el año 2014 , están más relacionadas con la disponibilidad de servicios de salud en las localidades dónde viven, la accesibilidad geográfica de estos servicios y de su capacidad económica; siendo los del área rural los que tiene menos posibilidades de elegir un servicio de acuerdo a sus preferencias, sino más bien a lo que tienen a su alcance. Además, ante una morbilidad percibida toman las decisiones de buscar atención fuera de los servicios de salud, consultando otros personajes ajenos al personal de salud.

INDICE

| | No. de página |
|---|---------------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. MARCO TEORICO | 2 |
| 1. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN | 3 |
| 2. LA PERCEPCIÓN | 4 |
| III. ANTECEDENTES | 7 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| V. JUSTIFICACION | 13 |
| VI. OBJETIVOS | |
| 1. Objetivo general | 14 |
| 2. Objetivos Específicos | 14 |
| VII. METODOLOGIA | 15 |
| VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 16 |
| IX. CONCLUSIONES | 50 |
| X. RECOMENDACIONES | 54 |
| XI. BIBLIOGRAFIA | 53 |
| XII. ANEXOS | 57 |

I. INTRODUCCION

A sabiendas que el proceso salud-enfermedad es sumamente complejo y que las personas toman libremente las decisiones que les parecen pertinentes, de acuerdo a su ignorancia, creencias y necesidades de vida son al final de cuentas de tipo personal y muy peculiares y cada quien busca la ayuda de acuerdo a su percepción y siendo este país con características muy divergentes desde el punto de vista cultural, por la situación de sus grupos étnicos y particulares, en un territorio relativamente pequeño, resulta sumamente interesante hacer un estudio en el que pudiéramos obtener las opiniones que nos permitan observar las actitudes de las personas de acuerdo a las conductas que les parecen más convenientes.

El presente estudio se hace con el objetivo de determinar, cuáles son las decisiones que la población toma cuando presenta problemas de salud, caracterizándolas socio-demográficamente y utilizando el análisis de la información que trajo consigo el levantamiento de la encuesta Nacional de Condiciones de Vida del 2014 para evaluar los cambios que arrojan las respuestas y conocer las decisiones que toman nuestros pobladores ante un problema de enfermedad.

El estudio aunque laborioso fue viable y factible porque únicamente se consultaron las bases de datos de la encuesta y en la parte del acceso a la salud se tomaron las preguntas y respuestas que se habían seleccionado anteriormente y utilizando las herramienta del programa software para el análisis estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solution) de donde se obtuvieron los cuadros y la información se procesó en porcentajes y se formaron los cuadros, para realizar las gráficas de acuerdo a las respuestas emitidas en la encuesta .

II. MARCO TEORICO

El concepto de salud-enfermedad es dinámico y a través del tiempo ha evolucionado y se ha determinado que es un proceso muy complejo, que involucra una serie de factores que se interrelacionan, de tal manera que ha sufrido transformaciones y por lo tanto los proveedores de los servicios de salud no deben de quedar al margen de dichos cambios, y que en este caso, de acuerdo a los planes de gobierno, le corresponde dicha tarea al Estado a través de sus ministerios, velar por que dichos servicios de salud lleguen a todos los habitantes del país sin restricciones de ninguna naturaleza, y sin distingos de credos religiosos, participación política, clase social o grupo étnico, género ni de otro tipo.

Es pues obligación del estado, que a través de los ministerios correspondientes, se cumpla con la obligación de garantizar que se concreten los propósitos de cubrir a todos habitantes, y hacer que sus programas de salud se adapten a ellos y no perseguir que sean los habitantes los que se adapten al sistema de salud, que en muchas ocasiones su creación y los programas y políticas de salud no obedecen a sus perspectivas, obteniendo como resultado la poca participación a las actividades que realizan y al uso de los servicios de salud.(1)(2) (3)

De ahí que esta estructura dinámica de la sociedad llamada salud está determinada por el tipo y fuerza de sus relaciones sociales, por el modelo económico, por la organización específica del estado y las relaciones políticas de los sujetos que la conforman.

Aun cuando el proceso de salud-enfermedad se encuentran en un contexto biológico, cuando esta se presenta se reproduce con las condiciones objetivas e históricas y sociales, y por tanto será el resultado de la interacción de los determinantes sociales, culturales, e institucionales de los cuidados individuales y colectivos de la salud y de las políticas de estado. (4)(5)

Es importante tomar en cuenta que “Guatemala es una sociedad multiétnica, pluricultural y multilingüe donde conviven los pueblos indígenas maya, finca garífuna y los ladinos. Estos pueblos indígenas sufren una situación de desigualdad y exclusión consecuencia del racismo y discriminación estructural “(1)

Es necesario considerar el choque social que estas condicionantes ocasionan para establecer las planeaciones de programas de salud, para tener una idea de cómo aplicar políticas de salud que pudieran hacer converger todo ese tipo de variables.

Por otro lado, es importante establecer un sistema de salud ecuánime que tome en cuenta la modificación del enfoque que le debe dar a sus planes y programas de salud, para que estos fuesen más exitosos y logren cumplir con sus propósitos de la mejor forma y así tener un impacto positivo, que le permitan mejorar sus indicadores de salud que hoy por hoy siguen siendo los más deficientes de la región y que a nivel mundial son la carta de presentación de los avances de desarrollo humano de los países.4)

Es por esta razón que es necesario contribuir con investigaciones que nos permitan conocer cuáles son las percepciones que los sujetos de la salud expresan, ya que ello tiene

un gran valor fundamental y clave para el abordaje de los problemas dentro del proceso de la salud-enfermedad.

Para el efecto, el presente estudio nos da una idea de la importancia de los aspectos que se deben de tomar en cuenta, y que nos obliga a tomar en consideración los cambios a realizarse dentro de nuestro sistema de salud para poder así implementar los modelos de salud que nos permitan superar las vulnerabilidades del mismo, de ahí la importancia de conocer los siguientes aspectos relevantes sobre el proceso de salud-enfermedad que a continuación se desarrollan: (7)(8)(10).

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud singular y dinámica.

La concepción de salud-enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento, las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos (11). La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud, que se convierte en necesidad, y ésta en demanda de algún tipo de atención. Se considera que hay utilización cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud, formal o no.

1. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive con el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (1) (11) (10)

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

Dada la ausencia de términos específicos en castellano resulta difícil distinguir entre la enfermedad como padecimiento y la enfermedad como un estado reconocido y clasificado por la intervención de un profesional. El primero alude a la dolencia vivida por el sujeto y la segunda a la condición objetiva (1). Esta doble perspectiva de la idea de enfermedad

permite comprender más claramente el porqué de los comportamientos de las personas frente a situaciones de "enfermedad", ya que en algunos casos una dolencia considerada banal por un profesional puede desencadenar la intervención de distintos referentes o agentes de salud. Pero también sucede que un cuadro de enfermedad grave, diagnosticado como tal por profesionales, no es causa necesariamente de una búsqueda de ayuda.

¿Qué es lo que determina que una persona demande atención, ya sea por una práctica de cuidado (prevención) o bien por una de reparación (asistencia)?

Como señalan Kornblit y Mendes Diz (1) el fenómeno *enfermedad* involucra distintos aspectos; no se limita exclusivamente al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este último aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como el *lugar* que ocupe la salud en su vida cotidiana (11).

La representación social que el paciente tenga de su problema, determinará qué acciones y procedimientos realizará. Esta representación está construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales. Por ejemplo, la ausencia del control del embarazo en algunas comunidades, tiene que ver con la vivencia de un proceso "natural" en el cual no es requerido ningún tipo de intervención. (1)

2. LA PERCEPCIÓN

Los distintos conjuntos sociales prestan distinta atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está determinada por una serie de factores que tienen que ver con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de la percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se le observe.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas por factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe dentro de ese núcleo, así como también las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (4).

Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el

servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responda a lo que se denomina *autocuidado* (5). Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo una es o puede ser la utilización del sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la "mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana (6). (2)

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos.

Por lo tanto, es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder.

Ante una morbilidad percibida las personas toman sus propias decisiones buscando los lugares de atención fuera de los servicios de salud frecuentemente consultando con otros personajes ajenos al personal de salud o auto medicándose. (5)

Es decir que por otra parte dentro de la complejidad de la prestación de los servicios está la interacción entre varios factores como lo son los socio culturales, de los cuales ya hemos expuesto que se pueden interponer en muchos casos a la aceptación de los servicios, orientaciones y recomendaciones y los factores organizacionales; dentro de los que se manejan los problemas de desabastecimiento, dificultad de acceso geográfico por las largas distancias que los pacientes tienen que recorrer en busca de los servicios, problemas de acceso temporal, horarios, muchas veces disfuncionales, que los centros de atención tienen al estar cerrados cuando son más necesarios dentro de la percepción de la

población, actitudes del personal en que van encontrar de los pacientes y que los alejan de posibles re consultas (19)

Sabemos que nuestro sistema de salud tiene muchas vulnerabilidades. Producto de eso es que los habitantes de las diferentes comunidades no los están utilizando en proporción esperada, razón por la cual debemos buscar nuevos modelos de sistemas de salud. Así también, es importante documentar a través de estudios e investigaciones médicas y sociales, cómo la percepción popular tiene repercusiones, que hacen que se tomen decisiones que afectan las conductas a tomar ante el proceso de salud-enfermedad, y que incida no sólo en el proceso únicamente, sino que también considere pertinente crear las condiciones para mejorar los estilos de vida, favorables al mejoramiento de la salud; y que fortalezca el autocuidado de la salud por parte de los usuarios de los servicios y sus familias.

Desde el año 2014 el Ministerio de Salud Pública con el apoyo de OPS/OMS presentaron la estrategia de Salud llamada “Cobertura Universal de Salud (2) (CUS)”;

cuyas 4 líneas de acción fueron las siguientes:

- 1) La ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- 2) El fortalecimiento de la rectoría y gobernanza.
- 3) El aumento y mejoramiento del financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia.
- 4) Actuación inter-sectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.” (3)

Sin embargo, de momento estamos ante un sistema de salud que refleja inequidades y que es excluyente, por que las personas más pobres, son las que obtienen menos servicios, y que muchas personas se ven en la imposibilidad de acercarse a los servicios de salud y padecen la mayor parte en soledad sus enfermedades sin ningún tipo de atención médica.

El no cumplimiento de lo anterior, contraviene los derechos elementales a la salud que el estado está en la obligación de prestar, y que está contenido en la Sección Séptima. Salud, Seguridad y Asistencia Social, Artículos 93, 94 y 95 de la Constitución de la república; y a lo contenido en el Código de Salud. Así mismo, contraviene la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce la salud como un derecho inalienable e inherente a todo ser humano.

Definitivamente estamos ante una obligación de Estado, que es brindar los servicios de salud a todos sus ciudadanos y sobre todo, en garantizar el derecho a la accesibilidad, a la no discriminación, que se aceptable y de calidad y que ponga al servicio del público los beneficios científicos; pero también, estamos en la obligación de hacer investigaciones y estudios para hacer ver la opinión de las personas, que teniendo derecho a vos se les niega el derecho a pronunciarse, pero se espera que este aporte contribuya conjuntamente en la búsqueda de nuevos horizontes para el país (13) (5)

III. ANTECEDENTES

En el presente estudio de investigación se encontraron dos importantes investigaciones, una a nivel nacional y la otra a nivel internacional.

1- A nivel nacional se encontró el siguiente informe obtenido con el resultado de las encuestas Nacional de Condiciones de Vida de los años 2000 y 2006.

En el presente informe se realizaron estudios previos sobre la percepción en un informe titulado: “¿A quién acudimos cuando buscamos salud?” Cuyas autoras fueron Ana Lucía Garcés de Marcilla del Valle y Clara Isabel Garcés de Marcilla del Valle realizado en el año 2008 y cuyos objetivos fueron los siguientes:

- a) Elaborar una caracterización general de la búsqueda de atención y el 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
- b) 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.

La síntesis del estudio fue la siguiente:

El análisis inicia con los datos sobre la percepción de episodios de enfermedad y del número de consultas reportadas 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.

La metodología aplicada fue universo de estudio de la encuesta fueron viviendas particulares y hogares existentes en el país. La muestra fue bimetálica, 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 etario, región política administrativa, nivel de pobreza, estrato socioeconómico y categoría étnica.

Conclusiones y recomendaciones del estudio:

Percepción de la Enfermedad.

Cerca de una cuarta parte de la población total reporta tener un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes.

Un hallazgo aparentemente contradictorio fue que el menor reporte de enfermedad entre las poblaciones más desfavorecidas (indígenas, estrato socioeconómico más bajo) y regiones del altiplano del país, consultasen personas mayores de 60 años de edad. Esto 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.

El patrón de usos de los servicios de salud consultados revela que la mayor frecuencia de consulta se da en clínicas privadas en los centros urbanos y el hospital ocupa el segundo lugar de consulta esto 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.

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. Grupos socioeconómicos más bajos, el reporte más alto de “no hacer nada”, auto medicarse o recurrir a un familiar, reflejan los aspectos de inaccesibilidad a los servicios.

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.

El alto gasto en bolsillo de la población guatemalteca ocurre principalmente para la adquisición de medicamentos.

2- A nivel internacional en Argentina en la ciudad de Salta en el año 2007 se encontró otro estudio de investigación sobre percepción y las decisiones de la población ante el proceso de Salud-enfermedad, titulado: “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la

ciudad de Salta” cuyas autoras fueron: Mónica Sacchi, Margarita Hausberge y Adriana Pereyra³.

El objetivo de la investigación fue el siguiente:

“El propósito de la investigación ha sido indagar, acerca de los aspectos que dan cuenta de la baja utilización del sistema público de salud por parte de familias pobres de la ciudad de Salta”

La síntesis de la investigación expone: El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. El propósito de la investigación ha sido indagar acerca de los aspectos que dan cuenta de la baja utilización del sistema público de salud por parte de familias pobres de la ciudad de Salta bajo la cobertura del Programa de Atención Primaria de la Salud. Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, opaca la percepción de un problema de salud, especialmente en los adultos, siendo los niños/as los sujetos de mayor atención. La organización del Sistema Sanitario, así como las relaciones que en su interior se establecen entre los usuarios y los prestadores desestimulan la concurrencia a los centros asistenciales.

La Metodología que utilizaron para la investigación fue la siguiente: se realizó un estudio cualitativo, que permite interpretar desde las propias concepciones y valoraciones de los individuos, los comportamientos realizados. La población en estudio estuvo conformada por familias bajo la cobertura del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) de los cuatro centros de salud cabecera de la ciudad de Salta, que han manifestado una baja utilización del Sistema de Salud durante el año 2005. Para su identificación se realizaron entrevistas a los supervisores del Programa de APS de cada uno de los centros de salud, con el objeto que proporcionaran información acerca de las familias hiper utilizadoras de los servicios de salud, tomado el criterio de la Revilla, que las define como aquellas que concurren a instituciones sanitarias menos de dos veces por año

Se aplicaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional de veinte familias de los cuatro centros de salud siendo el criterio de inclusión que ningún miembro de la familia hubiera utilizado algún centro asistencial privado o público (centro de salud u hospital) en los últimos seis meses del año 2005. De esta forma, fueron excluidas las familias que al inicio de la entrevista expresaron que habían utilizado algún centro asistencial en dicho período. En las entrevistas se indagaron los siguientes aspectos o dimensiones: el perfil sociodemográfico de la familia; la percepción y el comportamiento en relación al proceso salud-enfermedad en adultos y niños; los recursos para el cuidado de la salud familiar y la percepción y utilización del Primer Nivel de Atención. Con el fin de preservar su identidad, los entrevistados figuran con nombres ficticios.

Sus resultados y conclusiones más importantes fueron las siguientes:

- a) la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida que influyen en la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos, fundamentalmente el trabajo y la alimentación, ubican a la salud como un bien no prioritario
- b) son los niños, por su percepción de mayor vulnerabilidad, los sujetos que reciben mayor atención en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención.
- c) La búsqueda de atención para los adultos se efectiviza cuando ya no están en condiciones (fundamentalmente físicas) de realizar trabajos ya sean domésticos o productivos.
- d) La salud es un medio para la vida, no un fin en sí mismo; por lo tanto, su cuidado es algo incorporado a la vida cotidiana como natural, no como un objeto de preocupación permanente.
- e) El cuidado de la salud ha sido asumido por las mujeres (madres, hijas, abuelas) que son las encargadas de evaluar la gravedad o levedad de un problema, y de realizar los primeros tratamientos antes de tomar la decisión de acudir o no al sistema sanitario.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación trata de determinar la serie de respuestas, como producto de las preguntas de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida realizada en el año 2014, para que se puedan ordenar estadísticamente con el objeto de que cuando las personas se enferman, expresen que decisiones toman dentro del proceso Salud-Enfermedad en el primer nivel de atención de acuerdo a su percepción:

Los episodios de enfermedad, accidente o quebrantos de salud, en el último mes 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 si tiene cobertura a algún seguro o al 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 las que dicen no haber consultado en presencia de enfermedad.

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

- 1- ¿Que porcentaje de la población manifiesta estar enferma o haber tenido un accidente o un quebranto de salud en el último mes?
- 2- ¿Las personas que dijeron haber padecido un episodio de enfermedad en el último mes, a que lugares ha consultado
- 3- ¿Las personas que han enfermado o tenido un accidente, o quebranto de salud en el último mes, con que personal han consultado?
- 4- ¿Las personas que han enfermado o tenido un accidente, o quebranto de salud en el último mes, que medio de transporte o de locomoción han utilizado?
- 5- ¿Cuántas personas que tuvieron un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes se ausentaron de sus actividades normales?
- 6 ¿Cuántas personas que tuvieron un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes tuvieron que pagar dinero por consulta médica?
- 7 ¿Cuántas personas que tuvieron un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, tenían disponibilidad de seguro privado o era afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social?
- 8 ¿Cuántas personas consultaron sin tener una enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes?
- 9 ¿Qué razones citan para no consultar en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes?

V. JUSTIFICACION

Obtener información estadística sobre las decisiones que, de acuerdo a su percepción, toman los grupos poblacionales representativos de las distintas comunidades es muy valioso y sobre todo, cuando el evento es reciente como lo es: La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 ya que nos permite observar en el tiempo, el comportamiento de dichas decisiones y la tendencia que toma.

Difundir dicha información es importante, sobre todo, para generar reflexión en los tomadores de decisiones dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y dejar precedentes para que las futuras generaciones hagan investigaciones de mayor envergadura al respecto y se hagan cambios radicales dentro del Sistema de Salud en beneficio de las personas y sus familias, que desde ya están siendo golpeados por los daños que ha sufrido la micro y macroeconomía, lo que les está ocasionando pocos ingresos familiares y por ende serios problemas económicos y que estén inmersos en la extrema pobreza o pobreza no extrema. Para finalmente sumar más daño, se encuentran dentro de un sistema de salud que es disfuncional, que está mal planificado y mal ejecutado que no responde a sus necesidades básicas. Por lo tanto, es preciso revisar en dónde están sus vulnerabilidades para que se logre reestructurar la rectoría de la Salud y se eliminen las inequidades, exclusiones, marginaciones y que combata la desigualdad entre la población, proporcionando servicios de salud pero con nuevas expectativas, respondiendo a las soluciones inmediatas de mitigar el daño a la salud, pero a la vez, trascendiendo a la promoción de la salud, implementando ambientes saludables que incidan en los estilos de vida para lograr cambio radicales, que cumplan con mejorar la calidad de vida de la población expresando esto un impacto en los indicadores de salud del desarrollo humano.

La obtención de las bases de datos de la encuesta para este estudio fue muy simple de obtener, ya que es una información de carácter público sin ningún tipo de restricción y el procesamiento de esta información fue sumamente sencillo y factible, práctico y por ende no requirió inversión alguna; de la misma manera, sus resultados se pueden dar a conocer sin ningún obstáculo y son de mucho interés para el país.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar cuáles son las decisiones que la población toma cuando se presentan problemas de salud.

Objetivos específicos:

- 1- Establecer las características socio demográficas de las personas que enferman
 - a) Grupo etario
 - b) Sexo
 - c) Grupo Étnico
 - d) Área geográfica urbana y rural
 - e) Niveles de pobreza

- 2- Determinar la proporción de personas enfermas que buscan atención y a dónde acuden.

- 3- Caracterizar las Razones de acudir o no acudir a los diferentes proveedores de salud.
 - a. Determinar a dónde acuden cuando enferman y cuáles son las razones que exponen.

VII. METODOLOGIA

1 Tipo de estudio:

Descriptivo

2 Unidad de análisis: Población que refirió algún episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, año 2014

3 Población /ENCOVI-2014

El presente trabajo se basó en los datos acerca de búsqueda de servicios de salud recopilados en la Encuesta de Condiciones de Vida 2014 del Instituto Nacional de Estadística del Gobierno de Guatemala, quienes realizaron la tercera Encuesta de Condiciones de Vida en el año 2014, dentro del marco del programa MECOVI (Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de las Condiciones de Vida).

Se buscó obtener información socioeconómica integral y detallada sobre los niveles de bienestar y pobreza de los hogares, las 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 en su capítulo 8, que fue el objeto de estudio en la presente investigación.

El universo de estudio de la encuesta fue viviendas particulares y hogares existentes en el país. La muestra fue bimetálica, estratificada, de conglomerados y aleatoria en su primera etapa; de segmentos compactos y sistemática en su segunda etapa y sin reemplazo. La ENCOVI 2014 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 2014 fue constituida por un total de 54822 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 etario, región política administrativa, nivel de pobreza, estrato socioeconómico y categoría étnica.

4. Muestra

Este estudio no tiene marco de muestreo ya que se trabajó sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística.

VIII. PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los presentes resultados son el producto del análisis y estudio del ordenamiento de las diferentes preguntas y respuestas realizadas a los pobladores de las diferentes comunidades, las cuales abordan la percepción que la población tiene en relación a la salud-enfermedad y que tiene gran importancia por ser ellos los sujetos y razón de ser de los programas de salud. Estas preguntas y respuestas, las cuales están representadas en graficas con porcentajes, organizadas según grupo de sexo masculino y femenino, grupo etario, ubicación geográfica de urbano y rural, grupo étnico de indígena o no indígena, región geográfica y nivel de pobreza que a continuación se exponen.

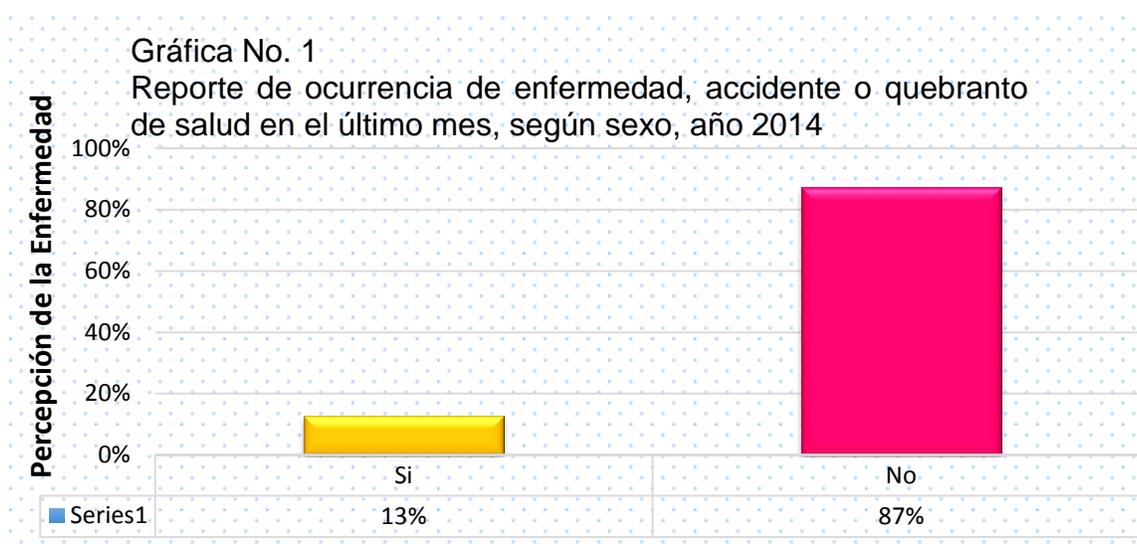
Tal como en cualquier temática del acontecer nacional y cultural de Guatemala, los ciudadanos, se encuentran en una inmersa variedad de lineamientos dentro de los que se debe enmarcar, de acuerdo a los diversos programas que el estado como nación considera importantes para el mejoramiento de sus habitantes. Dentro de estos, como uno de los más importantes, se encuentra el tema de la salud. Por demás está decir que aunque es al estado a quien le correspondería brindar toda la información, la educación y promoción de la misma, así como también, brindar toda la red de servicios alrededor de los ciudadanos dentro de todo el territorio Nacional. Sin embargo, esto no se ha cumplido ni en mínima parte y la situación de nuestras redes de servicios públicos de salud, en los diferentes niveles de atención, está inmerso en una de las peores calamidades haciendo muy difícil medir el impacto de su abandono.

Por eso es que he considerado importante hacer las observaciones en el tiempo, su comportamiento y como esto ha influido en su tendencia y sobre todo, en sus decisiones, cuando se presentan problemas de su salud algunas conductas basadas en la percepción de los habitantes del país, ante una similar recopilación de preguntas de alguna manera unificadas para que puedan ser de utilidad para ulteriores investigaciones en que se puedan tomar parámetros de comparación, que están contenidas en este caso dentro de la encuesta nacional de condiciones de vida y específicamente en la parte III de Salud , numeral 8: Acceso a la Salud que a continuación se tienen a bien presentar:

Es el caso de la población que ha tenido un evento de salud en el último mes, relacionando esta variable con la ocurrencia de este fenómeno en relación entre: género, área geográfica urbana o rural, grupo etario, región geográfica y niveles de pobreza al que pertenecen. De esta misma manera el lugar consultado , el personal consultado, el medio de transporte

utilizado para llegar a los servicios de salud, ausencia a actividades normales por enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según sexo, área urbana y rural y grupo étnico, niveles de pobreza año 2014, Consulta por quintil de ingreso, Pago por servicios de salud, Acceso a seguro de salud, Sin acceso a seguro de salud, Acceso a IGSS, Razón para consultar sin quebrantos de salud, razones por no consulta por con presencia de enfermedad.

