

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

INFORME FINAL

**MORTALIDAD PREVENIBLE EN MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD
DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ EN EL AÑO 2000**

LUCÍA MERINO CARMONA

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Medicina / Maestría de Salud Pública
Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública**

Guatemala, marzo 2005

Resumen

El concepto de mortalidad prevenible o evitable tiene su origen en países desarrollados como indicador de la atención en salud. Se fundamenta en los conceptos de prevención y tratamiento de las enfermedades y en la definición de muerte prematura, como la que ocurre en edades anteriores a la establecida por el indicador de la expectativa de vida al nacimiento.

En este contexto, las mujeres presentan una serie de características que determinan, por aspectos biológicos y de condición de género, mayor susceptibilidad y respuestas diferenciadas a los problemas de salud, así como otras necesidades en salud más allá de la atención materna. La situación socioeconómica y nutricional, el acceso y uso de los servicios de salud, las limitaciones que le impone la cultura o sociedad para controlar su propio destino, incluida la condición de salud, y, la tendencia de buscar tardíamente la atención frente a enfermedades, resultan en un mayor tiempo de recuperación y mayores posibilidades de sufrir una muerte prematura y prevenible.

La planificación de intervenciones que respondan a las prioridades de un grupo poblacional como el de mujeres en edad reproductiva, requiere conocer sus necesidades. Las estadísticas e indicadores globales de mortalidad encubren, la mayoría de las veces, problemas al interior de las poblaciones. El enfoque de mortalidad prevenible aplicado al análisis de la mortalidad, contribuye a la identificación de esas situaciones y se constituye en una herramienta de apoyo para la definición de políticas y programas de salud con enfoque basado en la producción social de salud y orientados a mejorar las condiciones de vida de la población.

El estudio “Mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años de edad en el Departamento de Sacatepéquez en el año 2000” es de tipo descriptivo retrospectivo y retoma los enunciados de la mortalidad prevenible para el análisis de las causas de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva. Tuvo como propósito caracterizar la mortalidad en el grupo de mujeres en edad reproductiva del Departamento de Sacatepéquez, fallecidas en el año 2000, sus causas de muerte, los condicionantes socioeconómicos a los que estuvieron expuestas y el peso que representan las causas prevenibles o evitables en la mortalidad.

Se estudiaron todas las defunciones de mujeres entre los 10 y 49 años de edad, fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez durante el año 2000. Para ello se revisaron los registros de defunción de los municipios y otros proporcionados por la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez y se realizó un censo entre informantes claves que proporcionaron información de las mujeres fallecidas.

Las mujeres fallecidas se caracterizan por compartir, la mayoría, condiciones de marginalidad social: baja escolaridad, trabajo informal, condiciones de pobreza, sometidas a relaciones desiguales de género, e influenciadas por los patrones de conducta impuestos por la cultura, la sociedad o generacionales en cuanto a las actitudes y preferencias en salud, particularmente, lo relacionado con la valoración de la mujer y su salud.

Las enfermedades crónicas y degenerativas constituyen el 36% de las causas de muerte. Por estratos socioeconómicos las enfermedades transmisibles y las causas externas predominan en el nivel bajo; y, los tumores y cardiovasculares en el nivel alto. En el estrato medio se presentan todas las causas pero, en mayor medida las transmisibles, los tumores y las causas externas. En cuanto a las causas de defunción evitables, éstas se

identificaron en 8 de cada 10 defunciones, siendo las principales las infecciones respiratorias, el cáncer ginecológico, los trastornos producidos por el alcohol, los suicidios, las muertes maternas, el infarto agudo al miocardio y la tuberculosis.

El perfil de mortalidad de mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez resultó característico de poblaciones en situación de traslape de la transición demográfica y la epidemiológica. A nivel del departamento coexisten las causas transmisibles, los tumores, las enfermedades cardiovasculares y las causas externas, todas con similar importancia como causa de muerte.

Sacatepéquez requiere el fortalecimiento del enfoque preventivo en la atención primaria, no sólo para las enfermedades infecto contagiosas, donde los resultados mostraron una situación favorable en términos del control de la mortalidad sino, también, para las otras patologías que están afectando a las mujeres en edad reproductiva.

El perfil sociodemográfico y epidemiológico de las mujeres fallecidas, en general, no encuentra una respuesta social organizada para la solución de sus problemas en salud. El sistema de referencia puede ser ágil pero la solución es lenta. Además, las mujeres que comparten características como las descritas no cuentan con recursos e iniciativa y tampoco han desarrollado actitudes y prácticas para encontrar soluciones alternas.

Se requiere el desarrollo del enfoque preventivo en salud dentro y entre las instituciones públicas y privadas del departamento a fin de generar mayores niveles de responsabilidad social para con la salud de las mujeres entre las organizaciones de desarrollo a nivel local. Los resultados se encuentran a disposición de la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez, con la que desde el inicio se coordinó la realización del estudio.

Revisor

Dr. Bolívar Díaz

Asesor

Dr. Carlos Flores Ramírez

Índice de contenidos

RESUMEN	<u>Pág.</u>
I. INTRODUCCIÓN	12
II. ANTECEDENTES	15
III. OBJETIVOS	46
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	48
V. RESULTADOS	57
VI. DISCUSIÓN	86
VII. CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	

Índice de cuadros

Cuadro 1	Características sociodemográficas de edad, etnia, escolaridad y estado civil de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	58
Cuadro 2	Características sociodemográficas de ocupación, residencia, grupo familiar y de nivel socioeconómico de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004	59
Cuadro 3	Número de hijos/as nacidos/as vivos/as tenidos/as por las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	60
Cuadro 4	Número promedio de hijos/as tenidos/as por las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, según grupos de edad, Guatemala noviembre 2004.	61
Cuadro 5	Características seleccionadas relacionadas con prácticas de salud preventiva en las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	62
Cuadro 6	Características seleccionadas relacionadas con actitudes y preferencias en salud de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000 y su grupo familiar, Guatemala noviembre 2004.	63
Cuadro 7	Variables seleccionadas relacionadas con la exposición a otros riesgos en salud de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	64
Cuadro 8	Tasas de mortalidad por departamento y municipios para mujeres de 10 a 49 años en Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	65

Cuadro 9	Tasas específicas de mortalidad por edad para mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	66
Cuadro 10	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad para mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	67
Cuadro 11	Razón de mortalidad estandarizada por edad, para mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, para el departamento y municipios, Guatemala noviembre 2004.	68
Cuadro 12	Causas de mortalidad entre mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	69
Cuadro 13	Razón de mortalidad proporcional por causa de muerte entre las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	70
Cuadro 14	Tasas de mortalidad por causa de muerte para mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, por departamento, distrito de salud y estrato socioeconómico del municipio, Guatemala noviembre 2004.	71
Cuadro 15	Indicadores de prevalencia de la mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004.	73
Cuadro 16	Tasas de mortalidad por causas de defunción evitables para mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, por departamento, distrito de salud y estrato socioeconómico del municipio, Guatemala noviembre 2004.	74
Cuadro 17	Mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, según criterio de evitabilidad de la defunción y estrato socioeconómico del municipio y del hogar, Guatemala noviembre 2004.	75

Índice de figuras

Figura 1	Perfil de mortalidad para mujeres en edad reproductiva del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000, por grandes grupos de causas de defunción. Total de mujeres de 10 a 49 años de edad.	76
Figura 2	Perfil de mortalidad para mujeres en edad reproductiva del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000, por grandes grupos de causas de defunción. Mujeres por grupos de edad.	77
Figura 3	Perfiles de mortalidad para mujeres en edad reproductiva de los Distritos de Salud del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000. Por grandes grupos de causas de defunción.	78
Figura 4	Perfiles de mortalidad para mujeres en edad reproductiva según nivel socioeconómico de los municipios del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000. Por grandes grupos de causas de defunción.	79
Figura 5	Perfiles de mortalidad para mujeres en edad reproductiva según nivel socioeconómico del hogar. Departamento de Sacatepéquez, año 2000. Por grandes grupos de causas de defunción.	80
Figura 6	Perfil de mortalidad para mujeres en edad reproductiva del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000, por grupos de causas de defunción evitables. Total de mujeres de 10 a 49 años de edad.	81
Figura 7	Perfil de mortalidad para mujeres en edad reproductiva del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000, por grupos de causas de defunción evitables. Mujeres por grupos de edad.	82
Figura 8	Perfiles de mortalidad para mujeres en edad reproductiva de los Distritos de Salud del Departamento de Sacatepéquez en el año 2000. Por grupos de defunción evitables.	83

Figura 9	Perfiles de mortalidad para mujeres en edad reproductiva según nivel socioeconómico de los municipios del Departamento de Zacatepec en el año 2000. Por grupos de defunción evitables.	84
Figura 10	Perfiles de mortalidad para mujeres en edad reproductiva según nivel socioeconómico del hogar. Departamento de Zacatepec, año 2000. Por grupos de defunción evitables.	85

Índice de tablas

Tabla 1	Causas de defunción observadas en mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, según criterio de evitabilidad.	72
---------	--	----

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las diferentes etapas de la vida presentan riesgos diferenciados de morbilidad y mortalidad en la población, dependiendo de factores como el estilo de vida, medio-ambiente, factores biológicos y el sistema de salud, el que a una persona le ocurra determinado evento de salud-enfermedad (1).

Muchas de las enfermedades tienen causas y consecuencias distintas en los hombres y en las mujeres. Este aspecto, generalmente, olvidado en la investigación, conduce a ignorar la posibilidad de que existan diferencias de diagnóstico, sintomatología, pronóstico y efectividad de los tratamientos entre hombres y mujeres. Este llamado “sesgo de la ciencia médica”, tiene efecto en la notificación de la enfermedad y la sub valoración del impacto de los estados morbosos en las mujeres (2), propiciando la pérdida de oportunidades para evitar la enfermedad y prevenir la discapacidad y la muerte.

La agrupación de las causas de muerte propuesta por Rutstein (3) y Taucher (4) considera como eje de agrupación el criterio de evitabilidad, mismo que es retomado por diferentes autores quienes clasifican las enfermedades en “evitables y difícilmente evitables, según condiciones socioeconómicas, características de la prestación de los servicios de salud, calidad del diagnóstico médico y, finalmente, de los avances del conocimiento científico y técnico en salud” (5).

Para efectos del presente estudio, la mortalidad prevenible en mujeres en edad reproductiva, es la muerte, resultante de un proceso de salud-enfermedad determinado por un conjunto de características

sociodemográficas y de condición de género, que determinan las posibilidades de las mujeres para tener un diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades tratables, condicionado, además, por factores estructurales del sector salud y de la articulación intersectorial, para la implementación de políticas que contribuyen a evitar riesgos en salud, mejorar la condición de la mujer y disminuir la violencia.

El estudio se realizó con el propósito de caracterizar la mortalidad en el grupo de mujeres en edad reproductiva -entre los 10 y 49 años de edad- del Departamento de Sacatepéquez, fallecidas en el año 2000, sus causas de muerte, los condicionantes socioeconómicos a los que estuvieron expuestas y el peso que representan las causas prevenibles o evitables en la mortalidad.

Se realizó un censo entre informantes claves que proporcionaron información de las mujeres fallecidas en los aspectos de interés, relacionados con sus características sociodemográficas y las condiciones que rodearon el proceso de salud enfermedad muerte. Se revisaron los registros de defunción y se evaluó la información contenida en los mismos en relación con la historia del proceso salud enfermedad de cada mujer -construida a partir de las entrevistas realizadas- y otros registros proporcionados por la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez.

Los principales resultados muestran que la mortalidad de las mujeres en edad reproductiva es inferior en Sacatepéquez en comparación con el nivel nacional. Para el grupo de 10 a 49 años, la tasa de mortalidad se calculó en 1.39 defunciones por cada 1,000 mujeres en esas edades, mientras que a nivel nacional la tasa es de 1.79 por cada 1,000 mujeres; esta diferencia representa que la mortalidad general en este grupo de edad, es 22% menor en el departamento que a nivel nacional.

Al interior del departamento, se encontraron grandes inequidades en salud entre los municipios, identificándose seis de ellos con un riesgo relativo de mortalidad muy superior al promedio del departamento; éstos son: Santa Lucía Milpas Altas, Santo Domingo Xenacoj, Alotenango, Santa Catarina Barahona, Santa María de Jesús y Santiago Sacatepéquez.

Los resultados del estudio permitieron conocer y caracterizar de mejor manera las causas de muerte que afectan a las mujeres en edad reproductiva; entre ellas, las causas evitables representaron el 82% de la mortalidad, mostrando un comportamiento diferencial entre distritos de salud y estratos socioeconómicos. También los resultados proporcionaron más información sobre la forma en cómo operan los condicionantes de la mortalidad en el proceso salud enfermedad de las mujeres, principalmente, los asociados o derivados de la condición de género, y, cuyo resultado se traduce, en este caso, principalmente en muertes prematuras y evitables.

Asimismo, se logró adaptar y probar esta metodología para el análisis de la mortalidad, misma que proporciona mayor conocimiento y otro enfoque para contribuir a la toma de decisiones más efectiva.

Las limitantes encontradas se relacionaron con la calidad de los registros de defunción, por lo que se trabajó sólo con la causa básica de defunción. El idioma, en el caso de algunas poblaciones indígenas, se resolvió con el apoyo de una traductora durante las entrevistas a informantes claves monolingües. Los resultados se ponen a la disposición de las autoridades de salud para apoyar el proceso de identificación de prioridades, la definición de estrategias y la asignación recursos para vigilar, prevenir y reducir la incidencia de problemas en salud que conducen a muertes evitables de mujeres entre los 10 y 49 años de edad.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

La mortalidad, en general, ha sido analizada desde diferentes enfoques, dependiendo del momento histórico y de la evolución de los indicadores de mortalidad. La salud y mortalidad de las mujeres se ha estudiado con un enfoque predominante en la salud y mortalidad materna. No obstante desde hace algunas décadas se realizan esfuerzos para incorporar al estudio de la mortalidad, el análisis diferenciado por sexo debido a las diferencias existentes en las condiciones de vida, a los factores que se exponen y a las enfermedades que afectan a los hombres y las mujeres.

Otro aspecto es la evolución del análisis de la mortalidad por si misma, habiéndose ampliado los enfoques e incorporado nuevos indicadores con el propósito no sólo para conocer el nivel de la mortalidad, sino, el estado de la salud de la población. Es así como entre otros, se aborda la medición de la carga de morbilidad en las poblaciones, la discapacidad, el concepto de muerte prematura, los años de vida potencialmente perdidos y el concepto de mortalidad evitable o prevenible como se le llama indistintamente en el presente estudio.

La mortalidad por causas evitables se sustenta en dos principios básicos de la atención en salud que son: la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, dado que la enfermedad y la muerte ocurren en un contexto social, se incorpora al concepto de evitabilidad, el de condiciones de vida.

Por otra parte, las consideraciones para la atención de la salud de la mujer encuentran fundamento ético en los compromisos nacionales e internacionales que respaldan y garantizan esta acción como un derecho de todas las mujeres. Además, encuentran fundamento técnico-científico en el perfil epidemiológico que define las principales causas de enfermedad y muerte en las mujeres durante las diferentes etapas del ciclo de vida y en las intervenciones que la evidencia científica, muestra como costo-efectivas para la prevención y tratamiento de las causas de estos problemas.

En el presente capítulo se expone de manera resumida la revisión bibliográfica realizada y los elementos que representan el fundamento conceptual orientador del estudio. Se presentan en el siguiente orden los enfoques para la atención de la salud en la población femenina; los condicionantes que influyen en el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva; y, los enfoques relacionados con el análisis de la mortalidad evitable.

II.1 Enfoques para la atención de la salud de las mujeres

A nivel mundial, el interés por la salud de la mujer desde una perspectiva integral es relativamente reciente. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979, aborda la discriminación generalizada de índole social, cultural y económica contra la mujer y declara “que los Estados deben esforzarse por modificar las pautas sociales y culturales de conducta que crean estereotipos para uno y otro sexo o colocan a las mujeres en posición de inferioridad”. En este contexto destaca la obligación de los estados de velar por eliminar la discriminación contra la mujer en cuanto al acceso a los servicios de salud y reconocer la

planificación familiar como intervención de salud. Obliga a los Estados a asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, entre otras medidas.

Más tarde, en la década de los años 80 es fortalecida con la “Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos” lanzada por la Organización Panamericana de la Salud en 1987, propiciando que por primera vez, un programa de salud pusiera especial énfasis en la madre (6). La iniciativa, aunque trajo a la luz el problema de la mortalidad materna, dejó fuera el abordaje de otros problemas de salud que afectan a las mujeres, no vinculados con la maternidad.

Surgen posteriormente otros enfoques como el de salud reproductiva y más recientemente el de salud integral de la mujer que incluye todos los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio, pero se agregan, también, los problemas de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, así como los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Así, el concepto integral de salud de la mujer rebasa al de salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todas las etapas del ciclo de vida de las mujeres (7).

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), se respalda una nueva estrategia en la que destacan los vínculos existentes entre la población y el desarrollo y se centra la atención en la satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres particulares más que en el logro de objetivos demográficos. Un elemento fundamental de este nuevo criterio consiste en “dar a la mujer las armas necesarias para mejorar su situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios”, entre ellos los de salud. Este enfoque parte de un criterio ampliado en materia de derechos sexuales y salud

reproductiva. Destaca las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto como las principales causas de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva en la mayoría de países en desarrollo. Identifica la edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres, como los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad materna.

La importancia del sexo y la condición de género para la salud de la mujer fue enfatizada en dos conferencias de las Naciones Unidas: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo , El Cairo, 1994 (CIPD) y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. Estas conferencias permitieron ampliar la definición de salud al bienestar físico, emocional y social de la mujer, lo que permitió posicionar el tema de la salud en el contexto más amplio de la vida social, política y económica de la mujer.

Para las mujeres, la maternidad ha sido en gran medida, el enfoque central de los programas de salud pública en países en desarrollo. Así lo denota la definición de los modelos de política de salud basados en la transición demográfica –entendida como un paso de niveles altos a niveles más bajos de mortalidad y fecundidad- y un perfil epidemiológico esperado, como el descrito por la CELADE/CEPAL (8). En sociedades en transición demográfica “incipiente”, como clasifican a Guatemala, el enfoque de la política debería ser la atención materno infantil. Sin embargo, en sociedades en procesos de transición más acelerados que se reflejan en un mayor descenso de la mortalidad y la fecundidad, las prioridades de la política de salud deberían estar orientadas, además, a la atención de las necesidades en salud de las personas jóvenes y adultas y a prevenir, también, enfermedades crónicas e infecciones transmisibles sexualmente.

Para Langer y Lozano (9), la salud de la mujer es “una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer; en otras palabras, a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino, y, a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Por su parte, los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud; a la aportación monetaria de la mujer al ingreso familiar, a su carga de trabajo, y al poder de decisión en la familia y la sociedad”.

Estos autores proponen que la atención de la salud de la mujer debe partir del perfil de salud y de definición de las causas de los problemas de salud. En este sentido, señalan la existencia de “determinantes subyacentes”, que se refieren a las condiciones biológicas y sociales que rodean la vida de las mujeres; “determinantes próximos”, que son las circunstancias que influyen directamente sobre su salud, y, se constituyen factores de riesgo o protectores ante la enfermedad. Por último, mencionan los resultados medidos en la condición de salud y que son el resultado neto de los determinantes mencionados. Los factores subyacentes aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a los factores de riesgo para enfermar. Estos se relacionan con el estado nutricional de las mujeres; con los patrones reproductivos; el acceso a información sobre las formas de cuidar su salud y regular su fecundidad; así como con la atención de los servicios de salud. La falta de atención, o la atención de mala calidad, tiene profundas implicaciones para la salud de la mujer, toda vez que es el mecanismo con que cuentan para enfrentar los problemas de salud. Por ello, la utilización de servicios de salud puede considerarse como un factor de riesgo o de protección –según el grado de acceso oportuno a servicios de calidad- para la salud de la mujer.

El enfoque de necesidades diferenciadas por condición de género y ciclo de vida determina que la desigualdad de género y la discriminación perjudican la salud de las niñas y las mujeres durante toda su vida y la falta de atención integral a sus necesidades en salud les impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad. Existen problemas ginecológicos crónicos que no han sido tratados, como infecciones y prolapso uterino que afectan a muchas mujeres y cuyas molestias asociadas son aceptadas como algo normal en la vida de una mujer (9), al igual que la mortalidad materna.

Las infecciones de transmisión sexual representan, actualmente, uno de los mayores riesgos para la salud de las mujeres. El doble estándar respecto de la sexualidad niega a la mujer la capacidad y decisión de tener relaciones sexuales o negociar con su pareja el uso del condón y, al mismo tiempo, alienta a los hombres a tener múltiples parejas sexuales. Como resultado, las mujeres no pueden protegerse a sí mismas del embarazo no deseado, de las infecciones de transmisión sexual, ni de sus consecuencias para la salud de ambos (10).

En la medida en que el ciclo vital se extiende en los países en desarrollo, cada vez más mujeres, experimentan los desafíos que se presentan con el inicio de la vejez. Cuando la mujer llega a la menopausia, podría necesitar ayuda para manejar sus síntomas. De manera que cada vez más, la mujer enfrenta una serie de nuevos riesgos para su salud, como el cáncer de mama, trastornos cardiovasculares, y, osteoporosis, los cuales pueden restringir sus actividades diarias y acortar sus vidas.

Respecto al ciclo de vida, Langer y Lozano (9) plantean que “si bien una red multicausal es la que determina la salud, enfermedad y muerte en todas las etapas del ciclo vital, el peso de los factores no se distribuye uniformemente en todos los individuos ni a lo largo de la existencia”. Así, los niños y las

mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos, y, los grupos que padecen condiciones de vida desfavorables enfrentan mayores riesgos que quienes gozan de un buen nivel socioeconómico. Las razones que subyacen a esta vulnerabilidad diferencial son las características biológicas que vuelven a ciertos individuos –que se encuentran en determinadas etapas de la vida- particularmente susceptibles a circunstancias del entorno. En el caso de las mujeres, a los riesgos inherentes a la reproducción se suma la discriminación y falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad.

Guatemala mantiene el enfoque en la atención materno infantil como el predominante. Así lo determinan las metas de la Política Nacional de Salud 2000-2004, que se circunscriben, fundamentalmente, a la reducción de la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la erradicación de enfermedades inmuno-prevenibles, según lo descrito en el Plan Nacional de Salud 2000-2004 del Ministerio de Salud (11). En el país, la definición de las metas de la política de salud expresan, principalmente, la intención de afectar el nivel y estructura de salud, mediante una reducción en la morbilidad y mortalidad básica; en este caso la mortalidad materna e infantil.

II.2 Condicionantes de la salud de las mujeres

La muerte, en ausencia de violencia, no es sino el último acontecimiento en un proceso continuo de salud-enfermedad en progresivo deterioro. Las estadísticas de mortalidad reflejan una historia incompleta de la enfermedad y menos completa aún de los factores determinantes de la salud individual y colectiva. En este sentido, abordar los determinantes de las condiciones de la salud de las mujeres permite conocer en gran medida las causas sociales y condicionantes de la mortalidad, así como anticipar la presencia de las

principales causas de muerte que afectan a las mujeres en diferentes contextos sociales.

Las mujeres presentan una serie de características que determinan, por aspectos biológicos y de condición de género, la susceptibilidad y la respuesta de las mismas a los problemas de salud (2, 12), así como otras necesidades en salud, además de la atención materna. La situación nutricional, el acceso y uso de los servicios de salud, las limitaciones que le impone la cultura o sociedad para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) que pueden degenerar en un cáncer de cuello uterino o en una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otras, así como la tendencia a buscar tardíamente la atención frente a un problema de salud, resultan en un mayor tiempo de recuperación (2) y una mayor posibilidad de sufrir una muerte prevenible.

