

Vínculos y efectos de la globalización en la organización social, económica y en la prevalencia de malaria en la Región Costera de Livingston, Guatemala

Links and effects of globalization on social and economic organization and malaria prevalence in the Coastal Region of Livingston, Guatemala

Caro Méndez Nelson

Correspondencia
C. Méndez Nelson
Calle 23-53 zona 15, Vista
Hermosa II, Ciudad de
Guatemala, Guatemala.
carogua@yahoo.com

Abstract

As a result of Guatemala's growing involvement in international markets and policies favoring industrial and export-oriented efforts, the population has experienced substantial changes in its economic and social organization, with consequences for the health and well-being of marginal groups. The article discusses various links between global processes, national policies and priorities, social and economic strategies, and malaria prevalence, with the Coastal Region of Livingston, Guatemala as the case study carried out between 2001 and 2003.

Malaria; Social Organization; Ethnic Groups

Introducción

El reciente punto muerto en las negociaciones entre países desarrollados y en vías de desarrollo en foros de comercio internacional pone en evidencia las inequidades que lamentablemente se perpetúan dentro del desarrollo de la globalización a nivel mundial. Éstas no sólo se dan en nivel internacional, en relación a preferencias arancelarias, cuotas de exportación, subsidios, intercambio de bienes y servicios, sino que también impactan en niveles locales. A la vez que hay indicios de algunas mejoras en el nivel macroeconómico, se dan procesos de marginalización de sectores de la población a través de mecanismos directos e indirectos que impactan en la organización económica y social a nivel regional, comunal y del hogar con implicaciones en el bienestar y la salud.

En Guatemala la globalización se arraiga en cinco procesos: especialización en producción para la exportación, atracción de inversión extranjera, acceso a mercados internacionales de productos no-tradicionales, mayor oferta de bienes y servicios, y finalmente – de mayor importancia – cambios en las prioridades de las políticas nacionales.

En relación con el primer y segundo proceso, Guatemala ha mantenido históricamente su posición como productor especializado agrícola, a base de mano de obra barata subsidiada por la agricultura de subsistencia tradicional, practi-

cada por una población rural mayoritariamente indígena. Esto a su vez ha atraído la inversión.

En relación al tercer proceso, la apertura de mercados internacionales para productos no tradicionales ha promovido la transición de la agricultura de subsistencia a la comercial y la intensificación en la explotación de recursos naturales. Este proceso a su vez ha polarizado comunidades, y los hogares de éstas, dependiendo de la capacidad de acceso a las redes comerciales. En el nivel familiar se alteran patrones tradicionales de producción, específicamente, en la distribución de responsabilidades y en la participación de miembros en nuevas actividades, alterándose así también patrones tradicionales de cuidado en la salud y educación familiar y exponiendo a nuevos miembros de la familia a enfermedades como la malaria.

En lo referente al cuarto proceso, a pesar de que la mayor oferta de bienes y servicios ha roto con el monopolio de ciertos productos por parte de empresas nacionales y ha abaratado los precios de algunos productos y medicamentos, ha traído también, por otro lado, un creciente consumo de bienes no-esenciales y un cambio en la percepción de servicios públicos y medicinas de bajo costo.

Finalmente, con relación al quinto proceso se estima que la población de Guatemala ha crecido en los últimos 8 años de 9,7 a 11,9 millones ¹. A pesar de la creciente demanda de servicios de salud de una población empobrecida (56% en pobreza) (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; <http://www.undp.org>, accedido el 2003) y de las promesas hechas por los últimos cuatro gobiernos civiles de aumentar la inversión social, y posteriormente mantener los compromisos estipulados en los Acuerdos de Paz de 1996, la inversión en salud y educación no ha satisfecho la demanda. Aunque ha habido leves aumentos en el porcentaje del presupuesto nacional adjudicado al Ministerio de Salud desde 1998, éste no ha excedido el 7,5%. En el año 2001 los fondos adjudicados al Ministerio de Salud fueron los mismos que los concedidos al Ministerio de Defensa en tiempos de paz y sólo en el 2002 los fondos adjudicados a cumplir con la deuda externa fueron cuatro veces los del sector salud. La inversión en el sector productivo, agricultura y comunicaciones juntos excede incomparablemente a los adjudicados para salud y educación. De los Q 701,9 millones (US\$ 1 = Q 7,8) concedidos al sector salud sólo el 3% incluía nuevas inversiones (Gobierno de Guatemala; <http://www.mspas.gob.gt>, accedido el 2003). El objetivo original del gobierno saliente era aumentar la inversión social en relación al PIB un 50% desde 1995 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;