Decisiones ante el fenómeno de enfermedad



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

El 13 % de la muestra encuestada reportó ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según

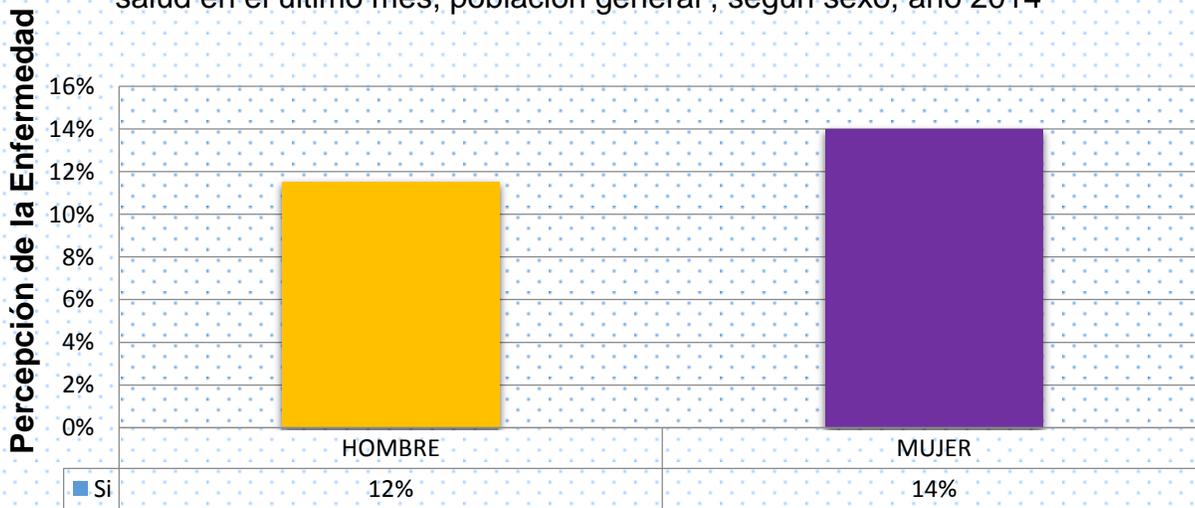
sexo, año 2014 (ver grafica 1). Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según sexo, año 2014.

Esta importante información parte de la opinión de la población de lo que para ellos ocurre como un evento de morbilidad percibida por un grupo de personas en un tiempo y lugar que tiene como punto de partida el grado de información, su nivel educativo, cultura, experiencia y otra serie de factores que no necesariamente coincidan con la presencia de enfermedad real basada en diagnósticos médicos.

Para adelante es este segmento el que vamos a estudiar y que observaremos cómo se comporta dentro de las diferentes características, que se conforman como sexo, área urbano o rural, grupo etario, nivel socioeconómico al que pertenecen lo que determinan sus condiciones de vida.

Gráfica No. 2

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, población general , según sexo, año 2014

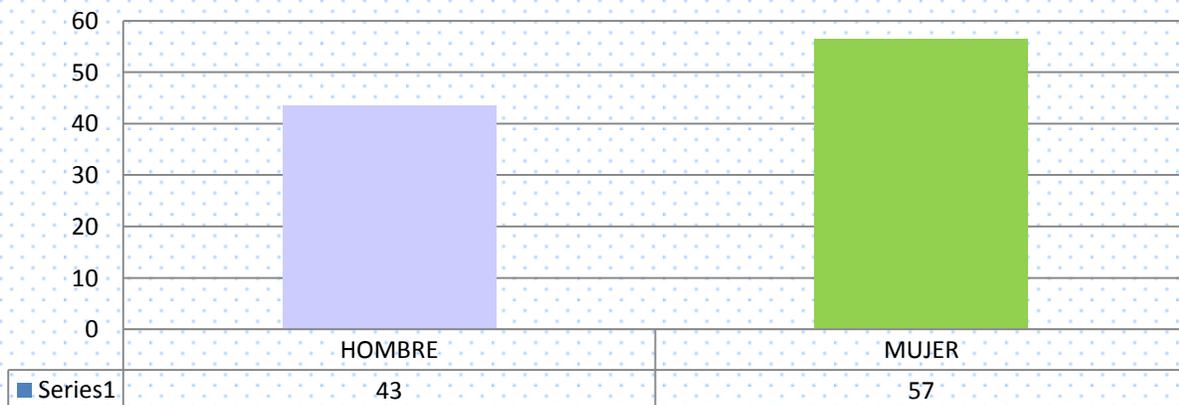


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Es más alto el porcentaje de apreciación por parte de las mujeres 14% en la población general en ambos grupos, los que dijeron haber padecido de un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, como en los que opinaron no haber sufrido ese tipo de acontecimiento, en comparación con los hombres 12% y el mismo comportamiento aunque con mayor diferencia de porcentajes en el grupo de los que dijeron haber padecido un acontecimiento 57% y 43% respectivamente; que de alguna manera coincide con la morbilidad real que está fundamentada en el desgaste biológico propio de la mujer por la participación que juega dentro del proceso reproductivo y por otras condiciones socioculturales y nutricionales dentro del núcleo familiar.

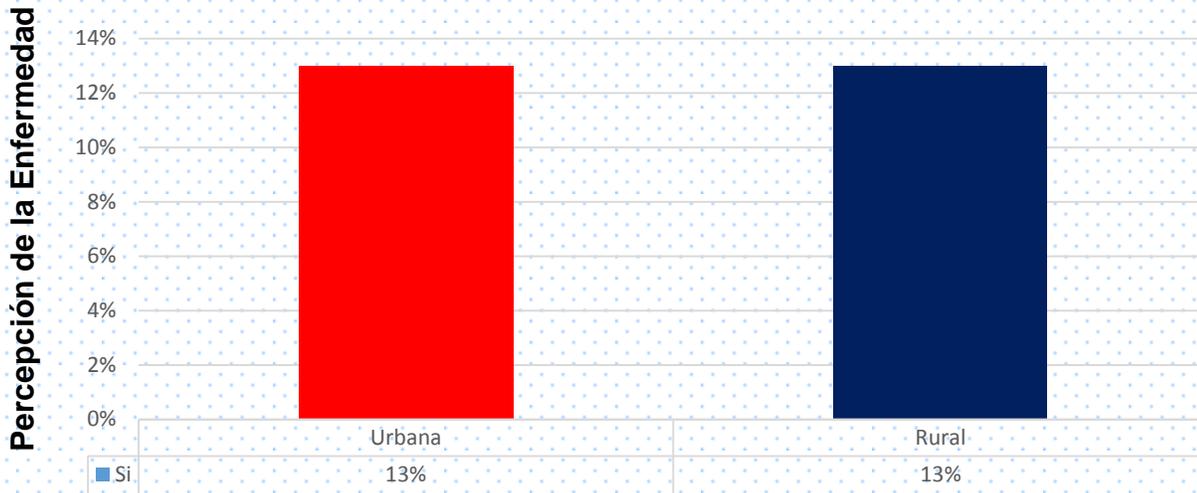
Grafica No. 3

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, casos positivos según sexo, año 2014



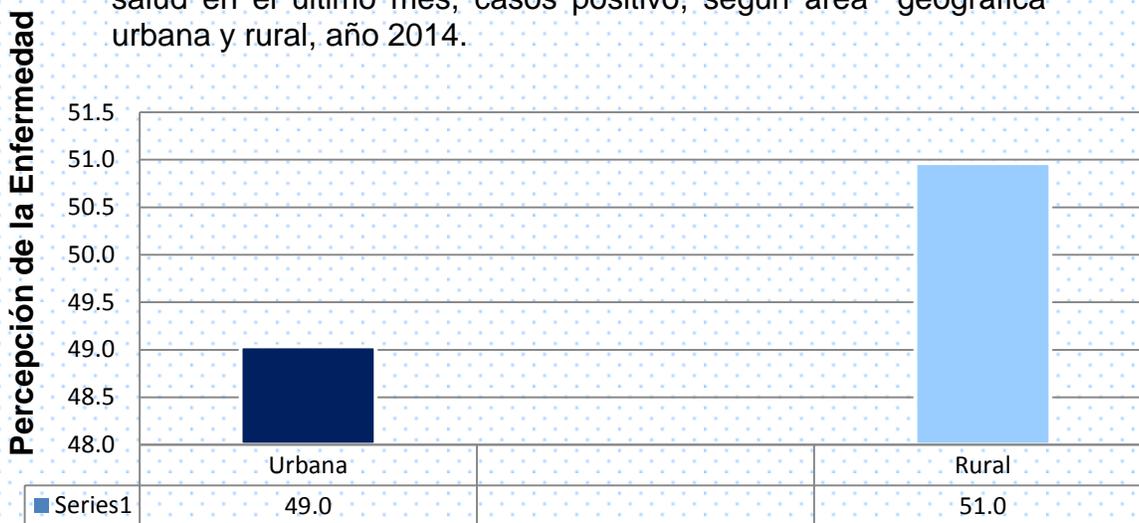
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

Gráfica No. 4
 Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, Poblacion general , según área urbana y rural, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

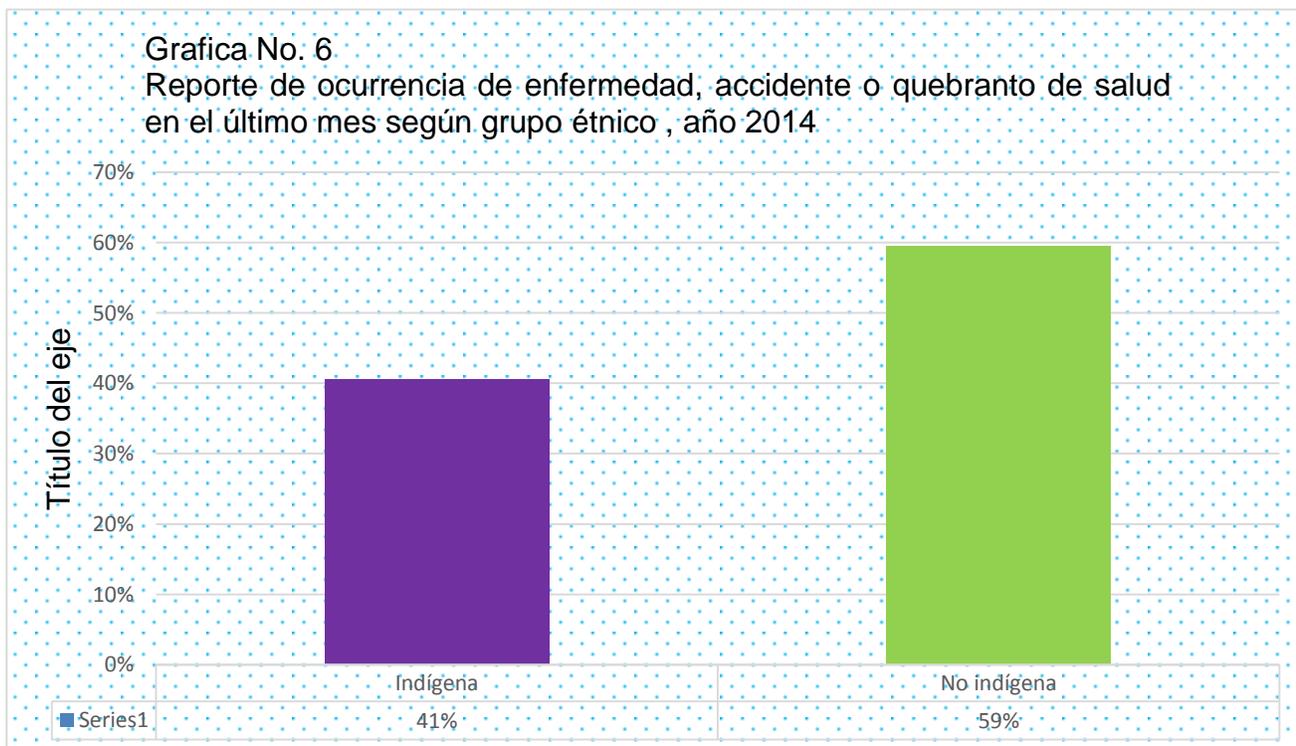
Gráfica No. 5
 Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, casos positivo, según área geográfica urbana y rural, año 2014.



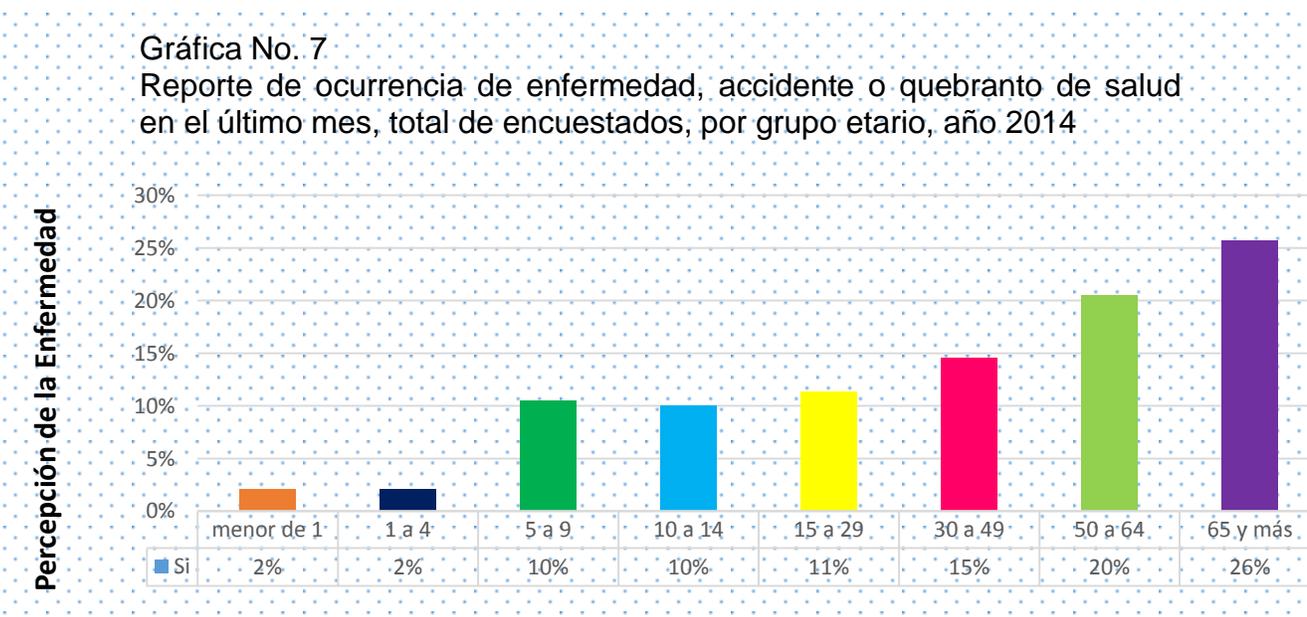
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

La población que radica en el área rural refiere enfermar un 2% más que los que radican en el área urbana, se podría asumir que las poblaciones del área rural llevan las condiciones de vida muy adversas y con los mayores niveles de pobreza, mala alimentación y por eso manifiesten mas haber sufrido un quebranto de salud durante el último mes

Grafica No. 6
Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según grupo étnico , año 2014



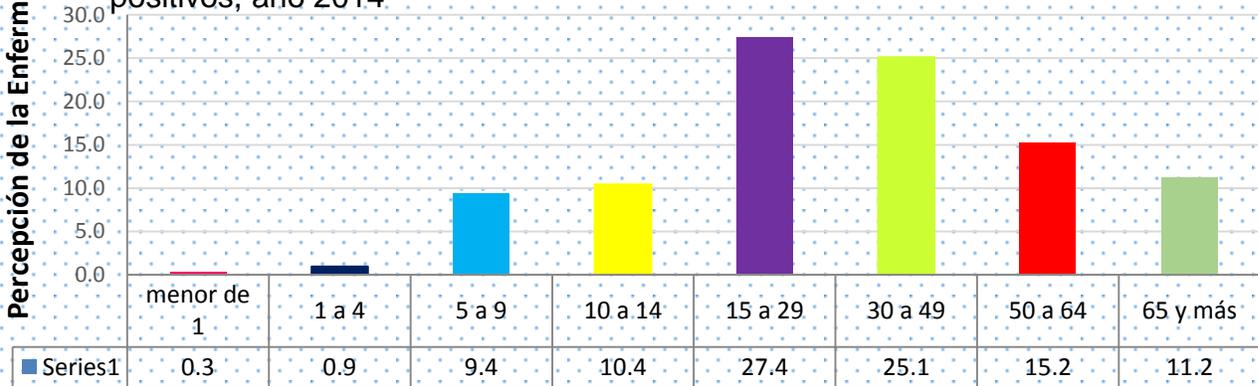
Gráfica No. 7
Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, total de encuestados, por grupo etario, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014
 Cada intervalo de grupo etario está representado con el porcentaje proporcional, de tal forma que los niños menores de un año representan el 2%, que es el menor porcentaje de ocurrencia de enfermedad de todos los niños de su grupo y el grupo de 65 años o más representan el 26% de todo el grupo de enfermos y no enfermos de su grupo etario.

Gráfica No. 8

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, total de casos positivos, por grupo etario, casos positivos, año 2014

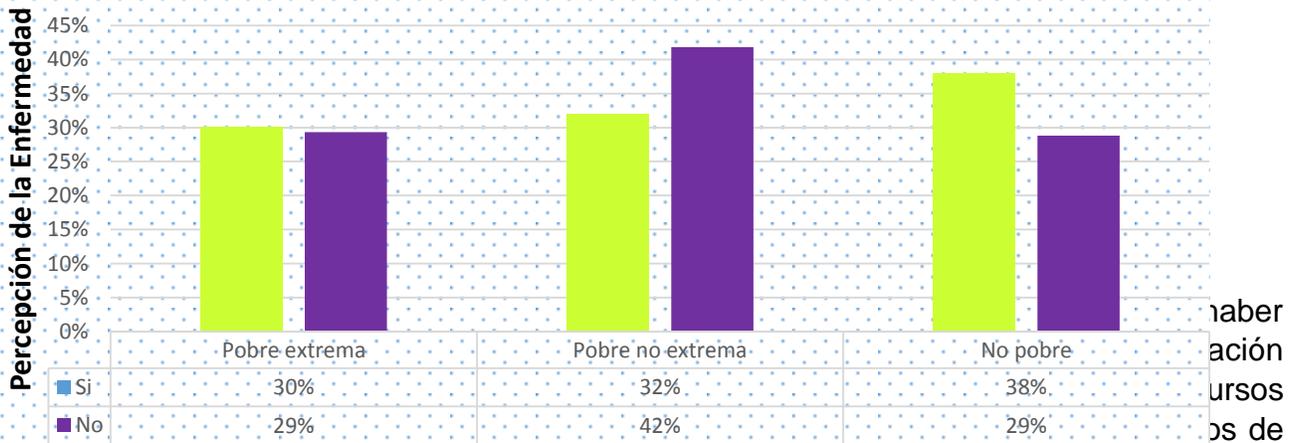


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOV-2014

Del universo para cada grupo etario de las personas que si presentaron alguna ocurrencia de enfermedad, que manifestaron ocurrencia de enfermedad los grupos etarios más afectados son los de 15 a 29 y 30 a 49 años.

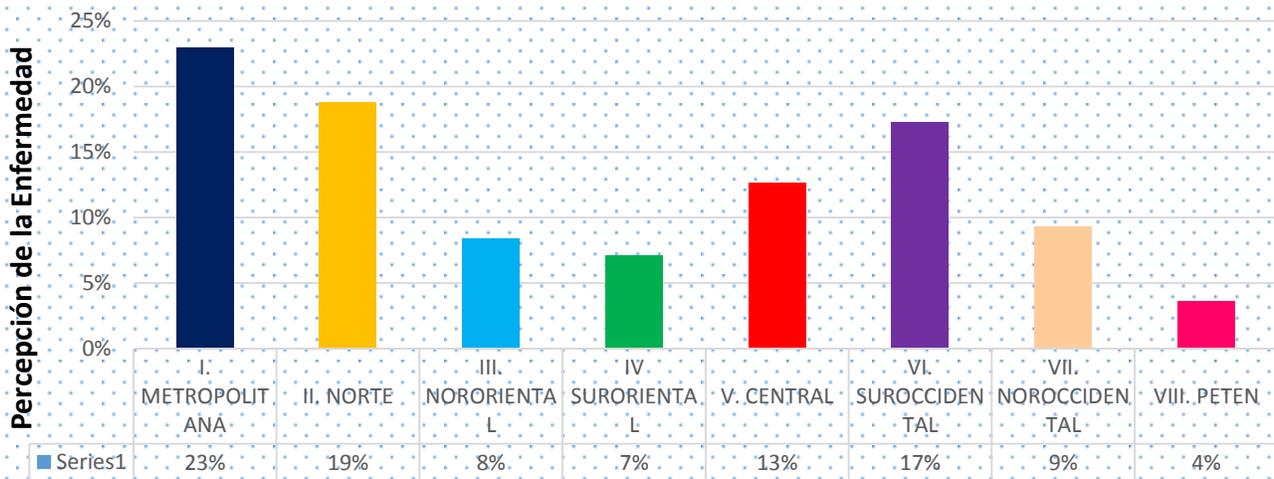
Gráfica No. 9

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, casos positivo, según niveles de pobreza, año 2014



enfermedad, como posiblemente los extremos y que a los casos leves o moderados de enfermedad no los consideran como tales, para que no los distraiga de su afán de sobrevivencia en esas duras condiciones de vida en el que están inmersos.

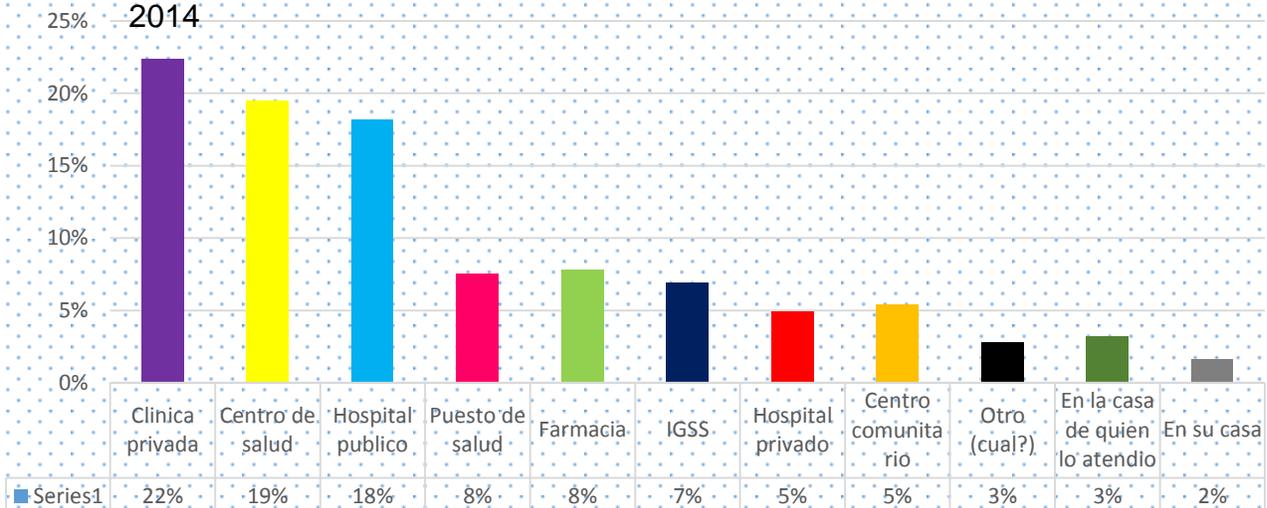
Gráfica No. 10
Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, casos positivo, según región geográfica, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

La opinión de los pobladores de la región de Peten, reportan un porcentaje menor de ocurrencia de casos de enfermedad, accidente o quebranto de salud de sus habitantes comparado con las otras regiones del país, esto podría resultar como consecuencia de que el Peten es uno de los departamentos que más ha aumentado su densidad poblacional en los últimos años, y que a pesar de esto, sigue siendo la menor en comparación con los del resto de la república, permitiendo esto la no propagación y difusión de enfermedades infecciosas lo que podría estar incidiendo en ser la menor región en referir o enfermarse, o por ser de las regiones de mayor pobreza y que por este motivo, se enmarquen dentro de la población que su atención está atenta en los procesos de sobrevivencia y su percepción de enfermedad se refiera únicamente a los caso graves de la misma.