- **Sexo y condición de género**

El sexo y el género determinan las necesidades y posibilidades en salud de las mujeres. El sexo o las diferencias biológicas determinan riesgos diferentes para mujeres y hombres -como el embarazo, el cáncer de mama y la menopausia – que constituyen temas de salud que afectan exclusivamente a la mujer. Estas diferencias también conllevan variaciones entre hombres y mujeres en lo que respecta a otras afecciones tales como la depresión, las enfermedades cardiovasculares, y otros problemas de salud.

La valoración de los síntomas, la medición de la capacidad para enfrentar el problema y la selección del tipo de ayuda, son de las etapas del proceso de toma de decisiones en salud que siguen las mujeres en su decisión de buscar ayuda frente a un problema de salud, mismos que son influidos por la

condición de género y la valoración y priorización que la sociedad determina para las necesidades de las mujeres y que por comportamientos aprendidos y muchas veces obligados por la sociedad y las familias, las mujeres terminan practicándolos (13).

“El sometimiento de la mujer y la valoración negativa de su sexualidad conducen a un amplio rango de manifestaciones para garantizar la fidelidad y buen comportamiento de las esposas” de acuerdo a lo anotado por Langer y Lozano (9). Esta situación provoca que las mujeres encuentren múltiples dificultades para negociar condiciones de seguridad en las relaciones sexuales que emprenden y representan una realidad en la mayor parte del mundo, y se expresan en la limitada autonomía de la mujer para protegerse contra las ITS, el Sida y el embarazo no deseado.

El género o las diferencias socioculturales que existen entre mujeres y hombres constituyen otro obstáculo para la salud de la mujer. Los roles, los derechos, las responsabilidades y el lugar asignado a la mujer dentro de una sociedad son situaciones que dejan a las mujeres vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, a una alimentación deficiente, y al abuso físico y psicológico; también limitan el acceso de las mujeres a la atención de salud.

- **Educación**

La educación y el acceso a información es otro de los aspectos que se refleja en el estudio de De La Cuesta-Benjumea (13) que identifica al conocimiento y creencias populares con un peso importante en el proceso de decisiones en salud de las mujeres. Indica que cuando las mujeres creen tener una explicación para un síntoma, no piensan que sea necesario acudir en busca de ayuda por parte del personal de salud. Esta característica asociada al

criterio de pérdida de funcionalidad y de gravedad, puede tener un impacto importante en la mortalidad prevenible entre mujeres de 10 a 49 años.

Langer y Lozano (9) señalan que “la falta de educación condena a la mujer a un bajo estatus social, a la ignorancia de sus derechos, a una oportunidad restringida de acceso al mercado laboral, y, a una baja autoestima. Asimismo, la baja escolaridad de una mujer determina que los problemas de salud de ella y de sus hijos sean tardíamente reconocidos e inapropiadamente enfrentados, como lo demuestra la consistente asociación entre baja escolaridad y exceso de mortalidad materna e infantil encontrada”.

- **Ingreso, capacidad y voluntad de pago**

Las desigualdades por condición de género aumentan los problemas de las mujeres desde del ámbito de la atención de salud. La distribución de los recursos familiares, incluido el acceso a atención en salud, depende mucho más de la condición social de los miembros de la familia que de sus necesidades. Las familias se demoran mucho en reconocer cuándo las mujeres jóvenes y adultas presentan problemas de salud, demoran en buscar tratamiento y gastan menos dinero en las medicinas para ellas (10).

Por otra parte, las limitaciones económicas no puede dejar de considerar la relación entre el género y las barreras estructurales económicas al acceso a la atención en los sistemas de salud. “El principio de equidad distributiva de la carga financiera de la atención, según el cual el pago respondería a la capacidad económica de las personas, se ve vulnerado doblemente en el caso de las mujeres dentro de los sistemas de financiamiento no solidario. Primero, por su mayor nivel de necesidad, las mujeres demandan, como grupo social, más servicios y se ven forzadas a pagar más que los hombres por mantener su salud. Segundo, esta desigualdad absoluta se agudiza en

términos proporcionales al considerar la menor capacidad económica que, también como grupo, tienen las mujeres” determina Gómez (14).

Langer y Lozano (9) iustran bien el fenómeno de la división y valorización diferencial del trabajo según el género en América Latina y el Caribe cuando describen que “más del 50% de las mujeres no participan en la fuerza de trabajo remunerado; las tasas de desempleo femenino son invariablemente mayores que las masculinas; las mujeres se concentran en ocupaciones de baja remuneración o perciben salarios inferiores por el mismo trabajo; hay una sobrerrepresentación femenina en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, como son el trabajo en el sector informal y el empleo a tiempo parcial; y, el acceso a través del trabajo a beneficios de seguro de salud a largo plazo es más limitado para las mujeres, debido a las discontinuidades laborales ocasionadas por la gestación y la crianza de los hijos”.

La desventaja femenina en cuanto a la capacidad de pago se deriva en primer lugar de la división del trabajo por género, que descarga sobre las mujeres la responsabilidad principal del trabajo doméstico, restringiendo así sus oportunidades en el mercado laboral. El segundo factor, talvez más importante aún, es la desvalorización social del trabajo que realizan las mujeres en el hogar y en el mercado de trabajo.

Gómez (14) reporta que la tendencia media hacia una mayor utilización de servicios por parte de las mujeres ha sido observada en distintos contextos culturales de América Latina, con diferentes niveles de ingreso y gasto familiar, mostrando algunas excepciones en los grupos de menores ingresos. Sin embargo, al ajustar la utilización de los servicios por “necesidad”, la utilización de los servicios en los estratos pobres dejó de ser mayor que la masculina.

De La Cuesta-Benjumea (13) identificó que uno de los aspectos que la mujer considera en el proceso de toma de decisiones en salud es su capacidad económica para hacerse cargo de la enfermedad, previendo el costo y consecuencias que ello puede llegar a suponer en caso de que se complique o agrave la condición de salud; entre las que cuentan lo que dirá su pareja o lo que se dejará de invertir en la familia, los hijos e hijas y hasta en la casa. Se reporta que la mujer consulta sólo por aquellas dolencias que no pueden manejar.

La OPS (15) estima que existe considerable evidencia empírica para la relación existente entre desigualdad socioeconómica y mortalidad. Los resultados apuntan hacia la existencia de desigualdades en el ingreso y el riesgo de morir. El estudio señala que entre los hombres de 45 a 64 años el riesgo de morir es relativamente similar entre los diferentes países, independientemente de su ingreso per cápita. Sin embargo, este resultado contrasta con el comportamiento observado entre las mujeres de la misma edad, grupo en el cual se observa una mortalidad más elevada en los grupos de países con menor ingreso per cápita.

Gómez (14) señala que entre los factores sociales de género que originan inequidades en el acceso a los servicios de salud por insuficiencia en el ingreso, está “la mayor carga de responsabilidades familiares de las mujeres, su menor poder adquisitivo para comprar directamente servicios y las características del trabajo, que las sitúan en desventaja para acceder a planes de aseguramiento”.

- **Violencia intrafamiliar**

Estudios sobre el tema identifican el uso de la fuerza física por una o más personas contra otra, con la intención de provocar un daño físico, que se da

entre cónyuges o familiares, independientemente del sitio de ocurrencia y del nivel de parentesco.

Hijar-Medina (16) comparó las características de las lesiones, producto de violencia familiar, con las producidas por otro tipo de violencia y determinó la asociación entre dichas variables y la demanda por lesiones provocadas por violencia familiar. El 16.4% correspondió a lesiones por violencia familiar y el resto a otro tipo de violencia. Se observaron diferencias considerables en la distribución por sexo, pues, para los otros tipos de violencia (riña y asalto) la mayor parte de los casos correspondieron al sexo masculino, mientras que en el caso de la violencia familiar, las mujeres fueron las más afectadas (76% de los casos). El grupo de edad más afectado por cualquier tipo de violencia fue el de 15 a 29 años. En el caso de la violencia familiar se observó que en 50% de los casos, los lesionados fueron mayores de 30 años. En cuanto al nivel de escolaridad, no hubo diferencias significativas por tipo de violencia para esta variable.

Lo reportado por Hijar-Medina (16) es consistente con lo reportado en estudios previos, en donde se señala que las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un mayor riesgo de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes, en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava los riesgos a su salud. Los vínculos sanguíneos y afectivos entre agresor y agredido dificultan el reporte de las lesiones, por el temor a una violencia mayor o por las barreras sociales que rodean el fenómeno (17).

- **Consumo de drogas y alcohol**

El incremento en el consumo de drogas y alcohol es otro factor desencadenante de otras enfermedades. Caraveo-Anduaga (18) señaló que

96.5% de la población masculina y 81.1% de la población femenina han consumido al menos una copa de alcohol en su vida. En promedio, la edad de inicio en el consumo fueron los 16 años para los varones y los 18 años para las mujeres. Por los grupos de edad, se apreció una clara tendencia a beber la primera copa a edades más tempranas, sobre todo, entre las mujeres. Los resultados hicieron evidente un incremento en el consumo de alcohol entre las mujeres. De la población bebedora, 60% redujo su ingesta antes de los 30 años; sin embargo, el 40% restante ha continuado bebiendo igual o en mayor cantidad, en particular, las mujeres. El estudio determinó que la edad de inicio en el consumo del alcohol se ha reducido entre las mujeres, y, se aprecian tendencias al exceso. En un trabajo reciente se identificó que el alcoholismo femenino se asocia fuertemente con un patrón de consumo predominantemente limitado al hogar y en aislamiento, además que el mayor consumo de alcohol en las mujeres se está dando durante los años de gestación y crianza de los hijos, de tal manera que se incrementan los riesgos, tanto para la salud en general, como para la salud mental.

- **Actitudes y preferencias en salud**

Los comportamientos y modos de vida están también asociados a la condición de género y, por lo tanto, reviste características especiales en los hombres como en las mujeres. Langer y Lozano (9) identifican conductas que cumplen como funciones protectoras para la salud, tales como el autocuidado, la consulta oportuna. Otras, por el contrario, como el consumo de tabaco y alcohol, constituyen factores de riesgo.

Relacionado con el autocuidado de la salud, De La Cuesta-Benjumea (13) señala que, por lo general, las mujeres no practican conductas o comportamientos que cumplan funciones protectoras en salud. La pérdida de funcionalidad es el criterio fundamental que utilizan las mujeres para

atribuirle verdadera importancia a un síntoma y esperan hasta el momento en que ya es poco lo que puede hacerse o es tarde para un tratamiento oportuno. Esta característica influye en el sistema de valores y creencias que se traducen en el campo de la salud, a una comunicación inoportuna del síntoma a personal médico, debido a la aplicación del criterio de gravedad que la mujer determina para si misma, el cual difiere en gran medida cuando se trata de la salud de un hijo o hija u otro familiar.

Los estudios señalan que en las mujeres las conductas protectoras para la salud son poco frecuentes y las que constituyen factores de riesgo van en aumento.

Cuando la mujer finalmente decide buscar ayuda, se inicia un proceso de evaluación acerca de la competencia y capacidad del personal de salud que se busca para resolver el problema. No obstante, en la valoración de la competencia pueden intervenir diversos factores. Un estudio realizado en los Estados Unidos determinó que la clase social, la confianza en el profesional de la salud, las relaciones que se establezcan con el mismo y la propia experiencia de la enfermedad (19) son variables que influyen en la selección final. Otro aspecto son los mitos de la sexualidad y el cuerpo, donde el conocimiento de las mujeres de sus propios cuerpos, la menstruación y la sexualidad, es extremadamente limitado, y, proviene más de la experiencia que de la enseñanza.

- **Patrón de uso de servicios**

Gómez (14) identifica dos hipótesis explicativas de las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres. Las mujeres tienen una necesidad real mayor que los hombres por su función

reproductiva que generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la mayor utilización de servicios por parte de las mujeres no es una constante en todos los grupos sociales. Por el contrario, la naturaleza y la magnitud de las diferencias por sexo en la utilización de servicios de salud son mediadas por factores de ingreso económico, edad, etnia y lugar de residencia, así como por variables ligadas al tipo de esquema de financiamiento y organización de tales servicios.

La premisa de una mayor utilización de los servicios por parte de las mujeres esconde grandes diferencias entre grupos socioeconómicos y con respecto a la satisfacción del tipo de necesidades. La mayor utilización de los servicios reportada durante la edad reproductiva tiende a reducirse e, incluso, a desaparecer en las edades últimas del período reproductivo y edades más avanzadas incrementado los riesgos en salud para las mujeres a partir del segundo ciclo de sus años reproductivos. La mayor utilización de servicios preventivos puede traducirse en una mayor exposición a la posibilidad de detección de síntomas de manera oportuna.

- **Percepción de los estados de enfermedad**

De La Cuesta-Benjumea (13) concluye que la toma de decisiones en salud en las mujeres, inicia con la valoración del síntoma que se realiza de manera subjetiva y de forma comparada con las variaciones del estado de salud en un tiempo determinado o, bien, en relación con otras personas, por lo que la importancia que se le atribuye al síntoma depende de la percepción y del contexto de cada mujer. En su estudio, los parámetros considerados con mayor frecuencia en esta etapa, fueron: la gravedad, intensidad, la persistencia, evolución y hasta la consideración de normalidad. Se

identificaron valoraciones por parte de las mujeres como las siguientes: “dolor horrible”, “nada serio”, “no se quita”, “está peor”, “es algo normal” y “se quitan”.

Por otra parte, señala que los patrones respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención son diferenciales entre hombres y mujeres. En este sentido puntualiza en que la autopercepción de la enfermedad es también, sistemáticamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y, esta diferencia se mantiene en diferentes culturas, regiones geográficas y estratos socioeconómicos. “Tal percepción refleja la realidad objetiva de carácter epidemiológico, pero, como se plantea a continuación, responde también a condicionamientos culturales de género que afectan al reconocimiento de las dolencias y a la libertad o inhibición para expresarlas”. Indica que “aunque las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y tienden a solicitar ayuda más frecuentemente que los hombres, cuando se enfrentan a problemas de salud graves, las mujeres y los hombres no difieren sustancialmente en su conducta de búsqueda de atención”.

- **Enfoque de género en los servicios de salud**

Desde el enfoque administrativo “la consideración de los factores de género es relevante en el análisis de la equidad en el acceso a los servicios de salud. La aplicación de los principios de equidad en la distribución de beneficios y cargas de la atención de la salud, exige considerar la correspondencia entre servicios y necesidades diferentes de mujeres y hombres a lo largo de la vida y, entre pago por servicios y capacidad económica de las personas”. Asimismo, señala que “operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias

remediables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles”, indica Gómez (14). En la organización de los servicios de salud, determina que el género se ha limitado a considerar las necesidades asociadas a las diferencias biológicas de sexo. Todavía no se consideran en su dimensión real las interacciones entre el sexo y variables no relacionadas con necesidades biológicas, tales como la cobertura y modalidad de aseguramiento, el nivel de ingreso discrecional, la autonomía en la toma de decisiones y la carga de responsabilidad familiar dentro de los modelos de atención.

A nivel de provisión de servicios de salud esta autora menciona que también sufren de sesgos de género. Los proveedores de salud a veces tratan a las mujeres de manera irrespetuosa y visualizan el cuerpo de la mujer y el proceso reproductivo como posibles problemas médicos; los investigadores excluyen a las mujeres de los estudios clínicos y se centran en las solicitudes de los hombres; asimismo, las mujeres son excluidas de la planificación y la toma de decisiones en políticas de salud.

II.3 Causas de morbilidad y mortalidad en mujeres de edad reproductiva

Estudios de causas de muerte en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 1990) reflejan importantes diferencias según el género. Para los hombres, las primeras causas corresponden a homicidios, accidentes, cirrosis, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Para las mujeres, en cambio, las principales causas de muerte corresponden a neoplasias, patologías cardiovasculares, accidentes, problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio (mortalidad materna) y, por último, la violencia.

Algunos aspectos de las principales causas de mortalidad y morbilidad documentada de mujeres en edad reproductiva se describen a continuación.

El cáncer representa una de las dos principales causas de muerte para hombres y mujeres de 15 a 44 años en América Latina. La razón de mortalidad masculina / mortalidad femenina por tumores malignos señala una sobremortalidad de las mujeres. La diferencia se acentúa en países de menor desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Esta sobremortalidad femenina se explica, en gran medida, por la elevada frecuencia del cáncer de cuello de útero.

La población femenina está afectada, principalmente, por tumores del cuello de útero (cáncer cérvico-uterino), de mama, de estómago y, en cuarto lugar, de tráquea, bronquios y pulmón. Los cánceres ginecológicos pueden llegar a ocupar el primero y segundo lugar.

El cáncer de cérvix o del cuello uterino es el segundo más importante en el ámbito mundial entre las mujeres con una incidencia aproximada de 427,000 casos nuevos cada año (21). Se reporta que su incidencia varía entre países de acuerdo con los servicios preventivos que se ofrecen y que dos terceras partes ocurren en países en desarrollo (22). Lazcano-Ponce (23), señala que “el cáncer cervical es el tipo más común de neoplasias entre las mujeres de Latinoamérica y el Caribe. De hecho, las tasas de incidencia más altas en el mundo corresponden a los países de esa región...”.

La baja cobertura de los programas de detección oportuna del cáncer de cérvix contribuyen de un modo importante a esta alta prevalencia. La cobertura se distribuye de un modo desigual entre mujeres de diferente estrato socioeconómico, siendo las más pobres y con acceso inadecuado a

los servicios de salud, aquellas con menor oportunidad de que el cáncer sea detectado a tiempo.

En Guatemala el registro de cáncer del Instituto Nacional de Cáncer (INCAN), reporta para el año 1995 que el cáncer de cérvix representó el 41.5% del total de las neoplasias consultadas para ambos sexos. Las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino ascienden con la edad reportándose tasas de 5.63, 13.8, 29.9, 35.5 por 100,000 entre las mujeres de 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años de edad, respectivamente, llegando hasta una tasa del 72 por 100,000 en las mujeres de 65 años y más para el año 1994 (21). Estos datos señalan que la edad donde inicia el mayor riesgo de muerte es de los 30 años en adelante.

La Encuesta de Salud Materno Infantil del año 2002 para Guatemala, identificó que alrededor del 75% de las mujeres de áreas rurales y urbanas pobres nunca se ha realizado un Papanicolau (21) o prueba de detección temprana del cáncer de cervix. Este tumor se asocia con el Virus del Papiloma Humano, infección de transmisión sexual y entre los factores de riesgo se encuentra el inicio temprano de las relaciones sexuales y haber tenido varias parejas sexuales.

Estudios refieren que las razones para la baja utilización de los exámenes de papanicolau son complejos, “pero uno de los más importantes es la presencia de un profesional de salud que recomiende o practique el procedimiento”, según Arillo-Santillán (24). Asimismo, reporta que entre el 49% y 79% de profesionales de la salud, atribuye a las mujeres la ineffectividad del programa de detección de cáncer; el 40% por ciento desconoce la asociación entre el Virus de Papiloma Humano y el cáncer de cérvix y sólo el 55% considera que es un problema de salud pública.

El cáncer de mama aunque es más frecuente en países desarrollados está aumentando en todas las partes del mundo. Afecta con más frecuencia a mujeres mayores de 50 años y entre los factores de riesgo identificados se pueden mencionar: la menarquia temprana, edades por arriba de los 55 años, antecedentes familiares, sedentarismo, primer embarazo después de los 30 años, dieta rica en grasas saturadas (21).

Las enfermedades cardiovasculares incluyen a las enfermedades del corazón y a las cerebrovasculares. Estas últimas son más comunes en mujeres en el grupo de 25 a 44 años en más de la mitad de los países de América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Por su parte, las enfermedades cardíacas son más comunes en hombres de la región, con excepción de República Dominicana, Guatemala, Perú y Panamá (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Entre los factores que ocasionan este incremento en las mujeres, es importante mencionar los cambios hormonales después de la menopausia, la mayor frecuencia de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. A ellos se agrega un elemento esencial, estrechamente asociado con las condiciones de género: los padecimientos cardiovasculares son reconocidos y tratados más tardíamente en las mujeres que en los hombres debido a que, a pesar de su alta frecuencia, una elevada proporción de los proveedores de servicios de salud consideran a estos problemas como propios del sexo masculino, según lo referido por otros autores.

La mortalidad materna es otra de las causas que continúa siendo elevada en Guatemala y otros países de la región y el mundo. Este fenómeno muestra importantes diferencias, según las características sociodemográficas individuales y las de las comunidades donde las mujeres habitan. El indicador de la mortalidad materna es sensible a las condiciones socioeconómicas de la población. En Guatemala, se estimó para el año 2000

una razón de mortalidad materna de 153 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos.

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema común, mediante consecuencias agudas y crónicas severas para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, para las cuales están disponibles métodos de examen, diagnóstico y tratamiento efectivo. La investigación epidemiológica ha demostrado la amplia gama de complicaciones que pueden atribuirse a las ITS. El virus del papiloma humano, otro agente que causa infecciones del tracto genital, está asociado con el cáncer cervicouterino en tal grado que la tendencia actual es considerar esta neoplasia como una enfermedad de transmisión sexual. Por otra parte, la mortalidad por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida cobra también cada día mayor importancia como causa de mortalidad entre la población femenina.

La existencia de una compleja red de factores biológicos, culturales y económicos es responsable de la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. En el plano biológico, la probabilidad de que por cada relación heterosexual un hombre transmita una infección a una mujer es dos veces más alta que en el caso opuesto, de la mujer al hombre.

Las mujeres también se vuelven vulnerables a sufrir problemas de salud mental principalmente durante el embarazo, debido a que los trastornos mentales graves se inician en la adolescencia o a principios de la edad adulta y luego se vuelven crónicos o recurrentes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (25), el problema de las enfermedades mentales ha sido subestimado en gran medida: por las enfermedades mentales y neurológicas las cuales representan el 11 por ciento de las enfermedades a nivel mundial

y el 28 por ciento de todos los años vividos con discapacidad. Las enfermedades mentales también son la causa del 14 por ciento de las consultas médicas en los países en desarrollo. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de padecer depresión que los hombres. Además, la depresión es la causa principal de carga de morbilidad entre las mujeres de las regiones en desarrollo. Las mujeres también enfrentan un mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad. Si bien las diferencias biológicas pueden contribuir a este mayor riesgo, al parecer son las desventajas económicas y sociales de la mujer las que, finalmente, marcan las diferencias de género en lo relativo a la salud mental.

Del estudio enfermedad de Murray y López (26) sobre años de vida perdidos (AVP) por sexo y edad, se determina que para 1990 en América Latina, el 28.5% de los AVP en mujeres de todas las edades fue aportado por las de 15 a 44 años. Asimismo, que en este grupo edad, el 43% se debe a enfermedades transmisibles, maternas y condiciones nutricionales, destacándose las maternas, tuberculosis y las ITS/VIH. Las no transmisibles representan el 40% de los AVP, destacándose las condiciones neuropsiquiátricas, entre ellas la depresión. El 17 % de los AVP entre mujeres de 15 a 49 años de edad se debe a accidentes y violencia.

