

Si bien el acceso geográfico a los servicios de salud parece existir para el 100% de la población, su cantidad y calidad es diferenciada al interior de la región; a principios de la década de los noventa se estableció que el 70.7% de los asentamientos precarios de la Ciudad de Guatemala no contaban con un centro o puesto de salud con infraestructura y equipamiento aceptable para la atención de la población (UNICEF-SEGEPLAN, 1994). Por otra parte, hay que considerar que, al menos para el 50% de la población del AMCG, el acceso a servicios de salud o atención médica demanda la realización de pagos directos por servicios, cuando en 1991, el 53% de los hogares de la Región Metropolitana solo podía cubrir el costo de la canasta básica de comida y alimentos y otro 15% de hogares solo podía cubrir la mitad del valor de la canasta básica (Polanco, 1998).

2. La Dinámica Poblacional del Area Metropolitana de la Ciudad de Guatemala

Estructura Etárea de la Población

El AMCG presenta una moderada diferencia en comparación con el resto del país en cuanto a la composición etárea de su población. Si bien ésta sigue siendo mayoritariamente una población joven, existe la tendencia a la reducción de la proporción de población menor de 15 años (36% en comparación del 45% promedio nacional), un aumento en el porcentaje de población entre los 15 y 64 años (59.3% en comparación con 51.7% promedio nacional) y un leve incremento en la población adulta mayor (4.7% en contraste con el promedio nacional de 3.3%). Del total de la población adulta, el 49% son adultos jóvenes, menores de 29 años de edad. Las mujeres representan el 52.3% del total de la población de la Región Metropolitana, porcentaje similar al existente como promedio nacional. Igualmente, existe una distribución etárea diferencial entre hombres y mujeres, habiendo más hombres que mujeres menores de 15 años, pero más mujeres que hombres en los demás rangos de edad. Así mismo, y siguiendo un comportamiento esperado, la esperanza de vida en las mujeres es mayor que la de los hombres en el AMCG. Para 1998, se reportó una esperanza de vida al nacer de 74.3 años para mujeres y de 68.7 años para los hombres, ambas comparativamente más altas que el promedio nacional para cada sexo (69.8:64.7). (MSPAS, 1999).

Fecundidad, Mortalidad y Migración en el AMCG

Si bien como se expone a continuación, el AMCG presenta una tendencia a la reducción de sus tasas de fecundidad y de mortalidad, parece ser que el elemento más determinante en el aumento de la proporción de adultos jóvenes es producto todavía de la inmigración del campo a la ciudad en busca de oportunidades de empleo. El crecimiento poblacional de la Ciudad de Guatemala registra, dos períodos donde la migración campo - ciudad jugó un papel determinante en el proceso. La primera, en la década de los cincuenta y la segunda, entre 1976-1985 a consecuencia tanto de la devastación causada por el terremoto de 1976 como posteriormente, por el recrudecimiento de la guerra y la acción contrainsurgente en el área rural, que obligó a

la emigración por razones de seguridad física de grandes grupos de población indígena especialmente.

Los pocos datos disponibles sobre inmigración a la Región Metropolitana muestran que entre 1976 y 1981, el 50.1% del total de población entre los 15 y 34 años de edad era inmigrante y 42.5% era población originaria de la Región Metropolitana (Polanco, 1998). Y, dada la situación económica del país, no es de extrañar que el flujo migratorio haya continuado durante la década de los ochenta y noventa. Si bien en este período, la emigración hacia Estados Unidos de Norteamérica adquiere primacía como lugar de mayor atractivo para la búsqueda de empleo y oportunidades (Castillo, 1999).

Con relación a los patrones de fecundidad, los datos disponibles son para la Región Metropolitana, la cual presenta la tasa global de fecundidad más baja de todo el país (4.3). Llama la atención sin embargo que la tasa global de fecundidad deseada por las mujeres de la región es de 3.5, lo cual indica que aún existe una brecha amplia a cubrir para que las mujeres ejerzan su derecho a regular su fecundidad en función de sus deseos y necesidades. La edad mediana de las mujeres al nacimiento del primer hijo es de 21 años en comparación con el resto de regiones del país donde la edad promedio es uno o dos años antes. Aún así, el 15.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o bien están embarazadas de su primer hijo, si bien este porcentaje es igualmente el más bajo de todas las regiones del país.