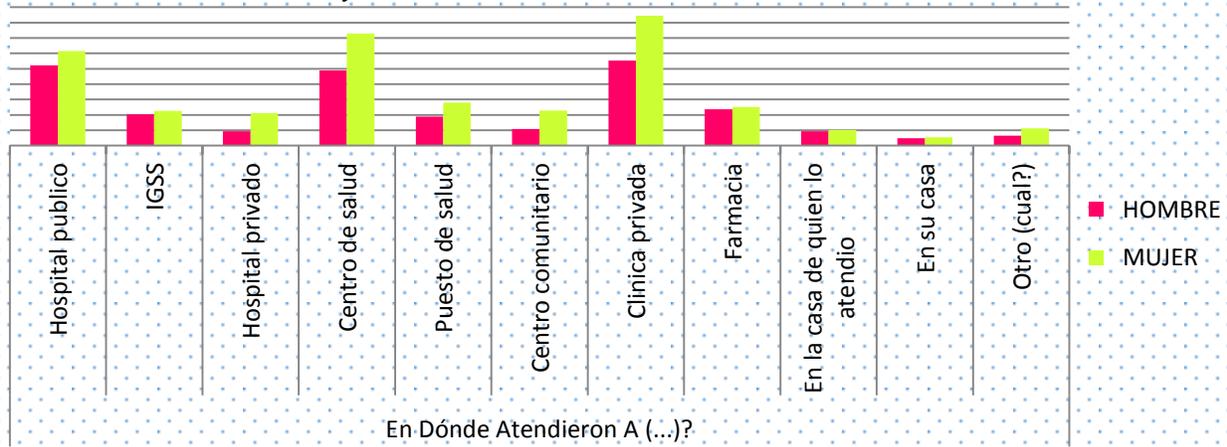
Gráfica No. 11
Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, casos positivo, según lugar a donde consultan, año 2014



LUGAR CONSULTADO

Gráfica No. 12

Distribución porcentual del lugar de atención por ocurrencia de enfermedad, accidente o quebrantos de salud en el último mes por sexo masculino y femenino, año 2014.

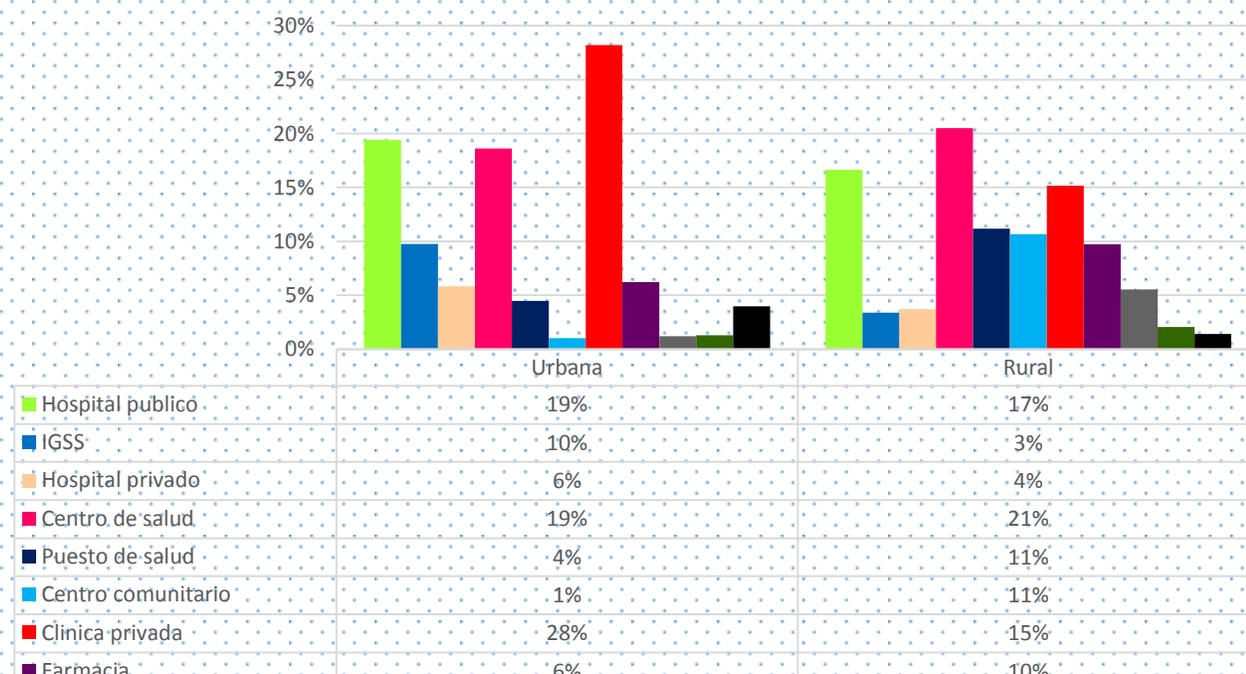


La relación al lugar más consultado para la atención de episodios de enfermedad, accidente o quebrantos de salud en el último mes durante el 2014 es la clínica privada, quien tiene más porcentaje de frecuencia de consulta, lo que significa que este servicio goza de la aceptación de una buena parte de la población a pesar de los inconvenientes del desembolso económico que esto les ocasiona. Esta decisión indica la desaprobación a los servicios que el sistema de atención pública les brinda, sin embargo, se trata de un sector que tiene capacidad económica para sufragar el gasto, por lo tanto un porcentaje de la población consulta con el hospital público y con el centro de salud, en una línea de segundo orden y en un porcentaje menor consultan con el puesto de salud, con la farmacia y con el IGSS. Observamos aquí que la farmacia a este nivel tiene cierta aceptación aunque de forma muy modesta. Si sumamos como servicio público la atención que brinda el hospital, centro de salud y puesto de salud y centro comunitario que pertenecen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y además el IGSS que también presta los servicios a los afiliados sin fines de lucro, superando en buena forma todos los centros de atención privados, con fines de lucro como lo son las clínicas privadas, los hospitales privados y las farmacias privadas.

En relación a la atención que brinda el Instituto Guatemalteco de Seguridad social sabemos que aunque es una entidad de administración pública, difiere de las instituciones estatales en su estructura funcional y se rige por su ley orgánica y por ende presta sus servicios únicamente a los afiliados y o beneficiarios con derechos a esa institución que son los trabajadores de la economía formal que aportan cuotas laborales y se adiciona a su aporte,

las cuotas patronales a modo de seguro no privado ya que es una entidad de administración pública pero autónoma. El área rural está conformada por la gran mayoría de trabajadores públicos y unos pocos provenientes de la iniciativa privada; comparado esto con el grueso de la población, resulta ser una minoría ya que muchas medianas y pequeñas empresas y el sector agrario no cumplen con afiliar a sus trabajadores, fenómeno este que ocurre sobre todo en el interior de la república; sumado a esto sucede que la recaudación del sector estatal de las instituciones de gobierno para brindar sus servicios que en muchos casos ha sido irregular, debido a que muchas entidades estatales han retenido los descuentos de los trabajadores y omiten aportar su cuota patronal, generando deuda; lo que ha detenido el crecimiento del IGSS y de allí la limitación de su presencia en la comparación con otros lugares de asistencia por parte de la población.

Gráfica No. 13
 Distribución porcentual de lugar consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud según área urbana y rural en el último mes año 2014



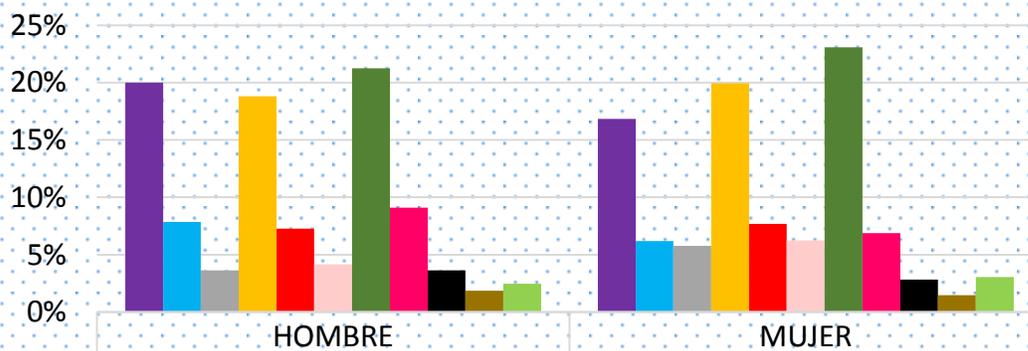
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

El comportamiento de demanda de los servicios de salud varía del área urbana a la rural; en la primera (área urbana) hay más atención médica de clínicas privadas debido a que ahí están concentradas la mayor parte de clínicas médicas, presentando un 13% mayor que el área rural, en relación al IGSS el número de trabajadores de la iniciativa privada es mayor que los trabajadores públicos, en las áreas urbanas, lo que hace que haya una demanda

mayor, presentando un 7% más en relación a las áreas rurales. En el caso de los centros comunitarios por estar en las áreas rurales, tienen un incremento de asistencia de 10 % más en comparación con el área urbana, en el área rural se utilizan más los servicios de centro de salud debido a que es lo que la población tiene más a su alcance.

Gráfica No. 14

Distribución porcentual de lugar consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud según sexo en el último mes año 2014



| | HOMBRE | MUJER |
|--------------------------------|--------|-------|
| Hospital publico | 20% | 17% |
| IGSS | 8% | 6% |
| Hospital privado | 4% | 6% |
| Centro de salud | 19% | 20% |
| Puesto de salud | 7% | 8% |
| Centro comunitario | 4% | 6% |
| Clinica privada | 21% | 23% |
| Farmacia | 9% | 7% |
| En la casa de quien lo atendio | 4% | 3% |
| En su casa | 2% | 1% |
| Otro (cual?) | 2% | 3% |

La utilización de los servicios está distribuida de similar manera tanto en hombres como en mujeres; aunque con diferencias cortas la mujer ha consultado con mayor frecuencia más lugares de mejor atención médica en orden descendente:

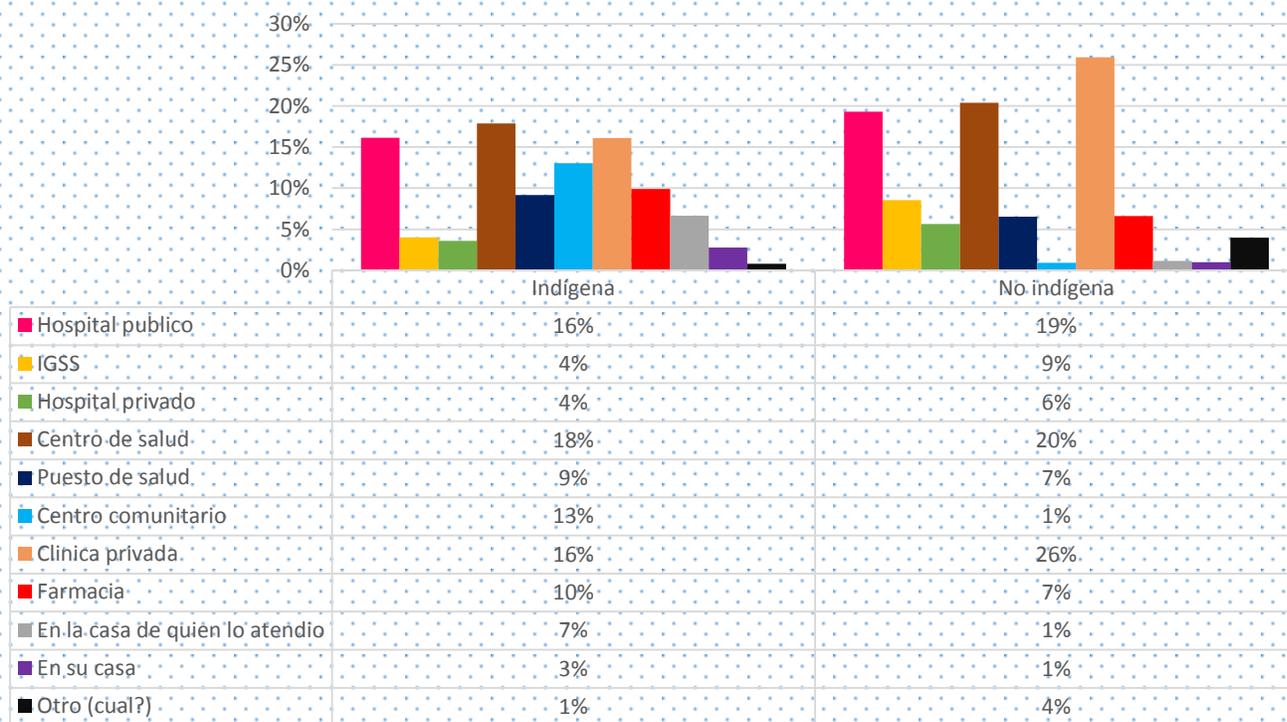
- a) clínica privada,
- b) hospital privado
- c) centro comunitario
- d) el centro de salud
- e) el puesto de salud
- f) otros.

Los hombres han consultado en orden descendente con mayor frecuencia los siguientes lugares:

- a) El hospital público
- b) el IGSS
- c) la farmacia
- d) la casa de quien lo atendió
- e) en su casa

Esto puede explicarse por el rol de la mujer en el papel reproductivo dentro de la familia que tiene que acudir con más frecuencia a los servicios de salud.

Gráfica No. 15
Distribución porcentual de lugar consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud según grupo étnico en el último mes, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Esta grafica capta en su máxima expresión la desigualdad y exclusión en que se encuentra el grupo étnico indígena, que, comparado con el no indígena, utiliza en menor proporción la mayoría de servicios públicos y privados, así como los servicios del IGSS; esto obviamente por ser las personas que conforman los segmentos o niveles de pobreza extrema y pobreza no extrema. Este grupo indígena habita en gran parte las áreas rurales y por tener una cultura propia es que los sistemas de salud no han respetado sus costumbres, lo que marca cada vez más las grandes diferencias por lo que hace necesario implementar modelos de salud incluyentes que las reduzcan.

El grupo étnico indígena utiliza más que el grupo no indígena el centro comunitario en un 12% más y el puesto de salud y la farmacia seguramente como únicas alternativas a su disposición, otros que han de ser miembros de la comunidad que aplican la medicina alternativa ancestral. Si observamos el grupo no indígena en donde la clínica privada tiene un 26 por ciento de utilización, el hospital privado un 6% y la farmacia privada 1% lo que sumado da un sub total de 33% de utilización. No debemos de pasar inadvertido que los servicios públicos son finalmente una unidad, por tanto, todos pertenecen al ministerio de salud pública y asistencia social del gobierno de Guatemala; al congregarlo en un solo porcentaje lo que hacen por separado, el hospital público, el centro de salud, el puesto de salud y el centro comunitario obtenemos un porcentaje global de utilización del 47% contra un 32% de los servicios privados.

La integración de los servicios públicos si es permisible por que dependen de un mismo ministerio, pero la integración de los servicios privados no, ya que pertenecen a varios propietarios, pero se hace como un ejercicio pragmático sobre todo, para evaluar el efecto que ocasiona al usuario el desembolso de fondos para cuidar su salud.

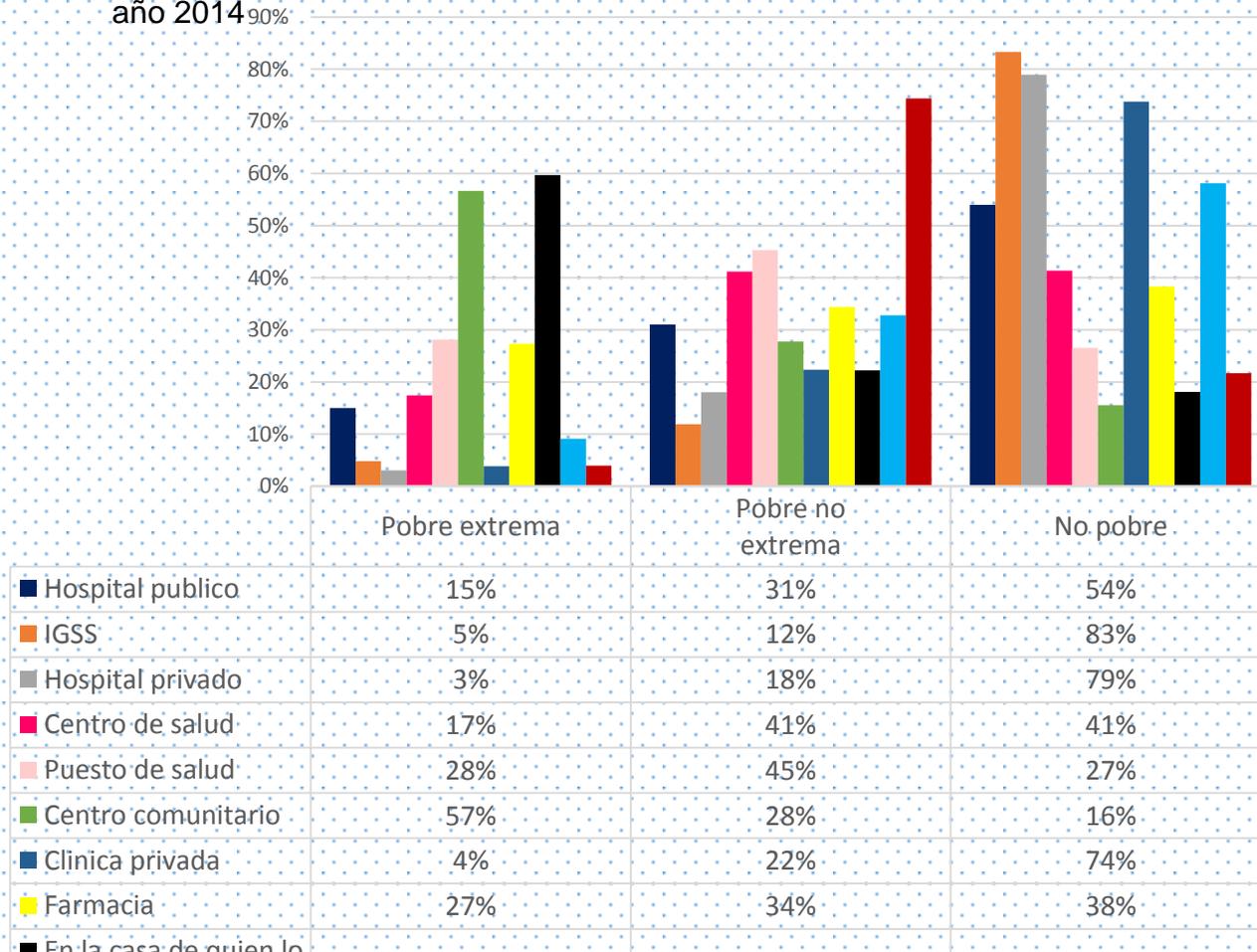
Por lo que siguiendo este orden lógico de análisis nos faltaría integrar a los servicios públicos a otra institución que actúa en este mismo contexto, que aunque con muchas diferencias a las instituciones estatales, guarda un principio común de gratuidad hacia los usuarios como lo es el Instituto Guatemalteco de seguridad social, interesará agregarlo para observar los servicios públicos gratuitos para sus afiliados y beneficiarios, contra los servicios privados obteniendo un 9% más para los servicios públicos, lo que daría un total de 56% contra un 32% de los servicios privados que casi lo duplica.

Ahora bien, si hacemos el mismo análisis de la distribución porcentual del lugar consultado para atención de un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el año 2014, en el grupo étnico indígena tenemos los siguientes resultados:

Servicios públicos (no lucrativos) hospital público, centro de salud, puesto de salud, centro comunitario 56%, si agregamos al IGSS 60%, en contra de un servicio privado (lucrativo): clínicas privadas, hospital privado y farmacia privada 30% esto nos permite observar que el servicio público duplica al servicio privado.

Ante los índices de pobreza no extrema y pobreza extrema la demanda al servicio público debería ser mayor y la demanda a los servicios privados menor por lo que habrá que buscar más profundamente las raíces a las que se deba que esto no sucede así y todavía un 40% de la población busque servicios privados que le ocasionan daño a la economía familiar.

Gráfica No. 16
Distribución porcentual de lugar consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud según niveles de pobreza año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

Las personas que pertenecen al nivel de pobreza extrema, consulta en alto grado, (comparación al nivel de pobreza no extrema y el nivel no pobre) 60% en casa de quien lo atendió y 57 % al centro comunitario

Consulta muy escasamente: 17% al centro de salud, 15% hospital público 4% a clínicas privada y 9% en su casa

Se puede observar que hace uso de servicios de su localidad dependiendo de su capacidad de pago, ya que trasladarse en busca de otros servicios fuera de su comunidad le representa gastos altos de transporte, hospedaje comida, honorarios médicos y medicamentos y exámenes especiales; y por ende tiene menores servicios profesionales en comparación con los otros dos niveles de pobreza.

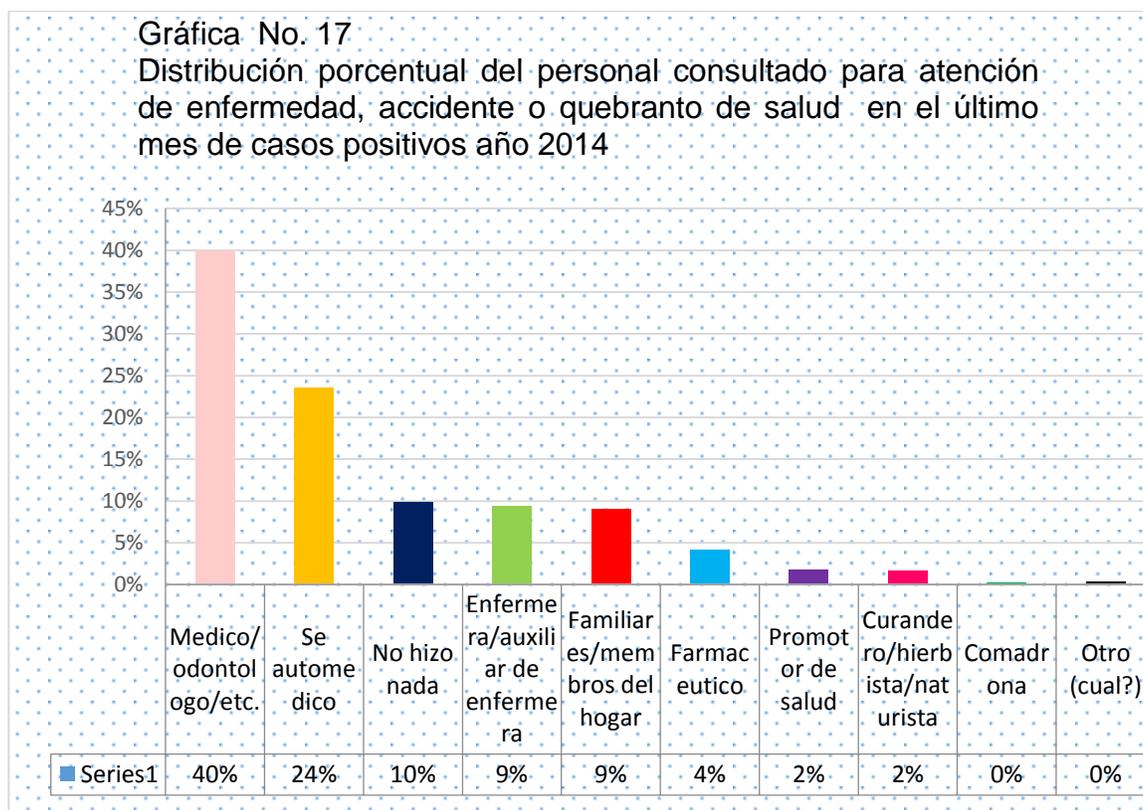
Las personas que pertenecen al nivel de pobreza no extrema, consulta en alto grado, en comparación al nivel de no pobreza y pobreza extrema, el puesto de salud en un 45 % seguramente por ser lo que tienen más próximo y el resto de los servicios los utiliza moderadamente.

Las personas que pertenecen al nivel de no pobreza en comparación al nivel de pobreza no extrema y pobreza extrema utilizan más las clínicas privadas en un 74%, el hospital público en un 54%, en su casa un 58%, en la farmacia un 38%, seguramente porque es lo que tienen más próximo o por la facilidad de transportes y disponibilidad económica de afrontar los gastos que esto le provoque.

Consulta escasamente el centro comunitario en un 26%

El hospital público guarda cierto prestigio entre el nivel no pobre seguramente porque encuentra servicios profesionales y tiene atención en horarios inhábiles y exámenes especiales, algunos medicamentos en el mismo lugar.

PERSONAL CONSULTADO

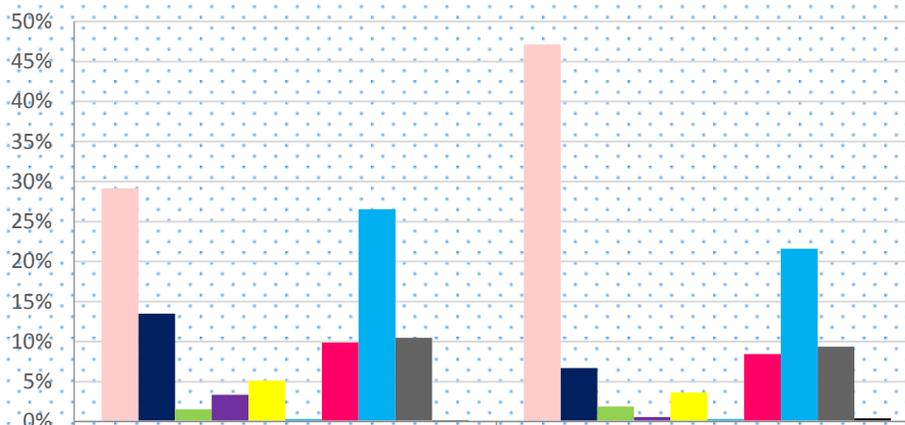


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Se puede apreciar que después del 40 % de atención que da el médico, el resto es un tipo de atención empírica exceptuando la de la enfermera auxiliar, que como agente de salud debería de ser más confiable, que el resto de actores, pero que tampoco debería de extralimitarse de sus funciones para las que fue formada. Es alarmante que “se auto medicó” tenga un porcentaje tan alto como el 24% y “no hizo nada” un 10%.