▪ **Clasificación de las causas de muerte**

**Lista abreviada de causas de muerte según
Décima clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)**

Grupos de causas de defunción	Causa básica de defunción
Enfermedades transmisibles (Grupo 1)	• Enfermedades infecciosas • Parasitarias • Meningitis • IRAS Neumonía • Influenza • SIDA
Tumores (Grupo 2)	• Tumores malignos • Tumores benignos • Carcinoma in situ • Tumores de evolución incierta • Tumores de naturaleza no especificada
Enfermedades del aparato circulatorio (Grupo 3)	• Fiebre reumática aguda • Enfermedades reumáticas crónicas del corazón • Enfermedad hipertensiva • Enfermedad isquémica del corazón • Enfermedad cerebro-vascular • Otras enfermedades del aparato circulatorio
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (Grupo 4)	• Enfermedades de la madre y complicaciones obstétricas que afectan al feto o al recién nacido • Crecimiento fetal lento • Malnutrición e inmadurez fetal • Traumatismo del nacimiento • Hipoxia • Asfixia y otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido • Infecciones propias del período perinatal • Otras afecciones • Otras afecciones mal definidas
Causas externas (Grupo 5)	• Accidentes • Suicidio • Homicidio • Lesiones por intervención legal • Lesiones por operaciones de guerra • Lesiones intencionalmente inflingidas
Las demás enfermedades (Grupo 6)	Todas las otras causas definidas no incluidas en los grupos 1 a 4 ni en el grupo 5 de causas externas

Fuente: Pan American Health Organization. Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 2003. Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization.

(a) Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión mortal)

II.4 Enfoques para el análisis de la mortalidad prevenible

De acuerdo con la OPS (27), la nomenclatura internacional identifica la mortalidad por causas a partir de una clasificación general que establece tres tipos de causa de muerte: la causa directa de muerte como la enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente; la causa básica como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o la circunstancia del accidente o violencia que produjo la lesión fatal; y la causa condicionante como los antecedentes y/o condiciones morbosas, si existiera alguna que produjera la causa básica de muerte.

El concepto de la mortalidad prevenible o evitable tiene su origen en la década de los años 70 como indicador de la atención en salud en países desarrollados. Se desarrolló con el propósito de identificar problemas que de otra forma pasaban desapercibidos y eran enmascarados por las estadísticas e indicadores de salud y mortalidad. Tiene su base en dos aspectos fundamentales de la atención en salud que se traducen en enfermedades prevenibles y enfermedades tratables. A partir de estas premisas y la de muerte prematura, como la que ocurre en edades anteriores a la establecida por la expectativa de vida al nacimiento, se construye el concepto de mortalidad prevenible.

Desde su origen, los criterios de evitabilidad han sido actualizados con cierta periodicidad, actualizando la lista de enfermedades prevenibles y tratables conforme los avances tecnológicos y la investigación científica, así como también en el establecimiento de las edades para definir la edad a partir de la cual la se considera muerte prematura.

El concepto ha sido aplicado al análisis de la mortalidad en Europa y, en países de América Latina, se han realizado análisis de mortalidad evitable en México y Cuba.

Taucher (4) propone la agrupación de causas de mortalidad según criterio de evitabilidad, mismo que está orientado hacia la definición de prioridades y la evaluación de resultados de acciones y programas de salud, siendo la base de la agrupación por evitabilidad el que las medidas sean del mismo tipo. Así se encuentran las causas evitables por vacunación; las evitables por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado; las evitables a través de la aplicación de medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria; las evitables por la aplicación de medidas combinadas, es decir, medidas comprendidas en más de un grupo; las difícilmente evitables con los conocimientos y el desarrollo tecnológico actual; y, el resto de las defunciones (causas no identificadas en ninguno de los grupos anteriores).

Las causas prevenibles por acciones conjuntas de carácter multisectorial están asociadas con la existencia o ausencia de un conjunto de medidas asociadas y complementarias a la prestación de servicios de salud y acciones de orden económico, señala Molina (5). Se consideran como medidas asociadas: la educación, el desarrollo económico, el mejoramiento de la condición de la mujer en la sociedad, entre otros.

Por otra parte, recientemente, la OPS (27) señaló que “los criterios de evitabilidad de las causas de muerte pueden variar de acuerdo con el momento histórico en que se trabaja, con la disponibilidad de tecnologías o recursos, con la experiencia del país o, también, por la comparación con paradigmas” y la agrupación de las causas dependerá del tipo de análisis que se pretenda realizar. Para llegar a comprender mejor el comportamiento

de la mortalidad en una población, es necesario profundizar en las principales causas de fallecimiento de sus habitantes. Toda defunción tiene una causa, el análisis de estas causas y su evolución, permiten lograr una mejor comprensión de las variaciones producidas en la mortalidad general. Se entiende por causa de muerte a la enfermedad, el traumatismo o la lesión que provocó que la persona dejara de existir. De este modo, la evolución en el patrón de mortalidad de una población, depende de las modificaciones observadas en las causas de defunción.

Las causas de muerte se catalogan como múltiples y se las define de la siguiente manera: causa básica, como la enfermedad que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte; causa condicionante o determinante como las enfermedades que dieron inicio a la cadena de eventos que condujeron a la muerte; la causa que interviene, como toda aquella condición producida por la causa básica; causa contribuyente (son todas aquellas condiciones que no son parte de la cadena de sucesos que condujeron a la muerte pero que contribuyeron a ésta); causa asociada, como todas las otras condiciones que no sean clasificadas en las categorías anteriores, de acuerdo con lo presentado por Ríos-Massabot (28).

Otros destacan el concepto de patología social como el estudio de la persona enferma y la enfermedad desde la base de las causas sociales de las enfermedades. La enfermedad social la define como la dominante en una sociedad, en un momento determinado por sus repercusiones sociales: demográficas, sanitarias, económicas y culturales, mismas que pueden provocar la muerte. Identifica las causas sociales como los factores sociales que actúan como vehículo de los agentes patógenos y condicionan el desarrollo de la enfermedad, esto es: “el tratamiento y la prevención de las enfermedades se planifican y se organizan socialmente: para la sociedad en

su conjunto, atendiendo a la epidemiología y a la patología social. Atiende a las necesidades sanitarias de una población, por lo tanto, a las enfermedades dominantes y a las causas de enfermedad, especialmente, a las causas sociales”. Se señala que una vez se presenta la enfermedad, la respuesta social debe atender la epidemiología y la patología social; en otras palabras se necesita saber cuáles son las enfermedades sociales en un momento dado, para actuar sobre sus causas físico-químicas, biológicas, psíquicas y sociales.

El Centro Centroamericano de Población (29), señala dos tipos básicos de mortalidad: la mortalidad endógena y mortalidad exógena. “La primera responde a causas intrínsecas del individuo, dentro de ella se presentan también dos tipos: las originadas por malformaciones congénitas, o, alteraciones genéticas que afectan, principalmente, en las primeras edades de vida. ... La mortalidad endógena tiene la característica que no se puede prevenir. La mortalidad exógena es el resultado de la acción del medio-ambiente y factores sociales, se presenta en todas las edades, se caracteriza porque se puede prevenir y combatir con los avances en medicina, así como mediante el acceso a servicios básicos: salud, educación y alimentación”. También puntualiza en que las causas de muerte se encuentran estrechamente vinculadas con la estructura de edad o sexo de una población y de las condiciones de vida de sus habitantes por lo que en el estudio de la mortalidad debe abordarse también el de la morbilidad para conocer las enfermedades típicas y entender mejor las relaciones que se establecen en el proceso que, en la mayoría de casos, antecede a la muerte de una persona. Señala que el diagnóstico de la enfermedad y la etapa clínica son los dos momentos claves del proceso; entre más temprano se realice el diagnóstico, más posibilidades existirán para que el individuo pueda recuperar su salud.

La calidad de la atención según González Luján (20), se puede valorar también, mediante el estudio de indicadores de mortalidad evitable. “Un registro de mortalidad interno en una zona de salud puede ser suficientemente exhaustivo para evaluar de forma periódica los indicadores de mortalidad expuestos, y, monitorizar en el tiempo la evolución en la calidad asistencial desarrollada, sobre todo, de aquellas causas más vulnerables a la acción del sistema sanitario (enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de cuello uterino, causas maternas, entre otras)”.

Para Molina (5), la presencia de causas de muerte prevenibles en un grupo de población, se asocia con características cualitativas y cuantitativas de la prestación de los servicios de salud como son el acceso, la cobertura y los programas que se ofrecen a la población. Entre las causas de muerte que más destacan en este grupo y que afectan a la población se encuentran algunos tipos de tumores, las úlceras y gastritis. En el caso de las mujeres, las estadísticas señalan que son el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama las más relevantes.

Bautista (30) expone que “en ausencia de servicios de salud, la mortalidad estaría determinada por factores sociales, medioambientales y genéticos. Los servicios de salud, a través de las actividades preventivas y terapéuticas, y, los gobiernos, a través de políticas legislativas, modifican la influencia de algunos de estos factores con el objetivo de reducir la mortalidad. Para algunas enfermedades, el conocimiento médico está suficientemente adelantado como para evitar casi todas las muertes en determinados grupos de edad. Sin embargo, para que tales muertes sean evitadas es necesaria una acción oportuna”, determinando que la evitabilidad de algunas causas dependen de la acción, continuidad y calidad de los servicios de salud.

- **Agrupación de causas por condición o criterio de evitabilidad**

En el estudio de causas de muerte para apoyar la identificación de problemas prioritarios y la definición de políticas y programas de salud, el ordenamiento y priorización son determinantes. Para ello la OPS (27) recomienda que el “eje de agrupación de causas debe tener una base epidemiológica, asociada a la idea de medidas de control” o, bien, para el tema de interés de este estudio, en este caso, la evitabilidad o prevención. Resultado de ello es la clasificación de las enfermedades que se realizan por otros autores en seis grandes grupos: (a)Evitables por vacuna o tratamiento preventivo; (b)Evitables por diagnóstico temprano y tratamiento médico oportuno; (c)Evitables por condiciones de saneamiento ambiental; (d)Evitables por acciones mixtas o un conjunto de medidas en política social y de salud (incluye infecciones de las vías respiratorias; perinatales y de la primera infancia; complicaciones del embarazo, parto y puerperio, cirrosis hepática y tuberculosis; accidentes, envenenamientos y violencias); (e)Las difícilmente evitables por el estado actual del conocimiento científico y desarrollo tecnológico; (f)Las mal definidas y otras causas no clasificables en los grupos anteriores.

Lista abreviada de causas de muerte según criterios de evitabilidad

Grupos	Causa de muerte (a)	Condición y/o característica para la evitabilidad
Evitable por vacuna o tratamiento preventivo	• Enfermedades inmuno-prevenibles	Medidas preventivas, de vigilancia, educación, promoción y regulación del ambiente
Evitable por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno	• Úlceras • Gastritis • Tumores malignos (piel, mama, cuello de útero, próstata) • Cardiovasculares (isquémicas, hipertensivas, cerebrovasculares) • Otras	Características cualitativas y cuantitativas de la prestación de los servicios de salud (acceso, cobertura, programas)
Evitable por condiciones de saneamiento ambiental	• Fiebre tifoidea • Cólera • Salmonelosis • Otras	Mejoras del medio ambiente a través de control, prevención y erradicación de factores de riesgo
Evitable por medidas y acciones combinadas	• Infecciones de vías respiratorias • Perinatales y de la primera infancia ▪ Complicaciones del embarazo, parto y puerperio ▪ Cirrosis hepática • Tuberculosis • Accidentes • Envenenamientos ▪ Violencia ▪ Otras	Medidas combinadas asociadas a la prestación de servicios de salud y otras de orden socioeconómico
Difícilmente evitables por nivel de conocimiento y desarrollo tecnológico	• Leucemia • Esclerosis múltiple • Diabetes • Otras	Avance de la investigación y tecnología en salud
Otras causas (no incluidas en las anteriores y las mal definidas)		

Adaptado de: (a) European Community Working Group on Health Services and Avoidable Deaths. September 2002, Vol 92, No.9. American Journal of Public Health. (b) Taucher E. "Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas". CELADE, Serie A. Chile: CELADE; 1978 (citada en: OPS "Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de Listas Cortas para la Tabulación de Datos. Boletín Epidemiológico". Vol 23 No. 4, 2002); (c) Molina, C.A et al. Mortalidad evitable. El caso de la Frontera Norte de México 1980-1990. Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro, 11(3):395-407, jul/set, 1995; (d) Tinker, A. et al. Improving Women's Health: Issues & Interventions. Burden of disease in females aged 15-44 in developing countries. World Bank. June 2000. (e) Murray, C.J; Lopez A.D. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1999 and projected to 2020. Harvard University of Public Health. 1996.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

General

Caracterizar la mortalidad en el grupo de mujeres entre los 10 y 49 años de edad del Departamento de Sacatepéquez a fin de construir perfiles de causas de muerte e identificar las intervenciones sociales y de salud necesarias para disminuir la mortalidad prevenible en este grupo poblacional.

Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres de 10 a 49 años de edad, fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez durante el año 2000.
2. Medir los indicadores de mortalidad general y específica en el grupo de mujeres entre 10 y 49 años de edad a nivel departamental y municipal de Sacatepéquez en el año 2000.
3. Estandarizar los indicadores de mortalidad del Departamento de Sacatepéquez para mujeres entre 10 y 49 años de edad.
4. Identificar las causas de muerte que afectan al grupo de mujeres de 10 a 49 años de edad fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez y medir las tasas de mortalidad.

5. Determinar la prevalencia de la mortalidad por causas prevenibles a nivel departamental, municipal y para subgrupos específicos de la población bajo estudio.
6. Construir perfiles de mortalidad para mujeres de 10 a 49 años a partir de la relación entre causas de muerte y las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas.

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo-retrospectivo.

Universo o población

El Universo o población estuvo compuesto por todas las muertes de las mujeres de 10 a 49 años de edad, fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez durante el año 2000.

Selección y tamaño de la muestra

Dado que el tamaño de la población era conocido y que el mismo no era numeroso, el estudio abarcó a la totalidad de la población por lo que no se seleccionó una muestra. Básicamente, se realizó un censo que incluyó todos los casos de mujeres de 10 a 49 años fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez durante el año 2000. Aunque inicialmente se contaba con una población de 86 mujeres fallecidas, posterior al estudio se redujo a 80 ya que se eliminaron 6 casos por razones diversas: no ser residentes en el departamento y muertes masculinas. En otro caso no se encontró al informante clave que pudiera brindar información acerca de la fallecida.

Unidad de análisis

La unidad o sujeto de análisis se integró con los expedientes clínicos de las mujeres fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez durante el año 2000. Estos expedientes se conformaron a partir de la información contenida en las boletas de identificación del estudio de la Línea Basal de Mortalidad Materna, realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el

año 2002; los registros de defunción y las entrevistas realizadas a los informantes claves.

Criterios de inclusión

Las características que debía tener el sujeto de estudio para considerar su inclusión en el estudio fueron las siguientes: a)edad entre los 10 y 49 años cumplidos al momento de la muerte y b)residencia en el Departamento de Sacatepéquez.

Criterios de exclusión

Ninguno.

Variables estudiadas

Las variables a estudiar guardan concordancia con los objetivos del estudio y son las siguientes:

Variable 1: *Características sociodemográficas*. Se definió como todas aquellas características demográficas incluidas las de condición socioeconómica, estilo de vida, condición de género y acceso a servicios de salud que presentaron las mujeres fallecidas.

Variable 2: *Mortalidad prevenible* que se definió como la mortalidad asociada a un conjunto de características sociodemográficas que limitaron las posibilidades de las mujeres para tener un diagnóstico y/o tratamiento oportuno a enfermedades tratables que le provocaron la muerte.

Variable 3: *Causa de muerte* se definió como las causas que propiciaron, condujeron y provocaron las condiciones para que se produjera el fallecimiento de la mujer. Consideró las causas básicas; condicionantes y sociales.

Variable 4: *Perfil de mortalidad*. Se definió como el conjunto de características resultantes de la asociación entre las características sociodemográficas de las mujeres y las principales causas de muerte, que determinan el riesgo de muerte de las mujeres en edad reproductiva.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Mortalidad prevenible	Mortalidad asociada a un conjunto de características sociodemográficas que limitan las posibilidades de las mujeres para tener un diagnóstico y/o tratamiento oportuno a enfermedades tratables que le provocan la muerte.	Prevalencia de la mortalidad prevenible	Cuantitativa	Razón
Características sociodemográficas	Características demográficas, de condición socioeconómica, de estilo de vida, condición de género y acceso a servicios de salud que presentan las mujeres fallecidas.	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Intervalo
		Estado civil	Cualitativa	Nominal
		Municipio de residencia	Cualitativa	Nominal
		Educación	Cualitativa	Ordinal
		Ingreso promedio familiar	Cuantitativa	Intervalo
		Hacinamiento	Cualitativa	Ordinal
		Número de gestas	Cuantitativa	Intervalo
		Número de partos	Cuantitativa	Intervalo
		Número de abortos	Cuantitativa	Intervalo
		Ingesta de alcohol	Cualitativa	Ordinal
		Condición de obesidad	Cualitativa	Nominal
		Acceso a los servicios de salud	Cualitativa	Ordinal
		Uso de los servicios de salud	Cualitativa	Ordinal
		Exposición a ambiente de violencia	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Cualitativa	Nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Causa de muerte	Causas que propiciaron, condujeron y provocaron el fallecimiento de la mujer.	Causa directa o tipo de enfermedad que provocó el fallecimiento (según clasificación internacional de causas de muerte)	Cualitativa	Nominal
		Causa básica, enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte o la circunstancia del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.	Cualitativa	Nominal
		Causa condicionante, antecedentes o condiciones morbosas, que produjeron la causa básica de muerte.	Cualitativa	Nominal
		Causa social, factores y condiciones de vida que actúan como vehículo de los agentes patógenos y condicionan el desarrollo de la causa condicionante y básica de la enfermedad que provocó la muerte.	Cualitativa	Nominal
Perfil de mortalidad	Conjunto de causas de muerte que determinan el riesgo de muerte de las mujeres en edad reproductiva.	Causas condicionantes y sociales que asociadas a determinadas características sociodemográficas de las mujeres pueden resultar en un riesgo potencial de mortalidad.	Cualitativa	Nominal

Instrumentos utilizados para recolectar y registrar la información

Se utilizó un instrumento o formulario para obtener y registrar la información de los informantes claves (Anexo 1). En éste se registró información proporcionada por los informantes claves acerca de las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas y de las condiciones que rodearon el proceso de salud enfermedad.

Además, se utilizó como registro de referencia y cotejo de las causas de defunción, el formulario utilizado en el Estudio de la Línea Basal de Mortalidad Materna realizado por el Ministerio de Salud en el año 2002; estos datos eran referidos al año 2000. Dicho instrumento se aplicó en esa oportunidad a todos los registros de defunción de mujeres de 10 a 49 años de edad incluyendo todas las causas de muerte. En este formulario se registró información básica de identificación de la fallecida y su causa de muerte principalmente.

La información que se registró con base en los dos instrumentos, constituyen el expediente clínico que fue definido como el sujeto de estudio de la investigación propuesta.

Procedimientos para la recolección de información

Los procedimientos y mecanismos utilizados para realizar el estudio y recolectar la información se describen a continuación.

Se solicitó, formalmente, a la Dirección del Área de Salud de Sacatepéquez (DASS) autorización para realizar el estudio. La DASS, además de proporcionar la autorización, proporcionó información levantada durante el estudio de la Línea Basal de Mortalidad Materna (LBMM).

La recolección de información comprendió dos procesos. Se solicitó a la DASS las boletas llenas de la LBMM (2000). Esta información fue levantada por la Dirección de Área durante el estudio de la Línea Basal de Mortalidad Materna del año 2000 (LBMM 2000). El llenado de ese instrumento fue realizado por el equipo de trabajo de campo del estudio de la LBMM 2000, que visitó las oficinas de registro civil de cada municipio, solicitó los libros de registro de defunciones del período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000. Después identificó a todas las muertes de mujeres cuyas edades estaban entre los 10 y los 49 años al momento de morir. Con la información obtenida de los registros de defunción se formó un listado de todas las muertes de mujeres en ese grupo de edad, conteniendo, además, nombre, domicilio, edad y causa de muerte, anotando las causas de muerte que aparecían en el registro y en el mismo orden en que aparecen.

A partir de ese listado, el equipo de trabajo de campo del estudio de la LBMM 2000 inició la búsqueda de familiares de las mujeres fallecidas para realizarles una entrevista acerca de ciertos aspectos relacionados con el estudio de la mortalidad materna principalmente. La entrevista se realizó a los familiares de todas las mujeres fallecidas, independientemente de la causa de muerte. Sólo para los casos en que se trató de muerte materna, se continuó con la aplicación de un instrumento más extenso. La información recolectada de las otras muertes de mujeres en edad reproductiva no se utilizó en esa oportunidad. Sin embargo, para el presente estudio se constituye en la información de base.

Se analizó la calidad de la información recolectada en la LBMM para todas las mujeres en edad reproductiva, principalmente, la referida a la causa de muerte, con el propósito de identificar información faltante que debiera ser registrada mediante la revisión de los registros de defunción e instrumento de recolección de información del presente estudio.

Se elaboró y validó el instrumento de recolección de datos realizando los ajustes necesarios después de su validación para asegurar la información requerida que permitiera lograr los objetivos del estudio. Una vez realizados los ajustes al instrumento después de la prueba de campo, se preparó el instrumento final utilizado en la recolección de información.

El trabajo de campo para recolectar la información de los informantes clave se realizó en los meses de mayo y junio de 2004. Participaron tres entrevistadoras, una de las cuales se retiró en la primera etapa y se continuó con las otras dos. El equipo de campo fue capacitado para la realización de las entrevistas y la aplicación del instrumento para entrevista semi-estructurada al familiar más cercano y mejor informante que sobreviviera a la mujer fallecida.

La información ampliada de todas las mujeres de 10 a 49 años fallecidas en el Departamento de Sacatepéquez entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000, se obtuvo mediante entrevista semi-estructurada al familiar más cercano de la fallecida, mediante visita domiciliar o cita previamente concertada a realizarse en el centro o puesto de salud de la localidad.

Para localizar a los informantes claves se coordinó en muchos casos con el personal de centros y puestos de salud con el fin de contar con su apoyo para actualizar información de los familiares de las mujeres fallecidas.

Se obtuvieron todas las entrevistas esperadas, excepto una en la que no fue posible localizar a los familiares o informantes claves.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

El estudio realizado no representa ningún riesgo para los sujetos de estudio, definido como el expediente clínico de las mujeres fallecidas. Se solicitó en todo caso la autorización de la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez para utilizar esta información, asegurando la aplicación de los códigos de ética normados por el Ministerio de Salud para este tipo de estudio.

También se solicitó e incluyó el consentimiento informado de los familiares para considerar la información de las mujeres fallecidas en el estudio, así como para participar ellos, proporcionando información ampliada de las mujeres fallecidas. Antes de iniciar las entrevistas con los familiares, éstos debieron manifestar su aprobación de participar.

Se garantizó la confidencialidad con la identidad de los informantes y de las mujeres fallecidas y esto se cumplió. En la utilización y análisis de la información, así como en la divulgación de resultados, se procedió de acuerdo con lo normado a nivel nacional, así como a los Códigos de Ética internacionalmente aceptados. El instrumento utilizado para solicitar el consentimiento informado se presenta en el Anexo 2.

Procedimientos para el análisis de información

Posterior a la revisión de la calidad de la información recolectada los datos se ingresaron utilizando el programa de EpiInfo. Se creó allí el expediente clínico para cada mujer fallecida con la información proveniente de la LBMM y la recolectada entre los informantes claves. El procesamiento de datos se realizó con EpiInfo y el paquete de STATA.

Una vez ingresados los datos y limpia la base de datos se procedió al cálculo de estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes); cálculo de los indicadores de mortalidad proporcional por causa y edad y de la prevalencia de la mortalidad por causas prevenibles; tasas específicas de mortalidad, razón de mortalidad proporcional y razón estandarizada de mortalidad. La construcción de los perfiles de mortalidad se realizó de manera gráfica relacionando causas de muerte con dos características sociodemográficas, la edad y la condición socioeconómica.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio realizado a fin de caracterizar la mortalidad en mujeres de edad reproductiva del Departamento de Sacatepéquez, objetivo general del estudio.