<http://www.mspas.gob.gt>, accedido el 2003). Sin embargo, durante casi una década el sector salud se ha estancado y no hay indicios de mejoras para el usuario, a pesar de iniciativas de reformas estructurales. Los planes presupuestarios no prometen mayores cambios, ya que para el año post-electoral de 2004 se asignará en principio el mismo presupuesto que el utilizado en el 2003. Estimamos que sólo el 2% del presupuesto de salud es invertido en actividades directamente relacionadas con la malaria.

Bajo las condiciones políticas imperantes en el país, los usuarios se encuentran entre la alternativa de utilizar servicios públicos – financieramente socavados – o privados, si es que logran acceder a ellos por un alto costo.

Guatemala se encuentra entre los países con mayor pobreza, menor nivel educacional, e inequidades sociales de América Latina. Las distinciones étnicas entre los 23 grupos juegan un papel determinante en la descripción de dichas inequidades en general, así como en la limitación del acceso a información, prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles y de la malaria, específicamente.

Casi tres millones de habitantes viven en riesgo (de los cuales un tercio en alto riesgo) de contraer malaria y el porcentaje de pruebas positivas variaba alrededor del 5% en 2002 (Organización Panamericana de la Salud; <http://www.paho.org>, accedido el 2003). El departamento de Izabal, donde se sitúa el municipio y el pueblo de Livingston, se encuentra entre los 5 departamentos de mayor incidencia. Las pruebas positivas en Izabal durante los últimos años están alrededor del 15% y en Livingston en particular llegan al 27% (Registros Epidemiológicos, Centro de Salud. Bases de datos. Livingston; 2003).

En las costas del Atlántico el pueblo de Livingston ejemplifica la convergencia de severas limitaciones en la oferta de servicios de salud, con crecientes inequidades sociales y económicas con base étnica. Éstas han sido acentuadas por la expansión de la frontera agrícola y pesquera, que a su vez responde a demandas económicas internacionales y a estímulos provenientes de políticas nacionales. Tres grupos étnicos, los Ladino, Garífuna y Q'eqch'í habitan la región. Cada grupo ha desarrollado estrategias económicas y ocupado nichos sociales específicos ². Las inequidades sociales y económicas por grupo étnico y creciente vulnerabilidad de subgrupos por edad y género dentro de ellos se acentúan a raíz de la reorganización social, comunal y familiar reciente.

Tradicionalmente, los Garífuna de origen afro-caribeño se han adaptado al ambiente natural y económico costero ^{3,4,5}. Los hombres Ga-

rífuna han alternado sus actividades económicas entre la pesca artesanal, empleo en los muelles y marinas mercantes y recientemente en trabajos ocasionales, relacionados con el turismo y servicios urbanos, mientras que las mujeres se dedicaban a la agricultura del casabe. En una comunidad matriarcal ⁶ los hombres Garífuna han tenido relativa independencia, siendo las mujeres las encargadas de las decisiones en el hogar y de mantener vínculos comunales estrechos.

De 1995 a 1998 Guatemala exportó en promedio 4,79 millones de kilos de camarón, moluscos y crustáceos, generando un total de 24,49 millones de dólares (Banco de Guatemala. Base de datos; 1999). Para el 2000 y 2001 estas exportaciones generaban 35,6 millones al año, de los cuales el 95% tenía como destino el mercado norteamericano. Tan sólo un 5%, junto con 2 millones de kilogramos de pescado importado, tenían como destino mercados locales, a un promedio de 3,4 kilogramos por habitante anual (Unidad de Pesca, Ministerio de Agricultura. Base de datos; 2000). La producción permanece en manos de pocas compañías que gozan de beneficios fiscales e incentivos. La pesca artesanal Garífuna y la agricultura del casabe están a punto de desaparecer.