Gráfica No. 18

Distribución porcentual del personal consultado para atención de enfermedad, accidente o quebranto de salud, según grupo étnico en el último mes, año 2014



| | Indígena | No indígena |
|---------------------------------|----------|-------------|
| Medico/odontologo/etc. | 29% | 47% |
| Enfermera/auxiliar de enfermera | 13% | 7% |
| Promotor de salud | 2% | 2% |
| Curandero/hierbista/naturista | 3% | 1% |
| Farmaceutico | 5% | 4% |
| Comadrona | 0% | 0% |
| Familiares/membros del hogar | 10% | 8% |
| Se automedico | 27% | 22% |
| No hizo nada | 10% | 9% |
| Otro (cual?) | 0% | 0% |

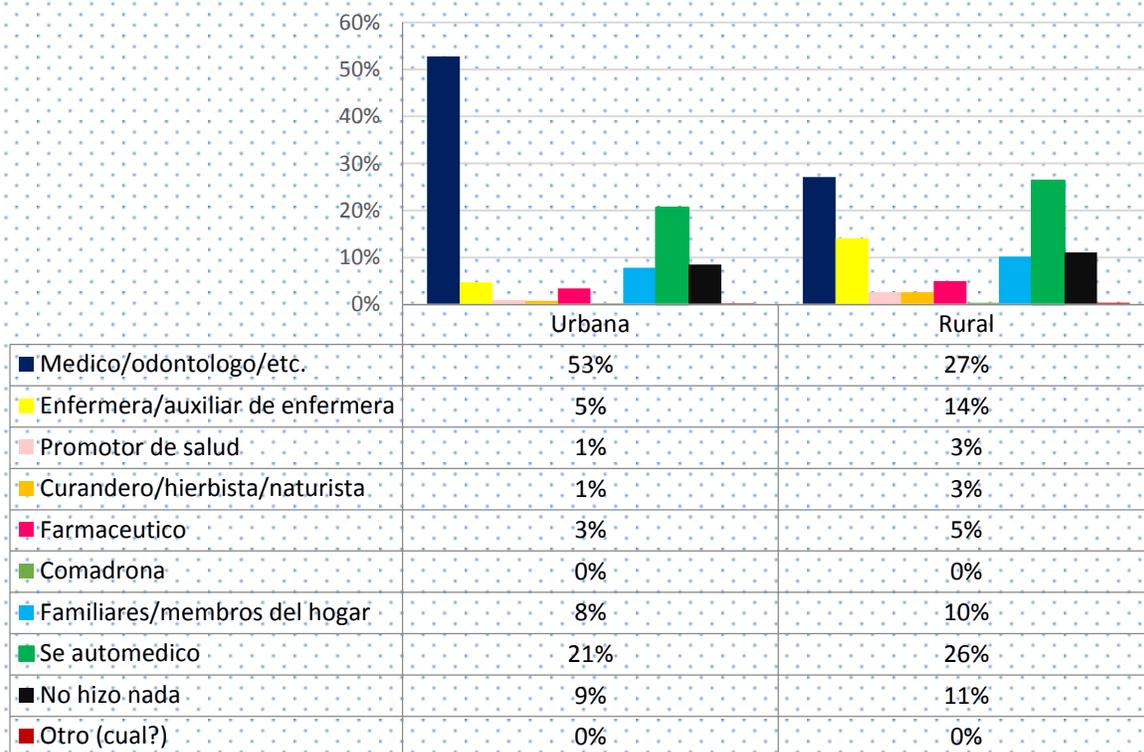
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Es considerablemente alta la utilización de los servicios de médico odontólogo etc. por parte del grupo no indígena; en un 18% más, por las razones de desigualdad y marginación socioeconómica y cultural y esto ha dado como resultado que utilicen un 6 % más a la enfermera auxiliar, ya que los puestos de salud son atendidos por ellas y hay poca intervención médica. Dentro de los aspectos culturales y económicos, es poco el incremento en el grupo indígena, del uso de los servicios del curandero, así como del farmacéutico y un incremento en la automedicación aunque es mayor en el grupo étnico indígena.

En el área urbana notablemente hay más atención brindada por un médico con un incremento del 26% más que en el área rural, esto debido a que la clínica médica privada, centro de salud y hospital se encuentran concentradas en las áreas urbanas, de esa cuenta que utilizan más los servicios a su alcance como lo es la enfermera auxiliar, la automedicación y el curandero y demás servicios empíricos que tienen a su disposición.

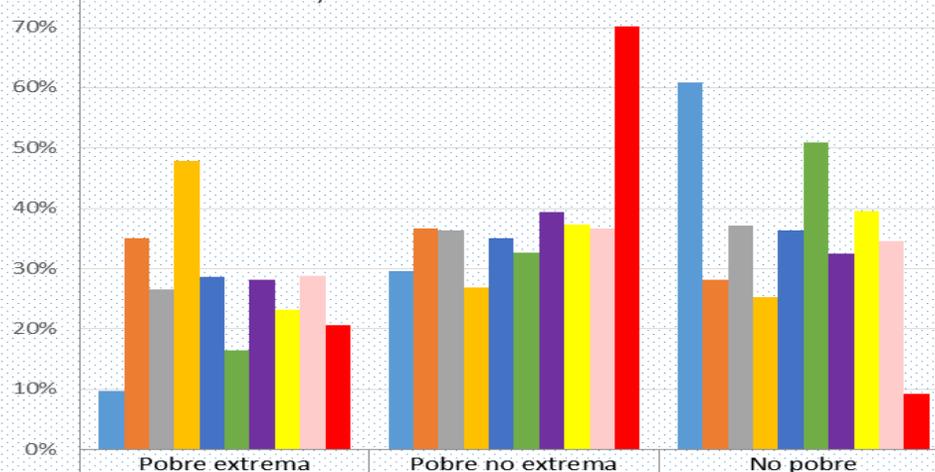
Gráfica No. 19

Distribución porcentual del personal consultado para área de enfermedad, accidente o quebranto de salud según área en el último mes año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Gráfica No. 20
Distribución porcentual del personal consultado para atención de episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud según Nivel de Pobreza en el último mes, año 2014



| | Pobre extrema | Pobre no extrema | No pobre |
|---------------------------------|---------------|------------------|----------|
| Medico/odontologo/etc. | 10% | 30% | 61% |
| Enfermera/auxiliar de enfermera | 35% | 37% | 28% |
| Promotor de salud | 27% | 36% | 37% |
| Curandero/hierbista/naturista | 48% | 27% | 25% |
| Farmaceutico | 29% | 35% | 36% |
| Comadrona | 17% | 33% | 51% |
| Familiares/membros del hogar | 28% | 39% | 32% |
| Se automedico | 23% | 37% | 40% |
| No hizo nada | 29% | 37% | 35% |
| Otro (cual?) | 21% | 70% | 9% |

Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Las personas que pertenecen al nivel de pobreza extrema, consulta a personal, en alto grado en comparación al nivel de pobreza no extrema y el nivel no pobre:

- a) Curandero en un 48%
- b) Se auto medica 23%
- c) No hace nada 21%
- d) Comadrona 17%
- e) Medico 10%
- f) Consulta muy escasamente al médico, 10%

Las personas que pertenecen al nivel de pobreza no extrema consulta a personal en alto grado en comparación al nivel de pobreza extrema y el nivel no pobreza:

- a) 70% “otros”

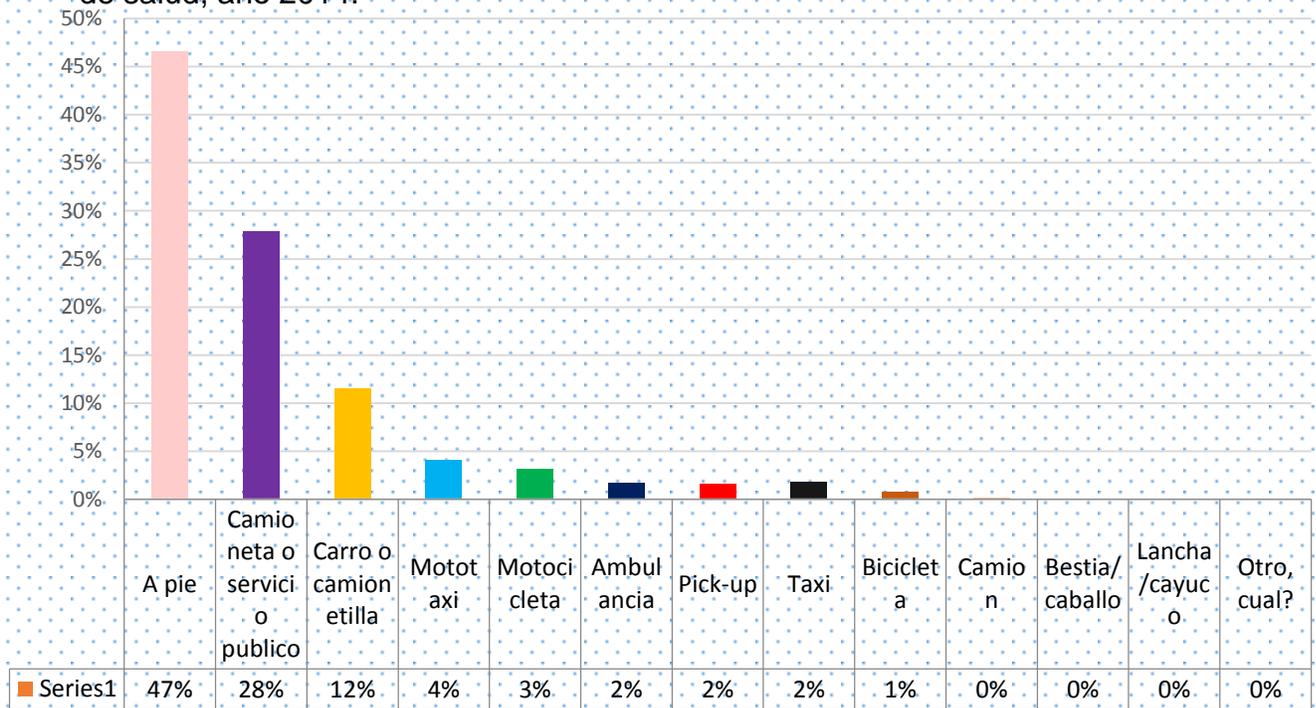
Las personas que pertenecen al nivel de no pobreza consulta a personal en alto grado en comparación al nivel de pobreza extrema y el nivel no pobreza:

- a) 61% medico
- b) 51% comadrona
- c) 40% automedicación
- d) 25% al curandero
- e) 9% otros

La grafica es dramática evidencia como el poder adquisitivo de los no pobres hace que tengan mejores servicios médicos que las personas que pertenecen a la pobreza extrema en incluso que en la pobreza no extrema, resaltando la desigualdad y exclusión y el abandono lamentablemente en que se encuentran estas personas.

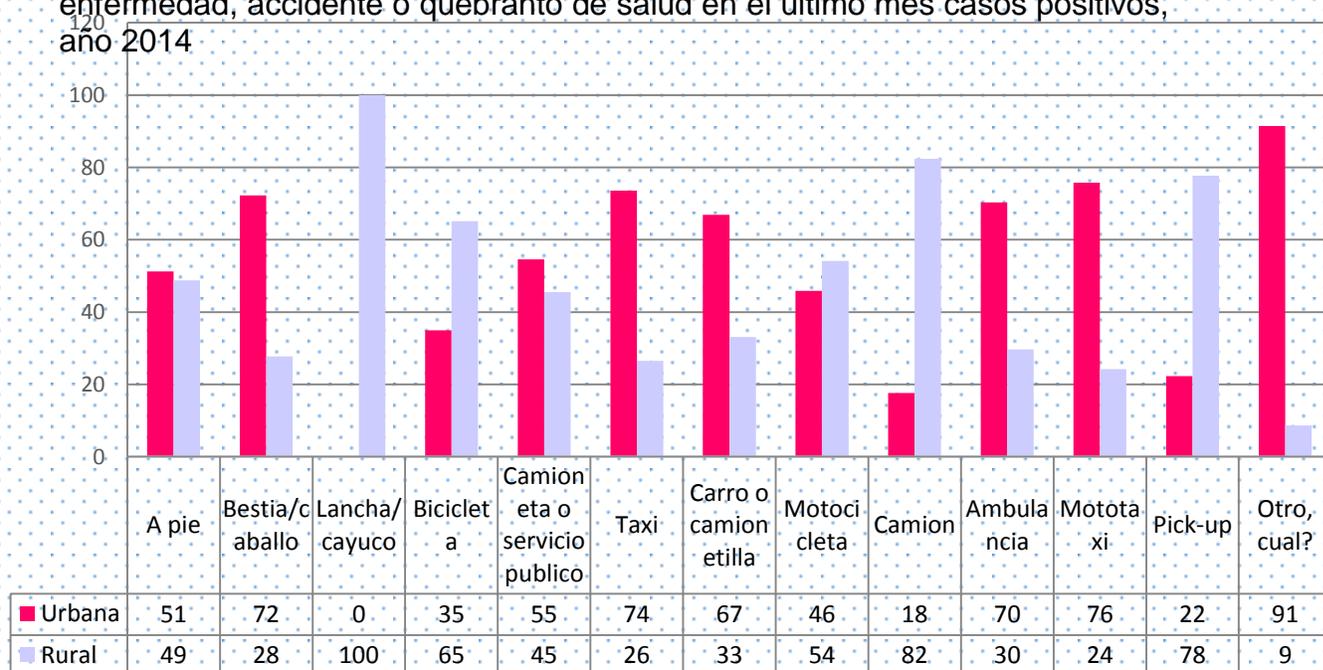
MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA LLEGAR A LOS SERVICIOS DE SALUD

Gráfica No. 21
Distribución porcentual de medio de transporte utilizado para llegar a servicio de salud, año 2014.



Gráfica No. 22

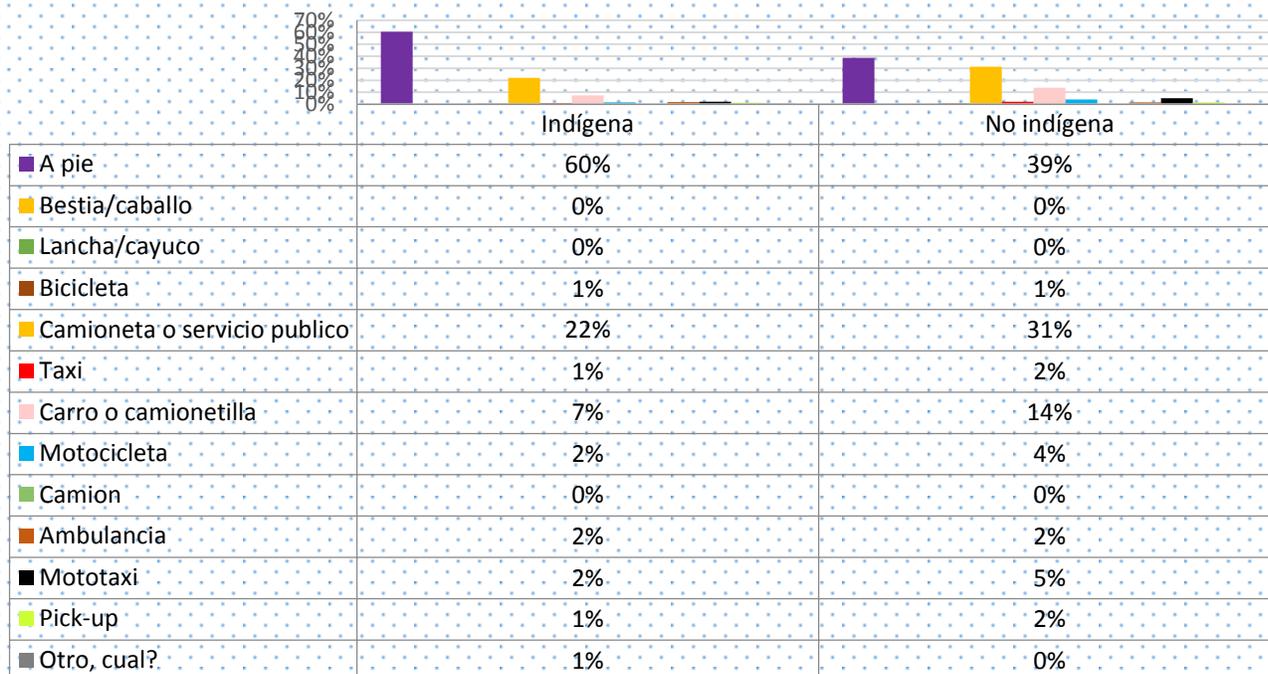
Medio de transporte para llegar a los servicios de salud en caso de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes casos positivos, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014 Fuente Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-20

Gráfica No. 23

Distribución porcentual del medio de transporte utilizado para llegar a servicio de salud, según grupo étnico, año 2014



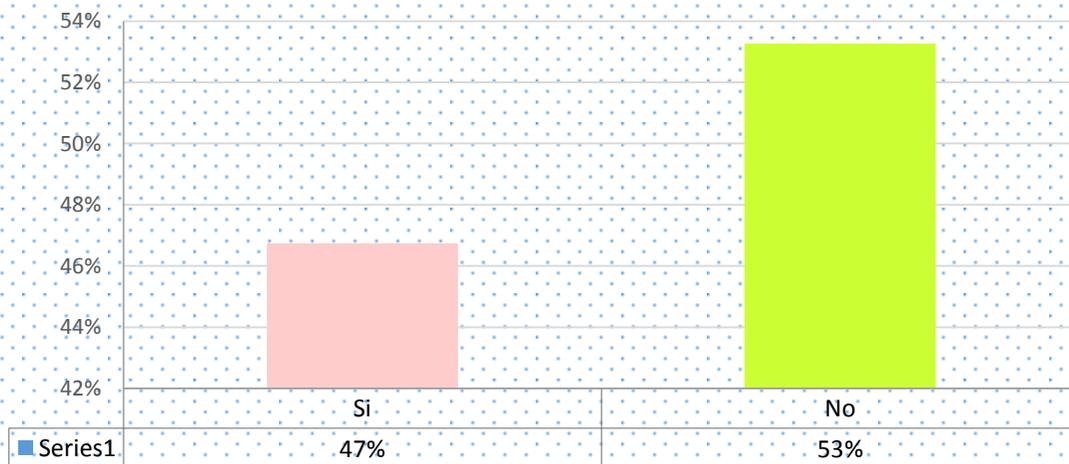
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

El grupo indígena supera en mucho con 21 puntos porcentuales al grupo no indígena, en usar como medio de locomoción la forma a pie, en el resto de principales usos de medio de transporte motorizado como lo es la camioneta de servicio público, el carro o camionetilla y motocicleta es casi duplicado por el grupo no indígena, lo que denota un claro signo de desigualdad.

AUSENCIA A SUS ACTIVIDADES NORMALES POR CAUSA DE LA ENFERMEDAD

Gráfica No. 24

Distribución porcentual según la enfermedad tuvo que dejar de asistir a su trabajo, año 2014



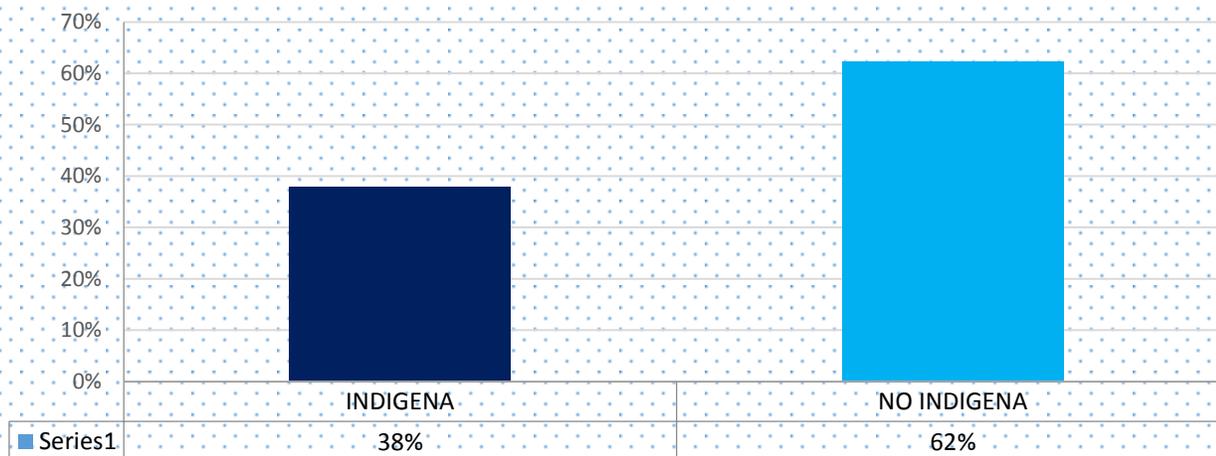
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

El 47 % (casi la mitad de la población) reporto que tuvo que dejar de asistir a sus actividades por causa de un episodio de enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos treinta días.

Al desglosar esta información, nos encontramos con que es mayor en el grupo étnico no indígena que en el indígena, explicado esto ante la perspectiva de los niveles de desigualdad y marginación a que son expuestos esos grupos, no pueden dejar de buscar los medios para el sustento diario a pesar de estar enfermos, dejando el proceso de la enfermedad en un segundo orden de prioridades, es por eso que también se presenta más en las poblaciones no indígenas que tienen más disponibilidad de suspender actividades en el momento de sentirse enfermos.

Gráfica No. 25

Porcentaje de ausencia a actividades normales por enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según grupo étnico, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

Gráfica No. 27

Porcentaje de ausencia a actividades normales por enfermedad, accidente o quebrantos de la salud en el último mes según sexo, año 2014



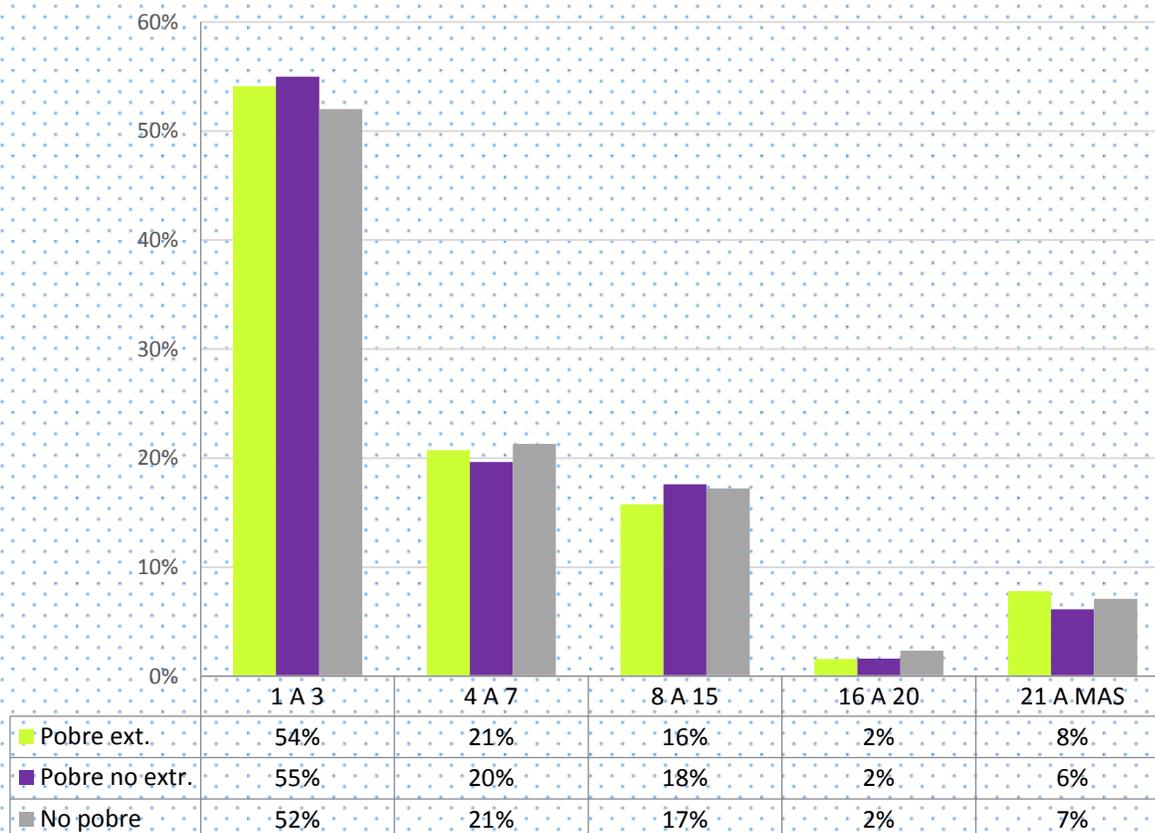
Fuente: de Condiciones de Vida – Datos con base en Encuesta Nacional. ENCOVI- 2014

El hombre reporta mayor porcentaje de información de retirarse de sus actividades por enfermedad, que las mujeres; de igual forma las mujeres por el rol que juega dentro del ámbito familiar no les permite ausentarse de su rol como madres de familia, por lo que, aunque se consideren enfermas no dejan de acudir a sus actividades, excepto en enfermedades críticas que son las menos frecuentes.

En relación al grupo indígena dejó de asistir a su actividad normal por causa de una enfermedad comparado con el no indígena, un 24 % menos por las mismas razones de condiciones adversas en que vive, que subestima el atenderse a ellas mismas por conservar sus actividades de sobrevivencia y por no contar con derechos de suspensión de labores que la seguridad social le podría otorgar.

Gráfica No. 28

Porcentaje de días de ausencia debido a enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según niveles de pobreza, año 2014.