Los resultados que se presentan se basan en 80 defunciones ocurridas en el año 2000 en mujeres de 10 a 49 años, residentes en el Departamento de Sacatepéquez. También se incluyen algunos resultados obtenidos a partir de fuentes oficiales de información.

El contenido del capítulo aborda, primero, las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas y algunas condiciones que caracterizaron su vida y el proceso salud enfermedad muerte.

Posteriormente, se presentan las tasas de mortalidad encontradas para diferentes subgrupos de la población y las causas de defunción que afectaron a estas mujeres.

Seguidamente, se presentan los resultados y mediciones de la prevalencia de la mortalidad prevenible.

Finalmente, se presentan los perfiles de mortalidad para mujeres en edades reproductivas, a nivel del departamento, por Distrito de Salud y por estrato socioeconómico.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Cuadro 1
Características sociodemográficas de edad, etnia, escolaridad y estado civil de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Característica	Número de mujeres	Porcentaje
Grupos quinquenales de edad		
10-14	5	6.3
15-19	9	11.3
20-24	5	6.3
25-29	10	12.5
30-34	11	13.8
35-39	14	17.5
40-44	9	11.3
45-49	17	21.3
Total	80	100.0
Grupo étnico		
Indígena	43	53.8
No indígena	37	46.3
Total	80	100.0
Años de escolaridad		
Ninguno	30	37.5
1 a 3 grado de primaria	23	28.8
4 a 6 grado de primaria	17	21.3
1 a 3 año de secundaria	6	7.5
4 a 6 año de secundaria	3	3.8
Otro	1	1.3
Total	80	100.0
Estado civil		
Soltera	26	32.5
Casada o unida	47	58.8
Otro (separada, viuda)	7	8.8
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Presenta el porcentaje de mujeres fallecidas de acuerdo con la edad, grupo étnico, años de escolaridad y estado civil. En promedio de cada cuatro, una mujer era menor de 25 años, otra tenía entre 25 y 35 años, una estaba entre los 35 y 44 años y otra era mayor de 45 años. El 53.8% era indígena y 66.3% no sobrepasaba tres años de escolaridad.

Cuadro 2
Características sociodemográficas de ocupación, residencia, grupo familiar y de nivel socioeconómico de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Característica	Número de mujeres	Porcentaje
Ocupación		
Oficios domésticos	14	33.3
Ventas y servicios	12	28.6
Agrícola	6	14.3
Manual calificado	3	7.1
Manual no calificado	5	11.9
Otras ocupaciones	2	4.8
Total	42	100.0
Municipio de residencia		
Antigua Guatemala	14	17.5
Santiago Sacatepéquez	10	12.5
Santa Lucía Milpas Altas	7	8.8
Santa María de Jesús	7	8.8
Sumpango	7	8.8
Alotenango	6	7.5
Ciudad Vieja	6	7.5
Jocotenango	5	6.3
San Lucas Sacatepéquez	5	6.3
Santo Domingo Xenacoj	5	6.3
San Miguel Dueñas	2	2.5
Santa Catarina Barahona	2	2.5
Magdalena Milpas Altas	1	1.3
Pastores	1	1.3
San Antonio Aguas Calientes	1	1.3
San Bartolomé Milpas Altas	1	1.3
Total	80	100.0
Tamaño del grupo familiar		
De 1 a 3	10	12.5
De 3 a 6	23	28.8
De 7 a 9	30	37.5
Más de 10	17	21.3
Total	80	100.0
Nivel socioeconómico (hogar)		
Bajo	16	20.0
Medio	47	58.8
Alto	17	21.3
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Muestra las características relacionadas con el nivel económico Las fallecidas trabajaban, principalmente, en el sector informal (33.3%) como empleadas domésticas y 28.6% en ventas y servicios (ventas ambulantes y lugares de venta de comida preparada). De los 16 municipios, cinco agrupan el 56.3% de las muertes y 78.8% de las muertes se concentró en municipios de estrato socioeconómico medio y bajo.

Cuadro 3
Número de hijos/as nacidos vivos tenidos por las mujeres de 10 a 49 años de
Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, según grupos de edad,
Guatemala noviembre 2004

Grupo de edad	Número de hijos/as nacidos vivos												Total de hijos/as	Total de mujeres
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13		
10-14	5												0	5
15-19	6	1	1	1									6	9
20-24		3		2									9	5
25-29	4	1	1	2	2								17	10
30-34	2		3	1	2	2	1						33	11
35-39			2	2	1	2	4	1	2				71	14
40-44			1	1	2	1	2	1				1	50	9
45-49	1	2		2		2		3	2	2	2	1	106	17
Total mujeres	18	7	8	11	7	7	7	5	4	2	2	2	292	80
Porcentaje	22.5	8.75	10	13.8	8.75	8.75	8.75	6.25	5	2.5	2.5	2.5		

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La información sobre fecundidad presentada indica que del total de fallecidas, 62 mujeres eran madres; 46.8% tuvo 5 o más hijos/as.

Cuadro 4

Número promedio de hijos/as tenidos por las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, según grupos de edad, Guatemala noviembre 2004

Grupo de edad	Total de hijos/as	Todas las mujeres		Mujeres con hijos	
	Número	Número	Número promedio de hijos/as	Número	Número promedio de hijos/as
10-14	0	5	0	0	
15-19	6	9	1	3	2
20-24	9	5	2	5	2
25-29	17	10	2	6	3
30-34	33	11	3	9	4
35-39	71	14	5	14	5
40-44	50	9	6	9	6
45-49	106	17	6	16	7
Totales	292	80	4	62	5

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Muestra el promedio de hijos/as nacidos vivos tenidos por las mujeres de esta cohorte, resultando en cuatro para todas la mujeres y en cinco para las que habían tenido hijos/as.

Cuadro 5
Características seleccionadas relacionadas con prácticas de salud preventiva en las
mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala
noviembre 2004

Variable	Número	Porcentaje
Planificación familiar		
Si usó	13	16.3
No usó	51	63.8
No sabe	16	20.0
Total	80	100.0
Razones mencionadas para el no uso de planificación familiar		
Soltera	10	20.8
Relacionadas con autorización de familia o compañero	7	14.6
No le gustaba	5	10.4
Relacionadas con la edad (joven)	4	8.3
Relacionadas con aspectos morales y religiosos	4	8.3
Relacionadas con el deseo de tener hijos	3	6.3
Otras por desconocimiento, creencias y falta de información	10	20.8
Otras razones	5	10.4
Total	48	100.0
Examen de papanicolau		
Si lo realizaba	18	22.5
No lo realizaba	40	50.0
No sabe	22	27.5
Total	80	100.0
Razones mencionadas para no realizar examen de Papanicolau		
Relacionados con el estado civil y la edad	10	27.0
Vergüenza	9	24.3
Descuido y falta de atención personal	7	18.9
No le gustaba	4	10.8
Otras por desconocimiento, creencias y falta de información	7	18.9
Total	37	100.0
Autoexamen de los senos		
Si lo realizaba	6	7.5
No lo realizaba	50	62.5
No sabe	24	30.0
Total	80	100.0
Razones mencionadas para no realizar autoexamen de los senos		
No conocían del examen	24	60.0
No estaba enferma	7	17.5
Descuido y falta de atención personal	4	10.0
No le gustaba	3	7.5
Otras por desconocimiento, creencias y falta de información	2	5.0
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Muestra que muy pocas de las mujeres se realizaban el papanicolau y el autoexamen de mamas de manera regular (22% y 7.5% respectivamente) y en ambos casos se identificaron razones relacionadas con el desconocimiento, creencias y falta de información como las principales.

Cuadro 6

Características seleccionadas relacionadas con actitudes y preferencias en salud de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000 y su grupo familiar, Guatemala noviembre 2004

Variable	Número	Porcentaje
Acciones que tomaba la mujer cuando se enfermaba		
Le informaba a alguien	43	55.8
Acudía al centro o puesto de salud	32	41.6
Acudía al hospital	25	32.5
Acudía donde médico privado o tradicional	32	41.6
Utilizaba medicina tradicional	58	75.3
Compraba medicina en la farmacia	58	75.3
Se "aguantaba" hasta donde pudiera	39	50.6
*Porcentajes calculados sobre la base de 80 defunciones		
Atención de los embarazos y partos por personal de salud		
Comadrona	35	59.3
Hospital	15	25.4
Comadrona y hospital	9	15.3
Total	59	100.0
*Solo para mujeres con hijos/as		
Atención institucional de los partos		
Comadrona	28	48.3
Hospital u otro establecimiento de salud	23	39.7
Comadrona y hospital	7	12.1
Total	58	100.0
*Solo para mujeres con hijos/as		

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Presenta información relacionada con las actitudes y preferencias de las mujeres y el grupo familiar en torno a la atención en salud. Tres de cada cuatro mujeres se automedicaba y la mitad se "aguantaba" hasta el último momento antes de buscar atención en salud. La gravedad de la enfermedad sorprendió al 79% y 17.4% considera que la fallecida era una persona sana. Una elevada proporción (59.3%) atendida por comadrona durante los embarazos y partos; el 35.9% fue llevado al médico/a privado durante la enfermedad y el 21.9% al curandero. El 10.9% no fue llevado al médico/a por falta de recursos.

Cuadro 7

Variables seleccionadas relacionadas con la exposición a otros riesgos en salud de las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Variable	Número	Porcentaje
Oficios domésticos		
Reportaron oficios domésticos	76	98.7
*Porcentaje calculado sobre 77 defunciones		
Otras actividades reportadas		
Trabajo en el monte	17	31.5
No salía	14	25.9
Venta ambulante de productos	4	7.4
Estudiaba	4	7.4
Otras actividades	15	27.8
Total	54	100.0
*Solo para mujeres que no trabajan		
Uso de tabaco y alcohol		
Reportaron uso de tabaco	12	15.6
Reportaron uso de alcohol	38	49.4
Consumo regular		
Bajo (cada mes)	6	7.8
Medio (cada semana)	4	5.2
Alto (cada día)	9	11.7
Consumo irregular		
Ocasionalmente	16	20.8
No sabe	3	3.9
*Porcentajes calculado sobre 77 defunciones		
Violencia contra la mujer	18	30.5
Reportaron episodios de violencia intrafamiliar	14	23.7
Expuestas a violencia otro tipo de violencia (por indigencia)	4	6.8
*Porcentaje calculado sobre 59 defunciones		

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Muestra información relacionada con la exposición a otros riesgos en salud. En relación con la carga de trabajo, el 98.7% de las mujeres era responsable de los oficios domésticos en la vivienda y a esto se sumaban otras tareas como trabajar en el monte (32.5%), y otras nunca salían de la casa (25.9%). Para el 15.6% se reportó el hábito de fumar y 49.4% alcohol. En 14 casos se reportaron episodios de violencia doméstica.

INDICADORES DE MORTALIDAD

Cuadro 8

Tasas de mortalidad por departamento y municipios para mujeres de 10 a 49 años en Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Departamento y municipios	Número de defunciones		Población de mujeres (a)		Tasa de mortalidad (por 1,000)	
	10-49 años	15-49 años	10-49 años	15-49 años	10-49 años	15-49 años
Sacatepéquez	80	75	76827	61594	1.04	1.22
Santa Lucía Milpas Altas	7	7	3043	2453	2.30	2.85
Santa Catarina Barahona	2	2	1010	770	1.98	2.60
Alotenango	6	6	3084	2468	1.95	2.43
Santo Domingo Xenacoj	5	4	2362	1848	2.12	2.16
Santiago Sacatepéquez	10	10	6541	5147	1.53	1.94
Santa María de Jesús	7	6	4075	3180	1.72	1.89
Antigua Guatemala	14	14	13730	11310	1.02	1.24
Ciudad Vieja	6	6	7436	5948	0.81	1.01
San Miguel Dueñas	2	2	2578	2053	0.78	0.97
San Lucas Sacatepéquez	5	5	6440	5263	0.78	0.95
San Bartolomé Milpas Altas	1	1	1409	1099	0.71	0.91
Sumpango	7	5	8036	6318	0.87	0.79
Jocotenango	5	4	8313	6722	0.60	0.60
Magdalena Milpas Altas	1	1	2431	1913	0.41	0.52
San Antonio Aguas Calientes	1	1	2815	2283	0.36	0.44
Pastores	1	1	3524	2819	0.28	0.35

Fuente: Instrumento de recolección de datos

(a) Los datos de población provienen de INE-CELADE, "Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050". Guatemala, 1997.

La tasa de mortalidad se estimó en 1.04 defunciones de mujeres en edad reproductiva por cada 1,000 mujeres entre los 10 a 49 años. A nivel de municipio se observan tasas más elevadas superando en algunos casos las 2 defunciones de mujeres entre los 10 y 49 años por cada 1,000 mujeres esas edades.

Cuadro 9

**Tasas específicas de mortalidad por edad para mujeres de 10 a 49 años en
Sacatepéquez en el año 2000**

Edad	Número de defunciones	Población de mujeres (a)	Tasa de mortalidad (por 1,000)
Grupos especiales de edad			
10-49	80	76827	1.04
15-49	75	61594	1.22
Grupos quinquenales de edad			
10-14	5	15233	0.33
15-19	9	14056	0.64
20-24	5	12456	0.40
25-29	10	9995	1.00
30-34	11	8065	1.36
35-39	14	6935	2.02
40-44	9	5508	1.63
45-49	17	4579	3.71

Fuente: Instrumento de recolección de datos

(a) Los datos de población provienen de INE-CELADE, "Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050". Guatemala, 1997.

Presenta las tasas específicas de mortalidad por grupos edad, siendo el de 35 a 39 y el de 45 a 49 años, los que presentaron mayor tasa de mortalidad (2.02 y 3.71 defunciones por cada 1,000 mujeres en esos grupos de edad respectivamente).

INDICADORES ESTANDARIZADOS DE MORTALIDAD

Cuadro 10

**Tasas de mortalidad estandarizadas por edad para mujeres
de 10 a 49 años en Sacatepéquez en el año 2000,
Guatemala noviembre 2004**

Variable	Sacatepéquez	Guatemala (a)
Tasas observadas		
10-49	1.04	1.79
15-49	1.22	2.12
Tasa estandarizada		
10-49	1.39	
15-49	1.60	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

(a) Las tasas para Guatemala se calcularon en base a los datos de defunciones de las estadísticas vitales publicadas por el INE para el año 2000 y con los datos de población de INE-CELADE, "Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050". Guatemala, 1997.

Presenta la tasa de mortalidad estandarizada por edad, aplicando la estructura por edades de la población de Guatemala a las tasas de mortalidad de Sacatepéquez. Ésta resultó en 1.39 defunciones para cada 1,000 mujeres en edades de 10 a 49 años y 1.60 defunciones por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 49 años.

Cuadro 11

**Razón de mortalidad estandarizada por edad por departamento y municipios
para mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000**

Departamento y Municipios	Mujeres 10-49 años		Mujeres 15-49 años	
	RME (por 100)	Riesgo (%)	RME (por 100)	Riesgo (%)
Sacatepéquez	50	-50		
Santa Lucía Milpas Altas	230	130	246	146
Santo Domingo Xenacoj	214	114	185	85
Alotenango	186	86	198	98
Santa Catarina Barahona	185	85	199	99
Santa María de Jesús	163	63	150	50
Santiago Sacatepéquez	151	51	162	62
Antigua Guatemala	94	-6	99	-1
Sumpango	87	-13	67	-33
Ciudad Vieja	76	-24	81	-19
San Miguel Dueñas	76	-24	81	-19
San Lucas Sacatepéquez	75	-25	79	-21
San Bartolomé Milpas Altas	69	-31	74	-26
Jocotenango	56	-44	48	-52
Magdalena Milpas Altas	41	-59	45	-55
San Antonio Aguas Calientes	34	-66	36	-64
Pastores	28	-72	30	-70

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Presenta la Razón de Mortalidad estandarizada para el departamento, en comparación con el total del país que resultó en 50% para las mujeres de 10 a 49 años de edad. A nivel de municipio, la Razón de Mortalidad estandarizada identificó un riesgo relativo de mortalidad más elevado en seis municipios en comparación con el departamento en conjunto. En estos municipios la Razón de Mortalidad Estandarizada fue superior a 100.

CAUSAS DE MUERTE

Cuadro 12

Causas de mortalidad entre mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez
fallecidas en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Causa de defunción	Número	Porcentaje (respecto al grupo)	Porcentaje (respecto al total)
Primeras diez causas	47	100.0	58.8
1 Neumonía	10	21.3	12.5
2 Cáncer cervicouterino	6	12.8	7.5
3 Suicidios	5	10.6	6.3
4 Trastornos producidos por alcohol	5	10.6	6.3
5 Infarto agudo al miocardio	4	8.5	5.0
6 Muertes maternas	4	8.5	5.0
7 Tuberculosis	4	8.5	5.0
8 Accidentes de tránsito	3	6.4	3.8
9 Violencia agresión	3	6.4	3.8
10 Accidente cerebro vascular	3	6.4	3.8
Otras causas	33	100.0	41.3
11 Septicemia	3	9.1	3.8
12 Insuficiencia renal	3	9.1	3.8
13 Cáncer mama	2	6.1	2.5
14 Cirrosis hepática	2	6.1	2.5
15 Cáncer estómago	2	6.1	2.5
16 Cáncer hepático	2	6.1	2.5
17 Tumor cerebral	2	6.1	2.5
18 Cáncer vías biliares	1	3.0	1.3
19 Cáncer de ovario	1	3.0	1.3
20 Cáncer sin especificar	1	3.0	1.3
21 Insuficiencia cardíaca	1	3.0	1.3
22 Enfermedad reumática	1	3.0	1.3
23 Enfermedad cardíaca hipertensiva	1	3.0	1.3
24 Enfermedad isquémica	1	3.0	1.3
25 Aneurisma	1	3.0	1.3
26 Diabetes mellitus	1	3.0	1.3
27 Desnutrición	1	3.0	1.3
28 Apendicitis	1	3.0	1.3
29 Malformación congénita del corazón	1	3.0	1.3
30 Artritis reumatoide	1	3.0	1.3
31 Compresión medular	1	3.0	1.3
32 Edema pulmonar	1	3.0	1.3
33 Mal definida, diagnóstico dudoso	2	6.1	2.5
Total	80	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La neumonía (21.3%), el cáncer cérvico uterino (12.8%), los suicidios (10.6%) y los trastornos producidos por el consumo de alcohol (10.6%); fueron las principales causas en esta lista. Las diez primeras suman el 58.8% del total de defunciones ocurridas.

Cuadro 13

Razón de mortalidad proporcional por causa de muerte entre las mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Grandes grupos de enfermedades	Número	RMP (por 100)
Enfermedades transmisibles	18	22.5
Tumores	17	21.3
Enfermedades del aparato circulatorio	12	15.0
Afecciones durante el embarazo, parto y puerperio	4	5.0
Causas externas	17	21.3
Otras causas	12	15.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Presenta la Razón de Mortalidad proporcional por causa, identificando que las enfermedades transmisibles representan el 22.5% y, los tumores, el 21.5%. Las causas externas fueron responsables del 21.5% de los fallecimientos y, las del aparato circulatorio, del 15%.

Cuadro 14

Tasas de mortalidad por causa de muerte para mujeres de 10 a 49 años en Sacatepéquez en el año 2000, por departamento, distrito de salud y estrato socioeconómico del municipio, Guatemala noviembre 2004

Lugar	Tasas por causa de defunción (por 10,000)					
	Enfermedades transmisibles	Tumores	Enfermedades cardiovasculares	Afecciones perinatales	Causas externas	Otras causas
Sacatepéquez	2.34	2.21	1.56	0.52	2.08	1.69
Distrito de Salud						
La Antigua Guatemala	0.51	2.05	2.05	0.77	1.28	0.77
Santiago Sacatepéquez	6.57	1.80			4.18	3.58
San Juan Alotenango	2.38	2.85	1.90	0.47	1.90	1.90
Estrato socioeconómico						
Bajo	5.12	2.28	1.14	0.57	1.70	3.42
Medio	1.87	1.87	1.56	0.31	0.31	1.25
Alto	1.09	2.56	1.83	0.73	1.09	1.09

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayor tasa de mortalidad se atribuyó a las enfermedades transmisibles con una tasa de 2.34 defunciones de mujeres en edad reproductiva por enfermedades transmisibles por cada 10,000 mujeres en las mismas edades. Le siguen en importancia los tumores con una tasa de 2.21 por 10,000. A nivel de Distrito de Salud, la tasa más alta se presenta en Santiago Sacatepéquez y es por enfermedades transmisibles (6.57 por 10,000), al igual que en municipios de estrato socioeconómico bajo, en donde la tasa es de 5.2 por 10,000.

PREVALENCIA DE LA MORTALIDAD PREVENIBLE

Tabla 1

Causas de defunción observadas en mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000 según criterio de evitabilidad, Guatemala noviembre 2004

Criterios de evitabilidad	Causas identificadas
1. Evitables por vacuna y tratamiento preventivo	-
2. Evitables por diagnóstico temprano y tratamiento médico oportuno	Cáncer cervicouterino Cáncer mama Insuficiencia renal Septicemia Apendicitis Accidente cerebro vascular Infarto agudo al miocardio Insuficiencia cardíaca Enfermedad reumática Enfermedad cardíaca hipertensiva Enfermedad isquémica Diabetes mellitus Desnutrición Malformación congénita del corazón Edema pulmonar
3. Evitables por condiciones de saneamiento ambiental	-
4. Evitables por medidas o acciones mixtas	Neumonía Suicidios Trastornos producidos por el alcohol Muertes maternas Tuberculosis Accidentes de tránsito Violencia agresión Cirrosis hepática
5. Difícilmente evitables por el estado actual del conocimiento científico y desarrollo tecnológico	Cáncer estómago Cáncer hepático Tumor cerebral Cáncer vías biliares Cáncer de ovario Aneurisma Artritis reumatoide
6. Mal definidas, de diagnóstico dudoso y otras causas no clasificables en los grupos anteriores	Cáncer sin especificar Compresión medular Mal definida, diagnóstico dudoso

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los fallecimientos por causas evitables concentran la totalidad de la mortalidad prevenible. No se identificaron defunciones por enfermedades inmuno-prevenibles ni las relacionadas con el saneamiento del medio-ambiente.

Cuadro 15

Indicadores de prevalencia de la mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años en Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004

Criterio de evitabilidad	Mujeres 10-49 (N=76,827)		Mujeres 15-49 (N=61,594)	
	Razón de mortalidad proporcional	Tasa de prevalencia (por 10,000)	Razón de mortalidad proporcional	Tasa de prevalencia (por 10,000)
Causas evitables				
Por acciones combinadas	45.00	4.69	46.67	5.68
Por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno	37.50	3.90	36.00	4.38
Total causas evitables	82.50	8.59	82.67	10.07
Otras causas	17.50	1.82	17.33	2.11
Total defunciones	100.0	10.41	100.0	12.18

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La Razón de Mortalidad proporcional según criterios de evitabilidad, muestra que las causas evitables representan el 82.5% de las defunciones. La tasa de mortalidad se estima en 10.07 defunciones evitables en mujeres en edad reproductiva por cada 1,000 mujeres en esas edades.