El 57% de las mujeres en unión utilizan algún método anticonceptivo, lo cual es ostensiblemente más alto que el promedio de prevalencia de uso a nivel del país (38%, cualquier método). De este 57%, el 47% utiliza métodos modernos, de los cuales la esterilización quirúrgica permanente es el más utilizado (especialmente en mujeres con tres hijos o más) con 23.3%, seguido de la píldora anticonceptiva (8.5%), la inyección de hormonas y el DIU (4.6% cada uno) y el condón (4.6%). La esterilización quirúrgica masculina solo es utilizada en 1.4%. Los métodos tradicionales, especialmente la abstinencia periódica es empleada por el 10.2% de las mujeres en unión. La necesidad insatisfecha de planificación familiar en la región es de 18% (9.9% para espaciar embarazos y 8.1% para limitarlos), la más baja de todo el país. El número ideal de hijos es de 3.1. Por otra parte, el 65% de las mujeres no desea tampoco tener más hijos, variando este porcentaje de 23.1% entre las que no tienen ni un hijo hasta 86.5% entre las que tienen 6 o más. Nuevamente, la región metropolitana presenta la tasa más alta de intencionalidad de no tener más hijos en todo el país (ENSMI 98/99). Finalmente, la tasa de natalidad para la región en 1998 se calcula en 26.96 nacimientos por 1000 habitantes, también bastante más baja que el promedio nacional (MSPAS, 1999).

En lo referente a la mortalidad, la Región Metropolitana presenta nuevamente, una tasa de mortalidad general en 1998, ostensiblemente inferior al promedio nacional (3.36:5.33 x 1000 habitantes) (MSPAS, 1999). Merece especial atención destacar el hecho que, a diferencia con todos los indicadores anteriormente mencionados, la tasa de mortalidad infantil de la Región Metropolitana no es la más baja del país (46 x 1,000 nacidos vivos: 49 x 1,000 nv), como tal vez pudiera haberse esperado. La ENSMI 98/99 señala un incremento del 7% en esta tasa en comparación con el dato observado en 1995, con predominio de la mortalidad neonatal (28 x 1000 n.v.) sobre la post-neonatal (18 x 1000). Por consiguiente, la tasa de crecimiento vegetativo reportada para la

región es de 2.3, menor al promedio nacional en 1998 (3.0). La densidad poblacional es de 1,142 habitantes por kilómetro cuadrado (MSPAS, 1999).

Basados en la información expuesta, se puede aseverar que la Región Metropolitana a donde pertenece el AMCG se encuentra ya en proceso de transición demográfica, lo cual es un hecho de vital importancia para el análisis a futuro de comportamiento epidemiológico de la situación de salud de la población.

3. Los Efectos: Patrón Epidemiológico de la Población del AMCG

Sin haber pretendido hacer en las secciones precedentes un análisis exhaustivo de la dinámica del AMCG, se hace evidente que, al menos para la mayoría de sus habitantes, el AMCG no ofrece condiciones básicas de saneamiento, empleo, habitabilidad, de acceso a servicios públicos de salud de calidad (y a otros servicios) que permitan la posibilidad de una vida saludable o bien, la recuperación de la salud. Aunado a ello, el proceso de transición demográfica que comienza a vivir su población con el lento pero continuado descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad, combinado con la migración al AMCG de población adulta joven en busca de empleo y mejores oportunidades de vida, implica que hay más personas que sobreviven hasta la edad adulta y que, por consiguiente, tienen también posibilidades de vivir por más tiempo, lo que de por sí implica la presencia de toda una gama de problemas de salud de carácter crónico - degenerativo que se incorporan al perfil epidemiológico tradicional de predominio de la enfermedad infecciosa intestinal y respiratoria. Este hecho se vuelve particularmente relevante para el AMCG dado que cerca del 60% de su población total la constituye ya población entre los 15 y los 64 años de edad.