A
est
o
pod
ría
agr
ega
rse
que
los
ho
mbr
es
se
inte
gra
n
más
a
trab
ajos
for
mal
es
que
les
per

mite suspenderse atreves del IGSS

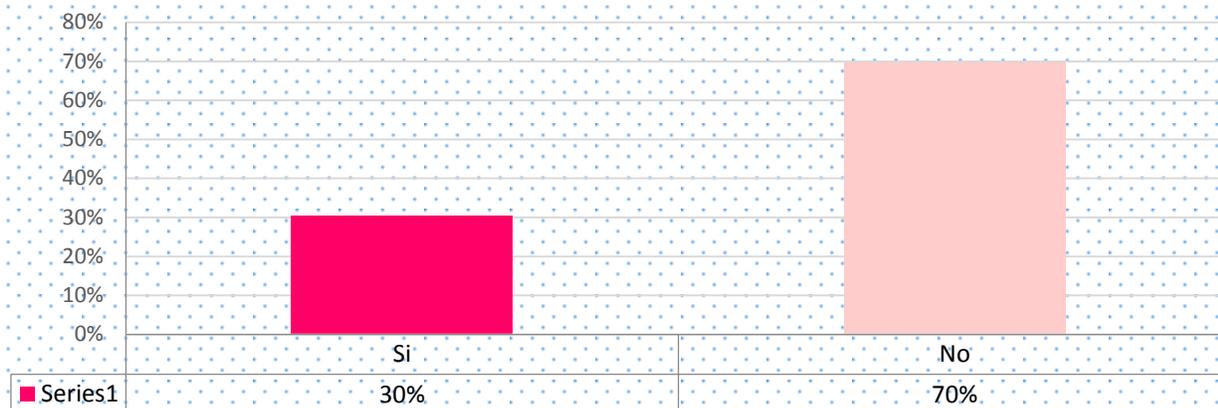
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

La distribución mayoritaria, en cantidad de días que la población eligió utilizar más frecuentemente para dejar de hacer sus actividades normales, fue de uno a tres días, con un leve incremento en las personas que conforman el nivel de pobreza no extrema. Seguramente por ser la cantidad de días aceptables para no perder sus trabajos, o si son trabajadores públicos para que no reciban descuentos por el IGSS, y para los otros niveles de pobreza, porque están relacionados con entes mórbidos leves que generalmente en ese tiempo se auto limitan o disminuye la sintomatología. Consecutivamente en cuanto aumentan de días de inactividad, los periodos y la cantidad de personas inversamente van disminuyendo, eso posiblemente por tratarse de enfermedades moderadas que su periodo de sintomatología es más larga y severo. Pareciera haber una elevación de personas en 21 días y más, pero es porque este intervalo registra al resto de personas.

GASTOS POR SERVICIOS MEDICOS

Gráfica No. 29

Gastos en quetzales asociados a la consulta médica por ocurrencia de la enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, año 2014

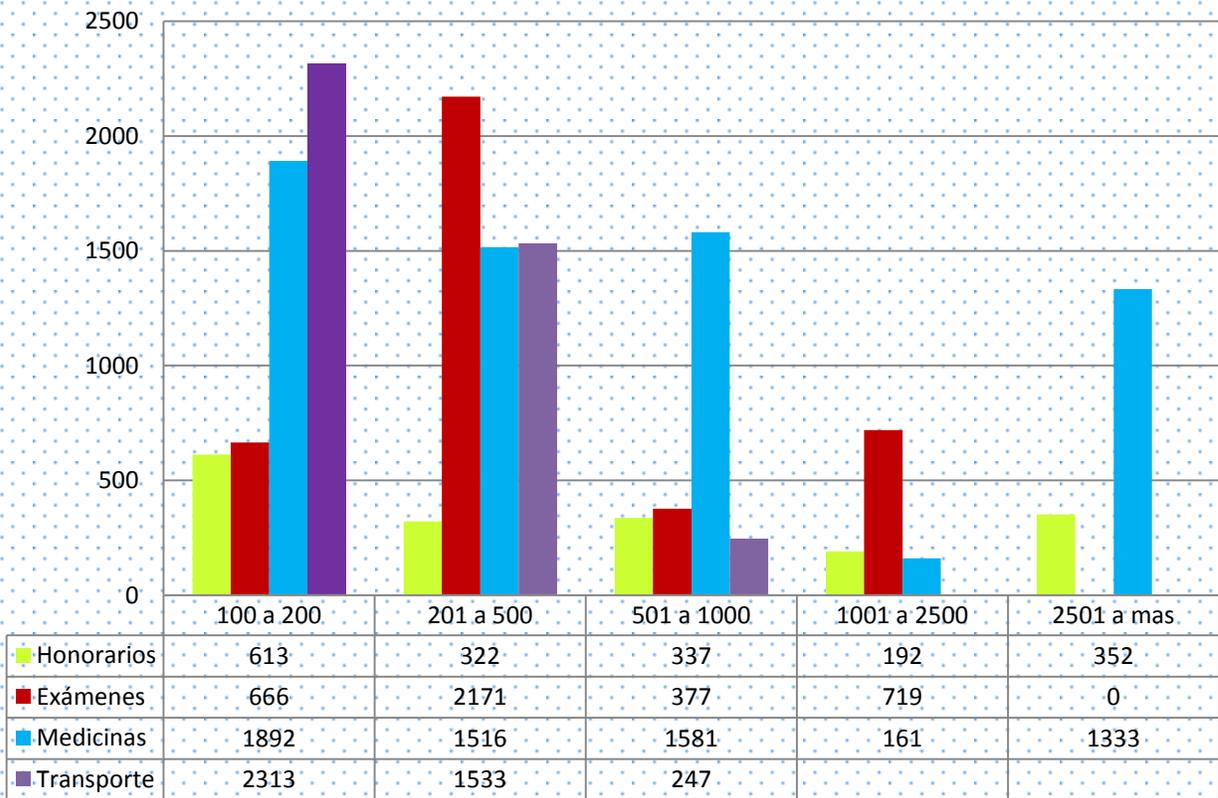


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Se infiere que del total de la población, el 30 por ciento incurre en gastos para su atención médica, pero esto no significa que el setenta por ciento restante no incurra en los mismos, por qué no lo necesite, sino en muchos de los casos por qué su capacidad económica no se los permite, o por qué sus preferencias en atención de salud socioculturalmente son diferentes, o ambas situaciones como lo pudimos apreciar las secciones anteriores de este estudio, en los lugares y personal con el que consultan.

Los grupo de personas postergadas que residen en lugares de difícil acceso geográfico, de niveles de pobreza extrema, o aún no extrema a medida que las distancias y la dificultad de acceso es más difícil, los costos del transporte aumentan, de tal forma que esto resulta desde ya una limitante, para trasladarse a las áreas urbanas en busca de servicios públicos para su atención, que generalmente son lentos y engorrosos para su atención y que además, incurre en otro tipo de gastos, para su alojamiento, alimentación que le impiden salir de sus comunidades. Si asisten a servicios privados tienen que enfrentar los gastos del cobro de la consulta, exámenes de gabinete y medicamentos a que son sujetos,

Gráfica No. 30
Gastos asociados a la enfermedad, accidente o quebranto de salud
en el último mes, año 2014

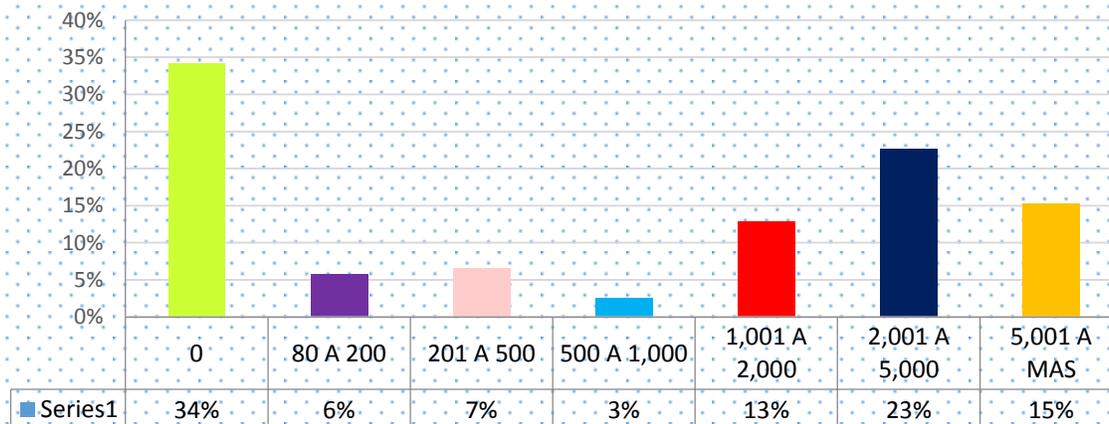


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

En los desembolsos en que incurren los pacientes son significativos los costos que provocan el cobro de la consulta, así como el costo de los laboratorios y medicinas que a nivel privado llevan incrementos considerables que hacen imposibles de sufragar a personas de niveles de pobreza extrema y en mucho de los casos de la pobreza no extrema quedando en capacidad de utilizar estos servicios únicamente el segmento no pobre de la población

Gráfica No. 31

Gastos asociados a episodios debido a enfermedad, accidente o quebranto de salud en los últimos treinta días según característica seleccionadas en total en quetzales, año 2014

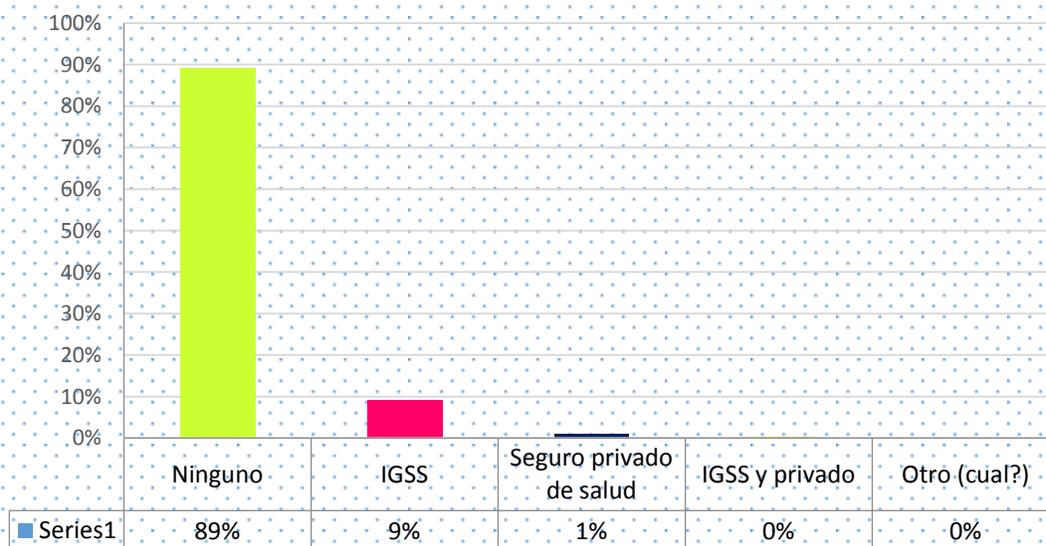


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

DISPONIBILIDAD DE SEGURO MEDICO O DEL IGSS

Gráfica No. 32

Disponibilidad de seguro Privado o IGSS u otro



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI- 2014

El 89% de la población se encuentra sin seguro de salud que le cubra sus gastos, lo que es muy alarmante, pero también ante los altos índices de pobreza no era menos de esperarse, el IGSS sólo representa un 9% y los seguros privados sólo llegan a un 1%, pero lo más preocupante del caso, es que el IGSS y seguro privado al observar la gráfica de los niveles de la pobreza, están distribuidos en el nivel no pobre y el nivel pobre no extremo, y oscila en un 50% y el de las personas que están en el nivel de pobreza extrema están prácticamente marginadas de este tipo de seguridad de salud.

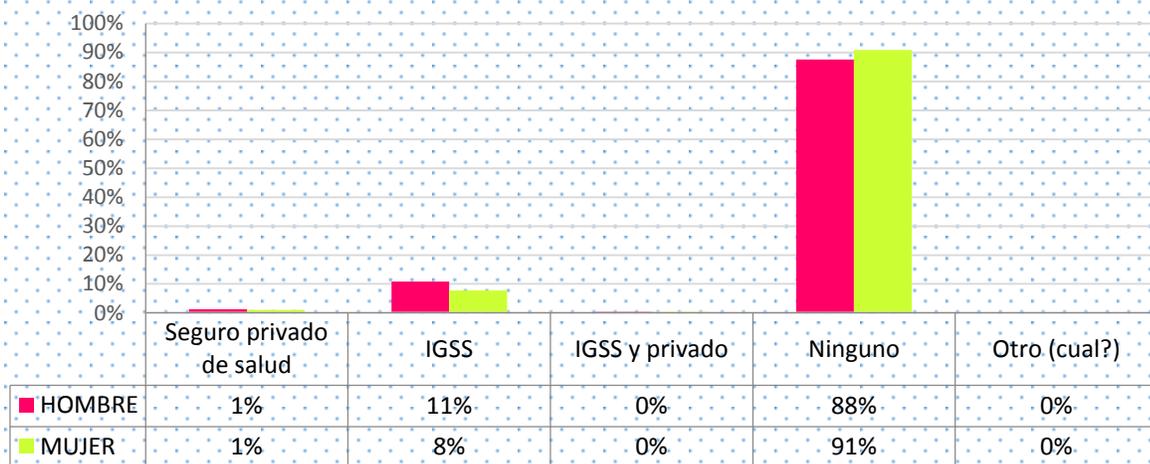
La responsabilidad de la atención médica de una gran parte de esta población, la tiene el estado, quien tiene delegada esta responsabilidad por medio del ministerio de salud pública y asistencia social, quien tiene a su cargo los servicios públicos de atención medica en todo el país.

Se evidencia nuevamente la gran cantidad de personas sin cobertura de seguro, la cobertura del seguro privado es insignificante y el IGSS, aunque perceptible, está muy por debajo de un nivel deseado que garantizara protección social para compartir y disminuir la responsabilidad a la salud pública.

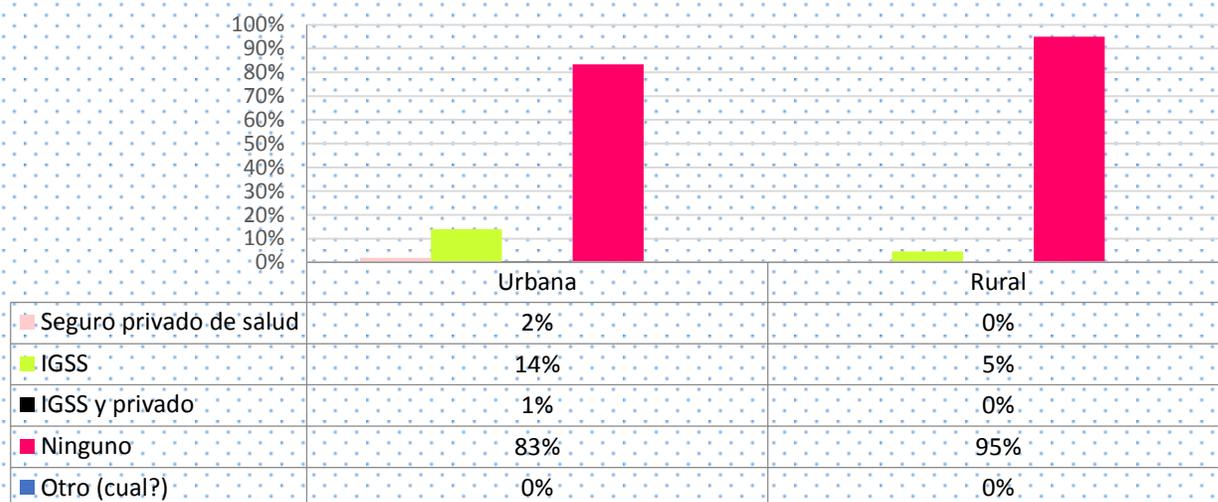
Sin embargo es importante no atribuirle la responsabilidad de la baja cobertura del IGSS a la propia institución ya que el tamaño del IGSS es directamente proporcional a la cantidad de trabajadores que los patronos inscriben y reportan en sus planillas; la presencia que se tiene en el interior de la república se le debe a las instituciones privadas, que se asientan en el área urbana y al sector público que a pesar que el estado no ha liquidado sus deudas con el IGSS la institución sigue prestando el servicio a los trabajadores públicos y a los jubilados y pensionados por el IVS y del estado. Lamentablemente en el sector agrario que predomina en el interior, no les dan estas prestaciones elementales a sus trabajadores y de esa cuenta se origina la débil presencia de esa institución en el interior del país donde más necesidades existen.

Las mujeres tienen menor cobertura del seguro social que los hombres, debido a que probablemente en el campo el hombre ocupa el papel de proveedor y se integra más a la economía formal que en mucho de los casos si cumplen con afiliarse al IGSS a sus trabajadores.

Gráfica No. 33
Disponibilidad de Seguro Privado o IGSS u otro, según Sexo, año 2014



Gráfica No. 34
Disponibilidad de Seguro Privado o IGSS u otro, según área Geográfica, año 2014

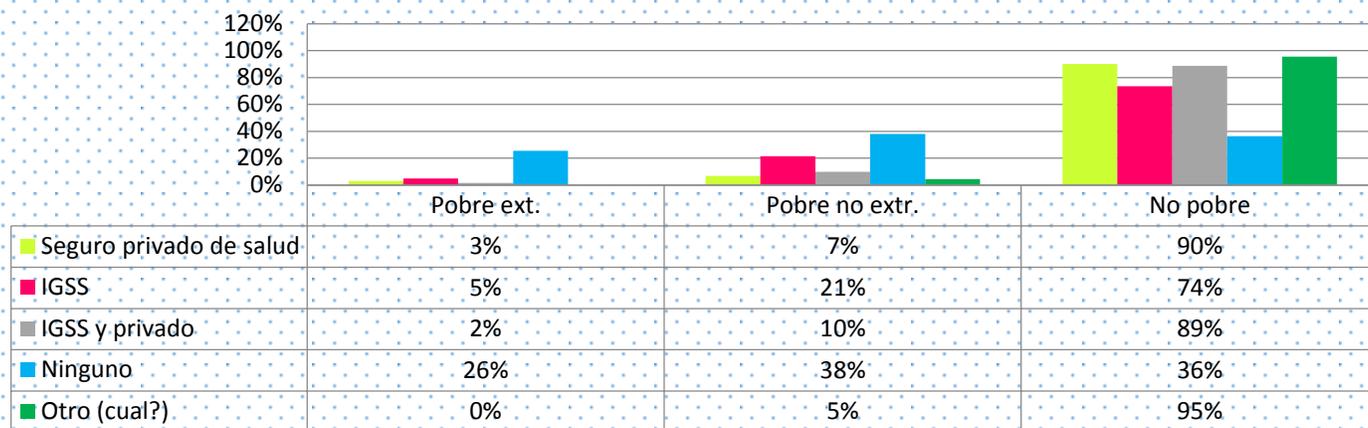


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI- 2014

El grupo étnico indígena se encuentra aún más desprotegido en lo referente a seguros privados, su seguridad social a través del IGSS, en cuanto seguro privado no presenta opciones y la cantidad de afiliados al IGSS es una tercera parte del grupo no indígena

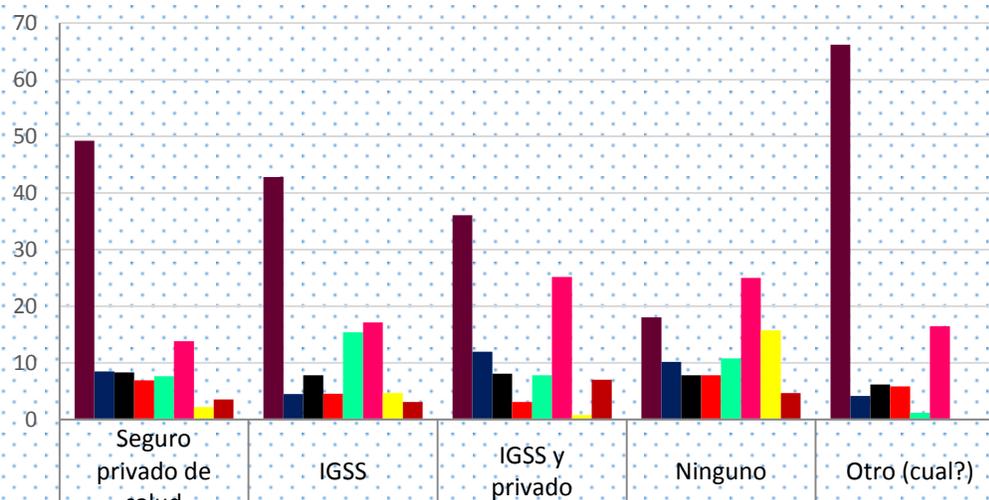
Gráfica No. 36
Disponibilidad de Seguro Privado o IGSS u otro según niveles de Pobreza, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI- 2014

El grupo de personas que integran el nivel de pobreza extrema y se extiende aun a la pobreza no extrema están excluidas en gran parte de la cobertura de seguros privados y el IGSS, paradójicamente el nivel no pobreza cuenta en alto grado con todos estos servicios en una forma totalmente desproporcional y como un claro ejemplo de la inequidad absoluta lo que aumenta la responsabilidad de los servicios públicos de atención médica.

Gráfica No. 37
Disponibilidad del IGSS, seguro privado u otros por región geográfica,
año 2014



| | Seguro privado de salud | IGSS | IGSS y privado | Ninguno | Otro (cual?) |
|--------------------|-------------------------|------|----------------|---------|--------------|
| I. METROPOLITANA | 49 | 43 | 36 | 18 | 66 |
| II. NORTE | 8 | 5 | 12 | 10 | 4 |
| III. NORORIENTAL | 8 | 8 | 8 | 8 | 6 |
| IV. SURORIENTAL | 7 | 5 | 3 | 8 | 6 |
| V. CENTRAL | 8 | 15 | 8 | 11 | 1 |
| VI. SUROCCIDENTAL | 14 | 17 | 25 | 25 | 16 |
| VII. NOROCCIDENTAL | 2 | 5 | 1 | 16 | 0 |
| VIII. PETEN | 4 | 3 | 7 | 5 | 0 |

Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

La región geográfica metropolitana conformada por el departamento de Guatemala es la que tiene las más altas coberturas en seguro privado, IGSS e IGSS y privado en comparación con las otras 6 regiones. Aunque muy por debajo de esta le sigue la región suroccidental conformada por Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos

CONSULTANTES CON AUSENCIA DE ENFERMEDAD

Gráfica No. 38

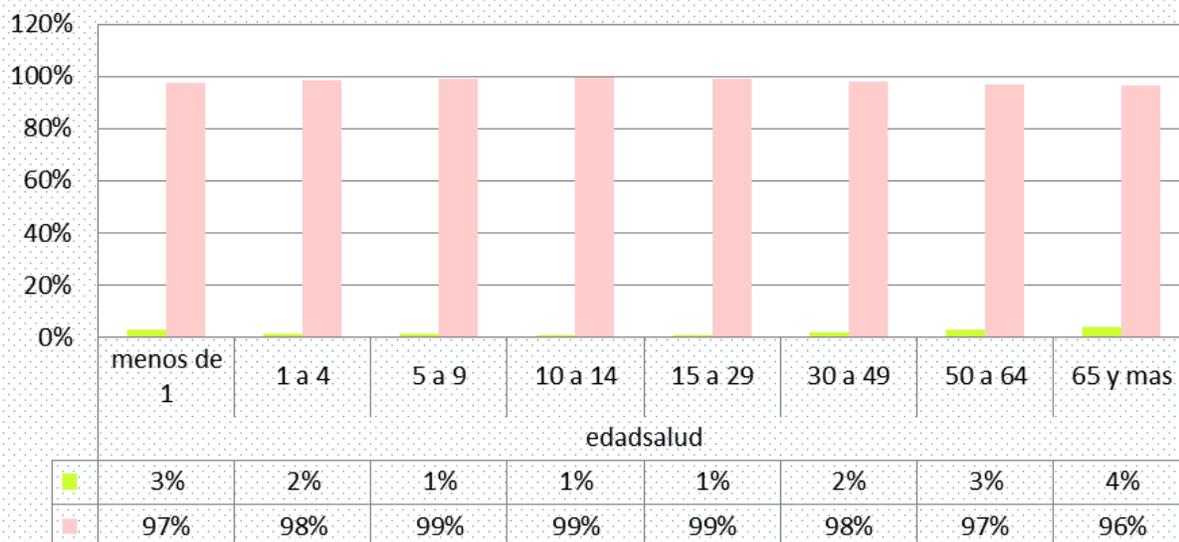
Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos 30 días, población general, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI- 2014

Gráfica No. 39

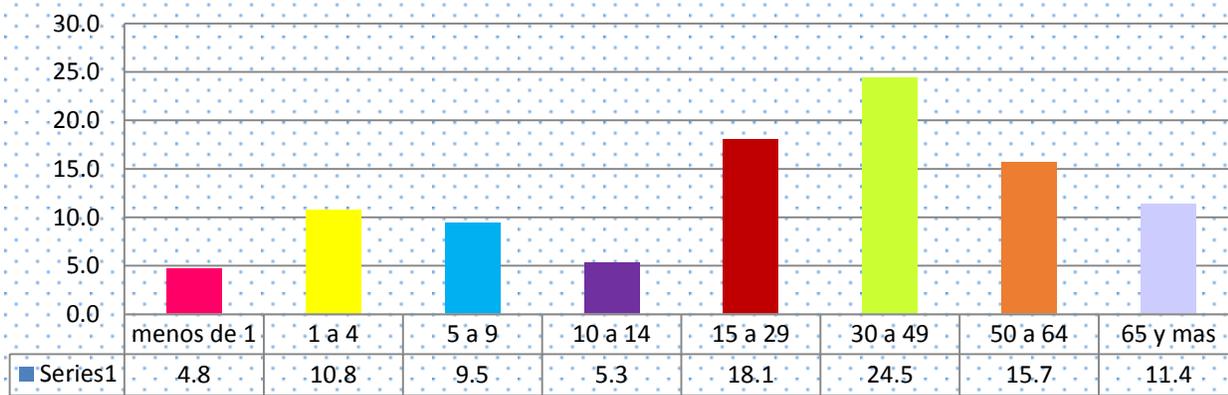
Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos 30 días, por grupo etareo, población general, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI- 2014