Cuadro 16

Tasas de mortalidad por causas de defunción evitables para mujeres de 10 a 49 años en Sacatepéquez en el año 2000, por departamento, distrito de salud y estrato socioeconómico del municipio, Guatemala noviembre 2004

Lugar	Tasas por causa de defunción evitable (por 10,000)			
	Diagnóstico temprano y tratamiento médico oportuno	Medidas o acciones mixtas	Difícilmente evitables	Otras causas
Sacatepéquez	3.90	4.69	1.30	0.52
Distrito de Salud				
La Antigua Guatemala	3.58	2.56	1.02	0.26
Santiago Sacatepéquez	4.77	9.55	1.19	0.60
San Juan Alotenango	3.81	4.76	1.9	0.95
Estrato socioeconómico				
Bajo	4.55	7.40	1.71	0.57
Medio	4.06	4.69	0.62	0.62
Alto	3.29	2.93	1.83	0.36

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Presenta las tasas de mortalidad por causas de defunción evitables, destacándose en el departamento las relacionadas con medidas y acciones combinadas (4.69 defunciones de mujeres en edad reproductiva por cada 10,000 mujeres entre los 10 y 49 años). A nivel de Distritos de Salud, la tasa más alta en Santiago Sacatepéquez y San Juan Alotenango corresponde también a las causas de defunción evitables por acciones combinadas (9.55 y 4.76 defunciones por 10,000 mujeres en edades reproductiva, respectivamente), mientras que en el distrito de La Antigua Guatemala, las evitables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son las que presentan la tasa más elevada (3.58 por 10,000).

Cuadro 17

Mujeres de 10 a 49 años de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, según criterio de evitabilidad de la defunción y estrato socioeconómico del municipio y del hogar, Guatemala noviembre 2004

Estrato socioeconómico	Evitables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno		Evitables por acciones combinadas		Otras causas		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Sacatepéquez	30	37.50	36	45.00	14	17.50	80	100.00
(Todas las defunciones)								
Del hogar								
Bajo	5	31.25	9	56.25	2	12.50	16	100.0
Medio	15	31.91	24	51.06	8	17.02	47	100.0
Alto	10	58.82	3	17.65	4	23.53	17	100.0
Del Municipio								
Bajo	8	32.00	13	52.00	4	16.00	25	100.0
Medio	13	40.63	15	46.88	4	12.50	32	100.0
Alto	9	39.13	8	34.78	6	26.09	23	100.0
(Solo defunciones por causas evitables)								
Hogar								
Bajo	5	35.71	9	64.29			14	100.0
Medio	15	38.46	24	61.54			39	100.0
Alto	10	76.92	3	23.08			13	100.0
Municipio								
Bajo	8	38.10	13	61.90			21	100.0
Medio	13	46.43	15	53.57			28	100.0
Alto	9	52.94	8	47.06			17	100.0
Total	30	45.45	36	54.55			66	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

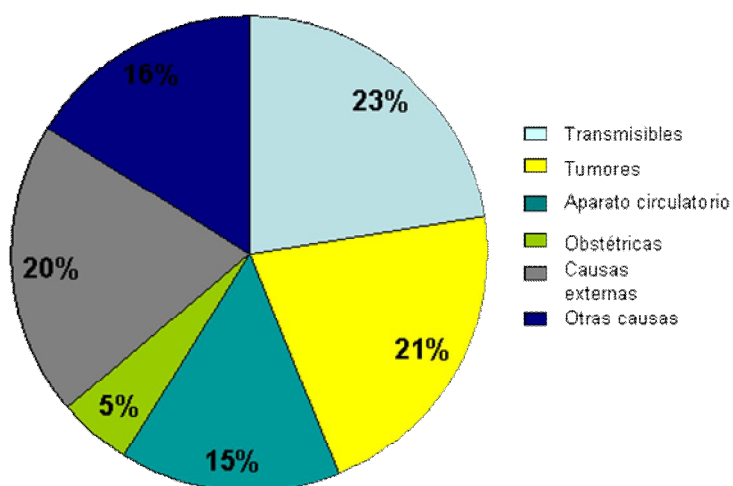
En los hogares de nivel socioeconómico bajo y medio predominan las causas de defunción evitables por acciones combinadas; 56.3% y el 51.1% de las defunciones ocurridas, respectivamente, en estos hogares, corresponden a este criterio de evitabilidad, mientras que en los hogares de nivel socioeconómico alto, este porcentaje fue de 17.7%.

PERFILES DE MORTALIDAD

Perfiles de mortalidad por causas de defunción

Figura 1

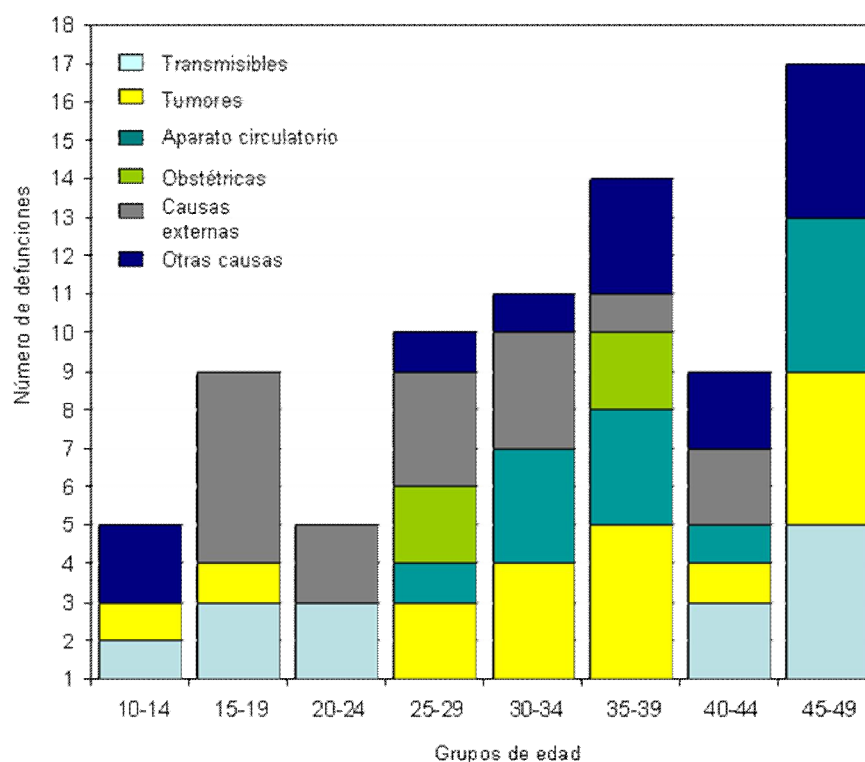
Perfil de mortalidad por causas de defunción para el total de mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004



Fuente: instrumento de recolección de datos

Presenta la información para el total de mujeres en edad reproductiva, perfilándose las transmisibles (23%), los tumores (21%) y las enfermedades del aparato circulatorio (15%) como las principales causas de defunción. La mortalidad materna representa el 5% de las muertes de mujeres en edad reproductiva en el departamento.

Figura 2
 Perfil de mortalidad por causas de defunción entre mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, según grupos de edad, Guatemala noviembre 2004

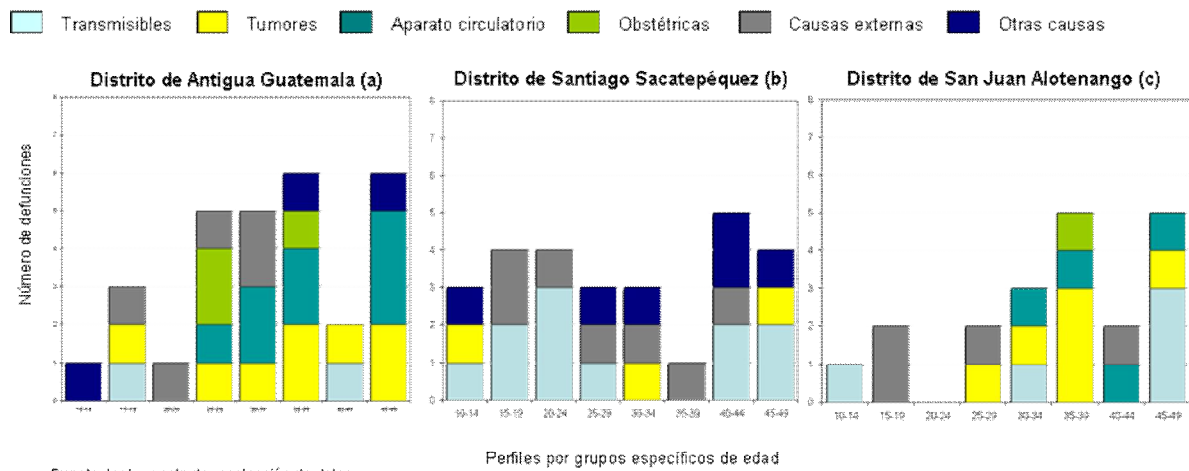


Fuente: Instrumento de recolección de datos

El perfil de mortalidad por grandes grupos de causas de defunción para el Departamento de Sacatepéquez se presenta por grupos quinquenales de edad. En la Figura 2 se observa la presencia diferencial de las causas de muerte según grupos de edad. Las enfermedades transmisibles afectan en mayor medida, a las jóvenes y de mayor edad; los tumores se concentran en mujeres entre los 25 y 40 años; las causas externas afectan a todos grupos hasta los 45 años. Las otras causas, aparecen de manera sostenida a partir de los 30 años.

Figura 3

Comparación de perfiles de mortalidad por causas de defunción entre mujeres en edad reproductiva de los Distritos de Salud de Sacatepéquez en el año 2000, según grupos de edad, Guatemala noviembre 2004



Fuente: Instrumento de recolección de datos

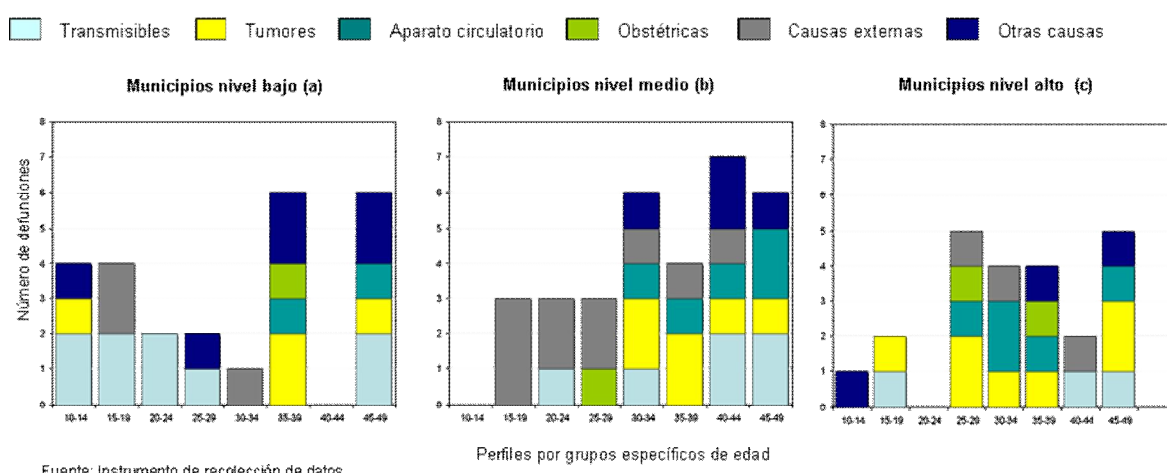
Perfiles por grupos específicos de edad

- (a) Municipios: La Antigua Guatemala, Jocotenango, Magdalena Milpas Altas, Pastores, Santa Lucía Milpas Altas.
 (b) Municipios: Santiago Sacatepéquez, San Lucas Sacatepéquez, Santo Domingo Xenacoj, Sumpango, San Bartolomé Milpas Altas, Santa María de Jesús.
 (c) Municipios: Alotenango, Santa Catarina Barahona, Ciudad Vieja, San Miguel Dueñas, San Antonio Aguas Calientes.

Por Distrito de Salud, los perfiles presentados en la Figura 3 muestran para La Antigua Guatemala presencia de todas las causas con un patrón definido para las crónicas y degenerativas de acuerdo con la edad. En Santiago Sacatepéquez el perfil se vincula a enfermedades transmisibles y las causas externas; y, en San Juan Alotenango, el perfil es mixto, estando presentes los tumores, las causas externas, las transmisibles y las cardiovasculares. La mortalidad materna se destaca en La Antigua Guatemala entre mujeres de 25 a 29 y las de 35 a 39 años. En este último grupo se encuentra también la muerte materna en San Juan Alotenango.

Figura 4

Comparación de perfiles de mortalidad por causas de defunción entre mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, según grupos de edad y nivel socioeconómico de los municipios, Guatemala noviembre 2004

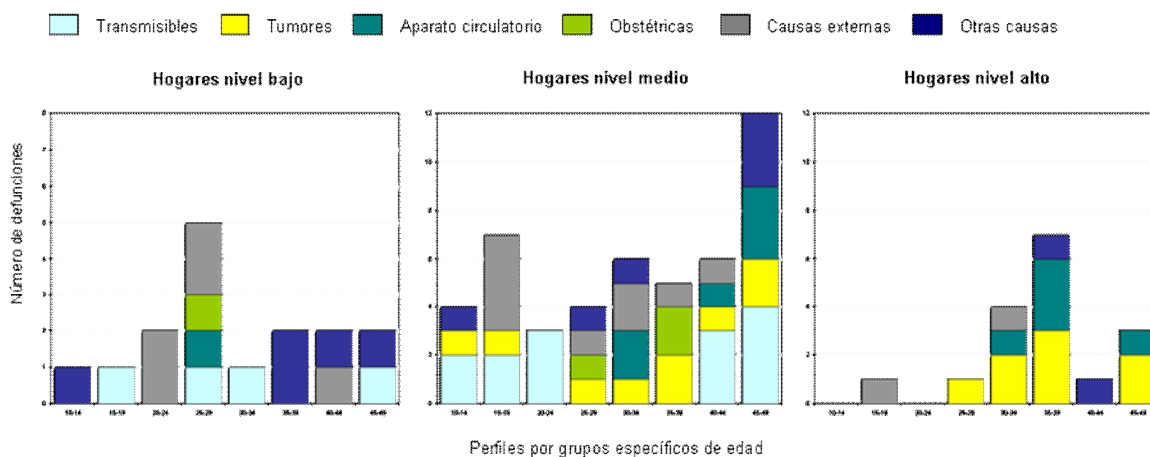


- (a) Municipios: Santa María de Jesús, Sumpango, Santo Domingo Xenacoj, Alotenango.
 (b) Municipios: Santiago Sacatepéquez, San Lucas Sacatepéquez, San Miguel Dueñas, Pastores, Santa Lucía Milpas Altas, Ciudad Vieja, Magdalena Milpas Altas.
 (c) Municipios: La Antigua Guatemala, Jocotenango, Santa Catarina Barahona, San Bartolomé Milpas Altas, San Antonio Aguas Calientes.

Según condición socioeconómica de los municipios, el perfil presentado en la Figura 4 muestra para los de estrato bajo, mayor presencia de enfermedades transmisibles y causas externas en edades jóvenes; en las de mayor edad los tumores, las cardiovasculares y nuevamente las transmisibles. En el estrato medio todas las causas tienen similar importancia y, en el alto, predominio de los tumores y las cardiovasculares.

Figura 5

Comparación de perfiles de mortalidad por causas de defunción entre mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, según grupos de edad y nivel socioeconómico del hogar, Guatemala noviembre 2004



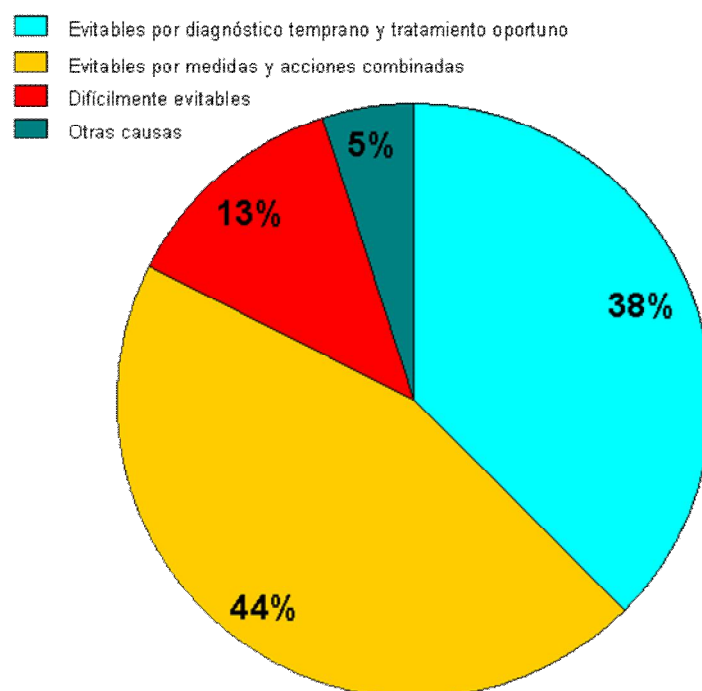
Fuente: Instrumento de recolección de datos

El perfil de mortalidad por condiciones socioeconómicas de los hogares, se presenta en la Figura 5. En los hogares de nivel bajo predominan las causas transmisibles y causas externas; en los de nivel medio se presentan todas las causas, con predominio de las transmisibles y causas externas; y, en los hogares de nivel alto se define el perfil por los tumores y las cardiovasculares.

Perfiles de mortalidad por causas de defunción evitables

Figura 6

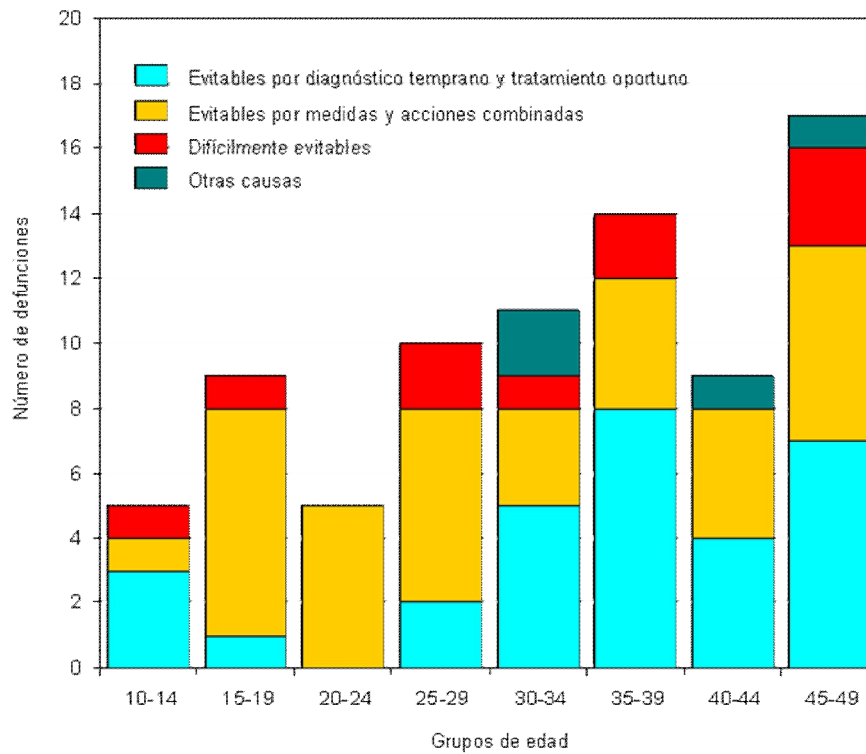
Perfil de mortalidad según criterios de evitabilidad de las causas de defunción que afectan a todas las mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, Guatemala noviembre 2004



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Para todas las mujeres en edad reproductiva, el perfil de mortalidad según criterios de evitabilidad muestra que la mayoría de las causas de defunción en el departamento, caen en la categoría de evitables (82%).

Figura 7
 Perfil de mortalidad según criterios de evitabilidad de las causas de defunción que afectan a las mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, por grupos de edad, Guatemala noviembre 2004

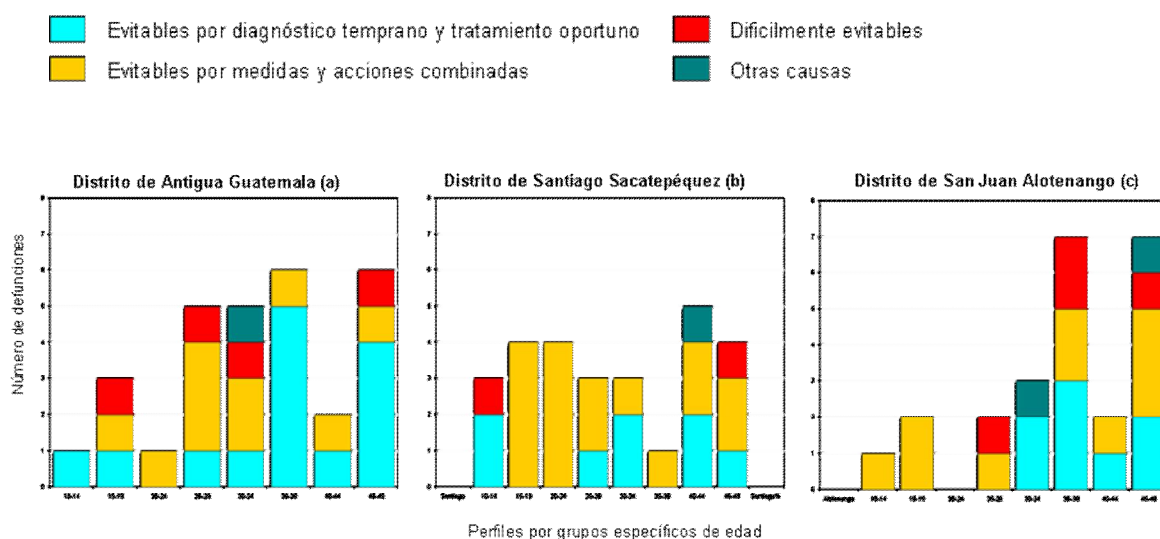


Fuente: Instrumento de recolección de datos

A partir del perfil de mortalidad, según criterios de evitabilidad de las causas de defunción, se identifican tres características principales para el perfil por edad; en las más jóvenes las defunciones se originan, principalmente, en causas evitables por medidas y acciones combinadas en salud y desarrollo; a partir de los 30 años cobran importancia las enfermedades evitables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Figura 8

Comparación de perfiles de mortalidad según criterios de evitabilidad de las causas de defunción que afectan a las mujeres en edad reproductiva de los Distritos de Salud de Sacatepéquez en el año 2000, por grupos de edad, Guatemala noviembre 2004



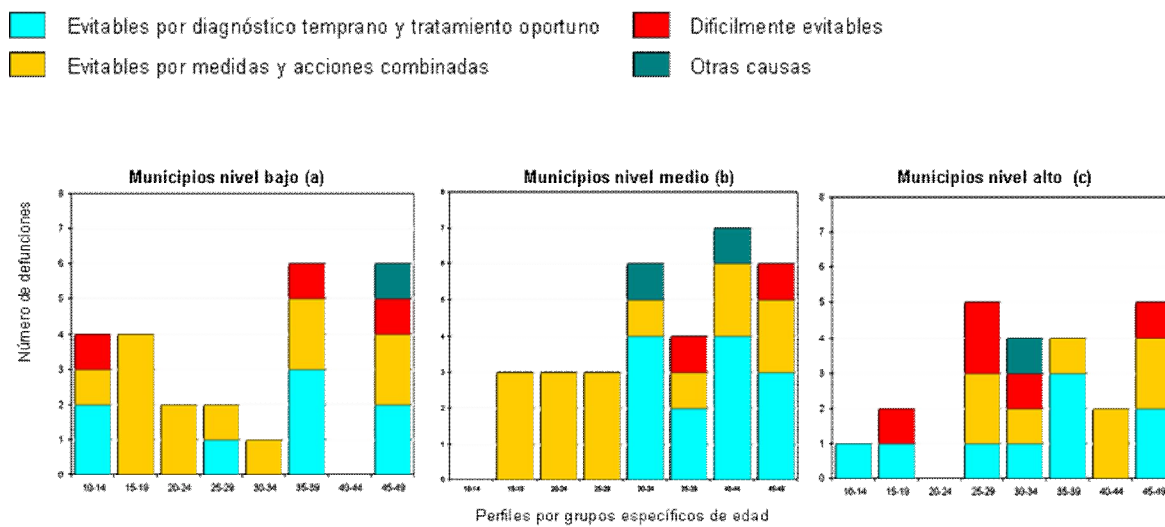
Fuente: Instrumento de recolección de datos

- (a) Municipios: La Antigua Guatemala, Jocotenango, Magdalena Milpas Altas, Pastores, Santa Lucía Milpas Altas.
 (b) Municipios: Santiago Sacatepéquez, San Lucas Sacatepéquez, Santo Domingo Xenacoj, Sumpango, San Bartolomé Milpas Altas, Santa María de Jesús.
 (c) Municipios: Alotenango, Santa Catarina Barahona, Ciudad vieja, San Miguel Dueñas, San Antonio Aguas Calientes.