Por otra parte, la vida en la ciudad imparte una dinámica propia a los estilos de vida de los grupos de población: modifica los patrones de consumo de bienes y servicios, transforma las mecánicas de relacionamiento al interior del grupo familiar, de la comunidad, condiciona formas distintas de agrupamiento social, reelabora los valores y principios "socialmente aceptables", e inclusive, modifica las formas en que se manifiestan las creencias culturales y religiosas y, seguramente también, las prácticas tradicionales de atención a los problemas de salud. La ciudad, la dinámica urbana crea en síntesis, nuevas estrategias de sobrevivencia, especialmente entre aquellos que se encuentran excluidos de los beneficios del proceso de reproducción social.

A la fecha, no se ha estudiado todavía con profundidad los efectos específicos que tiene la interacción del medio ambiente urbano, la transición demográfica y los cambios en los estilos de vida de la población sobre la situación de salud de los habitantes del AMCG; mucho menos los procesos concretos que, partiendo de las condiciones de vida, llevan finalmente a la manifestación de la morbilidad específica, la discapacidad o la muerte. Por ejemplo, no se cuenta a la fecha con un mapa epidemiológico de la ciudad, que permita caracterizar la distribución territorial (y por otras variables) de los problemas de salud - enfermedad de la población. Menos aún,

con excepción de estudios en algunos asentamientos precarios específicos¹⁴, no se ha estudiado sistemáticamente el comportamiento epidemiológico de los distintos grupos de población que habitan la ciudad. Por consiguiente, en el caso del AMCG, la magnitud, impacto y distribución de los problemas de salud - enfermedad entre los distintos segmentos de población prácticamente se intuyen, se infieren a partir de la observación de las condiciones materiales de vida y los registros de los servicios de salud, que registran únicamente información de la población demandante de los mismos. Estos vacíos de conocimiento, aunado a las serias limitaciones en la información disponible, hacen que el patrón epidemiológico de la población que habita la Región Metropolitana¹⁵ que se presenta a continuación, tenga un carácter de aproximación general al problema.

Tabla Número 1
Principales Indicadores de Mortalidad para la Región Metropolitana
Según Areas de Salud, Guatemala 1998

INDICADOR DE MORTALIDAD TASA	GUATEMALA NORTE	GUATE SUR	AMA TITLÁN	PROMEDIO REGIÓN	TOTAL PAIS
Neonatal	7.03 x 1000 nv	8.43	11.58	9.01	13.52
Post- Neonatal	13.75 x 1000 nv	8.71	13.07	11.84	21.54
Infantil	20.78 x 1000 nv	17.14	24.65	20.86	35.05**
1-4 Años	2.21 x 1000 1-4	1.25	0.94	1.47	4.11
Materna	90.88 x 100,000 nv	25.07	6.47	40.81	97.25
Mujeres 15-44	0.00 x 1000 15-44	0.69	0.78	0.49	1.66
Diarrea	3.45 x 10,000 h.	2.01	1.00	2.15	4.82
Diarrea <1 año	3.03 x 1000 <1	2.95	2.72	2.9	6.07
Neumonías	4.30 x 10,000 h.	3.83	4.48	4.2	11.24
Respiratorias <1	5.76 x 1,000 <1	4.70	6.21	5.56	13.73
Desnutrición	0.96 x 10,000 h.	0.02	0.17	0.38	1.54
Suicidio*	14	35	16	65 (14%)	457
Homicidio*	133	191	50	374 (16)	2376
Accidentes*	269	345	92	706 (23)	3077

Fuente: SIGSA, Indicadores Básicos de la Situación de Salud en Guatemala, 1998

*números absolutos **Tasa de mortalidad infantil reportada por la ENSMI98/99 es de 49 x 1000 nv.

Tasa de mortalidad infantil para la Región Metropolitana 46 x 1000 nv

Todos los indicadores de mortalidad para las Areas de Salud de la Región Metropolitana tienden a mostrar tasas ostensiblemente más bajas que la tasa de país. Se evidencia sin embargo que, al interior de la Región Metropolitana existen diferencias

¹⁴ Ver por ejemplo: Espinoza, L. Y O. López "UNICEF's urban basic services programme in illegal settlements in Guatemala City" Environment and Urbanization, vol 6, no.2 1994

¹⁵ Al igual que con muchos datos presentados en las secciones anteriores, la información sobre situación de salud está basada en datos para el total de la región Metropolitana o departamento de Guatemala, dado que el sistema nacional de información en salud registra la información por áreas de salud que, para el caso del departamento de Guatemala, sirven tanto área urbana como área rural.