Esta información nos muestra que del total de la población el porcentaje es bajo de los que consultaron sin tener enfermedad

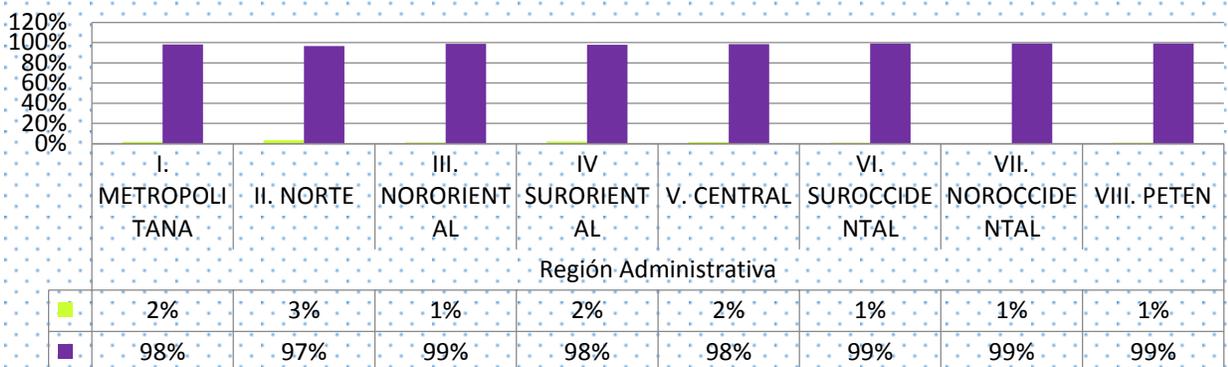
Grafico No. 40
 Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos 30 días , por grupo etario, casos positivos, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

Los grupos etarios en que asistieron de mayor manera a los servicios sin tener una enfermedad, se comparan entre sí: fue la población de 30 a 49 años seguidos por el grupo de 15 a 29 años, probablemente debido a que son los intervalos de la edad reproductiva; como más adelante podremos observar el 62 % de estas personas son mujeres y se podría deber a las asistencias de control prenatales y perinatales, los problemas de re consultas relacionadas con el proceso reproductivo sería lo que aumentaría su asistencia a los servicios de salud tomando como base que el embarazo no es una enfermedad

Gráfica No. 41
 Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos 30 días según región política, año 2014

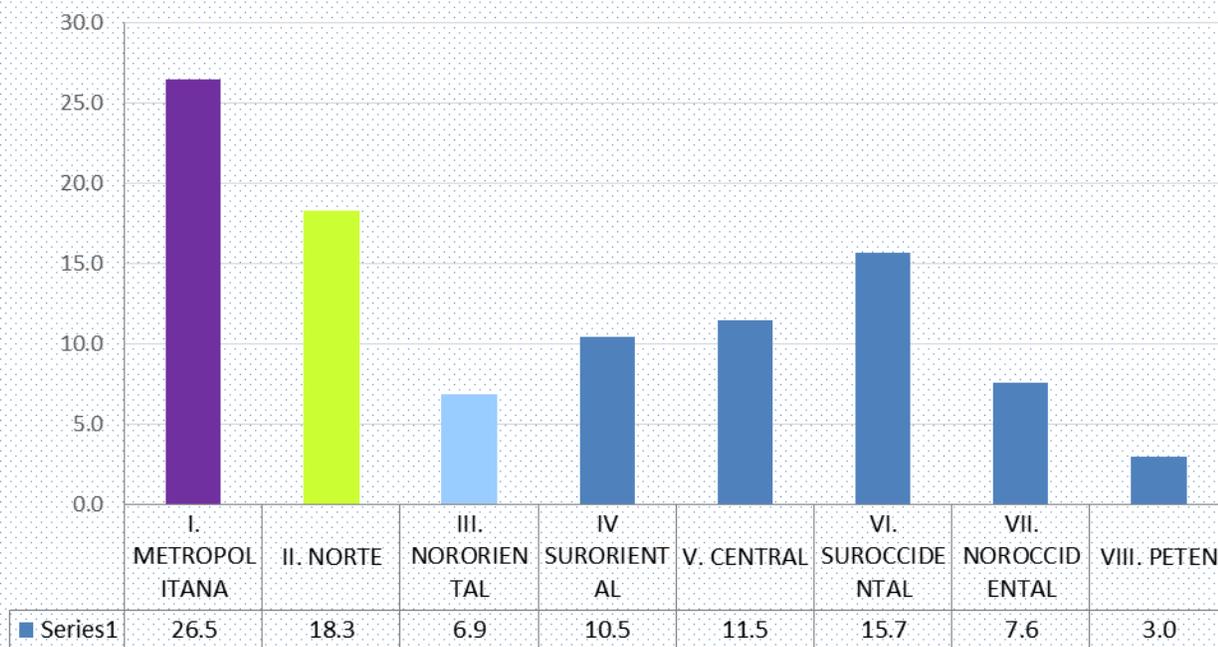


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

En relación a las personas que consultan sin enfermedad se aprecia que es un porcentaje muy leve, lo que nos da a conocer es que no se lleva a cabo la medicina preventiva, y las personas sólo acuden a los servicios cuando están enfermas, y en la gran mayoría sólo cuando a su criterio están pasando por una enfermedad muy importante de lo contrario no consultan.

Gráfica No. 42

Porcentaje de consulta a servicios de salud sin enfermedad, accidente o quebranto de salud, en el último mes por distribución regional, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI-2014

En cuanto a regiones geográficas nuevamente la metropolitana compuesta por el departamento de Guatemala, es la que tiene mayor asistencia, seguida por la Sur occidental compuesta por: Sololá, Tonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos. La región del Norte compuesta por El Peten es la que tiene la menor asistencia por ser un área muy dispersa.

Gráfico No. 43

Porcentaje de consulta sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, según grupo étnico indígena y no indígena, año 2014

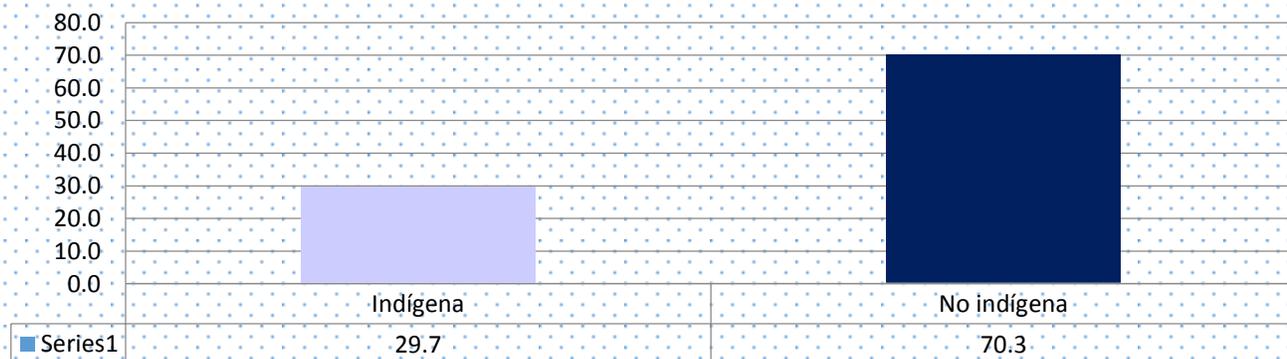
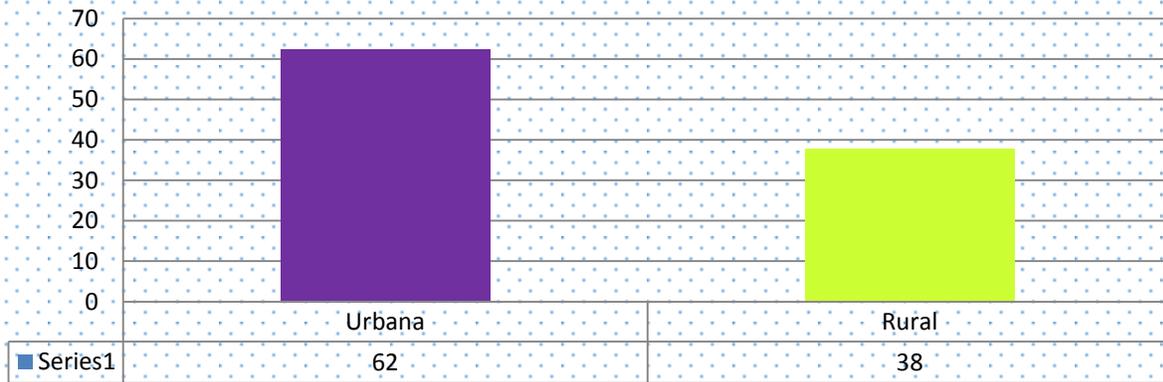
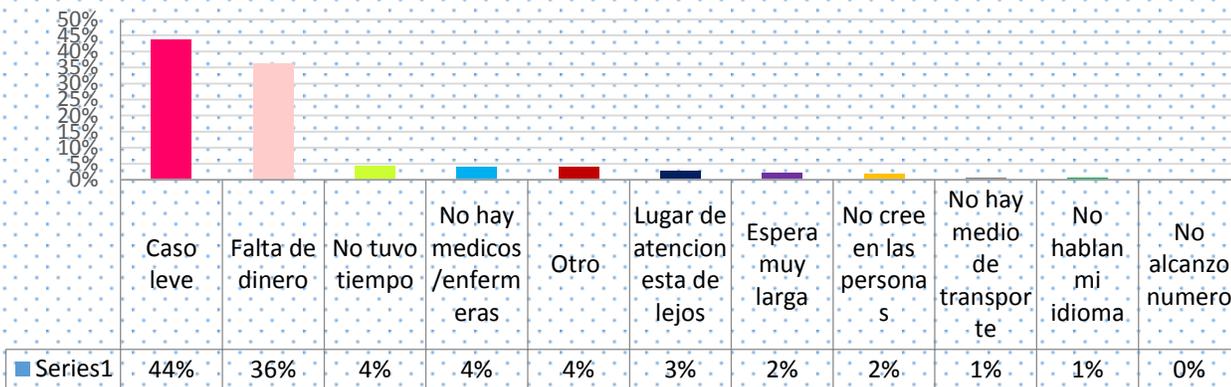


Grafico No. 44
 Porcentaje de consulta sin enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes según área geográfica urbana y rural, año 2014



Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Gráfica No. 45
 Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad accidente o quebranto de salud, en los últimos 30 días, año 2014

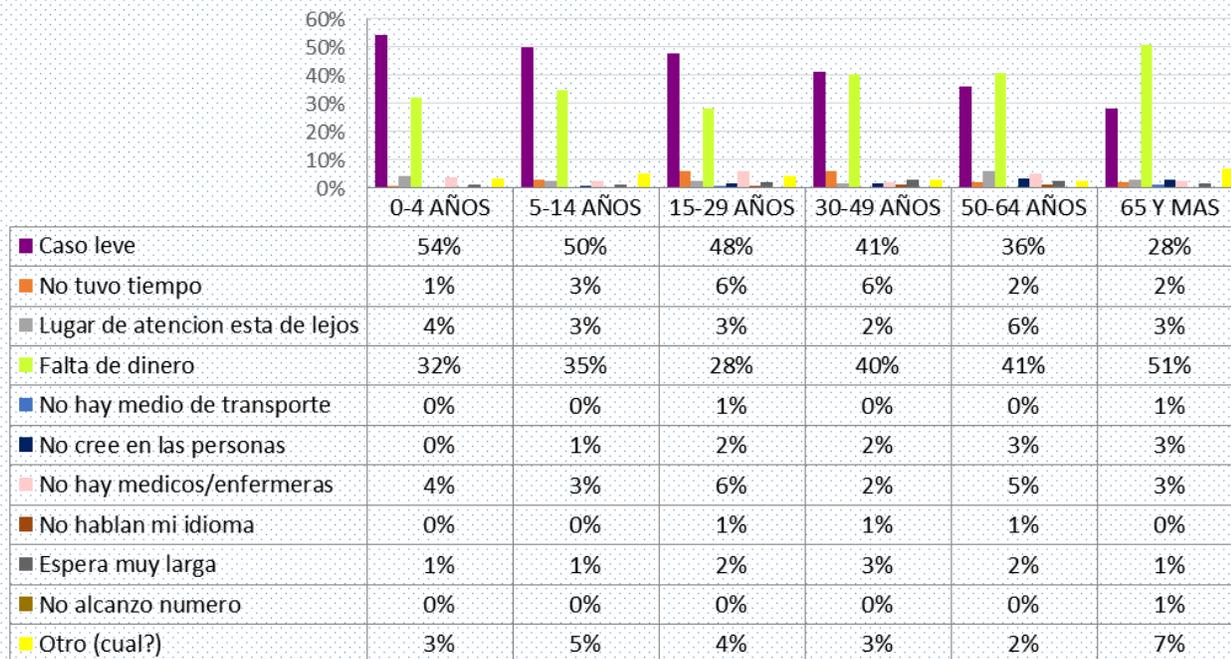


Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

RAZONES PARA NO CONSULTAR CON PRESENCIA DE ENFERMEDAD

Gráfica No. 46

Razones citadas por no consultar por enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos 30 días según grupo etario, año 2014



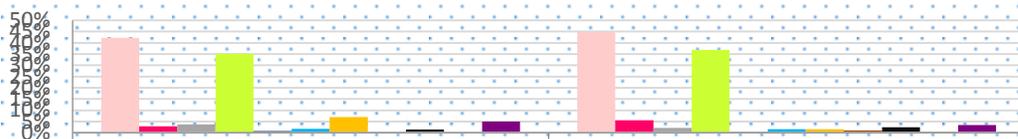
Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Del total de razones que exponen las personas que no consultaron el porcentaje más alto es el de que la enfermedad era leve 44 %, pero fuera de ese porcentaje el resto de personas no lo hicieron por falta de dinero en un 36%, luego en un porcentaje más bajo con un 4% cada uno, refieren no tener tiempo, no haber médico o enfermera en el lugar; por lo que se puede notar que las dos causas principales después de no considerar que era un problema leve, para los que tenían un problema serio pero que no consultaron, se debió a problemas económicos e inaccesibilidad de los servicios, que al final se relaciona con el problema económico, por que entre más inaccesible es el lugar del servicio de salud más caro resulta transportarse. Las siguientes causas por las que no consultaron fueron en porcentajes bajos, pero es importante mencionar como larga espera, no hay medio de transporte y no cree en el personal de salud.

De similar manera se comportan las gráficas de grupos etarios y grupos étnicos.

Gráfica No. 47

Razones citadas por no consultar en caso de enfermedad accidente o quebranto de salud en los últimos 30 días según niveles de pobreza, año 2014



| | Indígena | No indígena |
|-----------------------------------|----------|-------------|
| ■ Caso leve | 42% | 45% |
| ■ No tuvo tiempo | 3% | 6% |
| ■ Lugar de atención esta de lejos | 4% | 2% |
| ■ Falta de dinero | 35% | 37% |
| ■ No hay medio de transporte | 1% | 0% |
| ■ No cree en las personas | 2% | 2% |
| ■ No hay medicos/enfermeras | 7% | 2% |
| ■ No hablan mi idioma | 0% | 1% |
| ■ Espera muy larga | 1% | 2% |
| ■ No alcanzo numero | 0% | 0% |
| ■ Otro (cual?) | 5% | 3% |

Fuente: Datos con base en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014

Las razones por las que no consultar por grupo étnico indígena y ladino guarda cierto similitud en los dos grupos, las principales razones de su inasistencia a consultar por enfermedad, es en primer lugar por considerar que era una enfermedad leve que no ameritaba consultar 42 y 45 % respectivamente y en segundo lugar por falta de dinero 35 y 37% respectivamente; el resto de razones está en porcentajes bajos y es similar en ambos casos; por no haber médicos opinó un 7% en el grupo indígena.

Comentario final se reincide en que es lamentable el alto porcentaje de personas que no consultaron los servicios médicos por falta de dinero en donde nuevamente se vienen a marcar las diferencias socioeconómicas que dejan en exclusión a una importante cantidad de personas.

IX. CONCLUSIONES

El porcentaje de la población que manifiestan estar enfermas, o haber tenido un accidente o un quebranto de salud en el último mes de la población total fue del 13 % y el 87% opinó que no.

Del 13 % que respondieron haber padecido enfermedad, 57% fueron femeninos y 43% fueron masculinos.

51% pertenecieron al área rural y 49 % pertenecieron al área urbana.

59% pertenecieron al grupo étnico no indígena y 41 pertenecieron al grupo indígena.

El grupo etario más afectado de 15-29 y de 30-49.

El nivel de pobreza más afectado, el no pobre.

En el universo de las personas que dijeron haber padecido un episodio de enfermedad en el último mes se determina que los tres lugares más consultados fueron en orden descendente:

La Clínica Privada con 22%

El Centro de Salud con 19%

El Hospital Público con 18%

En las áreas urbanas hay más asistencia a clínicas privadas, centros de salud, hospital público y al Instituto de Seguridad Social comparado con el área rural.

Las clínicas privadas son los lugares más consultados en comparación individual con el resto de servicios de salud.

En el área rural las personas asisten más a los centros comunitarios y centros de salud, se consultan en menor escala los servicios de profesionales médicos privados que en el área urbana. Asisten más a los servicios que están en su localidad que se caracterizan por ser los menos complejos y muchas veces atendidos por personal paramédico de salud.

En la totalidad sumados, los servicios públicos son los que se consultan más en proporción a la población en general, (centro de salud, puesto de salud, centro comunitario y hospital público) que los servicios privados, (clínicas privadas, hospital privado y farmacias privadas).

Según la opinión de los encuestados sólo el 47 % de ellos acudió a los servicios públicos (centro de salud, puesto de salud, centro comunitario y hospital público).

El grupo étnico indígena: Utiliza en menor proporción los servicios médicos profesionales privados que el grupo no indígena. La cuarta parte de la población que refirió haber tenido una enfermedad, accidente o quebranto de salud no asistió a ningún lugar ni consultó con ninguna persona, sino se auto médico.

El grupo de población no pobre se auto medica en mayor proporción que los grupos pobre no extremo y pobre extremo.

El Grupo de niveles de pobreza:

Las personas en pobreza extrema, consultan el centro comunitario en un 57%, comparado con el no pobre y pobre no extremo en un 26 y 28% respectivamente.

Las personas que pertenecen al nivel de pobreza no extrema, consulta en alto grado en comparación al nivel de no pobreza y pobreza extrema el puesto de salud en un 45%; el resto de los servicios los utiliza en menor porcentaje y a “otros” en 70%.

Las personas que pertenecen al nivel de no pobreza en comparación al nivel de pobreza no extrema y pobreza extrema: consultan en las clínicas privadas en un 74%, el hospital público en un 54%, en su casa un 58%, en la farmacia un 38%.

Las personas que pertenecen al nivel de pobreza extrema consulta en 60% en “casa de quien lo atendió” y 57% al centro comunitario.

Las personas que pertenecen al nivel de pobreza no extrema consulta el puesto de salud en un 45%.

Las personas que pertenecen al nivel de no pobreza utilizan más: las clínicas privadas en un 74%, el hospital público en un 54%, en su casa un 58%, en la farmacia un 38%.

- ❖ Las personas que han enfermado o tenido un accidente, o quebranto de salud en el último mes, con que personal han consultado?

En general se determina en el orden descendente como ha sido el comportamiento de la siguiente manera: el médico 40%, auto medicación 24%, no hizo nada 10%, Auxiliar de Enfermería 9%.

Sin embargo, ya desglosado los resultados cambian:

En el grupo indígena tuvo la mayor proporción de respuestas de “no hacer nada” comparado con el grupo no indígena, utiliza en menor proporción los servicios médicos en general incluyendo los que proporciona el IGSS. Las personas que pertenecen al nivel de pobreza extrema consultan más al curandero en un 48% (también el no pobre extremo y el no pobre consultaron en un 27 y 25 por ciento respectivamente).

Consultan al médico en un 10 por ciento (el grupo no pobre que lo hace en un 61%), en un 17 por ciento a la comadrona, el 23 por ciento se auto receta y el 23 por ciento no hace nada.

- ❖ Las personas que han enfermado o tenido un accidente, o quebranto de salud en el último mes, que medio de transporte utilizaron.

El medio de locomoción para dirigirse a los servicios de salud mayormente utilizado, en todos los ámbitos es el siguiente:

Por área geográfica urbano y rural, por sexo masculino y femenino, por grupo étnico sin ninguna discusión y muy arriba de las otras formas de transportarse es de la forma a pie, es decir caminando con sus propias piernas como medio de locomoción, seguido del transporte público de camioneta y muy por debajo en carro o camionetilla.

Ambas zonas geográficas urbanas y rurales, se observa que utilizan como principal medio de movilización a pie, camioneta del servicio público y carro o camionetilla, pero el área urbana casi lo duplica en proporción, seguramente por la cercanía de los servicios y por tener mejor situación económico financiera y ser una cultura musicalizada más que el área rural

El grupo indígena supera en mucho con 21 puntos porcentuales a favor; al grupo no indígena; en usar como medio de locomoción la forma de a pie, en el resto de principales usos de medio de transporte motorizado como lo es la camioneta como servicio público, el carro o camionetilla y motocicleta es casi duplicado por el grupo no indígena. Esto lo que denota es un claro signo de desigualdad y marginación en la que se encuentra este grupo.

- ❖ Las personas que tuvieron un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes se ausentaron de sus actividades normales.

El 47 % de la población reporto que tuvo que dejar de asistir a sus actividades laborales por causa de un episodio de enfermedad, accidente o quebrantos de salud en los últimos treinta días, lo que representa casi la mitad de la población, siendo mayor en la no indígena que en la indígena, explicado esto ante la perspectiva de los niveles de desigualdad y marginación a que son expuestos esos grupos, y que como consecuencia no pueden dejar de buscar los medios para el sustento diario dejando el proceso de la enfermedad en un segundo orden de prioridades.

Aunque desde el principio se pudo determinar que el sexo femenino es el que más reporto ocurrencia de enfermedad es superado en ausencias por el sexo masculino

La cantidad de uno a tres días, fue el mayor porcentaje elegido por las personas que se ausentaron de sus actividades, por causa de enfermedad y la tendencia sucesiva es inversa a la mayor cantidad de días.

- ❖ Cuantas personas que tuvieron un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, tuvieron que pagar dinero por consulta médica.

El 30 por ciento de toda la población se ve afectada en sufragar gastos por servicios de salud. Los gastos en salud van desde 101 a 200 quetzales y se reportan hasta 2500 y más.

Se observa que la compra de medicamentos es la constante que aumenta en mayor forma el gasto, seguida por exámenes de laboratorio y entre más alto es el desembolso más relevancia toma el gasto de medicamentos

- ❖ Cuantas personas que tuvieron un episodio de enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, tenían disponibilidad de seguro privado o era afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

En todo el país el 90% de personas no tiene ningún tipo de seguro, el 9% está asegurado con el IGSS y un 1% cuenta con un seguro privado.

Las regiones en donde están concentradas la mayor parte de personas aseguradas, es la región metropolitana, que la conforma el departamento de Guatemala y la zona suroccidental que está conformada por: Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos.

El IGSS y seguro privado se determinó que, en niveles de la pobreza, están distribuidos en el nivel no pobre que cuentan con un alto grado con todos estos servicios en una forma totalmente desproporcional y como un claro ejemplo de la inequidad absoluta, lo que aumenta que la responsabilidad de los servicios públicos de atención médica estén en el nivel de pobreza extrema y que prácticamente se encuentren marginadas de este tipo de seguridad en materia de salud.

El grupo étnico indígena se encuentra totalmente desprotegido en lo referente a seguros privados y su seguridad social a través del IGSS se puede decir que es casi cero. En cuanto a seguro privado no presenta opciones y la cantidad de afiliados al IGSS es una tercera parte del grupo no indígena.

El grupo de personas que integran el nivel de pobreza extrema y se extiende aún a la pobreza no extrema están excluidas en gran parte de la cobertura de seguros privados y el IGSS.

- ❖ Cuántas personas consultaron sin tener una enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes.

En relación a las personas que consultaron sin enfermedad se aprecia que es un porcentaje muy leve, el 1% nada más. De los que no enfermaron consultaron a algún servicio, aunque no estuvieran enfermos, lo que nos da a conocer es que no se lleva a cabo la medicina preventiva, y las personas sólo acuden a los servicios cuando están enfermas, y en la gran mayoría sólo cuando a su criterio están pasando por una enfermedad muy grave de lo contrario no lo hacen.

Los grupos etarios en que asistieron de mayor manera a los servicios sin tener una enfermedad, se comparan entre sí: fue la población de 30 a 49 años seguidos por el grupo de 15 a 29 años de los que la mayor parte fueron mujeres.

En cuanto a regiones geográficas nuevamente la metropolitana compuesta por el departamento de Guatemala seguida muy por debajo por la suroccidental.

- ❖ Razones por que no consultaron con presencia de enfermedad.

Enfermedad era leve 44%, pero fuera de ese porcentaje el resto lo hicieron por falta de dinero en un 36%, luego en un porcentaje más bajo con un 4% cada uno, refieren no tener

tiempo, no haber médico o enfermera, pero después de la razón por ser enfermedad leve las dos principales causas: problemas económicos e inaccesibilidad

Conclusión General: los habitantes de la república de Guatemala en su mayoría no cuentan con ningún tipo de seguro de salud, por lo que en este importante aspecto es fundamental que dentro de una sociedad, el peso de la salud está fundamentado y bajo la responsabilidad del estado a través del ministerio de salud pública, pero este sistema de salud según manifiestan los ciudadanos no responde a sus necesidades por lo cual se hace aún más necesario analizar esta información, ahondar en estudios dirigidos a recabar más información y hacer un replanteamiento y reorganización del sistema de salud pública.