El impacto en la economía y nutrición de la comunidad Garífuna ha sido significativo. Los barcos pesqueros desechan especies tradicionalmente de subsistencia y en momentos claves de reproducción. Muchas especies han desaparecido. Se estima que un barco camaronero pesca en un mes hasta 4 veces una de las especies que un pescador Garífuna pesca en 4 años. La economía y organización social y familiar Garífuna se han adaptado. Se estima que del 40% al 60% de los hombres han emigrado a los Estados Unidos ⁷. Las mujeres han abandonado la agricultura de subsistencia debido a la falta de tierra. Se estima que la mitad de los hogares Garífuna, muchos compuestos por la abuela, madres e hijos, depende de remesas ocasionales ⁷.

Los indígenas Q'eqchí por su parte han migrado a zonas bajas y endémicas, siguiendo y facilitando la expansión agrícola de empresas ganaderas, bananeras y huleras en la región ^{4,8,9,10,11}. Se estima que más de la mitad de la tierra de la región está ya en manos de plantaciones ^{2,12,13}. Llegando a los límites geográficos la expansión agrícola ha alcanzado las costas del Atlántico, donde los Q'eqchí se han asentado en las áreas peri-urbanas del pueblo. Comunidades agrícolas íntimamente constituidas se han dispersado, encarando escasez de tierra los Q'eqchí se ven forzados a alquilar terrenos circundantes a fin de garantizar la alimentación mínima familiar, así como desarrollar nuevas estrategias, incursionando en la pesca de especies de bajo

valor comercial y alto nivel nutricional y en el empleo urbano con bajos ingresos. Los cambios en estrategias económicas de los hombres hacia actividades que generan dinero en efectivo han llevado a modificaciones en la organización comunal y familiar. Las mujeres Q'eqchí, tradicionalmente a cargo exclusivamente del hogar y de la salud familiar, han tenido que aumentar su participación en la agricultura de subsistencia para compensar las horas que los hombres dedican a otras actividades.

Finalmente, los Ladino, de origen étnico y cultural Hispano, constituyen el estrato social más alto de la población. Han llegado a Livingston atraídos por las oportunidades administrativas, comerciales y de la industria pesquera.

De igual modo, la competencia y los conflictos derivados de la escasez de recursos han ocasionado el distanciamiento entre los grupos y conflictos entre sí, además de entre algunos grupos con compañías pesqueras y empresas agrícolas (Juzgado de Paz. Registros de demandas judiciales. Livingston; 2002). Esto, a su vez, ha dificultado la integración de los grupos étnicos en acciones comunitarias preventivas, así como en mantener redes de información abiertas.

En el presente estudio se describen algunos vínculos directos e indirectos entre la expansión de la frontera agrícola y la intensificación de la pesca comercial, y las limitaciones en la entrega de servicios de salud, cómo éstos han traído cambios en las estrategias económicas y sociales de los tres grupos étnicos, cómo se perpetúan inequidades económicas y sociales y cómo éstas tienen repercusiones en la salud e incidencia de malaria específicamente.

Métodos

Para determinar la manera en que los procesos arriba descritos se relacionan con las inequidades sociales, económicas y la incidencia de malaria se realizó inicialmente un estudio ambiental y geográfico. Los 16 barrios que componen el pueblo de Livingston se agruparon en 6 áreas epidemiológicas, en base a los registros epidemiológicos locales y composición étnica. Se llevó a cabo una encuesta aleatoria y representativa por área que incluyó un total de 219 hogares, cubriendo información epidemiológica, económica y social en detalle sobre un total de 1.135 miembros. De esta encuesta base se tomaron 10-15 pares contrastantes de hogares por grupo étnico, con baja y alta incidencia, pero con características económicas, geográficas y demográficas similares. Dentro de estos hogares se profundizó aún más en información cualitativa y específica sobre los

miembros que habían tenido malaria recientemente, o en caso alternativo con mayor frecuencia. Se hizo el seguimiento de la conducta familiar ante el tratamiento de pacientes que tenían malaria en el momento de las entrevistas. Estas dos actividades principales fueron respaldadas por entrevistas claves, grupos focales, reuniones con líderes de las comunidades étnicas y personal de salud. Simultáneamente, se realizó un estudio biológico del área que incluyó la recolección de larvas en épocas claves y áreas de alta incidencia y una evaluación de los servicios de salud locales y regionales.