Por distritos de salud, los perfiles presentados en la Figura 8, destacan la presencia de causas de defunción evitables en los tres distritos. En La Antigua Guatemala las evitables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno predominan, mientras que en Santiago Sacatepéquez son las relacionadas con medidas y acciones mixtas. En San Juan Altonenango se observa un balance entre los dos grupos mencionados de causas evitables.

Figura 9

Comparación de perfiles de mortalidad según criterios de evitabilidad de las causas de defunción que afectan a las mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, por grupos de edad y nivel socioeconómico de los municipios, Guatemala noviembre 2004



(a) Municipios: Santa María de Jesús, Sumpango, Santo Domingo Xenacoj, Alotenango.

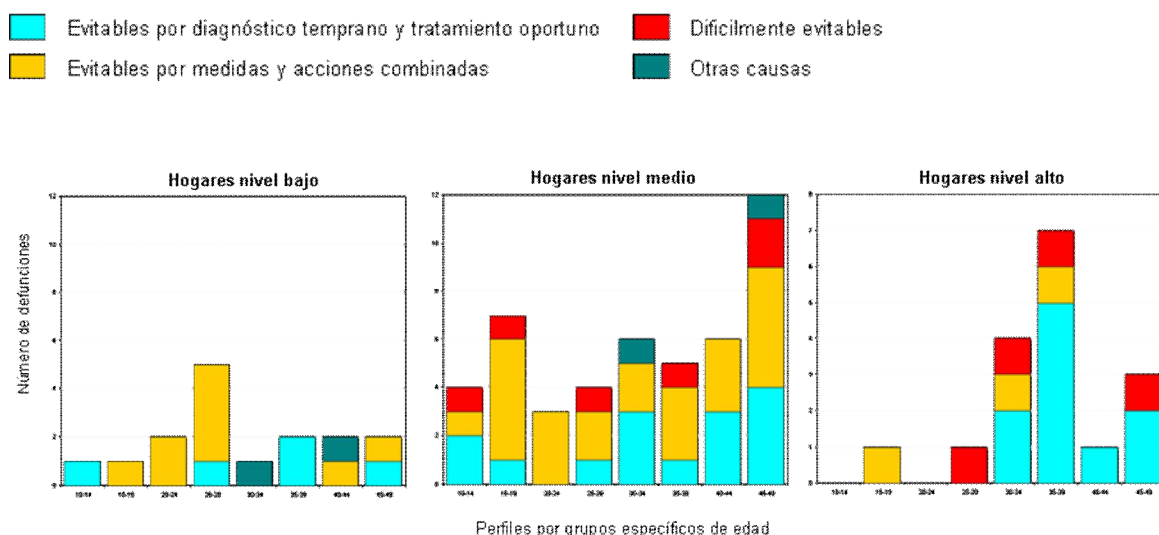
(b) Municipios: Santiago Sacatepéquez, San Lucas Sacatepéquez, San Miguel Dueñas, Pastores, Santa Lucía Milpas Altas, Ciudad Vieja, Magdalena Milpas Altas.

(c) Municipios: La Antigua Guatemala, Jocotenango, Santa Catarina Barahona, San Bartolomé Milpas Altas, San Antonio Aguas Calientes.

Por estrato socioeconómico de los municipios, los perfiles presentados en la Figura 9, muestran elevado predominio de causas evitables por medidas mixtas en los niveles bajo y medio; y, mayor presencia de causas evitables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en el nivel alto.

Figura 10

Comparación de perfiles de mortalidad según criterios de evitabilidad de las causas de defunción que afectan a las mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez en el año 2000, por grupos de edad y nivel socioeconómico del hogar, Guatemala noviembre 2004



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Según condición socioeconómica del hogar, los perfiles presentados en la Figura 10 presentan las siguientes características. Se identifican las causas evitables por medidas mixtas como las predominantes en hogares de nivel bajo; y, en los de nivel alto, las causas relacionadas con diagnóstico temprano y atención oportuna, quedan claramente identificadas.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Sacatepéquez se destaca como un departamento predominantemente urbano con 70% de la población residiendo en el área urbana. El nivel de escolaridad es mayor que en el resto del país, de acuerdo con la tasa de analfabetismo, estimada en 21% para el año 2000 en comparación con 32.4% para el país. La pobreza afecta al 33.4% de la población en contraste con el nivel nacional donde alcanza al 54.3% de la población. La esperanza de vida para las mujeres, supera los 70 años, indicador comparable con el de países desarrollados.

No obstante, el estudio sobre la mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años documentó la existencia de un perfil sociodemográfico en las mujeres fallecidas, asociado a condiciones de vida que influyen en el comportamiento de la mortalidad, favoreciendo la mortalidad prematura y prevenible. Los condicionantes de la salud de las mujeres identificados en este grupo de población son consistentes con hallazgos de otros autores.

Características sociodemográficas

El nivel de escolaridad en las mujeres fallecidas se identificó como deficiente. El 37.5% no tenía ningún grado de escolaridad y 28.8% no sobrepasa el Tercer grado de primaria. Por otra parte, la ocupación situó a estas mujeres en un estrato socioeconómico bajo. El 33.3% trabaja en empleos domésticos en otras viviendas, 28.6% se dedicaba a ventas y servicios, principalmente, ventas ambulantes y, en el mercado, o trabajaban en comedores o cantinas. Otro 14.3% realizaba labores agrícolas y se encontró también a trabajadoras de la maquila.

Las limitaciones económicas como condicionante del acceso a los servicios de salud, parte de la menor capacidad económica que tienen las mujeres. Estudios reportan que la desventaja femenina en cuanto a la capacidad de pago se deriva, en primer lugar, de la división del trabajo por género, que descarga sobre las mujeres la responsabilidad principal del trabajo doméstico, restringiendo, así, sus oportunidades en el mercado laboral. El segundo factor, talvez más importante aún, es la desvalorización social del trabajo que realizan las mujeres en el hogar y en el mercado de trabajo. Este patrón de trabajo femenino se observó en Sacatepéquez. Por otra parte, algunas de las familias de las mujeres fallecidas en Sacatepéquez perdieron sus bienes y propiedades intentando encontrar una cura y, otros, desistieron de buscar más ayuda por razones económicas.

El 58.3% de las fallecidas vivía en hogares conformados por siete o más personas, así como la información relacionada con la fecundidad, sumado a las otras características de educación y nivel socioeconómico, se asocian con condiciones de hacinamiento en los hogares

El perfil de mortalidad por causas evitables mostró logros importantes en cuanto al control de enfermedades prevenibles por vacuna y por condiciones de saneamiento ambiental. No obstante los dos ejes de la atención en salud, uno relacionado con la producción social de la salud y otro con la calidad de la atención expresada en la capacidad diagnóstica y resolutive de los problemas de salud, concentraron a más del 80% de las muertes en mujeres de edad reproductiva.

En el caso de Sacatepéquez la relación entre variables socioeconómicas y las condiciones de salud, se manifestó en los perfiles de mortalidad por causas de defunción. Las enfermedades transmisibles fueron predominantes

en el perfil de mortalidad de los municipios clasificados en estratos bajos y medios, y en los hogares identificados con un nivel socioeconómico bajo. Las neumonías y la tuberculosis fueron las enfermedades transmisibles identificadas.

La mortalidad por causas evitables se relacionó en otros estudios, con la presencia de factores de riesgo determinados por la condición socioeconómica, entre ellos, la educación y el ingreso, siendo la baja educación una condicionante para la apropiada y oportuna detección de síntomas (Molina et.al., 1995, Wood et.al., 1999, De La Cuesta-Benjumea, 1999, Langer y Lozano, 1999, Douglas, 2002).

Esta información sugiere que el sistema de salud no es suficiente para responder a la realidad y necesidades de las mujeres. Por ejemplo, en el caso de las neumonías, se atienden prioritariamente a través del programa de infecciones respiratorias, uno de los de mayor énfasis en el departamento por encontrarse éstas entre las primeras 10 causas de morbilidad y mortalidad. Los servicios de salud proporcionan tratamiento y educación, sin embargo, hay factores del ambiente que quedan fuera del alcance del sector salud, como son las condiciones de la vivienda y de hacinamiento en que vive la población. En el caso de la tuberculosis, que conlleva un tratamiento largo y pesado, el factor educación fue importante. Se identificó entre las fallecidas, referencias de abandono del tratamiento, los cuales eran reiniciados al presentar de nuevo los síntomas, creando la resistencia a los medicamentos.

Condición de género

En general, las condiciones de género se constituyeron en un obstáculo para la salud de la mujer de acuerdo a los condicionantes estudiados. La excesiva jornada de trabajo, la fecundidad elevada, el control de la familia o la pareja

para el uso de métodos de planificación familiar y la exposición al abuso físico y psicológico del que muchas fueron objeto por su condición de género, hicieron a las fallecidas más vulnerables a la enfermedad y la muerte de lo que ya eran.

La baja autoestima asociada a una respuesta tardía hacia los propios problemas de salud se detectó en la mayoría de las fallecidas. Esto se manifestó en el reconocimiento de los síntomas y las actitudes hacia la búsqueda de atención reportadas acerca de las mujeres fallecidas. El “aguantar” todo lo que pueda, el acudir a las hierbas y remedios caseros, y, comprar en la farmacia medicamentos de acuerdo con su propia percepción de la enfermedad, fueron comportamientos identificados en más del 50% de los casos. Similares conductas fueron documentadas y reportadas en otros estudios (De La Cuesta-Benjumea, 1999, Gómez, 20002).

Estilos de vida

La información obtenida proporcionó una idea general en cuanto al uso de tabaco y alcohol entre las mujeres fallecidas. Para el 15.6% de ellas se reportó conocer que habían fumado. En el caso del alcohol, se reportó su consumo para el 49.4% de las mujeres; 24.7% lo hacía con cierta regularidad y 20.8% ocasionalmente. Entre las diez primeras causas de defunción se encuentran los trastornos provocados por el alcohol como causa básica. También se identificó en una parte de las historias de vida de las mujeres como un factor agravante, en los casos de diabetes, cirrosis hepática como causa contribuyente.

El aumento de consumo de alcohol en las mujeres ha sido reportado en otros estudios (ENA, 1993, Peters, 1999) determinándose, además, algunas características del alcoholismo femenino como predominantemente limitado

al hogar y a la condición de aislamiento, características observadas en una proporción importante de las fallecidas en Sacatepéquez.

Asimismo, se obtuvo información afirmativa acerca de situaciones de violencia intrafamiliar que condujeron en, al menos, tres casos documentados, a que las mujeres perdieran el interés en la vida, negándose, incluso alguna de ellas, a recibir tratamiento para su enfermedad.

Situación similar ocurrió en el caso de los suicidios que sólo se reportaron como intoxicación por órgano fosforado en la mayoría de los casos. Las entrevistas con los informantes claves permitió obtener suficiente evidencia para clasificarlos como suicidios, causa que también provoca estigma social y el deshonor en la familia, según lo aportado por Hansen (1999).

Se determinó la existencia de ciertas causas de muerte que son de alguna forma “infranotificadas” por las mujeres y sus familias y, por lo tanto, “infravaloradas” por las estadísticas, por temor al rechazo social, tal como ha sido documentado (Hanson, 1999). Esta situación fue observada a partir del análisis comparativo entre la causa de defunción de la boleta del registro de defunciones y la historia proporcionada por el informante clave de cada mujer fallecida. A partir de análisis se identificaron dos casos sospechosos de SIDA clasificados como neumonías, sin embargo, no se contó con toda la evidencia para reclasificarlos como casos de SIDA; dos asesinatos intencionales con arma de fuego, clasificados únicamente como muerte materna por shock hipovolémico (la mujer estaba embarazada). Otras dos muertes ocurrieron por violencia física ejercida por el esposo o compañero, en un caso debido al estado de embarazo de la mujer y en otro, por atrasar a su compañero unos minutos. Estos dos casos fueron clasificados como ‘trauma’.

Cultura de la prevención

La baja respuesta positiva obtenida a la indagatoria acerca de si las fallecidas se realizaban de manera regular el autoexamen, se relaciona con las razones para no hacerlo como es la percepción de baja vulnerabilidad que tienen muchas mujeres, la búsqueda de ayuda en salud condicionada al estado de gravedad percibido, las barreras o inconvenientes asociados a la prevención y la motivación general para la salud fueron documentados. Estas actitudes y creencias en salud, en relación al cáncer de mama, fueron documentadas en otras investigaciones (Andrew, et.al., 2004).

Los resultados muestran que la edad es una variable orientadora de las creencias y actitudes asociadas con la prevención del cáncer de mama. La información obtenida destaca la necesidad de transmitir información -sobre el cáncer de mama y sus técnicas de detección temprana-, de manera diferenciada en función de la edad de la mujer, del grupo étnico y del nivel de escolaridad. Es elevado el desconocimiento manifestado en las respuestas de los informantes entrevistados, mismas que reflejan en gran medida las prácticas de las mujeres fallecidas.

Actitudes y prácticas en salud

El efecto de la educación no sólo se refleja en el nivel de autocontrol de la situación en cuanto al manejo de información de la propia condición de salud por parte de las mujeres fallecidas, que en el estudio resultó baja, sino también en el tipo de autoengaño manifestado en expresiones como “no creía que fuera nada serio” o “creyó que rápido le iba a pasar”, que resultaron manifestaciones comunes tanto en lo reportado para las fallecidas como el grupo familiar. También las creencias populares y la cosmovisión tuvieron un rol importante en el proceso de salud-enfermedad-muerte. En promedio tres de cada diez mujeres fueron llevadas a “centros” de magia o curanderos para resolver el problema.

Entre los aspectos mencionados, el del “autoengaño” asociado al desconocimiento de señales de alarma, podría resultar el más agravante dado que, aproximadamente, la mitad de las muertes corresponden a enfermedades crónicas cuya principal característica es el largo período de latencia, ser recurrentes, degenerativas y por presentar síntomas menos llamativos en comparación con las enfermedades agudas, dando lugar a la ausencia de acciones que eviten el avance o desarrollo prematuro de la enfermedad. Estas enfermedades pueden dar lugar a incapacidades parciales, totales o, incluso, llevar a la muerte a temprana edad como sucedió a cinco de cada diez de las mujeres fallecidas en Sacatepéquez. Además, la situación se agrava dado que las enfermedades crónicas no se curan mediante intervenciones quirúrgicas únicamente ni con el consumo de medicamentos a corto plazo; requieren cambios en estilos de vida

Por otra parte, la mortalidad materna se concentra entre los 25 y los 35 años de edad y las causas externas afectan a las mujeres, principalmente, antes de los 40 años. Entre las causas más frecuentes cuentan los suicidios en mujeres jóvenes y los problemas ocasionados por el consumo de alcohol.

Percepción social de la salud

El análisis realizado entre hogares y a nivel de municipios, identificó la existencia de diferencias en el nivel de la mortalidad y presencia de mortalidad por causas evitables, según las condiciones de vida de los diferentes contextos, y, se observaron marcadas diferencias de acuerdo con el estrato socioeconómico en el que se clasificó al hogar y el municipio. Los resultados mostraron una tendencia mayor de la mortalidad evitable por acciones conjuntas de las políticas sociales y económicas en los estratos bajo y medio, incluyendo en este rubro las muertes maternas, tuberculosis, neumonías, suicidios y problemas relacionados con el consumo de alcohol

entre los principales. Resultados similares han sido reportados en otros estudios (Astrain et.al., 1998).

Las diferencias encontrados en el nivel de mortalidad entre los municipios al interior del departamento, se pueden asociar con las características socioeconómicas de los municipios, las condiciones de desarrollo y del sistema de salud en cada uno de ellos , así como las actitudes para con la salud que presenta la población, mismas que son determinadas por las opciones de vida individuales y la situación misma de salud.

Por otra parte, el acceso a tratamiento médico oportuno que es uno de los componentes implícitos en la mortalidad evitable no estandarizada (Douglas, 2002). La existencia de factores que intervienen en el uso de los servicios de salud por parte de la mujer fue anteriormente estudiada en servicios de atención prenatal y del parto (Garza et.al.,2003). Los resultados para el estudio en Sacatepéquez muestran una baja utilización de estos servicios, determinada por las preferencias expresadas hacia cierto personal de salud, específicamente, las comadronas. La baja utilización de los servicios se constituye así en una señal de alerta; de las cuatro muertes maternas observadas, dos fueron atendidas por comadronas, pudiendo de acuerdo con la historia, haber recibido atención inmediata que les evitara la muerte.

De las hipótesis explicativas de los patrones de uso de los servicios de salud documentadas en trabajos anteriores (Gómez, 2002), se deduce una baja utilización de los mismos en el grupo de mujeres en edad reproductiva fallecidas en Sacatepéquez, dadas las referencias obtenidas sobre anticoncepción, razón de hijos por mujer y la atención de los embarazos y partos, siendo estos los servicios que mayor demanda generan entre las mujeres en edad reproductiva.

Acceso y uso de servicios de salud

En cuanto al acceso, la existencia de infraestructura y de un sistema de salud, no necesariamente representa el acceso total. La respuesta a las necesidades reales de la población constituye la parte cualitativa del acceso a los servicios de salud.

Tal como se identificó en el perfil de mortalidad por grupos de edad y grupos de enfermedades, las transmisibles afectan a todos los grupos siendo las causas más importantes las neumonías y la tuberculosis. Los tumores se concentran, principalmente, en mujeres jóvenes entre los 30 y 40 años, siendo los más frecuentes el cérvico uterino, el de mama, el de estómago y el cáncer hepático. En este grupo se concentran también las enfermedades del aparato circulatorio, siendo las principales el accidente cerebro vascular y el infarto agudo al miocardio. Las otras causas se presentan, principalmente, a partir de los 30 años y entre otras cuentan, otras enfermedades crónicas y degenerativas como la cirrosis hepática, diabetes mellitas, desnutrición.

No es de extrañar, por lo tanto, los porcentajes bajos reportados en relación a si las mujeres fallecidas se realizan el examen de papanicolau de manera regular y más aún, el desconocimiento que reflejan las razones expresadas para no realizar el papanicolau, reconociendo que este aspecto puede tener tres dimensiones, el nivel de escolaridad de las mujeres, la capacidad del sistema de salud de llegar a este grupo con las condiciones que presenta y, tercero, el alcance de las acciones que se realizan desde el sector salud en términos de su capacidad diagnóstica y resolutoria. En este sentido fue documentado en otro estudio como uno de los factores más importantes para la baja utilización de las pruebas de papanicolau, la presencia de un proveedor de salud que recomiende o practique el procedimiento (Ariño-Santillán, 2000).

La incidencia de mortalidad por cáncer de cérvix fue identificada por otros autores como indicador de cobertura de los programas de detección temprana (Lazcano y Lozano, 1994).

En el caso de Sacatepéquez se evidenció que los programas de detección de cáncer cérvico uterino no llegan a la población pobre y con acceso inadecuado a los servicios de salud. Los servicios de salud ofrecen el examen de papanicolau y se realizan campañas para la detección. Desde hace 4 años aproximadamente se realiza una feria de la mujer una vez al año en donde se ofrece realizar el examen. No obstante, posterior a la detección, los servicios del primero y segundo nivel no cuentan con capacidad de resolución. Las referencias para cirugía remitidas al tercer nivel de atención, se solucionan en alrededor de un año en promedio, debido a programación previa de otras cirugías, y, a situaciones de crisis financiero-administrativas relacionadas con disponibilidad de personal, equipo, insumos e infraestructura física. Los criterios de emergencia para atender de manera oportuna los casos sospechosos y detectados no se aplican al caso del cáncer cervicouterino.

El estudio permitió identificar que las mujeres en edad reproductiva de Sacatepéquez fallecidas en el año 2000, evidencian la existencia de las inequidades en salud. La baja mortalidad expresada en una expectativa de vida de 70 años, para el caso de las mujeres en el departamento, no debiera desviar la atención de lo que sucede al interior del departamento. La alta proporción de muertes de mujeres por causas evitables, denotan que algo no se está atendiendo.

Aunque a nivel individual la muerte no es evitable, desde la perspectiva de la salud pública, la mortalidad en las poblaciones ha sido determinada como un fenómeno socioeconómico, por lo que varía de un contexto a otro. Estudios realizados durante décadas y en diferentes países señalan que en las áreas o poblaciones en donde existe un alto nivel de pobreza, las causas de muerte son particularmente originadas por enfermedades infecciosas. Por otro lado, en los países desarrollados se observa una tasa de mortalidad causada por condiciones crónicas y degenerativas más elevada.

La mortalidad observada en las mujeres de 10 a 49 años del departamento de Sacatepéquez en el año 2000, puede catalogarse en términos generales como la ocasionada por la llamada “enfermedad social” ya que los condicionantes sociodemográficos, del sistema de salud, económicos y culturales, fueron los principales factores contribuyentes en la cadena de acontecimientos del proceso salud-enfermedad-muerte, creando condiciones para la ocurrencia de muertes evitables en la población.

Aunque el mayor peso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte se asocian con cambios o descuido en los patrones o estilos de vida y hábitos particulares de la población, en el caso de las mujeres fallecidas en Sacatepéquez pareciera que los riesgos están más asociados con la pobreza que si bien determina un estilo de vida, este no es el tradicional asociado con enfermedades crónicas, sino, más bien, caracterizado por la marginación.

La valorización de la muerte materna es una manifestación más de la valoración que hace la sociedad de la mujer como madre. La situación de Sacatepéquez mostró que en ese departamento son muchas más las mujeres que mueren por otras causas prevenibles y evitables. Sin embargo,

la atención de esas causas no se refleja en las prioridades de atención de la salud de las mujeres.

Las implicaciones de la muerte materna para el grupo familiar no difieren de las ocasionadas por las muertes de mujeres en edad reproductiva. La mayoría de estas mujeres tienen hijos/as pequeños que sufren la pérdida de la madre. Estas mujeres dejaron 292 hijos e hijas huérfanos/as, la mayoría niños, niñas y adolescentes.

Las demoras que han sido identificadas como asociadas a la muerte materna, son comunes a muchas de las circunstancias que rodean los procesos, salud-enfermedad-muerte, en todas las mujeres. La demora en identificar síntomas y señales de alarma; la demora en tomar la decisión de buscar atención; y, finalmente, la demora en recibir atención y tratamiento médico.

El análisis de la mortalidad prevenible trató de aproximarse a una metodología para la construcción de prioridades en salud basado en las técnicas ya conocidas de medición de la mortalidad en asocio con los criterios de mortalidad por causas de defunción evitables, con el propósito de reflejar el peso de las diferentes causas de muerte que afectan a la población femenina. Estos problemas serían los que desde una perspectiva cuantitativa están generando la mayor mortalidad prematura entre las mujeres de edad reproductiva del departamento de Sacatepéquez y sobre los que se debe actuar para reducir las muertes entre las mujeres en edad reproductiva.