X. RECOMENDACIONES

A sabiendas que como se expuso en la presente investigación, el problema de la salud-enfermedad es un problema complejo, en el que se interrelacionan fuerzas sociales económicas; es difícil para el ministerio encontrar soluciones a tales problemas de forma unilateral; sin el concurso de las fuerzas económicas, políticas y sociales del país. Que mientras esa convocatoria se lleva a cabo, a lo interno del MSPAS, es un deber históricamente necesario buscar nuevas alternativas incluyentes de forma inmediata para iniciar un largo camino en la búsqueda de alternativas reales que nos ayuden a acortar esas grandes brechas de inequidad, desigualdad y exclusión, y que el sistema de salud deja en deuda a Guatemala. Por lo que deberá este nuevo sistema tratar de establecer medidas para solventar y profundizar con otros estudios de mayor envergadura y recabar de mejor forma la opinión y los argumentos que encajen en cada uno de los aspectos a investigar y que se fueron repitiendo como lo es resolver la movilización de recurso capacitado a las áreas inaccesible, organizar sistemas de traslados de pacientes activar una coordinación y reestructuraciones entre los 3 niveles de atención.

Que los sistemas de salud no cuentan con los medios ni la actitud para que las personas que viven en áreas rurales inaccesibles y por su nivel de pobreza, por su cultura, su grupo étnico y ante el encubrimiento de las injusticias sociales que el mismo sistema de salud promueve se hace necesario he imperante implementar modelos de salud incluyentes que reduzcan estas grandes diferencias, que ya no sigamos reproduciendo modelos de atención obsoletos y que demos una mirada a otros modelos internacionales más desarrollados, con características sociodemográficas similares a las nuestras, o impulsar un modelo propio que involucre la participación comunitaria y que se adapte a las características muy particulares de nuestra idiosincrasia.

Ante los índices de pobreza no extrema y pobreza extrema la demanda al servicio público debe ser en función de una mejor calidad, por lo que habrá que buscar profundamente como fortalecer los servicios públicos y dotarlos de recursos para que presten un buen servicio, las personas de áreas rurales y pertinentes a niveles de pobreza reciban servicios profesionales de calidad en cualquier parte del territorio nacional en que se encuentren.

Por lo anterior se recomienda:

- a) Aplicar la estrategia de OPS/OMS de la estrategia “Cobertura Universal de Salud” CUS con sus 4 líneas de acción:
 - 1- La ampliación del acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
 - 2- El fortalecimiento de la rectoría y gobernanza.
 - 3- El aumento y mejoramiento del financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia.
 - 4- Actuación inter-sectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud.”
- b) Buscar los canales adecuados para incrementar el producto interno bruto PIB y traducir esto en mejoras y recursos para inversión en salud, ya que Guatemala es de los países que reportan menor inversión social a nivel mundial y dotar de una nueva imagen internacional y realizar las mejoras necesarias a toda la red de servicios del país.
- c) Incrementar la asignación presupuestaria nacional al sector salud, a través de trasladarle fondos de otros ministerios que no aportan beneficio a mejorar los indicadores de desarrollo del país.
- d) Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social haga convenios con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en coordinación con los ministerios de trabajo, agricultura, economía, finanzas públicas y con la participación de las cámaras agrícolas, comerciales, industriales y financieras del País; con el objeto de que se incremente las afiliaciones al IGSS, de los trabajadores de la agroindustria a nivel rural, esto como una política de inversión del sector privado y público, enfocado al bienestar de sus trabajadores, para mejorar el rendimiento laboral; amortizando dicho ministerio de Salud Pública la deuda acumulada expresada en inmuebles con o sin infraestructura equipadas de unidades de salud, ubicadas en áreas estratégicas en sectores en donde como producto del incremento de afiliaciones de trabajadores agrícolas se incremente la recaudación económica en beneficio del IGSS. Todo ello con el objetivo de propiciar la inversión de esta institución con la ejecución de gastos de funcionamiento y recurso humano para compartir proporcionalmente el peso de la carga de la responsabilidad de velar por la salud de la población actualmente depositada casi en su totalidad en el Ministerio de salud Pública y Asistencia Social. |

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Situación de Derechos Humanos en Guatemala. 2016.
2. Funciones esenciales de salud pública. 2000.
3. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud hacia el consenso en la Región de las Américas.
4. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington: s.n., 2003.
5. Kornblit, AL. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. 2000. 32-34.
6. Tapani, Purolo y F., Ritchey White. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Guatemala: Sur, 2005. 534.
7. Mónica, Sacchi y Hausberger, Margarita Pereyra. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud. Salta: s.n., 2017.
8. Lucia, Garces Ana y Garces, Clara. El sistema de salud en Guatemala. Guatemala: s.n., 2008.
9. Inscupe, R. Encuesta Nacional de condiciones de vida. 2014.
10. Alvarado, Garrido y Rodríguez, J. Psicología Social de la Salud. 1996.
11. E., Menendez. Modelos de Atención de los padecimientos. Buenos Aires: s.n., 2004.
12. Sampieri, Hernandez Roberto y Collado, Carlos Fernandez. Metodología de la investigación. México: McGRAW.
13. Lopez E, Findling y Abramzon, L, Desigualdades en salud. Buenos Aires: s.n., 2006.
14. Navarro, Martinez. Salud Publica. Washington D.C.: s.n., 1998. 49-51.
15. Paganini, José María y Capote Mir, Roberto. Los sistemas locales de salud. Washington: s.n., 1990.
16. Tapani, Purolo. Investigaciones sobre servicios de salud. 1992. 534.
17. F., Ritchey. Estadística para las Ciencias Sociales. s.l.: McGRAW, 2002.
18. Michele, Gagnolati y Marini, Alessandra. Health and Poverty in Guatemala. Guatemala: s.n., 2003.

XII. ANEXOS

DIAGNOSTICO SOCIO DEMOGRAFICO

Entre el año 2000 y 2014 la población guatemalteca, según las Encuestas de Condiciones de Vida –ENCOVI- aumenta de 11.4 millones de personas a un poco más de 16 millones. Del total de la población, aproximadamente el 51 por ciento pertenecen al sexo femenino.

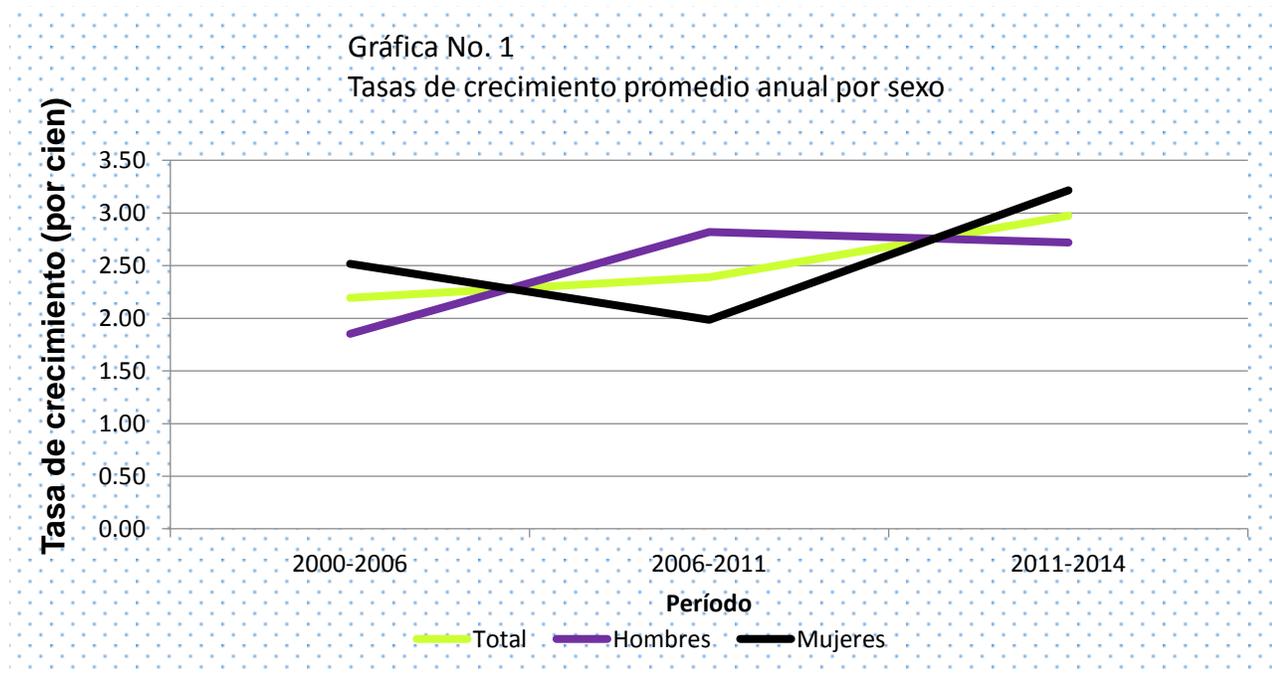
Tendencia de la Población, según las ENCOVI, por sexo.

CUADRO 1

| Sexo | 2000 | 2006 | 2011 | 2014 |
|---------|------------|------------|------------|------------|
| Total | 11,385,441 | 12,987,829 | 14,636,487 | 16,001,465 |
| Hombres | 5,566,960 | 6,220,832 | 7,163,013 | 7,770,749 |
| Mujeres | 5,818,481 | 6,766,997 | 7,473,474 | 8,230,716 |

Fuente: INE, Encuestas de Condiciones de Vida - ENCOVI-

La tasa anual media de crecimiento de la población, según estas encuestas aumenta de 2.19 por ciento en el período 2000-2006 a 2.97 por ciento en el período 2011-2014.



Estructura por edad

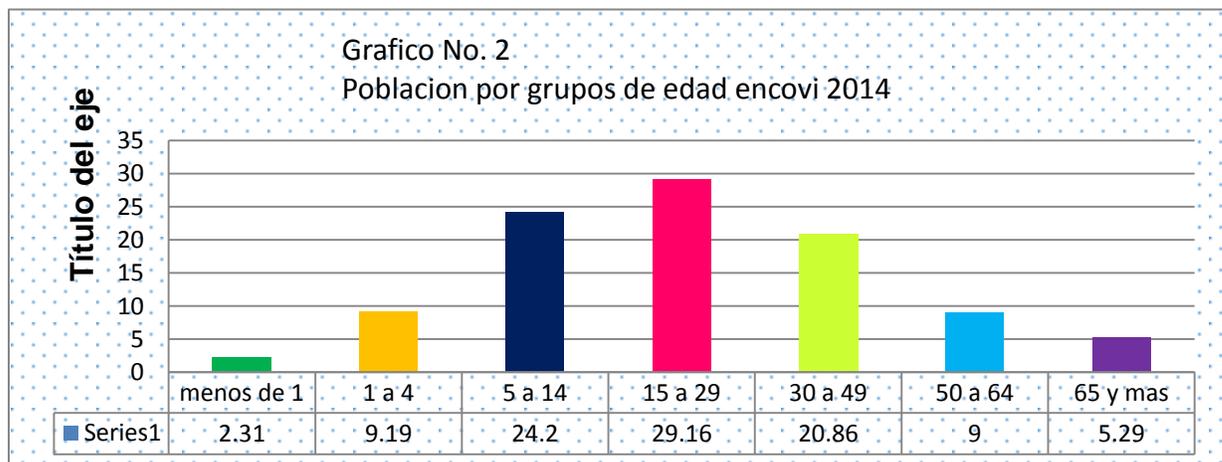
La población guatemalteca, según la Encuesta, está constituida por niños y adolescentes, el 35.7 por ciento de la población, según la ENCOVI 2014, tiene menos de 15 años de edad, el porcentaje de los menores de 1 año es de 2.3; el porcentaje de los niños de 1 a 4 años es de 9.2 por ciento y el porcentaje de los niños de 5 a 14 años es de 24.2 por ciento, de 15 a 29 por un 29 por ciento, y de 30 a 49 por un 21 por ciento. El grupo de edad, 15 a 29 años, constituido por los jóvenes, es un grupo de población clave para el desarrollo del país, sin embargo, la mayoría de esta población enfrenta serias situaciones de exclusión social (acceso a la educación, búsqueda de empleos dignos, etc.), derivados de estructuras históricamente vinculadas con la explotación, la exclusión y la desigualdad. La población adulta que se encuentra en edad productiva (30 a 64 años de edad) representa una cuarta parte de la población total del país. La población de 65 años y más edad, representa el 5.3 por ciento de la población total del país, lo que evidencia el proceso de envejecimiento de la población.

CUADRO 2

Población por grupos de edad. ENCOVI-2014

| Edad | Población | Porcentaje |
|------------|-----------|------------|
| menos de 1 | 369,931 | 2.31 |
| 1 a 4 | 1,470,032 | 9.19 |
| 5 a 14 | 3,871,795 | 24.20 |
| 15 a 29 | 4,665,713 | 29.16 |
| 30 a 49 | 3,337,579 | 20.86 |
| 50 a 64 | 1,440,381 | 9.00 |
| 65 y mas | 846,034 | 5.29 |
| Total | 16001,465 | 100.00 |

Fuente NE. ENCOVI-2014



Distribución por área

Según la ENCOVI 2014, el 49.5 por ciento de la población reside en el área urbana del país, el restante 50.5 por ciento reside en el área rural. La población urbana tiende preferentemente a localizarse en el departamento de Guatemala, aproximadamente el 40 por ciento de la población urbana reside en este departamento.

Educación

La ENCOVI 2014, reporta que el 18.6 por ciento de la población de 7 años y más edad no sabe leer ni escribir, a medida que aumenta la edad de las personas el porcentaje de analfabetas también aumenta, así se tiene que el 8.4 por ciento de las personas que se encuentran entre los 15 a 29 años de edad, el porcentaje de analfabetos en el grupo de edad 30 a 49 es de 22.9 por ciento, en el grupo 50 a 64 años es de 37.7 por ciento y en la población adulta mayor es de 53.4 por ciento.

De acuerdo a los datos de la ENCOVI-2014, el 3.7 por ciento de la población de 7 años y más edad, tiene estudios universitarios, el 12.6 cuenta con estudios de diversificado, el 13.2 por ciento tienen estudios del nivel básico, el 49.3 por ciento tienen aprobado algún grado de primaria y el 19 por ciento no tienen estudios de educación formal.

CUADRO 3

| | | | |
|--------------------------------|--------------------|------------|--------|
| Total personas | Total de personas | 15,806,675 | 100.0% |
| Total hogares | Total de hogares | 3,161,335 | 100.0% |
| Urbanismo | Urbano | 7,925,535 | 49.5% |
| | Rural | 8,076,469 | 50.5% |
| Nivel de Pobreza | Pobreza extrema | 3,635,535 | 23.0% |
| | Pobreza no extrema | 5,690,403 | 36.0% |
| | No pobre | 6,480,737 | 41.0% |
| Género | Hombre | 7,587,204 | 48.0% |
| | Mujer | 8,219,471 | 52.0% |
| Grupo etario | 0 a 5 | 2,190,472 | 13.7% |
| | 6 a 12 | 2,692,662 | 16.8% |
| | 13 a 17 | 2,028,852 | 12.7% |
| | 18 a 59 | 7,865,866 | 49.2% |
| | 60 y mas | 1,224,152 | 7.6% |
| Región política administrativa | I. METROPOLITANA | 3,328,288 | 20.8% |
| | II. NORTE | 1,537,236 | 9.6% |
| | III. NORORIENTAL | 1,254,176 | 7.8% |
| | IV SURORIENTAL | 1,193,652 | 7.5% |
| | V. CENTRAL | 1,781,887 | 11.1% |
| | VI. SUROCCIDENTAL | 3,866,951 | 24.2% |
| | VII. NOROCCIDENTAL | 2,317,457 | 14.5% |
| | VIII. PETEN | 722,357 | 4.5% |

| | | | |
|------------------|-------------|-----------|-------|
| Categoría étnica | Indígena | 6,201,031 | 39.2% |
| | No indígena | 9,779,449 | 61.9% |

CUADRO 4

| OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD POR GRUPO ETARIO | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| grupos esp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Recuento |
| menos de 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 a 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 a 14 | 588662 | 521903 | 453273 | 389372 | 333694 | 319983 | 0 |
| 15 a 29 | 367705 | 516164 | 908129 | 443807 | 662459 | 1352511 | 187 |
| 30 a 49 | 171145 | 364703 | 561518 | 212264 | 362959 | 846407 | 0 |
| 50 a 64 | 77470 | 152922 | 185895 | 72772 | 110234 | 245555 | 0 |
| 65 y mas | 27917 | 67957 | 85504 | 28551 | 36616 | 107103 | 0 |

CUADRO 5

| 25.a ¿Cuál fue el nivel y grado de educación más alto aprobado por (?)? (NIVEL) | | | | | | | | |
|---|----------|-------------|----------|----------|---------------|---------------|----------|-----------|
| grupos esp | Ninguno | Preprimaria | Primaria | Basico | Diversificado | Universitario | Maestria | Doctorado |
| | Recuento | Recuento | Recuento | Recuento | Recuento | Recuento | Recuento | Recuento |
| menos de 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 a 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 a 14 | 275840 | 270512 | 2411078 | 195809 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 a 29 | 391621 | 11881 | 1832834 | 1134105 | 1072899 | 206186 | 4938 | 0 |
| 30 a 49 | 801594 | 11493 | 1513342 | 340033 | 466888 | 183853 | 10121 | 4759 |
| 50 a 64 | 586686 | 6364 | 588883 | 79532 | 114506 | 57321 | 4590 | 16 |
| 65 y mas | 488257 | 4129 | 270659 | 21450 | 43031 | 17274 | 1043 | 191 |

CUADRO 6

| CUADR 14 | | | |
|------------|------------|---------------------------------|----------|
| | | 1. (...) ¿sabe leer y escribir? | |
| | | Si | No |
| | | Recuento | Recuento |
| grupos esp | menos de 1 | 0 | 0 |
| | 1 a 4 | 0 | 0 |
| | 5 a 14 | 2807164 | 346075 |
| | 15 a 29 | 4264189 | 390275 |
| | 30 a 49 | 2569471 | 762612 |
| | 50 a 64 | 895680 | 542218 |
| | 65 y mas | 394189 | 451845 |

| Variable | Si | No | Total |
|----------|----|----|-------|
|----------|----|----|-------|

CUADRO 7

| | | 8. ÁREA | |
|------------|------------|----------|----------|
| | | Urbana | Rural |
| | | Recuento | Recuento |
| grupos esp | menos de 1 | 164961 | 204970 |
| | 1 a 4 | 653088 | 816944 |
| | 5 a 14 | 1697475 | 2174320 |
| | 15 a 29 | 2354852 | 2310861 |
| | 30 a 49 | 1771202 | 1566377 |
| | 50 a 64 | 818585 | 621796 |
| | 65 y mas | 465182 | 380852 |

CUADRO 8

| | | 2. sexo | |
|------------|------------|----------|----------|
| | | HOMBRE | MUJER |
| | | Recuento | Recuento |
| grupos esp | menos de 1 | 193720 | 176211 |
| | 1 a 4 | 746735 | 723297 |
| | 5 a 14 | 1968738 | 1903057 |
| | 15 a 29 | 2236998 | 2428715 |
| | 30 a 49 | 1553979 | 1783600 |
| | 50 a 64 | 671808 | 768573 |
| | 65 y mas | 398771 | 447263 |

CUADROS

CUADRO 1

¿El Mes Pasado (...) ¿Sufrió Alguna Enfermedad, Accidente Etc.? (12 Años +)

| | | Número | % | Número | % | |
|------------------|--------------------|---------|-------|---------|-------|---------|
| Grupo Etario | menor de 1 | 5099 | 2.06 | 241954 | 97.94 | 247053 |
| | 1 a 4 | 18249 | 2.13 | 839906 | 97.87 | 858155 |
| | 5 a 9 | 182170 | 10.48 | 1555688 | 89.52 | 1737858 |
| | 10 a 14 | 202101 | 10.08 | 1803411 | 89.92 | 2005512 |
| | 15 a 29 | 531739 | 11.39 | 4135593 | 88.61 | 4667332 |
| | 30 a 49 | 487006 | 14.59 | 2850678 | 85.41 | 3337684 |
| | 50 a 64 | 295290 | 20.49 | 1145852 | 79.51 | 1441142 |
| | 65 y más | 217036 | 25.74 | 626190 | 74.26 | 843226 |
| Sexo | HOMBRE | 843163 | 11.54 | 6461713 | 88.46 | 7304876 |
| | MUJER | 1095527 | 13.98 | 6738099 | 86.02 | 7833626 |
| Área geográfica | Urbana | 950650 | 12.58 | 6603533 | 87.42 | 7554183 |
| | Rural | 988039 | 13.03 | 6596280 | 86.97 | 7584319 |
| Categoría étnica | Indígena | 784988 | 13.47 | 5043340 | 86.53 | 5828328 |
| | No indígena | 1150809 | 12.41 | 8124007 | 87.59 | 9274816 |
| Región | I. METROPOLITANA | 444957 | 13.99 | 2735166 | 86.01 | 3180123 |
| | II. NORTE | 364154 | 25.88 | 1043016 | 74.12 | 1407170 |
| | III. NORORIENTAL | 162462 | 13.59 | 1032816 | 86.41 | 1195278 |
| | IV SURORIENTAL | 137259 | 12.21 | 986961 | 87.79 | 1124220 |
| | V. CENTRAL | 245220 | 14.47 | 1449935 | 85.53 | 1695155 |
| | VI. SUROCCIDENTAL | 334630 | 9.06 | 3359693 | 90.94 | 3694323 |
| | VII. NOROCCIDENTAL | 180305 | 8.36 | 1976678 | 91.64 | 2156983 |
| | VIII. PETEN | 69703 | 10.17 | 615547 | 89.83 | 685250 |

CUADRO 2

¿En dónde lo atendieron?

| Variable | | Hospital público | | IGSS | | Hospital privado | | Centro de salud | | Puesto de salud | | Centro comunitario | | Clínica privada | | Farmacia | | En la casa de quien lo atendió | | En su casa | | Otro (¿cual?) | | Total |
|------------------|-------------|------------------|-------|--------|-------|------------------|-------|-----------------|------|-----------------|------|--------------------|-------|-----------------|------|----------|------|--------------------------------|------|------------|-----|---------------|--------|--------|
| | | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | |
| | | 7267 | 10 | 4814 | 7 | 2922 | 4 | 21278 | 31 | 6085 | 9 | 9111 | 13 | 11269 | 16 | 4230 | 6 | 996 | 1 | 369 | 1 | 1360 | 2 | |
| Grupo etario | menor de 1 | 2538 | 14 | 100 | 1 | 402 | 2 | 6822 | 39 | 1519 | 9 | 2124 | 12 | 2883 | 16 | 1005 | 6 | 184 | 1 | 0 | 0 | 61 | 0 | 17638 |
| | 1 a 4 | 4729 | 9 | 4714 | 9 | 2520 | 5 | 14456 | 28 | 4566 | 9 | 6987 | 13 | 8386 | 16 | 3225 | 6 | 812 | 2 | 369 | 1 | 1299 | 2 | 52063 |
| | 5 a 9 | 15745 | 13 | 2119 | 2 | 4293 | 3 | 36926 | 30 | 20058 | 16 | 5470 | 4 | 22986 | 19 | 8416 | 7 | 4100 | 3 | 928 | 1 | 1891 | 2 | 122932 |
| | 10 a 14 | 15965 | 15 | 748 | 1 | 2345 | 2 | 29705 | 28 | 11314 | 11 | 8518 | 8 | 16830 | 16 | 7832 | 7 | 3834 | 4 | 2422 | 2 | 5357 | 5 | 104870 |
| | 15 a 29 | 45968 | 16 | 12012 | 4 | 15372 | 5 | 59713 | 21 | 21233 | 8 | 15130 | 5 | 57810 | 20 | 26621 | 9 | 10123 | 4 | 2009 | 1 | 16649 | 6 | 282640 |
| | 30 a 49 | 62880 | 21 | 26002 | 9 | 11983 | 4 | 50273 | 17 | 18122 | 6 | 14998 | 5 | 68910 | 23 | 30140 | 10 | 8883 | 3 | 7100 | 2 | 4643 | 2 | 303934 |
| | 50 a 64 | 44602 | 22 | 18188 | 9 | 13201 | 6 | 25445 | 12 | 8394 | 4 | 9799 | 5 | 61999 | 30 | 14798 | 7 | 3648 | 2 | 2278 | 1 | 4657 | 2 | 207009 |
| 65 y más | 34918 | 22 | 22274 | 14 | 11027 | 7 | 20453 | 13 | 8775 | 5 | 4348 | 3 | 39754 | 25 | 5679 | 4 | 7978 | 5 | 5287 | 3 | 702 | 0 | 161195 | |
| Sexo | HOMBRE | 104202 | 20 | 40843 | 8 | 18877 | 4 | 97982 | 19 | 37840 | 7 | 21716 | 4 | 110736 | 21 | 47344 | 9 | 18937 | 4 | 9599 | 2 | 12875 | 2 | 520951 |
| | MUJER | 123142 | 17 | 45314 | 6 | 42266 | 6 | 145810 | 20 | 56141 | 8 | 45658 | 6 | 168823 | 23 | 50372 | 7 | 20625 | 3 | 10794 | 1 | 22384 | 3 | 731329 |
| Área geográfica | Urbana | 133539 | 19 | 67097 | 10 | 40189 | 6 | 128057 | 19 | 30846 | 4 | 7123 | 1 | 194035 | 28 | 42737 | 6 | 8278 | 1 | 8804 | 1 | 27250 | 4 | 687955 |
| | Rural | 93805 | 17 | 19060 | 3 | 20954 | 4 | 115735 | 21 | 63135 | 11 | 60251 | 11 | 85523 | 15 | 54979 | 10 | 31284 | 6 | 11589 | 2 | 8009 | 1 | 564324 |
| Categoría étnica | Indígena | 73630 | 16 | 18359 | 4 | 16289 | 4 | 81542 | 18 | 41809 | 9 | 59504 | 13 | 73478 | 16 | 45122 | 10 | 30313 | 7 | 12579 | 3 | 3728 | 1 | 456353 |
| | No indígena | 153475 | 19 | 67798 | 9 | 44854 | 6 | 162118 | 20 | 51761 | 7 | 7304 | 1 | 206080 | 26 | 52594 | 7 | 9249 | 1 | 7814 | 1 | 31531 | 4 | 794578 |