en el comportamiento, mostrando el Area de Salud Guatemala Norte tasas más altas para casi todos los indicadores en comparación con Guatemala Sur y Amatitlán. Llama especialmente la atención la tasa de mortalidad materna en este sentido. Igualmente el hecho que la mortalidad de las mujeres en edad fértil obedezca, aún en la región más desarrollada del país y con mayor acceso a servicios, a mortalidad materna. Evidentemente, los esfuerzos que se hacen actualmente para reducir el riesgo preconcepcional (por medio del acceso a anticoncepción para espaciar los embarazos y limitar los de alto riesgo) y para garantizar la atención segura y oportuna del parto, todavía no son suficientes. En lo referente a la prevención del riesgo preconcepcional, incide profundamente el inicio temprano de la actividad sexual y reproductiva y el limitado uso que existe de métodos anticonceptivos para la regulación de la fecundidad. Un estudio realizado con pobladores del AMCG de estrato socioeconómico bajo, se evidenció que solo el 44% de los hombres y el 13% de las mujeres manifestaron utilizar algún método anticonceptivo para espaciar o limitar los embarazos (FNUAP, 1996). En cuanto a la atención del parto, en el AMCG el 76.1% de las mujeres reciben atención prenatal, de las cuales 68% fue atendida por médico. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de las mujeres del AMCG son atendidas por personal calificado de salud, el 44% no recibe ninguna dosis de toxoide tetánico durante el embarazo (ENSMI, 1998/99).

En el caso de la enfermedad diarreica, se evidencia que la mortalidad se construye fundamentalmente a partir de los decesos de menores de un año y que, al calcular dichas tasas tomando como base la población total de la región en ese grupo etáreo, la misma es prácticamente la mitad de la tasa nacional. Sin embargo, cabe mencionar que estudios sobre prevalencia de enfermedad diarreica y respiratoria realizados directamente en asentamientos precarios del AMCG muestran que la misma es al menos el doble que el promedio que presenta la ciudad (Espinoza y López, 1994). Dado, el nivel de contaminación del medio ambiente y las aguas de la Ciudad, los alimentos son fuente principal de enfermedades gastrointestinales siendo la población infantil la más vulnerable. En 1992 se aplicó un control a grupos específicos de alimentos y en el grupo de la leche y sus derivados el 68% fue considerado aceptable. En los alimentos de ventas callejeras sólo el 60%, representando un elevado riesgo para el consumidor. La contaminación más frecuente es la causada por bacterias coliformes (*E. Coli* y coliformes de origen fecal) provenientes, principalmente, de la utilización de agua contaminada en la preparación de los alimentos y/o deficientes condiciones de higiene durante la manipulación¹⁶.

Los diferenciales en experiencia de morbilidad y mortalidad al interior de la Ciudad se muestran también con la tasa de mortalidad infantil. Si bien la tasa para la región metropolitana está estimada en 46 x 1000 nacidos vivos, en asentamientos precarios de la Ciudad se ha estimado que la misma ha alcanzado tasa entre 64 y 130 x 1000 nacidos vivos (Espinoza y López, 1994). Entre las principales causas de

¹⁶ MSPAS, Departamento de control de alimentos, subcomisión interinstitucional de leche y derivados: *Informe de actividades 1992-1993*. Guatemala.

fallecimiento de los niños menores de cinco años están las enfermedades infecciosas, diarreicas, las infecciones respiratorias y las causas perinatales.

Por otra parte, si bien la tasa de mortalidad por desnutrición es bastante baja (3.8 x 100,000 habitantes), el 28.6% de los niños y niñas de la región metropolitana presentan desnutrición crónica y 2.3% desnutrición aguda. Nuevamente, los valores de la región para desnutrición crónica son aproximadamente la mitad de lo experimentado en el ámbito nacional (ENSMI 98/99). En relación a coberturas de vacunación en menores de 2 años, la ENSMI 98/99 reporta que en la Región Metropolitana, únicamente el 54.7% de los niños había recibido todas las vacunas (BCG, DPT 3 dosis, Polio 3 dosis y antisarampionosa) en algún momento de su vida, lo que la ubica como la tercera región del país con menor proporción de vacunados. Únicamente el 19.5 % tenía carnet de salud donde consta que fue vacunado durante el primer año de vida.