Se observó la participación voluntaria y anónima de todos los participantes, así como el cumplimiento de los requerimientos éticos en la recolección y procesamiento de datos, de acuerdo a los estándares internacionales establecidos.

Resultados

Con base en la información provista por los servicios de salud y de nuestra evaluación se detectó que las áreas peri-urbanas 1, 4 y 6, donde habitan mayoritariamente los Q'eqchí tienen mayor incidencia.

Sin embargo, se determinó estadísticamente que, a pesar de ello, existen diferencias significativas de incidencia entre los Ladino, Garífuna y Q'eqchí que habitan las mismas áreas, tanto de baja como alta incidencia, lo cual confirmó que existen inequidades sociales, económicas y de acceso a servicios de salud de mayor peso que las condiciones físicas de los hogares y la ubicación geográfica.

Hay indicaciones que muestran que en general las distancias relativas sociales, económicas y la incidencia no han variado significativamente durante los últimos 10 años¹⁴, a pesar de la creciente integración de la región en la economía nacional y los vínculos de ésta con los mercados internacionales.

Las características económicas, demográficas y sociales que diferencian a los grupos étnicos son marcadas (Tabla 1) y muestran poca variación dentro de cada grupo étnico. Estas inequidades tienen implicaciones en el acceso a información, prevención y tratamiento de malaria, identificados como variables próximas a la incidencia.

En cuanto al acceso a información se encontró que el 22% de los Q'eqchí, emigrantes recientes en la región y con redes sociales dispersas, tuvieron conocimiento de la malaria por primera vez por experiencia propia o por un miembro de la familia inmediata (en contraste con sólo el 13% y 4% de los Ladino y Garífuna). Los Garífuna se informan a muy temprana edad y a través de redes de informales bien establecidas. El 43% de los Q'eqchí depende del centro de salud y de fuentes formales de información para enterarse del tratamiento a seguir y de brotes en la comunidad, comparado con un cuarto de Ladino y Garífuna.

Los Ladino y Garífuna tienen redes sociales bien establecidas, a través de las cuales brotes, medidas preventivas y opciones de tratamiento son transferidas rápidamente.

En esencia, a pesar de que los Q'eqchí dependen de fuentes formales de información la falta de redes sociales integradas, las barreras lingüísticas y educacionales, así como las conceptualizaciones culturales limitan sus acciones.

Tabla 1

Indicadores de inequidades económicas, sociales y demográficas por grupo étnico.

| Indicador | Ladino | Garífuna | Q'eqchí |
|---|---------|----------|---------|
| Promedio ingreso mensual en efectivo * | 2.600 | 2.200 | 1.000 |
| Calidad de vivienda ** | 5,6 | 5,4 | 8,3 |
| Porcentaje de padres de familia por ocupación rural/pesca/urbana | 0/62/38 | 0/15/85 | 47/9/44 |
| Porcentaje de madres de familia que trabajan exclusivamente en el hogar | 38 | 37 | 80 |
| Porcentaje de miembros de la familia que reciben ingreso regular por empleo | 28 | 56 | 0 |
| Gasto por día en alimentación familiar (Q) | 53 | 39 | 30 |
| Promedio de educación de adultos | 6,89 | 6,37 | 2,82 |
| Promedio de número de miembros del hogar | 4,99 | 4,27 | 6,28 |

* El ingreso en efectivo de los Ladino depende de la temporada de pesca. En temporada alta puede aumentar a Q 20.000 al mes. Entre los Garífuna sólo se incluye el ingreso local, las cantidades de remesas varían. Entre los Q'eqchí sólo se incluye los ingresos en efectivo, a lo que se puede sumar Q 1.200 anual por cosecha de maíz;

** Indicador compuesto con base en las características y valor de materiales de la vivienda. A mayor número de indicador peores condiciones.