CUADRO 3

¿En dónde lo atendieron?

| Variable | | Hospital público | | IGSS | | Hospital privado | | Centro de salud | | Puesto de salud | | Centro comunitario | | Clínica privada | | Farmacia | | En la casa de quien lo atendió | | En su casa | | Otro (¿cual?) | | Total |
|----------|--------------------|------------------|----|--------|----|------------------|---|-----------------|----|-----------------|----|--------------------|----|-----------------|----|----------|----|--------------------------------|----|------------|---|---------------|---|--------|
| | | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | |
| | | 7267 | 10 | 4814 | 7 | 2922 | 4 | 21278 | 31 | 6085 | 9 | 9111 | 13 | 11269 | 16 | 4230 | 6 | 996 | 1 | 369 | 1 | 1360 | 2 | |
| Región | I. METROPOLITANA | 45155 | 14 | 35351 | 11 | 18568 | 6 | 58799 | 19 | 11810 | 4 | 3456 | 1 | 93391 | 30 | 16962 | 5 | 490 | 0 | 5347 | 2 | 23266 | 7 | 312595 |
| | II. NORTE | 23763 | 11 | 9565 | 5 | 6234 | 3 | 34246 | 16 | 17361 | 8 | 47739 | 23 | 21642 | 10 | 22794 | 11 | 23196 | 11 | 3691 | 2 | 1378 | 1 | 211609 |
| | III. NOROCCIDENTAL | 18693 | 19 | 5607 | 6 | 6535 | 7 | 23758 | 24 | 12025 | 12 | 1613 | 2 | 17039 | 18 | 8077 | 8 | 831 | 1 | 1342 | 1 | 1837 | 2 | 97357 |
| | IV. SUROCCIDENTAL | 17637 | 17 | 3616 | 4 | 4513 | 4 | 29766 | 29 | 8537 | 8 | 380 | 0 | 26659 | 26 | 4743 | 5 | 2731 | 3 | 1403 | 1 | 1662 | 2 | 101647 |
| | V. CENTRAL | 26938 | 18 | 17282 | 11 | 8631 | 6 | 34455 | 23 | 11274 | 7 | 2635 | 2 | 34265 | 22 | 7551 | 5 | 3593 | 2 | 3055 | 2 | 3121 | 2 | 152800 |
| | VI. SUROCCIDENTAL | 43886 | 21 | 11014 | 5 | 8153 | 4 | 35961 | 17 | 14646 | 7 | 3919 | 2 | 61067 | 29 | 21546 | 10 | 6135 | 3 | 2876 | 1 | 2571 | 1 | 211774 |
| | VII. NOROCCIDENTAL | 37955 | 34 | 3375 | 3 | 5662 | 5 | 15905 | 14 | 14320 | 13 | 4681 | 4 | 19043 | 17 | 9060 | 8 | 1026 | 1 | 1809 | 2 | 240 | 0 | 113076 |
| | VIII. PETEN | 13317 | 26 | 347 | 1 | 2847 | 6 | 10903 | 21 | 4008 | 8 | 63951 | 6 | 6452 | 13 | 6983 | 14 | 1560 | 3 | 870 | 2 | 1184 | 2 | 51422 |

CUADRO 4

A Quién Consultó (...) El Mes Pasado Cuando Se Enfermó/Tuvo Accidente/Etc.?

| Variable | | Médico/odontólogo/etc. | | Enfermera/auxiliar de enfermera | | Promotor de salud | | Curandero/hierbista/naturista | | Farmacéutico | | Comadrona | | Familiares/miembros del hogar | | Se automecóico | | No hizo nada | | Otro | | Total |
|------------------|-------------|------------------------|-------|---------------------------------|-------|-------------------|------|-------------------------------|------|--------------|------|-----------|------|-------------------------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------|------|---------|
| | | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | |
| Total | | 878027 | 39.98 | 206554 | 9.40 | 38431 | 1.75 | 36880 | 1.68 | 92388 | 4.21 | 6471 | 0.29 | 198611 | 9.04 | 516457 | 23.51 | 215600 | 9.82 | 7017 | 0.32 | 2196436 |
| Área geográfica | Urbano | 579811 | 52.73 | 52025 | 4.73 | 9829 | 0.89 | 8357 | 0.76 | 37933 | 3.45 | 2415 | 0.22 | 86356 | 7.85 | 226344 | 20.59 | 93709 | 8.52 | 2712 | 0.25 | 1099491 |
| | Rural | 298216 | 27.19 | 154529 | 14.09 | 28602 | 2.61 | 28523 | 2.60 | 54455 | 4.96 | 4056 | 0.37 | 112255 | 10.23 | 290113 | 26.45 | 121891 | 11.11 | 4305 | 0.39 | 1096945 |
| Categoría Etnica | Indígena | 252652 | 29.14 | 116998 | 13.50 | 13175 | 1.52 | 29174 | 3.37 | 44354 | 5.12 | 2734 | 0.32 | 85618 | 9.88 | 229885 | 26.52 | 90880 | 10.48 | 1424 | 0.16 | 866894 |
| | No indígena | 625135 | 47.12 | 88774 | 6.69 | 24929 | 1.88 | 7706 | 0.58 | 48034 | 3.62 | 3737 | 0.28 | 112109 | 8.45 | 286572 | 21.60 | 124060 | 9.35 | 5593 | 0.42 | 1326649 |

CUADRO 5

Qué Medios De Transporte Utilizó (...) Para Ir Al Lugar Donde Lo/La Atendieron? (1Er)

| Variable | | A pie | | Bestia/caballo | | Lancha/cayuco | | Bicicleta | | Camioneta o servicio público | | Taxi | |
|-----------------|------------|--------|-------|----------------|------|---------------|------|-----------|-------|------------------------------|-------|--------|------|
| | | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % |
| Total | | 573668 | 46.57 | 5091 | 0.41 | 154 | 0.01 | 9732 | 0.79 | 343268 | 27.87 | 22798 | 1.85 |
| Área geográfica | Urbano | 293866 | 43.27 | 3678 | 0.54 | 0 | - | 3397 | 0.50 | 187195 | 27.56 | 16766 | 2.47 |
| | Rural | 279802 | 50.62 | 1413 | 0.26 | 154 | 0.03 | 6335 | 1.15 | 156073 | 28.24 | 6032 | 1.09 |
| Sexo | Hombre | 226037 | 44.20 | 1750 | 0.34 | 0 | - | 5169 | 1.01 | 152576 | 29.84 | 8520 | 1.67 |
| | Mujer | 347631 | 48.25 | 3341 | 0.46 | 154 | 0.02 | 4563 | 0.63 | 190691 | 26.47 | 14278 | 1.98 |
| Grupo etario | menos de 1 | 9621 | 54.55 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 3510 | 19.90 | 0 | - |
| | 1 a 4 | 28133 | 54.42 | 0 | - | 0 | - | 691 | 1.34 | 13097 | 25.34 | 1222 | 2.36 |
| | 5 a 9 | 60646 | 49.71 | 98 | 0.08 | 0 | - | 275 | 0.23 | 35022 | 28.71 | 713 | 0.58 |
| | 10 a 14 | 54526 | 53.22 | 1064 | 1.04 | 154 | 0.15 | 1023 | 1.00 | 20245 | 19.76 | 484 | 0.47 |
| | 15 a 29 | 147454 | 52.54 | 385 | 0.14 | 0 | - | 3966 | 1.41 | 63754 | 22.72 | 4407 | 1.57 |
| | 30 a 49 | 137389 | 46.28 | 2364 | 0.80 | 0 | - | 2128 | 0.72 | 80869 | 27.24 | 5760 | 1.94 |
| | 50 a 64 | 76647 | 37.44 | 558 | 0.27 | 0 | - | 1314 | 0.64 | 79090 | 38.63 | 3794 | 1.85 |
| 65 y mas | 59253 | 38.01 | 622 | 0.40 | 0 | - | 335 | 0.21 | 47681 | 30.58 | 6418 | 4.12 | |

CUADRO 6 MEDIO DE TRASPORTE UTILIZADO PARA LLEGAR A LOS SERVICIOS DE SALUD

| Variable | | Carro o camionetilla | | Motocicleta | | Camion | | Ambulancia | | Mototaxi | | Pick-up | | Otro, cual? | | Total |
|-----------------|------------|----------------------|--------|-------------|-------|--------|------|------------|-------|----------|-------|---------|-------|-------------|------|--------|
| | | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | |
| | | Total | 141921 | 11.52 | 38549 | 3.13 | 1747 | 0.14 | 21030 | 1.71 | 49748 | 4.04 | 19132 | 1.55 | 5049 | |
| Área geográfica | Urbano | 94894 | 13.97 | 17679 | 2.60 | 308 | 0.05 | 14784 | 2.18 | 37711 | 5.55 | 4258 | 0.63 | 4615 | 0.68 | 679151 |
| | Rural | 47027 | 8.51 | 20870 | 3.78 | 1439 | 0.26 | 6246 | 1.13 | 12037 | 2.18 | 14874 | 2.69 | 434 | 0.08 | 552736 |
| Sexo | Hombre | 53160 | 10.40 | 23609 | 4.62 | 854 | 0.17 | 10771 | 2.11 | 19901 | 3.89 | 8072 | 1.58 | 933 | 0.18 | 511352 |
| | Mujer | 88762 | 12.32 | 14940 | 2.07 | 893 | 0.12 | 10259 | 1.42 | 29847 | 4.14 | 11060 | 1.53 | 4116 | 0.57 | 720535 |
| Grupo etario | menos de 1 | 2455 | 13.92 | 945 | 5.36 | 0 | - | 0 | - | 778 | 4.41 | 329 | 1.87 | 0 | - | 17638 |
| | 1 a 4 | 4568 | 8.84 | 1641 | 3.17 | 0 | - | 0 | - | 2073 | 4.01 | 0 | - | 269 | 0.52 | 51694 |
| | 5 a 9 | 11536 | 9.46 | 4714 | 3.86 | 0 | - | 636 | 0.52 | 5962 | 4.89 | 2402 | 1.97 | 0 | - | 122004 |
| | 10 a 14 | 9138 | 8.92 | 4091 | 3.99 | 0 | - | 2106 | 2.06 | 5646 | 5.51 | 3418 | 3.34 | 553 | 0.54 | 102448 |
| | 15 a 29 | 28516 | 10.16 | 11876 | 4.23 | 0 | - | 4448 | 1.58 | 12609 | 4.49 | 2770 | 0.99 | 446 | 0.16 | 280631 |
| | 30 a 49 | 36864 | 12.42 | 10812 | 3.64 | 770 | 0.26 | 6343 | 2.14 | 11260 | 3.79 | 2276 | 0.77 | 0 | - | 296835 |
| | 50 a 64 | 26517 | 12.95 | 3490 | 1.70 | 977 | 0.48 | 3393 | 1.66 | 6536 | 3.19 | 2138 | 1.04 | 277 | 0.14 | 204731 |
| | 65 y mas | 22328 | 14.32 | 980 | 0.63 | 0 | - | 4104 | 2.63 | 4884 | 3.13 | 5799 | 3.72 | 3504 | 2.25 | 155908 |

CUADRO 7

Por la enfermedad que tuvo el mes pasado dejo de asistir a su trabajo

| Variable | | Si | | No | | Total |
|------------------|--------------------|--------|-------|--------|-------|---------|
| | | Número | % | Número | % | |
| Área geográfica | Urbano | 452650 | 46.69 | 516751 | 53.31 | 969401 |
| | Rural | 476253 | 46.77 | 542035 | 53.23 | 1018288 |
| Sexo | Hombre | 429432 | 49.50 | 438181 | 50.50 | 867613 |
| | Mujer | 499471 | 44.59 | 620605 | 55.41 | 1120076 |
| Categoría Étnica | Indígena | 350509 | 43.54 | 454461 | 56.46 | 804970 |
| | No indígena | 576815 | 48.89 | 603012 | 51.11 | 1179827 |
| Región | I. METROPOLITANA | 212462 | 46.85 | 241037 | 53.15 | 453499 |
| | II. NORTE | 162382 | 42.88 | 216348 | 57.12 | 378730 |
| | III. NORORIENTAL | 83870 | 50.05 | 83709 | 49.95 | 167579 |
| | IV SURORIENTAL | 82250 | 57.72 | 60242 | 42.28 | 142492 |
| | V. CENTRAL | 110856 | 44.26 | 139626 | 55.74 | 250482 |
| | VI. SUROCCIDENTAL | 158344 | 46.62 | 181274 | 53.38 | 339618 |
| | VII. NOROCCIDENTAL | 80111 | 43.70 | 103228 | 56.30 | 183339 |

| | | | | | | |
|--|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | VIII. PETEN | 38629 | 53.69 | 33322 | 46.31 | 71951 |
|--|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|

CUADRO 8

El Mes Pasado (...) ¿Pagó Dinero Por:

| VARIABLE | | CONSULTA MEDICA | | MEDICINAS | | RADIOGRAFIAS Y LABORATORIO | | TRANSPORTE | | LENTESS GRADUADOS | | APARATO ORTOPEDICO | |
|---------------------|-------------|-----------------|-------|-----------|-------|----------------------------|-------|------------|-------|-------------------|-------|--------------------|-------|
| | | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % |
| REGIÓN GEOGRAFICA A | TOTAL | 379,325 | 30.00 | 184,605 | 15.00 | 184,605 | 15.00 | 238,898 | 19.00 | 17,700 | 1.00 | 7,209 | 1.00 |
| | URBANO | 239,927 | 63.00 | 120,046 | 65.00 | 120,046 | 65.00 | 105,472 | 44.00 | 15,271 | 84.00 | 2,962 | 41.00 |
| | RURAL | 139,398 | 37.00 | 64,559 | 35.00 | 64,559 | 35.00 | 133,426 | 56.00 | 2,429 | 16.00 | 4,247 | 59.00 |
| CATEGORIA ETNICA | TOTAL | 379325 | 30.00 | 768274 | 61.00 | 184605 | 15.00 | 228659 | 18.00 | 17700 | 1.00 | 7209 | 1.00 |
| | INDIGENA | 115631 | 30.00 | 275044 | 36.00 | 44811 | 24.00 | 71285 | 31.00 | 2019.00 | 11.00 | 1983.00 | 28.00 |
| | NO INDIGENA | 263694 | 70.00 | 493230 | 64.00 | 139794 | 76.00 | 157374 | 69.00 | 15681.00 | 89.00 | 5226.00 | 72.00 |

CUADRO 9

Está Afiliado(A) O Cubierto(A) Por 13

| Variable | Seguro privado de salud | | IGSS | | IGSS y privado | | Ninguno | | Otro (cual?) | | Total | |
|--------------------|-------------------------|--------|---------|---------|----------------|-------|----------|---------|--------------|-------|----------|---------|
| | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | | |
| Total | 179046 | 1.12 | 1473720 | 9.21 | 55128 | 0.34 | 14278000 | 89.23 | 16111 | 0.10 | 16002005 | |
| Sexo | Hombre | 98018 | 1.26 | 838775 | 10.79 | 26220 | 0.34 | 6800636 | 87.50 | 8094 | 0.10 | 7771743 |
| | Mujer | 81028 | 0.98 | 634945 | 7.71 | 28908 | 0.35 | 7477364 | 90.85 | 8017 | 0.10 | 8230262 |
| Área geográfica | Urbano | 153287 | 1.93 | 1105526 | 13.95 | 48995 | 0.62 | 6602351 | 83.30 | 15377 | 0.19 | 7925536 |
| | Rural | 25759 | 0.32 | 368194 | 4.56 | 6133 | 0.08 | 7675649 | 95.04 | 734 | 0.01 | 8076469 |
| Categoría Etnica | Indígena | 24593 | 0.40 | 226092 | 3.65 | 5622 | 0.09 | 5943986 | 95.85 | 1247 | 0.02 | 6201540 |
| | No indígena | 154452 | 1.58 | 1247003 | 12.77 | 49506 | 0.51 | 8298309 | 84.99 | 14864 | 0.15 | 9764134 |
| Región | I. METROPOLITANA | 88092 | | 631213 | | 19872 | | 2578452 | | 10660 | | |
| | | | 2.65 | | 18.97 | | 0.60 | | 77.47 | | 0.32 | 3328289 |
| | II. NORTE | 15172 | 0.99 | 66343 | 4.32 | 6595 | 0.43 | 1448454 | 94.22 | 672 | 0.04 | 1537236 |
| | III. NORORIENTAL | 14847 | | 114748 | | 4459 | | 1119127 | | 995 | | |
| | | | 1.18 | | 9.15 | | 0.36 | | 89.23 | | 0.08 | 1254176 |
| | IV. SURORIENTAL | 12327 | | 67236 | | 1715 | | 1111431 | | 943 | | |
| | | | 1.03 | | 5.63 | | 0.14 | | 93.11 | | 0.08 | 1193652 |
| | V. CENTRAL | 13656 | 0.77 | 226760 | 12.73 | 4307 | 0.24 | 1536978 | 86.26 | 186 | 0.01 | 1781887 |
| VI. SUROCCIDENTAL | 24711 | | 252405 | | 13869 | | 3573311 | | 2655 | | | |
| | | 0.64 | | 6.53 | | 0.36 | | 92.41 | | 0.07 | 3866951 | |
| VII. NOROCCIDENTAL | 3879 | | 69121 | | 439 | | 2244018 | | 0 | | | |
| | | 0.17 | | 2.98 | | 0.02 | | 96.83 | | - | 2317457 | |
| VIII. PETEN | 6362 | 0.88 | 45894 | 6.35 | 3872 | 0.54 | 666229 | 92.23 | 0 | - | 722357 | |

CUADRO 10 RAZONES POR LAS QUE NO CONSULTO ENFERMO

| Variable | | Caso leve | | No tuvo tiempo | | Lugar de atención esta de lejos | | Falta de dinero | | No hay medio de transporte | | No cree en las personas | |
|------------------|--------------------|-----------|-------|----------------|------|---------------------------------|------|-----------------|-------|----------------------------|------|-------------------------|------|
| | | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % |
| Total | | 411463 | 43.58 | 41066 | 4.35 | 26801 | 2.84 | 341547 | 36.17 | 5130 | 0.54 | 16239 | 1.72 |
| Sexo | Hombre | 181429 | 42.52 | 23855 | 5.59 | 16939 | 3.97 | 145113 | 34.01 | 849 | 0.20 | 8317 | 1.95 |
| | Mujer | 230034 | 44.45 | 17211 | 3.33 | 9862 | 1.91 | 196434 | 37.96 | 4281 | 0.83 | 7922 | 1.53 |
| Área geográfica | Urbano | 202746 | 49.27 | 22783 | 5.54 | 4597 | 1.12 | 136513 | 33.17 | 755 | 0.18 | 5762 | 1.40 |
| | Rural | 208717 | 39.19 | 18283 | 3.43 | 22204 | 4.17 | 205034 | 38.50 | 4375 | 0.82 | 10477 | 1.97 |
| Categoría Etnica | Indígena | 172964 | 42.13 | 11691 | 2.85 | 15240 | 3.71 | 143973 | 35.07 | 3466 | 0.84 | 7437 | 1.81 |
| | No indígena | 238309 | 44.79 | 29375 | 5.52 | 11561 | 2.17 | 196220 | 36.88 | 1664 | 0.31 | 8802 | 1.65 |
| Región | I. METROPOLITANA | 99513 | 50.72 | 16153 | 8.23 | 958 | 0.49 | 59059 | 30.10 | 399 | 0.20 | 2341 | 1.19 |
| | II. NORTE | 85305 | 41.56 | 9655 | 4.70 | 11650 | 5.68 | 48358 | 23.56 | 3663 | 1.78 | 3018 | 1.47 |
| | III. NORORIENTAL | 42445 | 50.12 | 1210 | 1.43 | 3520 | 4.16 | 28467 | 33.62 | 524 | 0.62 | 895 | 1.06 |
| | IV. SURORIENTAL | 18325 | 29.21 | 3668 | 5.85 | 2226 | 3.55 | 28217 | 44.98 | 337 | 0.54 | 4603 | 7.34 |
| | V. CENTRAL | 47285 | 38.84 | 5710 | 4.69 | 910 | 0.75 | 55207 | 45.35 | 0 | - | 1905 | 1.56 |
| | VI. SUROCCIDENTAL | 75197 | 46.83 | 3557 | 2.22 | 4139 | 2.58 | 68987 | 42.96 | 207 | 0.13 | 1532 | 0.95 |
| | VII. NOROCCIDENTAL | 30518 | 35.44 | 556 | 0.65 | 1020 | 1.18 | 46676 | 54.20 | 0 | - | 1704 | 1.98 |
| | VIII. PETEN | 12875 | 48.02 | 557 | 2.08 | 2378 | 8.87 | 6576 | 24.53 | 0 | - | 241 | 0.90 |

CUADRO 11

Aunque (...) No Estuvo Enfermo, ¿Visito Un Médico, Dentista, Enfermera, Etc.?

| Variable | | Si | | No | | Total |
|------------------|------------------|--------|------|----------|-------|----------|
| | | Número | % | Número | % | |
| Total | | 208747 | 1.49 | 13803839 | 98.51 | 14012586 |
| Sexo | Hombre | 80040 | 1.16 | 6823267 | 98.84 | 6903307 |
| | Mujer | 128707 | 1.81 | 6980572 | 98.19 | 7109279 |
| Área geográfica | Urbano | 130091 | 1.87 | 6825545 | 98.13 | 6955636 |
| | Rural | 78656 | 1.11 | 6978294 | 98.89 | 7056950 |
| Categoría Étnica | Indígena | 61924 | 1.15 | 5334646 | 98.85 | 5396570 |
| | No indígena | 146823 | 1.71 | 8437485 | 98.29 | 8584308 |
| Región | I. METROPOLITANA | 55314 | 1.92 | 2819476 | 98.08 | 2874790 |
| | II. NORTE | 38159 | 3.29 | 1120096 | 96.71 | 1158255 |
| | III. | 14460 | | 1072137 | | 1086597 |

| | | | | | | |
|--|----------------|-------|------|---------|-------|---------|
| | NORIENTAL | | 1.33 | | 98.67 | |
| | IV SURORIENTAL | 21883 | 2.08 | 1029277 | 97.92 | 1051160 |

CUADRO 12

| | | 11.b Nombre de pueblo a cual pertenece (...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|---------|---------|-------------|-------|------------|----------|----------|-------|-------------------|---------|------------|---------|--------|-------|-----------|---------|-----------|------------|----------|-----------|-----------|-------|
| grupos esp | | ACHI | AKATEKO | AWATEKO | CHIORTI | CHALCHITEKO | CHUJ | EXTRANJERO | GARIFUNA | IGNORADO | IXIL | JAKALTEKO (POPTI) | K'ICHE' | KAQCHIQUEL | LADINO | MAM | MOPAN | NO INDICA | POKOMAN | POCOMCHI' | Q'ANJOB'AL | Q'EQCHI' | TZ'UTUJIL | USPANTEKO | XINKA |
| menos de 1 | 454 | 3379 | 0 | 602 | 748 | 0 | 4335 | 0 | 0 | 562 | 3127 | 234 | 39836 | 21367 | 226537 | 20819 | 0 | 0 | 382 | 3324 | 4761 | 36532 | 2391 | 0 | 541 |
| 1a 4 | 971 | 12424 | 3771 | 0 | 2570 | 0 | 16449 | 0 | 0 | 447 | 7462 | 936 | 169288 | 110530 | 826157 | 115714 | 169 | 862 | 2186 | 16586 | 21245 | 154016 | 5916 | 462 | 1871 |
| 5 a 14 | 1491 | 29457 | 7848 | 934 | 11319 | 3965 | 34096 | 1074 | 0 | 1368 | 21724 | 4212 | 460572 | 275589 | 2247057 | 249651 | 608 | 2523 | 7072 | 26164 | 49610 | 404061 | 21810 | 462 | 9125 |
| 15 a 29 | 10981 | 36957 | 4860 | 1048 | 9263 | 3736 | 29316 | 3293 | 386 | 1486 | 23913 | 1872 | 516372 | 31160 | 2869983 | 279113 | 2193 | 2953 | 7271 | 28501 | 47378 | 436846 | 24282 | 231 | 12329 |
| 30 a 49 | 6394 | 27180 | 4360 | 2335 | 6767 | 3498 | 19486 | 14091 | 123 | 705 | 12978 | 3510 | 363595 | 236925 | 2086108 | 188344 | 1080 | 1386 | 6196 | 18725 | 23643 | 274047 | 20788 | 462 | 14853 |
| 50 a 64 | 2483 | 10054 | 2180 | 1401 | 4772 | 1868 | 9844 | 5502 | 0 | 640 | 7099 | 468 | 153211 | 96859 | 928479 | 74152 | 439 | 988 | 2167 | 4894 | 13365 | 104825 | 5737 | 0 | 8954 |
| 65 ymas | 0 | 7191 | 436 | 467 | 792 | 934 | 3202 | 321 | 0 | 598 | 2928 | 305 | 86268 | 66919 | 553743 | 44666 | 303 | 288 | 2456 | 1403 | 8427 | 53334 | 5333 | 231 | 5489 |