Por otra parte, se estima que en las calles de la ciudad de Guatemala deambulan más de 5,000 niños y niñas que viven, duermen y se alimentan según posibilidades circunstanciales. Algunos datos dicen que el 23% de los niños tienen entre 5 y 9 años, el 29% entre 10 y 14 y el 48% entre 15 y 17 años. De ellos, el 46% han sufrido más de un accidente y padecen un alto grado de desnutrición, enfermedades respiratorias, de la piel e intoxicaciones por inhalación de pegamento (adherente utilizado en la fabricación de zapatos)¹⁷. En esas circunstancias y por la ausencia de educación formal, son una población sumamente vulnerable a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y VIH/SIDA. Además, tienen mayores posibilidades de embarazos a edad temprana, con el riesgo que esto conlleva para la vida de la madre y el niño.

Los datos hospitalarios sobre ETS presentan cifras globales a nivel departamental o nacional, dificultando establecer la situación para la ciudad. Los casos de sífilis, por ejemplo, presentaron una incidencia en el departamento de Guatemala de 6.3 por 100,000 habitantes para 1992. Los registros de SIDA indican 499 casos positivos y 630 VIH portadores asintomáticos (febrero de 1994). Del total de casos, 852 son de sexo masculino y 277 femenino, registrándose 188 defunciones (150 hombres y 38 mujeres). El grupo de edad donde más casos se reportan es el de 20 a 39 años, con el 79.8% del total; el grupo heterosexual presenta el 62% de casos¹⁸. Para 1998, se reportó un total de 192 casos nuevos de SIDA en la Región Metropolitana, que equivalen al 48.4% del total de casos nuevos en el país (MSPAS, 1998).

La tabla número 2 destaca el carácter mixto del perfil epidemiológico de la población de la región Metropolitana. En el mismo persiste todavía la patología infecciosa y nutricional y la mortalidad neonatal como rasgo dominante sobre la

¹⁷ CHILDHOPE. Fundación Esperanza de los niños: *Investigación y educación sobre enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA en trabajadores menores y niños de la calle*. Guatemala, 1992.

¹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) : *II Plan nacional a mediano plazo para la prevención y control del SIDA de la república de Guatemala -1993-1995*. Guatemala, 1993.

enfermedad crónico-degenerativa, si bien ésta comienza a adquirir una mayor importancia como causas de morbilidad y mortalidad, especialmente si se compara con el patrón predominante en el resto de departamentos del país (Garcés, 1999). Dado que la enfermedad crónico - degenerativa ha sido definida como tercera prioridad de salud para el país, los reportes sobre situación de salud más accesibles al público en general no reportan datos sobre estas patologías (MSPAS,1998). Las tasas más recientes para la Región Metropolitana corresponden a 1990 y son las siguientes (tabla 3).

Tabla Número 2
Primeras Causas Específicas de Mortalidad en Sexos Masculino y Femenino
En Orden Descendente de Frecuencia,
Guatemala, 1997

Sexo Masculino CAUSA	Sexo Femenino CAUSA
Infección Respiratoria	Infección Respiratoria
Infecciones Intestinales	Infecciones Intestinales
Violencia	Desnutrición
Enfermedad Cardíaca	Carcinomas
Carcinomas	Mortinato
Fiebre de Etiología No Determinada	Enfermedad Cardíaca
Accidentes	Fiebre de Etiología No Determinada
Mortinatos	Accidentes Cerebro Vasculares
Desnutrición	Septicemia
Cirrosis Hepática	Prematurez
Accidentes Cerebro Vasculares	Choque Hipovolémico
Septicemia	Anemia Severa
Prematurez	Cirrosis Hepática
Diabetes Mellitus	Choque Séptico

Fuente: MSPAS, SIGSA 1997 citado en Garcés, M. "La Salud: Insumo para el Informe de Desarrollo Humano" PNUD, 1999

Si bien solo algunas tasas de enfermedad crónico - degenerativa están reportadas específicamente para la Región Metropolitana, dadas las características de condiciones de vida y especialmente de transición demográfica previamente descritas, se asume que la mayor parte de la mortalidad reflejada en estas tasas corresponde a mortalidad ocurrida en población de la Región Metropolitana. Destaca el hecho que es la enfermedad cardiovascular en general la que predomina en el patrón epidemiológico de la enfermedad crónico - degenerativa en el país, junto con los hechos de violencia. Entre las neoplasias destacan el cáncer de estómago y los tumores malignos del útero, especialmente cáncer de cérvix en la mujer.