El enfoque de mortalidad prevenible y causas de mortalidad evitables supone un contexto de organización de servicios de salud en el cual las diferentes pruebas diagnósticas, tratamientos y medicamentos están disponibles. Esta

situación dista de la realidad y la capacidad real de los servicios en el Área de Salud y, en general, de muchas áreas y países. No obstante, adaptar los estándares a las capacidades reales de los servicios introduce un elemento de inequidad y sesgo en la medición de la mortalidad prevenible, objetivo del estudio. Sin embargo, en el futuro podría realizarse ese ejercicio a fin de identificar la brecha que genera la capacidad de la oferta de los servicios de salud en la mortalidad prevenible.

Entre las limitantes encontradas están las conceptuales. El estudio incluyó sólo a las mujeres en edad reproductiva fallecidas, desconociendo la situación de las mujeres no fallecidas con características sociodemográficas similares que hallan logrado prevenir, tratar y controlar enfermedades como las mostradas en el perfil de mortalidad del departamento. Sin embargo, es cierto también que la mortalidad estudiada en las mujeres fallecidas se caracterizó por la baja escolaridad, la ocupación no calificada, el nivel socioeconómico, hogar en estratos bajo y medio; además, caracterizado por condiciones de alta fecundidad.

El análisis de la mortalidad se basó en la causa básica de defunción y no abordó de manera sistemática las causas condicionantes y las intervinientes debido a limitaciones en los registros de defunción, los cuales fueron utilizados con propósitos de comparación y validación la información proporcionada por los informantes clave. No obstante el concepto de causas múltiples de muerte que se determinó desde la formulación del protocolo del estudio se mantuvo vigente en el análisis de cada caso y la revisita que se realizó de la causa básica de defunción.

Por otra parte, la historia del proceso salud enfermedad muerte de cada mujer -construida a partir de las entrevistas realizadas con informantes clave- y otros registros proporcionados por la DASS, dejó ver la existencia de

algunos posibles sesgos en la declaración y el registro de las causas relacionadas con las lesiones, las autoinflingidas y las provocadas), SIDA y muerte materna. En las dos primeras posiblemente el sesgo tenga origen en aspectos de estigma, discriminación y evasión de la justicia. La última con el hecho de que el estado de embarazo puede condicionar la clasificación de mujeres embarazadas fallecidas como muertes maternas.

Respecto de la metodología empleada para la recolección de datos de los informantes claves, conocida como autopsia verbal, podría pensarse que la información pueda contener cierto sesgo introducido por la persona entrevistada que proporcionó información acerca de la mujer fallecida; no obstante, en todos los casos se buscó al mejor informante.

Por último, durante la etapa de trabajo de campo, se encontraron algunas limitaciones siendo la principal la barrera del idioma, en el caso de entrevistas a informantes claves que sólo hablan idioma maya. En estos casos se contó con el apoyo de una traductora durante la entrevista y estos casos llegaron hasta el final.

La información obtenida y las relaciones observadas entre características sociodemográficas, causas de muerte y mortalidad prevenible mostró consistencia con los modelos de comportamiento social de la mortalidad ya conocidos y con los hallazgos de otros estudios, por lo que se consideran los datos adecuados para el tipo y propósitos del estudio. Los resultados se constituyen en una buena base para generar hipótesis y en la realización de otros estudios similares de análisis de la mortalidad y de mortalidad en mujeres en edad reproductiva.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres fallecidas se caracterizaron por compartir, la mayoría, condiciones de marginalidad social: baja escolaridad, trabajo informal, condiciones de pobreza, sometidas a relaciones desiguales de género, e influenciadas por los patrones de conducta impuestos por la cultura, la sociedad o generacionales en cuanto a las actitudes y preferencias en salud, particularmente, la escasa valoración de la mujer y su salud.
2. De las mujeres fallecidas, 20% pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y 58.8% a un nivel medio. En los casos de nivel bajo las causas predominantes fueron las transmisibles y en el medio, además de las transmisibles, se presentaron los tumores y las causas externas asociadas con violencia y accidentes. En nivel alto los tumores y cardiovasculares fueron las principales causas de muerte.
3. Se observó que el 82% de las defunciones se relacionan con causas de defunción evitables, siendo las principales las relacionadas con medidas combinadas para su prevención. Entre las infecciones respiratorias, cáncer ginecológico, trastornos producidos por el alcohol, los suicidios, las muertes maternas, el infarto agudo al miocardio y la tuberculosis.
4. La tasa de mortalidad general en mujeres en edad reproductiva se estimó en 1.04 defunciones por cada 1,000 mujeres entre los 10 y 49 años. Los municipios de Santa Lucía Milpas Altas y Santo Domingo Xenacoj presentan tasas de mortalidad superiores a la estimada para el departamento y el riesgo relativo de mortalidad es más elevado en comparación con el riesgo promedio en el departamento.

5. La tasa de mortalidad estandarizada por edad aplicando la estructura por edades de Guatemala a las tasas de mortalidad de Sacatepéquez resultó en 1.39 defunciones por cada 1,000 mujeres en edades de 10 a 49 años, que siempre es inferior a la del nivel nacional. La razón de mortalidad estandarizada identificó seis municipios con un riesgo relativo de muerte más alto al promedio del departamento, éstos son: Santa María de Jesús, Santiago Sacatepéquez, Santa Catarina Barahona, Alotenango, Santo Domingo Xenacoj y Santa Lucía Milpas Altas.
6. Respecto del perfil de mortalidad por grandes grupos de defunción se observa a las enfermedades transmisibles como las más frecuentes, afectando a todos los grupos pero en mayor medida a las jóvenes y de mayor edad; los tumores se concentran en mujeres entre los 30 y 40 años; las causas externas afectan a todos los grupos hasta los 45 años. Las otras causas aparecen de manera sostenida a partir de los 30 años.
7. El perfil de mortalidad, según criterios de evitabilidad de las causas de defunción que afectan a las mujeres, identificó que en las mujeres más jóvenes las defunciones se originan, principalmente, por causas evitables por medidas y acciones combinadas en salud y desarrollo; a partir de los 30 años cobran importancia las enfermedades evitables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

RECOMENDACIONES

1. Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad de mujeres en edad reproductiva que, además de darle seguimiento a indicadores como la razón de mortalidad materna, incluya el seguimiento de indicadores relacionados con las causas de defunción evitables.
2. Establecer los mecanismos de sensibilización y coordinación necesarios para que los diferentes niveles de atención en sus acciones de promoción, prevención y curación, consideren en la definición de sus prioridades, los factores que están terminando prematuramente con la vida de las mujeres en edad reproductiva y prioricen la atención de este grupo y las intervenciones correspondientes para evitar la muerte prematura y prevenible. La respuesta oportuna y eficaz de los servicios públicos de salud en general, pero en particular a los casos sospechosos o diagnosticados de enfermedades tratables en mujeres que no cuentan con otras opciones para recibir tratamiento o rehabilitación debido su condición socioeconómica, es una estrategia para reducir la mortalidad prevenible.
3. Promover acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que incluyan la coordinación intersectorial y que permitan ofrecer una respuesta social oportuna, focalizar y concentrar acciones en grupos vulnerables por su situación socioeconómica, su condición de género y cosmovisión de la salud reproductiva. Entre otros actores sociales, la participación de los grupos de mujeres y de instituciones que trabajan para la promoción y desarrollo de las mujeres, deben

abordar la temáticas relacionada con la condición de género y su relación con la salud, buscando con ello el cambio de actitudes y prácticas de las mujeres respecto de su propia salud. La autopercepción y valoración de la salud en las mujeres está relacionada con su condición de género.

4. Desarrollar un estándar nacional de mortalidad evitable en mujeres en edad reproductiva y aplicarlo a los servicios de salud para apoyar la definición de prioridades en salud y los programas de atención para este grupo de población. Asimismo, como instrumento de negociación a nivel institucional y con otros actores políticos y sociales, para la definición de prioridades y la asignación de recursos para la atención en salud y otros sectores intervinientes en la producción social de la salud.
5. Por último y como un factor determinante de la exposición de las mujeres al riesgo de morir se debe mencionar la necesidad de que los servicios de salud y los grupos sociales valoren y den importancia a los procesos de salud-enfermedad en las mujeres, más allá de los relacionados con la maternidad. En los servicios públicos de salud las mujeres deben ser comprendidas y atendidas tomando en cuenta sus características sociales, biológicas y culturales pero, sobre todo, tomar con seriedad los problemas de salud que las afectan y se manifiestan de forma diferente por su condición de género.

REFERENCIAS

- (1) Dever, G.E. A. "Epidemiología y administración de los servicios de salud". Maryland, E.U.A. Publicado por la Organización Panamericana de la Salud con autorización de Aspen Publishers Inc., 1991.
- (2) Hanson, K. "La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud". Publicación ocasional No. 5. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies, (1999).
- (3) Rutstein, D. et. al. "Measuring the quality of medical care. A clinical method". New England Journal of Medicine, 294; 1976. (citado en Wood, E. et al. "Unviversal health care? Poor men more likely to die from avoidable causes in British Columbia. The Evidence Speaks. Monograph Series Number 1.)
- (4) Taucher E. "Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas". CELADE, Serie A. Chile: CELADE; 1978. (citada en: OPS "Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de Listas Cortas para la Tabulación de Datos. Boletín Epidemiológico". Vol 23 No. 4, 2002).
- (5) Molina, C.A et al. "Mortalidad evitable. El caso de la Frontera Norte de México 1980-1990". Cad. Saúde Públ.. Río de Janeiro, 11(3):395-407, jul/set, 1995.
- (6) Starrs, 1987. (citado en; Langer, A. y Lozano, R. Condición de la Mujer y Salud. 1998. Foro Mundial de Salud. Harvard University).
- (7) Koblinsky, Campbell y Harlow, 1993 (citado en: Langer, A. y Lozano, R. Condición de la Mujer y Salud. 1998. Foro Mundial de Salud. Harvard University).
- (8) CELADE/CEPAL. "Insumos sociodemográficos en la gestión de las políticas sectoriales". Santiago de Chile. Dic. 2000.
- (9) Langer, A. y Lozano, R. Condición de la Mujer y Salud.. Foro Mundial de Salud. Harvard University. 1998.
- (10) Reproductive health Outlook. <http://www.rhoespanol.org/html/rtis.htm>. 1997-2003. Acceso realizado en noviembre 2003
- (11) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Plan Nacional de Salud 2000-2004". MSPAS, Guatemala, 2001.

- (12) Tinker, A. et al. "Improving Women's Health: Issues & Interventions. Burden of disease in females aged 15-44 in developing countries". World Bank, Washington, June 2000.
- (13) De la Cuesta-Benjumea C. "Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección". *Salud Publica Mex* 1999;41: 124-129.
- (14) Gómez, E. "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002 .
- (15) Organización Panamericana de la Salud. "Análisis de Salud: Riesgos de morir y desigualdades en el ingreso". *Boletín epidemiológico* Vol. 20 No. 4, 1999.
- (16) Hjar-Medina, C., et. al. "La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México". *Salud pública de México / vol.39, no.6, noviembre-diciembre de 1997*
- (17) Hjar-Medina, C., et. al. "La violencia Familiar ¿un problema que se hereda o se aprende?" *Gaceta Médica de México* 2002; 138 (2): 157-176.
- (18) Caraveo-Anduaga, J, et al. "Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México". *Salud Pública de México / vol.41, no.3, mayo-junio de 1999.*
- (19) Freidson, E. "La profesión médica". Barcelona, Península, 1978. (citado en: De la Cuesta-Benjumea C. "Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección". *Salud Pública Mex* 1999;41:124-129).
- (20) González Lujan, L. "Análisis de la mortalidad evitable como indicador de calidad asistencial en una zona de salud". *Revista de Calidad Asistencial*: 1994;9(4):191-195. España.
- (21) Barrios, C. Unidad 4: Detección temprana de cáncer mamario y cérvico uterino. Diplomado a Distancia en Salud de la Mujer. INCAP, OPS, MSPAS, Universidad Francisco Marroquín y otros. Guatemala 2002.
- (22) Parkin, M. et al. Prevention of cervical cancer in developing countries. *J Clin Obstet Gynecol* 1999; 11:3-20. Citado en Barrios, C. Unidad 4: Detección temprana de cáncer mamario y cérvico uterino. Diplomado a Distancia en Salud de la Mujer. INCAP, OPS, MSPAS, Universidad Francisco Marroquín y otros. Guatemala 2002.

- (23) Lazcano-Ponce EC, et. Al. "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos". Salud Pública de México 1999; 41: 278-285.
- (24) Arillo-Santillán, E. et al. "El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica". Salud Pública de México. Volumen 42, No.1. enero-febrero, 2000.
- (25) Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-67.html>. Acceso realizado en noviembre, 2003.
- (26) Murray, C.J; Lopez A.D. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1999 and projected to 2020. Harvard University of Public Health. 1996.
- (27) OPS. "Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de Listas Cortas para la Tabulación de Datos". Boletín Epidemiológico. Vol 23 No. 4, 2002.
- (28) Ríos-Massabot N.E et al. "Causas múltiples de muerte". Rev Cubana Hig Epidemiol 1998;36(2):116-2.
- (29) Centro Centroamericano de Población. Capacitación a distancia. Curso Básico de epidemiología para enfermería. Universidad de Costa Rica; 2003.
- (30) Bautista, D. "Efectividad y calidad de la atención sanitaria medida a través de la mortalidad evitable". Sociedad Iberoamericana de Información Científica . Colección Trabajo Distinguidos, serie Clínica Métrica. Volumen 8, Número 3, 2002.
- (31) Wood, E. et al. "Unviversal health care? Poor men more likely t odie from avoidable causes in British Columbia". The Evidence Speaks. Monograph Series Number 1.
- (32) Son, Yun-Mi, et al. "Excess mortality from avoidable and non-avoidable causes in men f low socioeconomic status: a prospective study in Korea". Journal of Epidemiology and Community Health 2000; 54:166-172.
- (33) Niti M., et al. "Temporal trends and ethnic variations in amenable mortality in Singapur 1965-1994: the impact of health care in transition." International Journal of Epidemiology 2001; 30; 966-973.

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y,por cualquier medio,la tesis titulada “Mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años de edad en el Departamento de Sacatepéquez en el año 2000” para propósitos de consulta académica. Sin embargo,quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

ANEXO 1

Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez - MSPAS / Maestría en Salud Pública - USAC Cuestionario para la recolección de datos del estudio: "Mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años de edad: Un análisis de las muertes ocurridas en el Departamento de Sacatepéquez en el año 2000"				Pág 1/7
No.	Temas, variables y filtros	PREGUNTAS E INSTRUCCIONES	Códigos	Pases
100	SECCION I: DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION DE LA ENTREVISTA			
101	Filtro	Esta sección es solo para registrar datos de localización y registrar las visitas realizadas. La información debe llenarse en su mayoría antes de llegar a la vivienda. LA ENTREVISTA con el o la informante clave inicia en la pregunta 201.		
102	Número de caso (cuestionario)	Anote el número de caso de acuerdo a la Hoja de Ruta (en el recuadro de la derecha):	_____	
103	Nombre de la mujer fallecida	Anote el nombre de la mujer fallecida tal como aparece en la hoja de ruta (nombre, primer apellido, segundo apellido):		
104	Nombre informante en registro civil	Anote el nombre del informante de muerte (como aparece en la hoja de ruta: nombre, primer apellido, segundo apellido. También relación con fallecida cuando exista información):		
105	Residencia de mujer fallecida	Anote el nombre datos de localización de residencia de la mujer fallecida (como aparece en la hoja de ruta):		
		Distrito de Salud:		
		Municipio:		
		Aldea, caserio, cantón, barrio, lotificación (especificar y completar información):		
		Número de teléfono (pregunte):		
	Primera visita	Anote los datos que se piden de la 1era visita:		
106		Fecha de la visita (Día/Mes/Año):	__ _ __ _ __ _	
107		Hora de la visita (Hora/Minutos/Segundos):	__ _ __ _ __ _	
108		Nombre de la persona contactada (nombre, primer apellido, segundo apellido):		
109		Existen condiciones para realizar la entrevista? Circule el numeral:		
		Si existen condiciones para realizar la entrevista en este momento	1	Pase a 121
		No existen condiciones para realizar la entrevista en este momento	2	
110		Anote los motivos por los cuales no se pudo realizar la entrevista:		Programe nueva visita
	Segunda visita	Anote los datos que se piden de la 2da visita:		
111		Fecha de la visita (Día/Mes/Año):	__ _ __ _ __ _	
112		Hora de la visita (Hora/Minutos/Segundos):	__ _ __ _ __ _	
113		Nombre de la persona contactada (nombre, primer apellido, segundo apellido):		
114		Existen condiciones para realizar la entrevista? Circule el numeral:		
		Si existen condiciones para realizar la entrevista en este momento	1	Pase a 121
		No existen condiciones para realizar la entrevista en este momento	2	
115		Anote los motivos por los cuales no se pudo realizar la entrevista:		Programe nueva visita
	Tercera visita	Anote los datos que se piden de la 3ra visita:		
116		Fecha de la visita (Día/Mes/Año):	__ _ __ _ __ _	
117		Hora de la visita (Hora/Minutos/Segundos):	__ _ __ _ __ _	
118		Nombre de la persona contactada (nombre, primer apellido, segundo apellido):		
119		Existen condiciones para realizar la entrevista? Circule el numeral:		
		Si existen condiciones para realizar la entrevista en este momento	1	Pase a 121
		No existen condiciones para realizar la entrevista en este momento	2	
120		Anote los motivos por los cuales no se pudo realizar la entrevista:		
121	Nombre de entrevistadora	→		

Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez - MSPAS / Maestría en Salud Pública - USAC Cuestionario para la recolección de datos del estudio: "Mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años de edad: Un análisis de las muertes ocurridas en el Departamento de Sacatepéquez en el año 2000"				Pág 2/7
No.	Temas, variables y filtros	PREGUNTAS E INSTRUCCIONES	Códigos	Pases
A PARTIR DE LA SECCION II LEA AL ENTREVISTADO(A) LAS PREGUNTAS EN NEGRITA				
200	SECCION II: DATOS GENERALES DE LA PERSONA ENTREVISTADA (INFORMANTE)			
201	Nombre del informante	Para empezar podría decirme cuál es su nombre? Anote el nombre de la persona a ser entrevistada (nombre, primer apellido, segundo apellido):		
202	Edad del informante	Podría decirme cuántos años tiene usted? Anote la edad en años cumplidos en recuadro de la derecha:	____ Años	
203	Parentesco con la fallecida	Qué parentesco tenía usted con (nombre de fallecida)? Anote respuesta de informante:		
204	Filtro: Identificación del informante	Verifique nombre de la persona entrevistada con nombre en pregunta 104 y circule el numeral:		
		Coincide con informante que reportó muerte en Registro Civil	1	
		No coincide con informante que reportó muerte en Registro Civil	2	
206	Filtro: Sexo de informante	Identifique el sexo de la persona entrevistada y circule el numeral:		
		Hombre	1	
		Mujer	2	
300	SECCION III: DATOS SOBRE CONDICION SOCIOECONOMICA DE LA MUJER FALLECIDA			
301	Filtro: Nombre fallecida	Revise nombre de fallecida en Pregunta 102 y anótele para referencia:		
302	Edad de la mujer	Podría confirmarme que edad tenía (nombre de la fallecida) al momento de morir? Anote edad en recuadro de la derecha:	____ Años	
303	Asistencia a escuela de la fallecida	Podría decirme si (nombre de la fallecida) asistió alguna vez a la escuela o colegio? Circule el numeral:		
		Si	1	
		No	2	Pase a 305
		Otro (especifique):		
304	Nivel educación de fallecida	Cuál es el último año de estudios que (nombre de la fallecida) ganó? Circule el numeral:		
		1 a 3 de primaria	1	
		4 a 6 de primaria	2	
		1 a 3 de secundaria (básico)	3	
		4 a 6 de secundaria (diversificado)	4	
		Técnica o universitaria	5	
		Otro (especifique):		
305	Grupo étnico	A cuál grupo étnico pertenecía (nombre de fallecida)? Si el informante no comprende léale las opciones y circule solo un numeral:		
		Indígena	1	
		Ladino	2	
		Otro (especifique):		
306	Grupo étnico (traje)	Usaba (nombre de fallecida) traje? Circule el numeral:		
		Si	1	
		No	2	
		Otro (especifique):		
307	Grupo étnico (idioma)	Cuál(es) idioma(s) hablaba ella? Anote respuesta de informante:		
308	Trabajo de la mujer	Algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie, otras venden algún producto, tienen algún pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ... Sabe usted si (nombre de fallecida) tuvo algún trabajo de este tipo? Circule el numeral:		
		Si tuvo trabajo	1	
		No tuvo trabajo	2	Pase a 312
		Oficios domésticos	3	Pase a 312
		Otro (especifique):		
309	Tipo de trabajo	Qué tipo de trabajo o actividad era la que realizaba (nombre de fallecida) en su trabajo? Anote respuesta de informante:		

				Pág 3/7
No.	Temas, variables y filtros	PREGUNTAS E INSTRUCCIONES	Códigos	Pases
310	Último trabajo de la mujer	Hasta cuánto tiempo antes de fallecer ella trabajó? Anote respuesta de informante:		
311	Actividad durante el último trabajo	Durante ese último trabajo, que actividad realizaba ella en el trabajo? Anote respuesta de informante:		
312	Composición del grupo familiar	Con quienes vivía (nombre de fallecida) en los últimos seis meses antes de su muerte? Circule las posibles opciones: Esposo o compañero 1 Padre 2 Madre 3 Hermana(s) 4 Hermano(s) 5 Hija(s) 6 Hijo(s) 7 Otros (especifique):		
313	Tamaño del grupo familiar	En total, cuántas personas vivían en la misma casa con (nombre de fallecida) antes de que falleciera? Anote número en recuadro de la derecha:	_____ Personas	
314	Condición económica del grupo familiar (artefactos)	Recuerda si en los últimos seis meses antes de que (nombre de fallecida) falleciera tenían en el hogar lo siguiente? Pregunte para cada opción y circule el numeral (para SI o NO) según respuesta: Luz eléctrica? 1 2 Radio? 1 2 Televisor? 1 2 Teléfono? 1 2 Refrigeradora? 1 2	Sí No 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2	
315	Condición económica del grupo familiar (sanitario)	Qué tipo de servicio sanitario tenían en la casa de (nombre de fallecida)? Anote respuesta de informante:		
316	Condición económica del grupo familiar (agua intradomiciliar)	Tenían en la casa de (nombre de fallecida) agua entubada? Circule el numeral: Sí 1 No 2 Otro (especifique):		
317	Filtro: Materiales de vivienda	Por observación: anote los materiales utilizados en la vivienda para lo siguiente: Techo: Paredes: Piso:		
318	Condición de vivienda	Las condiciones de la vivienda al momento de fallecer (nombre de la fallecida) eran similares a las actuales? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación: Sí 1 No → Por qué? 2 Otro (especifique):		
400	SECCION IV: DATOS SOBRE HISTORIA DE UNIONES DE LA MUJER FALLECIDA			
401	Estado civil de la mujer	Cuál era el estado civil de (nombre de fallecida) al momento de morir? Circule el numeral y/o anote respuesta de informante: Soltera 1 Otro (especifique):		Pase a 403
402	Estado civil de la mujer	Estuvo (nombre de fallecida) casada o unida alguna vez? Circule el numeral: Sí 1 No 2 Otro (especifique): 3		Pase a 501
403	Número de uniones de la mujer	Sabe usted cuántas veces estuvo casada o unida (nombre de fallecida)? Anote número de veces en recuadro de la derecha: ____ Veces		