Para los Garífuna la ausencia de los padres de familia que han emigrado no ha tenido un efecto negativo en la transmisión de información sobre malaria, debido primordialmente a que se constituyen en una comunidad matriarcal.

Para los Ladino, miembros de una cultura hegemónica con alto grado educacional, y con una comunidad unida, la transmisión de información se facilita sin distorsiones, originándose de fuentes formales o informales.

En cuanto a la prevención, aunque se han dado mejoras significativas entre todos los grupos las disparidades aún persisten. Entre un 15% a un 20% de los Ladino y Garífunas toman medidas preventivas como pabellones, insecticidas y cedazos en ventanas y puertas. Los Q'eqchí, sin embargo, usan el humo de la cocina como la manera más común de prevención. Sólo la mitad de los Q'eqchí considera sus medidas efectivas, comparado con el 65% y 77% de los Ladino y Garífuna. De mayor importancia es que un cuarto de los Q'eqchí considera que cualquier medida es inefectiva y no toma medida alguna. Este porcentaje se ha mantenido constante durante los últimos 10 años¹⁴. Al examinar pares de hogares similares entre grupos, hemos encontrado que la falta de prevención tiene un mayor efecto en la incidencia entre los Q'eqchí que entre los Ladino y Garífuna. La actitud fatalista hacia la salud, combinada con las limitaciones económicas familiares y educacionales de las madres, juegan un papel determinante en la salud Q'eqchí.

En cuanto al tratamiento, existen diferencias entre los grupos respecto a preferencia, uso y secuencia del mismo. A pesar de que cerca de la mitad de miembros de los grupos étnicos prefiere ir en primera instancia al centro de salud, un 16% de los Garífuna y Ladino prefieren pagar el viaje de Q 25,00 para ir directamente al hospital regional, comparado con sólo el 8% de los Q'eqchí que puede acceder a hacerlo. Un 12% y un 17% de Garífuna y Q'eqchí, respectivamente, prefieren automedicarse, comparado con tan sólo un 4% de los Ladino.

La norma en la secuencia del tratamiento si persiste la enfermedad varía por grupo étnico y dentro de cada grupo y entre hogares con baja y alta incidencia. Los Q'eqchí, inicialmente, consultan a miembros del hogar. Los pacientes son tratados con tabletas antigripales, y posteriormente en caso extremo se atiende el centro de salud. Para los Garífuna la secuencia se inicia con infusiones de hierbas, el centro de salud y en caso extremo el hospital regional. A pesar de que hogares Q'eqchí con alta incidencia tienen un mayor conocimiento de servicios disponibles, el uso de éstos es primordialmente en función del ingreso familiar. Los hogares más pobres se

automedicar. En los hogares con baja incidencia, la educación de los padres de familia es el factor determinante en la elección del servicio público. Para la mayoría la automedicación es la alternativa inicial y como último recurso se dirigen al centro de salud porque: *"no hay otro lugar a donde ir"*. Según los servicios antimaláricos la automedicación entre los Q'eqchí es el mayor problema: *"se sienten un poco mejor y dejan el tratamiento"* y *"les decimos que dejen los antigripales y tomen el tratamiento adecuado con nosotros, pero no quieren y muchos no leen ni escriben. No les importa estar enfermos, y no saben qué hacer... tienen malaria cinco a seis veces y no toman el tratamiento (...) ahora insistimos que vengan acá cada día"*. Para los Q'eqchí que enfrentan escasez de recursos y que recorren cada vez distancias más largas para conseguirlos, así como la falta de empleo y dinero en efectivo existen costos de oportunidad altos. Un viaje al hospital regional del paciente y un acompañante cuesta el equivalente a dos jornadas de trabajo en construcción, dos días de alimentación para toda la familia, o la venta de 10% de la cosecha anual de maíz.