Tabla Número 3
Tasas Estimadas de Mortalidad por Enfermedad Crónica - Degenerativa (1990)
Accidentes y Homicidios (1994)
Región Metropolitana

CAUSA	TASA x 100,000 habitantes
Enfermedad del Aparato Circulatorio	56,46 (>45 años)
Enfermedad Isquémica del Corazón	26,34 (>45 años)
Enfermedad Cerebro Vascular	30,36 (>45 años)
Tumores de Todo Tipo	19,19 (todo el país)
Tumores en menores 1 año	2,98 (todo el país)
Tumores en 1-4 años	1,41 (todo el país)
Tumores en 65 y más años	267,62 (todo el país)
Tumores malignos del pulmón	8,12 (>45 años)
Tumores malignos del útero	17,97 (>45 años)
Tumores malignos de mama	6,31 (>45 años)
Tumores malignos del estómago	63,43 (>45 años)
Accidentes	0.92 (1994)
Homicidios	47 (1994)

Fuente: Situación de Salud en Guatemala, Indicadores Básicos 1995 basado en datos del Instituto Nacional de Salud 1990 y el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, MSPAS 1994.

La precariedad urbana no sólo se manifiesta en términos de carencias materiales y condiciones de habitabilidad de la vivienda, sino también en la salud psíquica de sus habitantes. Las frustraciones que provocan el desempleo, bajo ingreso económico, dieta inadecuada e insuficiente y otros, que en combinación con las condiciones de habitabilidad (inadecuados servicios de agua potable y drenajes, hacinamiento, contaminación ambiental, etc.), se expresan en problemas de salud mental stress, alienación, inseguridad, depresiones, tabaquismo, alcoholismo, desintegración familiar y violencia. Considerando el conflicto armado que se vivió por más de 35 años, no es difícil suponer la existencia de problemas de salud mental. Los trastornos mentales pasan desapercibidos o se asocian a manifestaciones somáticas; varios estudios han demostrado que, por los menos, una quinta parte de los pacientes que acuden a los servicios generales de salud padecen problemas psicosociales y un porcentaje mayor los presenta en combinación con somáticos.

Además, la enfermedad no es sólo un efecto de la pobreza generalizada, sino que constituye un factor importante en la generación y perpetuación de la misma. Datos de 1989 revelan que la enfermedad causó una inactividad más prolongada en los grupos pobres (7.4 días, promedio) que en los no pobres (5.7 días). El ausentismo laboral y los gastos que implica el tratamiento médico deterioran la economía familiar, completándose el círculo vicioso de pobreza-enfermedad. Las ONG's que prestan servicios de salud señalan que el mayor número de casos que atienden corresponden a

problemas derivados de la violencia intrafamiliar que se expresa en maltrato infantil y violencia conyugal¹⁹. Ello conduce a la desintegración familiar, generando más problemas en los niños y adolescentes, quienes expresan problemas de aprendizaje, dificultades del habla y trastornos emocionales. La baja autoestima y la timidez son, entre otras, complicaciones que afectan la capacidad de interrelación del afectado en todas las etapas de su vida. Esos problemas se incrementan por la falta de desarrollo integrado que vincule armónicamente las políticas sociales y económicas. Un desarrollo en donde lo social no se conciba como un compensador de iniquidades, sino como un requerimiento para alcanzar mayores niveles de crecimiento económico y finalmente, el bienestar colectivo.

4. El Futuro de la Salud en la Ciudad: Sugerencias para la Política Pública

Impulsar el ordenamiento territorial y el desarrollo integral de la ciudad es una tarea que le corresponde a la autoridad municipal. La tarea es compleja, pues tiene su propia dinámica en la que participan diversos actores sociales quienes, al final, le dan forma a la ciudad con sus obras o acciones; una dinámica en donde la misma autoridad apenas es uno de los actores, aunque con un papel importante. Ante esta gama de actores, la dirección de su desarrollo sólo parece posible si se logra articular las diversas acciones, lo que requiere dos condiciones: que los diferentes actores comprendan y/o compartan hacia qué y de qué manera ha de orientarse el desarrollo y que exista voluntad política en la autoridad municipal para cumplir con este propósito.