				Pág 4/7
No.	Temas, variables y filtros	PREGUNTAS E INSTRUCCIONES	Códigos	Pases
500	SECCION V: CAUSA DE MUERTE			
501	Lugar de fallecimiento	Podría por favor confirmarme en qué lugar falleció (nombre de fallecida)? Anote respuesta de informante (hogar, hospital, tránsito, otro):		
502	Causa de muerte registrada	Podría decirme cuál fue la causa de muerte que identificaron en los servicios de salud (médico, enfermera, otro)? Anote respuesta de informante:		
503	Causa de muerte percibida	Y a su criterio, cuál cree fue la causa de muerte? Anote respuesta de informante:		
504	Filtro: causa muerte	Revise preguntas 502 y 503. Si la muerte fue por accidente (tránsito, envenamiento, otro) pase a 512		
505	Síntomas	Qué síntomas iniciales de la enfermedad tuvo (nombre de fallecida)? Anote respuesta de informante:		
506	Actitud frente a los síntomas	Qué hizo (nombre de la fallecida) frente a esos primeros síntomas? Anote respuesta de informante:		
507	Conocimiento de la enfermedad	Cuánto tiempo antes de fallecer (nombre de fallecida) se enteró ella de la enfermedad? Anote respuesta de informante:		
508	Percepción previa de la enfermedad	La noticia de la enfermedad le tomó por sorpresa a (nombre de fallecida) o era algo que esperaba? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación: Le tomó por sorpresa → Por qué? Era algo que esperaba → Por qué?	1 2	
509	Comunicación del estado de salud	Y a la familia...la noticia de la enfermedad le tomó por sorpresa o era algo que esperaban? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación: Les tomó por sorpresa → Por qué? Era algo que esperaban → Por qué?	1 2	
510	Antecedentes familiares	Alguien en la familia de ella había padecido de la misma enfermedad? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación: Si → Quién(es)? No	1 2	
511	Lugar de diagnóstico	En dónde le diagnosticaron la enfermedad por primera vez? Anote respuesta de informante:		
512	Lugar de tratamiento	En qué lugares la trataron por la enfermedad/accidente? Anote respuesta de informante:		
513	Intervención realizada	La operaron o estuvo hospitalizada para realizarle algún procedimiento especial para tratarle la enfermedad/accidente? Anote respuesta de informante:		
514	Tratamiento recomendado	Qué medicamentos o tratamiento le dieron a (nombre de fallecida)? Anote respuesta de informante:		
515	Seguimiento de tratamiento	Seguía ella (nombre de fallecida) el tratamiento como se indicó? Anote respuesta de informante:		
516	Muerte prematura	Estaba previsto algún tratamiento o cirugía antes de que (nombre de fallecida) falleciera? Anote respuesta de informante:		

				Pág 5/7
No.	Temas, variables y filtros	PREGUNTAS E INSTRUCCIONES	Códigos	Pases
517	Uso de medicina privada o tradicional	Asistió ella o la llevaron a un médico privado o algún curandero? <i>Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:</i> Si → Adónde quién y por qué? No → Por qué?	1 2	
518	Intención medicina privada o tradicional	Si ella o la familia hubieran podido, la hubieran llevado a un médico privado o curandero? <i>Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:</i> Si → Adónde quién y por qué? No → Por qué?	1 2	
519	Opinión de calidad de servicios	Qué opinión tiene usted de la atención que recibió (nombre de fallecida)? <i>Anote respuesta de informante:</i>		
600	SECCION VI: CONDICIONES Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER FALLECIDA			
601	Enfermedades graves	Aparte de la enfermedad/accidente que le causó la muerte a (nombre de fallecida), estuvo ella alguna vez enferma de gravedad? Qué tipo de enfermedad le afectó esa vez? <i>Anote respuesta de informante:</i>		
602	Enfermedades generales	De qué enfermedades o molestias en general padeció (nombre de fallecida) durante su vida? <i>Anote respuesta de informante:</i>		
603	Frecuencia de estados enfermedad	Considera que (nombre de fallecida) era una persona que se enfermaba muy frecuente o poco frecuente? <i>Circule el numeral</i> Muy frecuente Poco frecuente Otra (especifique):	1 2	
604	Actitud ante la enfermedad	Cuando ella se enfermaba, que era lo que usualmente hacía? <i>Pregunte para cada opción y circule el numeral (para Si o NO) según respuesta:</i> Sí No Le informaba a alguien de su enfermedad o malestar? Acudía al centro o puesto de salud? Acudía al hospital? Acudía al médico privado o curandero? Utilizaba medicina tradicional (hierbas y otros)? Compraba medicina en la farmacia? Se aguantaba hasta donde pudiera? Otro (especifique):	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2	
605	Filtro: edad de fallecida	Verifique edad de la fallecida. Revise pregunta 302 y circule el numeral Menor de 15 años De 15 años y más Otro (especifique):	1 2	Pase a 608
606	Papanicolau	El papanicolau es un examen de laboratorio que sirve para detectar a tiempo el cáncer de útero o matriz. Sabe usted si (nombre de fallecida) iba a que se lo hicieran regularmente? <i>Encierre el numeral y anote respuesta de informante en explicación:</i> Si → Adónde y con qué frecuencia? No → Por qué?	1 2	
607	Autoexamen de mamas	El autotexamen de mamas es una examen físico que se hace la mujer para detectar a tiempo el cáncer de mama o de pecho. Sabe usted si (nombre de fallecida) se practicaba ese examen de manera regular? <i>Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:</i> Si No → Por qué?	1 2	
608	Número de hijos/as	Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tuvo (nombre de fallecida) durante toda su vida? <i>Anote respuesta de informante:</i> Número de hijos: _____ Número de hijas: _____		Si no tuvo hijos pase a 613

				Pág 6/7
No.	Temas, variables y filtros	PREGUNTAS E INSTRUCCIONES	Códigos	Pases
609	Situación de los embarazos	En general cómo fueron los embarazos de (nombre de fallecida)? Anote respuesta de informante:		
610	Atención del parto personal de salud	Durante los partos (nombre de fallecida) recibió atención del personal de salud o comadrona? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si → De quién?	1	
		No → Por qué?	2	
611	Atención del parto institucional	Durante los partos, (nombre de fallecida) fue atendida en un hospital o establecimiento de salud? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si → En dónde fue atendida?	1	
		No → Por qué?	2	
612	Edades de los hijos e hijas	Qué edades tenían los hijos e hijas cuando (nombre de fallecida) falleció? Anote respuesta de informante:		
613	Actividades dentro del hogar	En general cuáles eran las actividades diarias que realizaba (nombre de fallecida) en el hogar? Anote respuesta de informante:		
614	Actividades fuera del hogar	Y fuera del hogar, cuáles eran las actividades diarias que ella realizaba? Anote respuesta de informante:		
615	Tabaco	Sabe usted si (nombre de fallecida) fumaba cigarrillos? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si → Cuántos al día?	1	
		No	2	
		Otro (especifique):		
616	Alcohol	Sabe usted si en algunas ocasiones (nombre de fallecida) tomaba bebidas alcohólicas? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si → Con qué frecuencia o cuántas veces por semana?	1	
		→ En promedio cuántas copas/ocantavos tomaba cada vez?		
		No	2	
		Otro (especifique):		
617	Depresión pre	Antes de saber que ella estaba enferma/se accidentó, sabe usted si (nombre de fallecida) se deprimía, ponía triste o lloraba sin razón? Anote respuesta de informante:		
618	Depresión post	Y después de conocer que estaba enferma/accidente, se deprimía, ponía triste, lloraba? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si	1	
		→ Anote cualquier otra explicación:		
		No	2	
		Otro (especifique):		
619	Planificación familiar	Sabe usted si (nombre de fallecida) utilizaba métodos para planificar la familia? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si → Cuáles?	1	
		No → Por qué?	2	
620	Tenencia de propiedades	Sabe usted si (nombre de fallecida) tenía alguna propiedad a nombre de ella? Circule el numeral y anote respuesta de informante en explicación:		
		Si → Cuál(es)?	1	
		No	2	
		Otro (especifique):		

ANEXO 2

Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez - MSPAS / Universidad de San Carlos de Guatemala - Salud Pública Estudio: "Mortalidad prevenible en mujeres de 10 a 49 años de edad: Un análisis de las muertes ocurridas en el Departamento de Sacatepéquez en el año 2000" Mayo-Junio de 2004		
Antes de llegar a la vivienda anote la siguiente información 	Número de caso (cuestionario): _____	
	Nombre de la fallecida: _____	
INTRODUCCION Buenos días/tardes/noches: Mi nombre es: _____ y le estoy visitando porque estamos realizando un estudio de la salud. La Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez conjuntamente con la Universidad de San Carlos está realizando una investigación para conocer más sobre las causas de muerte que afectan a las mujeres de 10 a 49 años de edad en el Departamento. El propósito del estudio es identificar situaciones que afectan la salud de las mujeres y que pueden ser prevenidas con un diagnóstico temprano y una atención oportuna por parte de los servicios de salud. Como parte del estudio se está profundizando en el análisis de las muertes ocurridas en el año 2000. Sabemos que usted es familiar de la Sra/Srita: (nombre de fallecida) quien falleció en el año 2000. Por esta razón es que quisieramos hacerle unas preguntas acerca de ella y su enfermedad, de manera que nos brinde información adicional para completar el estudio. Algunas de las preguntas que le haga tal vez no aplican para el caso de (nombre de fallecida). En ese caso no hay que preocuparse ya que esa información no se tomaría en consideración para este caso. Toda la información que usted nos proporcione es estrictamente confidencial y solo será utilizada con propósitos de investigación. Los resultados que se obtengan serán utilizados para recomendar acciones específicas a la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez a fin de identificar la forma de mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud.		
Está usted de acuerdo con que se le realice la entrevista? Circule el numeral:	Si está de acuerdo 1	Inicie la entrevista con la pregunta 201
	No está de acuerdo 2	Sondee las razones y anotelo abajo
Razones por las que no está de acuerdo con la entrevista: 		

ANEXO 3

Tabla 1

POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA GUATEMALA
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	11,385,337	100.0	5,644,617	100.0
0-4	1,845,317	16.2	903,476	16.0
0	381,896	3.4	187,005	3.3
1	375,959	3.3	184,083	3.3
2	369,508	3.2	180,912	3.2
3	362,613	3.2	177,524	3.1
4	355,341	3.1	173,953	3.1
5-9	1,659,285	14.6	812,190	14.4
5	347,762	3.1	170,234	3.0
6	339,945	3.0	166,400	2.9
7	331,958	2.9	162,485	2.9
8	323,870	2.8	158,523	2.8
9	315,750	2.8	154,548	2.7
10-14	1,460,623	12.8	715,009	12.7
10	307,473	2.7	150,502	2.7
11	298,915	2.6	146,331	2.6
12	291,110	2.6	142,518	2.5
13	284,513	2.5	139,280	2.5
14	278,613	2.4	136,378	2.4
15-19	1,292,292	11.4	633,080	11.2
15	272,521	2.4	133,392	2.4
16	266,506	2.3	130,443	2.3
17	259,637	2.3	127,127	2.3
18	251,389	2.2	123,213	2.2
19	242,240	2.1	118,906	2.1
20-24	1,076,656	9.5	531,075	9.4
20	233,244	2.0	114,674	2.0
21	224,258	2.0	110,459	2.0
22	215,254	1.9	106,212	1.9
23	206,347	1.8	101,971	1.8
24	197,554	1.7	97,759	1.7
25-29	861,044	7.6	428,395	7.6
25	184,060	1.6	88,830	1.6
26	179,552	1.6	88,836	1.6
27	174,176	1.5	87,829	1.6
28	166,270	1.5	84,099	1.5
29	156,985	1.4	78,801	1.4

Tabla 1

**POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA GUATEMALA
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000**

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	11,385,337	100.0	5,644,617	100.0
30-34	680,763	6.0	343,205	6.1
30	145,999	1.3	73,275	1.3
31	136,618	1.2	68,828	1.2
32	131,132	1.2	66,241	1.2
33	131,561	1.2	66,484	1.2
34	135,454	1.2	68,376	1.2
35-39	552,009	4.8	280,743	5.0
35	119,609	1.1	60,687	1.1
36	115,018	1.0	58,450	1.0
37	110,468	1.0	56,208	1.0
38	105,789	0.9	53,873	1.0
39	101,125	0.9	51,524	0.9
40-44	446,828	3.9	227,638	4.0
40	96,719	0.8	49,293	0.9
41	92,429	0.8	47,108	0.8
42	88,694	0.8	45,195	0.8
43	85,728	0.8	43,663	0.8
44	83,258	0.7	42,379	0.8
45-49	377,120	3.3	191,521	3.4
45	80,862	0.7	41,124	0.7
46	78,699	0.7	39,976	0.7
47	76,089	0.7	38,618	0.7
48	72,674	0.6	36,880	0.7
49	68,795	0.6	34,923	0.6
50-54	294,225	2.6	149,244	2.6
50	65,142	0.6	33,076	0.6
51	61,564	0.5	31,273	0.6
52	58,348	0.5	29,630	0.5
53	55,702	0.5	28,236	0.5
54	53,469	0.5	27,029	0.5

Tabla 1

**POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA GUATEMALA
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000**

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	11,385,337	100.0	5,644,617	100.0
55-59	236,954	2.1	119,050	2.1
55	51,261	0.5	25,843	0.5
56	49,129	0.4	24,697	0.4
57	47,193	0.4	23,675	0.4
58	45,467	0.4	22,800	0.4
59	43,904	0.4	22,035	0.4
60-64	198,477	1.7	100,033	1.8
60	42,418	0.4	21,308	0.4
61	40,995	0.4	20,614	0.4
62	39,643	0.3	19,968	0.4
63	38,347	0.3	19,364	0.3
64	37,073	0.3	18,778	0.3
65-69	164,576	1.4	84,174	1.5
65	35,819	0.3	18,204	0.3
66	34,607	0.3	17,655	0.3
67	33,191	0.3	16,991	0.3
68	31,454	0.3	16,145	0.3
69	29,505	0.3	15,178	0.3
70-74	118,545	1.0	61,438	1.1
70	27,583	0.2	14,225	0.3
71	25,663	0.2	13,270	0.2
72	23,717	0.2	12,296	0.2
73	21,763	0.2	11,314	0.2
74	19,820	0.2	10,333	0.2
75-79	71,557	0.6	37,611	0.7
75	17,904	0.2	9,361	0.2
76	16,035	0.1	8,409	0.1
77	14,230	0.1	7,485	0.1
78	12,506	0.1	6,598	0.1
79	10,882	0.1	5,758	0.1
80 y +	49,066	0.4	26,735	0.5

Tabla 1

**POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA GUATEMALA
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000**

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	11,385,337	100.0	5,644,617	100.0
Grupos de interés Respecto al total del departamento				
10-14	1,460,623	12.8	715,009	12.7
15-19	1,292,292	11.4	633,080	11.2
20-24	1,076,656	9.5	531,075	9.4
25-29	861,044	7.6	428,395	7.6
30-34	680,763	6.0	343,205	6.1
35-39	552,009	4.8	280,743	5.0
40-44	446,828	3.9	227,638	4.0
45-49	377,120	3.3	191,521	3.4
10-49	6,747,335	59	3,350,666	59
15-49	5,286,712	46	2,635,657	47
Grupos de interés Grupo 10-49 años como total				
10-14	1,460,623	21.6	715,009	21.3
15-19	1,292,292	19.2	633,080	18.9
20-24	1,076,656	16.0	531,075	15.8
25-29	861,044	12.8	428,395	12.8
30-34	680,763	10.1	343,205	10.2
35-39	552,009	8.2	280,743	8.4
40-44	446,828	6.6	227,638	6.8
45-49	377,120	5.6	191,521	5.7
Total	6,747,335	100.0	3,350,666	100.0
Grupos de interés Grupo 15-49 años como total				
15-19	1,292,292	24.4	633,080	24.0
20-24	1,076,656	20.4	531,075	20.1
25-29	861,044	16.3	428,395	16.3
30-34	680,763	12.9	343,205	13.0
35-39	552,009	10.4	280,743	10.7
40-44	446,828	8.5	227,638	8.6
45-49	377,120	7.1	191,521	7.3
Total	5,286,712	100.0	2,635,657	100.0

FUENTE: INE-CELADE. "Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050". 1997.

Tabla 2

**POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000**

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	259,265	100.0	126,579	100.0
0-4	39,501	15.2	19,260	15.2
0	8,064	3.1	3,943	3.1
1	8,009	3.1	3,911	3.1
2	7,925	3.1	3,865	3.1
3	7,817	3.0	3,806	3.0
4	7,687	3.0	3,736	3.0
5-9	36,000	13.9	17,399	13.7
5	7,539	2.9	3,657	2.9
6	7,378	2.8	3,572	2.8
7	7,206	2.8	3,482	2.8
8	7,029	2.7	3,390	2.7
9	6,849	2.6	3,298	2.6
10-14	31,720	12.2	15,233	12.0
10	6,662	2.6	3,203	2.5
11	6,465	2.5	3,103	2.5
12	6,300	2.4	3,021	2.4
13	6,187	2.4	2,970	2.3
14	6,106	2.4	2,937	2.3
15-19	29,023	11.2	14,056	11.1
15	6,017	2.3	2,900	2.3
16	5,929	2.3	2,863	2.3
17	5,826	2.2	2,821	2.2
18	5,699	2.2	2,767	2.2
19	5,552	2.1	2,705	2.1
20-24	25,419	9.8	12,456	9.8
20	5,409	2.1	2,643	2.1
21	5,269	2.0	2,584	2.0
22	5,108	2.0	2,510	2.0
23	4,919	1.9	2,414	1.9
24	4,714	1.8	2,305	1.8
25-29	20,684	8.0	9,995	7.9
25	4,509	1.7	2,197	1.7
26	4,301	1.7	2,089	1.7
27	4,111	1.6	1,988	1.6
28	3,951	1.5	1,900	1.5
29	3,813	1.5	1,822	1.4

Tabla 2

**POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000**

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	259,265	100.0	126,579	100.0
30-34	17,000	6.6	8,065	6.4
30	3,595	1.4	1,716	1.4
31	3,401	1.3	1,617	1.3
32	3,292	1.3	1,560	1.2
33	3,310	1.3	1,565	1.2
34	3,402	1.3	1,606	1.3
35-39	13,755	5.3	6,935	5.5
35	2,996	1.2	1,474	1.2
36	2,872	1.1	1,443	1.1
37	2,750	1.1	1,401	1.1
38	2,628	1.0	1,343	1.1
39	2,508	1.0	1,274	1.0
40-44	11,013	4.2	5,508	4.4
40	2,392	0.9	1,209	1.0
41	2,276	0.9	1,144	0.9
42	2,179	0.8	1,088	0.9
43	2,109	0.8	1,048	0.8
44	2,056	0.8	1,018	0.8
45-49	9,331	3.6	4,579	3.6
45	2,004	0.8	988	0.8
46	1,959	0.8	959	0.8
47	1,895	0.7	925	0.7
48	1,796	0.7	879	0.7
49	1,677	0.6	828	0.7
50-54	6,917	2.7	3,492	2.8
50	1,566	0.6	780	0.6
51	1,455	0.6	733	0.6
52	1,361	0.5	691	0.5
53	1,293	0.5	658	0.5
54	1,242	0.5	630	0.5
55-59	5,489	2.1	2,765	2.2
55	1,191	0.5	603	0.5
56	1,142	0.4	578	0.5
57	1,096	0.4	553	0.4
58	1,051	0.4	528	0.4
59	1,008	0.4	503	0.4

Tabla 2

POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	259,265	100.0	126,579	100.0
60-64	4,454	1.7	2,197	1.7
60	968	0.4	480	0.4
61	931	0.4	458	0.4
62	893	0.3	437	0.3
63	852	0.3	419	0.3
64	810	0.3	403	0.3
65-69	3,474	1.3	1,781	1.4
65	770	0.3	387	0.3
66	730	0.3	372	0.3
67	692	0.3	356	0.3
68	658	0.3	341	0.3
69	625	0.2	325	0.3
70-74	2,622	1.0	1,378	1.1
70	592	0.2	309	0.2
71	559	0.2	293	0.2
72	525	0.2	276	0.2
73	491	0.2	259	0.2
74	455	0.2	240	0.2
75-79	1,693	0.7	878	0.7
75	419	0.2	221	0.2
76	381	0.1	200	0.2
77	341	0.1	177	0.1
78	299	0.1	153	0.1
79	254	0.1	127	0.1
80 y +	1,170	0.5	602	0.5

Tabla 2

**POBLACIÓN TOTAL Y FEMENINA PARA EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ
SEGÚN EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD PARA EL AÑO 2000**

Edad	Ambos sexos		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	259,265	100.0	126,579	100.0
Grupos de interés				
Respecto al total del departamento				
10-14	31,720	12.2	15,233	12.0
15-19	29,023	11.2	14,056	11.1
20-24	25,419	9.8	12,456	9.8
25-29	20,684	8.0	9,995	7.9
30-34	17,000	6.6	8,065	6.4
35-39	13,755	5.3	6,935	5.5
40-44	11,013	4.2	5,508	4.4
45-49	9,331	3.6	4,579	3.6
10-49	157,945	61	76,827	61
15-49	126,225	49	61,594	49
Grupos de interés				
Grupo 10-49 años como total				
10-14	31,720	20.1	15,233	19.4
15-19	29,023	18.4	14,056	17.2
20-24	25,419	16.1	12,456	15.9
25-29	20,684	13.1	9,995	13.8
30-34	17,000	10.8	8,065	11.2
35-39	13,755	8.7	6,935	8.9
40-44	11,013	7.0	5,508	7.6
45-49	9,331	5.9	4,579	6.0
Total	157,945	100.0	76,827	100.0
Grupos de interés				
Grupo 15-49 años como total				
15-19	29,023	23.0	14,056	22.8
20-24	25,419	20.1	12,456	20.2
25-29	20,684	16.4	9,995	16.2
30-34	17,000	13.5	8,065	13.1
35-39	13,755	10.9	6,935	11.3
40-44	11,013	8.7	5,508	8.9
45-49	9,331	7.4	4,579	7.4
Total	126,225	100.0	61,594	100.0

FUENTE: INE-CELADE. "Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050". 1997.

Grupos de interés
Respecto al total del departamento

10-14	31,720	12.2	15,233	12.0
15-19	29,023	11.2	14,056	11.1
20-24	25,419	9.8	12,456	9.8
25-29	20,684	8.0	9,995	7.9
30-34	17,000	6.6	8,065	6.4
35-39	13,755	5.3	6,935	5.5
40-44	11,013	4.2	5,508	4.4
45-49	9,331	3.6	4,579	3.6
10-49	157,945	61	76,827	61
15-49	126,225	49	61,594	49

Grupos de interés
(Grupo 10-49 años = Total)

10-14	31,720	20.1	15,233	19.4
15-19	29,023	18.4	14,056	17.2
20-24	25,419	16.1	12,456	15.9
25-29	20,684	13.1	9,995	13.8
30-34	17,000	10.8	8,065	11.2
35-39	13,755	8.7	6,935	8.9
40-44	11,013	7.0	5,508	7.6
45-49	9,331	5.9	4,579	6.0
Total	157,945	100.0	76,827	100.0

Grupos de interés
(Grupo 15-49 años = Total)

15-19	29,023	23.0	14,056	22.8
20-24	25,419	20.1	12,456	20.2
25-29	20,684	16.4	9,995	16.2
30-34	17,000	13.5	8,065	13.1
35-39	13,755	10.9	6,935	11.3
40-44	11,013	8.7	5,508	8.9
45-49	9,331	7.4	4,579	7.4
Total	126,225	100.0	61,594	100.0

FUENTE: INE-CELADE. "Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050". 1997.