Los Ladino en contraste tienen un conocimiento amplio del tratamiento y dosis. La automedicación entre algunos Ladino no es cuestión de falta de ingresos, sino más que nada de tiempo y falta de confianza en los servicios públicos. La desconfianza en las instituciones públicas y los escándalos de corrupción a nivel nacional se han filtrado en el nivel de percepción de servicios públicos locales.

En conclusión, el uso de servicios y la calidad percibida del tratamiento se estratifica por grupo étnico. La automedicación, colaborador voluntario, centro de salud, hospital regional y prácticas privadas son recursos escalonados para los Q'eqchí, Garífuna y Ladino en ese orden. La capacidad de pago por transporte, los costos de oportunidad y la percepción de los servicios mismos determinan las escalas.

Como resultado el 68% de los hogares Q'eqchí han tenido algún miembro afectado, comparado con el 54% de los Ladino y el 17% de los Garífuna. En total un 41% de los Q'eqchí han tenido malaria por lo menos una vez, comparado con un 26% de los Ladino y un 6% de los Garífuna. Las diferencias en otros indicadores se mantienen a un nivel significativo ($\alpha < 0,05$), a pesar de las zonas de riesgo que habitan (Tabla 2).

Hay indicios de que a pesar de que se ha reducido la incidencia de malaria entre los Ladino y Garífuna en los últimos 10 años, la incidencia entre los Q'eqchí no ha variado, ni en el porcentaje de casos, ni en casos reinidentes¹⁴. El 52% de los que se enfermaron por primera vez lo hicieron

entre los años 2000 a 2003 y un 75% de todos los que han tenido malaria la última vez ha sido durante estos años, especialmente durante el período de siembra y en números crecientes mujeres y niños Q'eqchí. Así, dentro de los grupos existen subgrupos vulnerables con base en edad y género (Tabla 3).

Aunque los hombres Q'eqchí tienen malaria con mayor frecuencia, una vez que las mujeres se enferman reinciden en un período más corto (26 meses en promedio comparado con 40 entre hombres). Los hombres Ladino y Garífuna, similarmente, tienen períodos más largos entre contagios (141 y 183 meses comparado con 39 y 36 entre mujeres). Todo indica tratamientos incompletos entre mujeres y/o que una vez expuestas se contagian de nuevo con mayor facilidad. El 83% de los hombres Q'eqchí, que ahora pescan en alta mar durante las últimas horas de la tarde, no han tenido malaria, mientras que sus parejas sí. Este proceso se combina con bajo nivel educacional (de información y capacidad de diagnóstico) y con escasez de dinero en efectivo que empeora la vulnerabilidad de las mujeres.

El contagio entre Q'eqchí es a temprana edad. Un 12% de los que han tenido malaria eran menores de 5 años y la mitad menores de 15 años. Controlando variables de crecimiento demográfico familiar y con base en cohortes de edad, encontramos que tanto Ladino como Garífuna se contagian por primera vez a edades más tardías.

En el rango entre 10-19 años son más vulnerables que adultos y niños menores.

Otro hallazgo de importancia ha sido que los 20 hogares Garífuna cubiertos por el estudio, donde se ausentan los padres, tienen niveles de incidencia mayores que aquellos hogares donde hay un padre de familia. A pesar de que los hogares Garífuna cuentan con las remesas de los miembros que viven en el extranjero y que la información sobre malaria se transfiere a través de redes maternas. Muchas mujeres Garífuna han tenido que dejar niños al cuidado de miembros mayores de la familia extendida y se encuentran con mayores responsabilidades que aquellas que cuentan con el padre de familia.

Conclusiones y recomendaciones

En base a los datos obtenidos hasta el momento, hemos podido identificar algunos efectos y vínculos directos e indirectos entre procesos económicos globales, políticas de salud nacionales que se manifiestan a nivel local y en la organización económica y social de la población. Sectores vulnerables de la población de Livingston se ven atrapados entre procesos paralelos. Por un lado, las inequidades sociales y económicas se mantienen, y por el otro, no existen indicios de mejoras en los servicios y condiciones de salud (Figura 1).

Tabla 2

Porcentaje de miembros del hogar afectados y media de veces que han sido afectados los miembros que han tenido malaria por grupo étnico y área de riesgo.

| Áreas de riesgo | Ladino | | Garífuna | | Q'eqchí | |
|-----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | % | Media | % | Media | % | Media |
| Bajo (2,3,5) | 18,0 (117) | 1,08 (12) | 2,0 (192) | 1,25 (4) | 17,0 (102) | 1,88 (92) |
| Alto (1,4,6) | 30,0 (272) | 1,61 (57) | 18,0 (107) | 1,18 (11) | 43,0 (331) | 2,00 (13) |

Nota: entre paréntesis número de casos válidos.

Tabla 3

Porcentaje de miembros del hogar afectados y media de veces que han sido afectados los miembros que han tenido malaria por grupo étnico y género.

| Género | Ladino | | Garífuna | | Q'eqchí | |
|---------|------------|-----------|-----------|----------|------------|-----------|
| | % | Media | % | Media | % | Media |
| Hombres | 23,0 (177) | 1,74 (31) | 7,0 (134) | 1,00 (7) | 46,0 (204) | 2,20 (51) |
| Mujeres | 28,0 (192) | 1,34 (38) | 5,0 (167) | 1,38 (8) | 36,0 (237) | 1,61 (54) |

Nota: entre paréntesis número de casos válidos.

Figura 1

Modelo descriptivo de vínculos y efectos.



Con base en los análisis estadísticos y cualitativos hemos encontrado que en general etnicidad y género tienen un mayor efecto en la incidencia de malaria, y que género e ingreso, seguidos por educación tienen un mayor efecto en el número de veces que un individuo se ve afectado. Algunos factores pesan más que otros por grupo étnico. La baja educación de pocos Ladino se contrarresta por el ingreso económico. Entre los Q'eqchí el nivel educacional es un factor crucial limitando información y prevención, mientras que bajos ingresos limitan el tratamiento. Entre los Garífuna el alto nivel educacional de las nuevas generaciones y de las mujeres facilita el acceso a información y prevención, mientras que la ausencia del padre de familia limita el tratamiento inmediato de los niños. Los Q'eqchí en general, las madres y niños Garífuna de hogares que no cuentan con el padre, y finalmente niños Ladino de familias con bajos ingresos se constituyen en ese orden en grupos vulnerables.

La etnicidad concebida como un conjunto de características íntimamente ligadas, juega un papel determinante en las diferentes formas en que factores afectan a los grupos, las adaptaciones económicas y sociales de éstos, así como en la salud. Congruentemente, los cambios económicos y las limitaciones en las políticas de salud afectan directa e indirectamente la organización familiar exponiendo a miembros con desventajas sociales y económicas, por edad y género.

Existe ya de facto un proceso de privatización en base a la demanda de la salud, así como un hiato entre las expectativas y la entrega en el tratamiento. El uso y calidad percibida de servicios se estratifica de acuerdo con las diferencias sociales y económicas. Un aumento en los costos directos o indirectos del uso de servicios públicos excluiría aún más a sectores que no pueden acceder a alternativas de tratamiento y que ya de por sí utilizan servicios públicos renuientemente.

Queda aún por ver cómo una mayor integración del país a la economía global, a través de iniciativas contemporáneas y las políticas sociales del gobierno actual, va a incidir en la reorganización de economías locales y organización social en áreas endémicas, de manera que se reduzcan las inequidades existentes y que la oferta de servicios se adecue a las expectativas.

Se recomienda a corto plazo un mayor acercamiento de los servicios de salud locales públicos y privados con la población, de modo que puedan recobrar la confianza en éstos. Los servicios deberían fortalecer sus programas multi-lingües de atención e información y concentrar esfuerzos en alcanzar a los grupos vulnerables, más que en llevar un control geográfico o físico del vector.

Se recomiendan campañas locales de información sobre prevención y alternativas de tratamiento, especialmente dirigidas a las mujeres quienes junto con los niños a su cuidado mantienen tendencias crecientes de incidencia.

A medio plazo, se deben de crear redes de alerta que enlacen los grupos étnicos de manera que fluya la información sobre los aspectos relacionados con la salud, áreas de riesgo y brotes de malaria, así como de otras enfermedades.

Debe de fortalecerse la participación de todos los grupos en acciones concretas en el control de vectores. Se debe concientizar a la población en general sobre la forma de transmisión de la malaria y de la importancia de un esfuerzo comunal.

A largo plazo se recomienda intensificar los esfuerzos de capacitación de adultos y educación primaria, de manera que la población Q'eqchí, y las mujeres en especial, puedan elevar su nivel de vida y contar con ingresos propios en efectivo e información que les permitan acceder al tratamiento adecuado.

Resumen

Debido a la creciente participación de Guatemala en los mercados globales y a las políticas emanadas de presiones internacionales, a fin de aumentar la productividad y las exportaciones, se presentan cambios sustanciales en la organización social y económica de diferentes grupos étnicos de la población con implicaciones desfavorables a la salud de grupos margina-

dos. Se describen algunos vínculos entre los procesos económicos globales, políticas nacionales, estrategias sociales, económicas locales y prevalencia de malaria, usando como ejemplo el caso-estudio de la región costera de Livingston, Guatemala, entre el 2001 y el 2003.

Malaria; Organización Social; Grupos Étnicos

Agradecimientos

El presente artículo se basa en un estudio realizado por el Institute of Social Studies de La Haya, Los Países Bajos, con el apoyo del Programa Especial para la Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales, United Nations Development Programme/World Bank/World Health Organization entre el 2001 y 2003.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, Dirección General de Estadística. Resultados preliminares. Ciudad de Guatemala: Dirección General de Estadística; 2003.
2. Méndez Nelson C. Survival strategies on a coastal frontier. Maastricht: Shaker Publishing B.V.; 1999.
3. González NL. La historia del pueblo Garífuna. Tegucigalpa: Litografía López; 1989.
4. Rodríguez-Rouanet F. Izabal, Puerto Barrios. Ciudad de Guatemala: Banco Granai y Townson; 1993. (Colección Monográficas de Guatemala, 8).
5. Ghidinelli A. Aspectos económicos de la cultura de los Caribes negros del Municipio de Livingston. Ciudad de Guatemala: Instituto Indigenista Nacional; 1972. (Guatemala Indígena Series, v. VII, n. 4).
6. Kerns V. Structural continuity in the division of men's and women's work among the black Carib (Garífuna). In: Loveland CA, Loveland FO, editors. Sex roles and social change in native lower Central American societies. Chicago: University of Illinois Press; 1982. p. 23-44.
7. Méndez Nelson C. Coastal resources, migration, survival strategies and consumption in Livingston, Guatemala. Ciudad de Guatemala: The MacArthur Foundation/Institute of Social Studies; 2003.
8. Carter WE. New lands and old traditions: Kekchi cultivators in the Guatemalan Lowlands. Gainesville: University of Florida Press; 1969.
9. Adams RN. Migraciones internas en Guatemala: expansión agraria de los Kekchies hacia el Petén. Ciudad de Guatemala: Centro Editorial José de Pineda Ibarra/Ministerio de Educación; 1965.
10. Wilk RR. Household ecology: economic change and domestic life among the Kekchi Maya in Belize. Tucson: University of Arizona Press; 1991.
11. Pedroni G. Territorialidad Kekchi: una aproximación al acceso a la tierra, la migración y la titulación. Ciudad de Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 1991.
12. Instituto Nacional de Estadística, Dirección General de Estadística. II Censo Agropecuario. Ciudad de Guatemala: Dirección General de Estadística; 1971.
13. Instituto Nacional de Estadística, Dirección General de Estadística. III Censo Agropecuario. Ciudad de Guatemala: Dirección General de Estadística; 1981.
14. Méndez Nelson C. Creencias y actitudes hacia la malaria y servicios antimaláricos en tres grupos étnicos de Guatemala. Espacio Abierto 1995; 4:49-61.

Recibido el 09/Nov/2005

Aprobado el 23/Oct/2006