Pero desafortunadamente, esa articulación no ha sido posible, dándose la planificación del desarrollo de la ciudad en forma sectorial y dispersa²⁰. Los logros del gobierno municipal durante los últimos 12 años²¹ pueden resumirse en una modernización de las estructuras del aparato productivo, donde se mejoró substancialmente el paisaje urbano en aquellas zonas de la élite y del comercio y se emprendieron obras que, al final, sólo son maquillaje para una vetusta ciudad donde la mayoría de sus pobladores no satisfacen sus necesidades mínimas. Así, la ciudad es abandonada a las "fuerzas del mercado" y el papel de servidor público se delega paulatinamente al sector privado que lucra con las necesidades de sus habitantes. Por ejemplo, en este período florece el comercio del agua potable en camiones cisterna, la recolección de basura pasa a manos privadas que establecen tarifas de monopolio, el transporte urbano abandonó su condición de público; con programas como el de recuperación del centro histórico se busca renovar viejos edificios cuyos propietarios los han dejado en abandono, en espera de mejores precios en el mercado inmobiliario, sin importarles en lo más mínimo el paisaje urbano.

¹⁹ Flores, W.: *Problemática y opciones en salud mental en Guatemala*. REDD Barna, Guatemala, 1997.

²⁰ *Plan maestro de desechos sólidos* (JICA, 1991) *Plan maestro de transporte* (JICA, 1992) *Plan maestro de alcantarillados* (JICA, 1995)

²¹ Es la primera vez en la historia guatemalteca, que un grupo político electo en las urnas dirige la administración municipal por ese período de tiempo.

Buscando articular los intereses de distintos grupos de poder económico y enfrentar los graves problemas urbanos, en 1995 se da a conocer el Plan de desarrollo "Metrópolis 2010". Basado en estudios sectoriales existentes y teniendo como antecedente principal el EDOM²², el nuevo plan intenta concretizar obras importantes de 1972 adecuadas a 1998. Sin un marco socioeconómico, el nuevo Plan toma aquellos elementos que favorecen los intereses de los grupos en el poder y plantea un ordenamiento de las actividades urbanas pero deja de lado el papel determinante que tienen las empresas inmobiliarias que al final, con sus criterios comerciales están dirigiendo la expansión de la ciudad. Se habla de propiciar procesos de desarrollo sostenible en función humana pero en contradicción se define la "imagen rol" del AMCG como un centro de operaciones turísticas basadas en los conceptos de ciudad ecológica e histórica cultural. O sea, la ciudad a construir es para la expansión del capital y no necesariamente para sus habitantes.

El crecimiento del AMCG ha modificado la dimensión y naturaleza de sus problemas, que tarde o temprano tendrán que solucionarse; por ejemplo, el problema de la vivienda ya abandonó su solución en la construcción de suficientes unidades, ahora se suman demandas de transporte, servicios básicos, de recreación y otros que superan en mucho la capacidad institucional. Las "ventajas" de la vida moderna sólo han significado para la mayoría de la población más retos, exposición a nuevos factores de deterioro y la búsqueda de satisfactores cada vez más difíciles de obtener. Esa diáspora de nuevos problemas (deterioro psíquico, pérdida de valores morales, alcoholismo, stress, etc.) son poco conocidos, situaciones que el Plan de desarrollo no ha considerado. Al final, los retos para la mayoría de la población no están precisamente en la satisfacción de sus necesidades materiales, antes bien, es su obligación crear su propio espacio donde sean los actores y actrices principales; deben pasar de la sobrevivencia en la ciudad a una presencia beligerante que exija políticas que ahora se hacen para la ciudad, pero no desde los ciudadanos.

Es necesario dejar atrás la generalización de que la ciudad tiene y ofrece mejor calidad de vida y de salud a sus pobladores que el área rural. Indudablemente, la magnitud de los problemas de salud, especialmente de enfermedades infecciosas y desnutrición es bastante menor en la Región Metropolitana que en el resto del país. Sin embargo, en esta Región habita una quinta parte del total de población nacional y de ésta la mitad aproximadamente vive en condiciones inadecuadas de habitabilidad, lo que implica que alrededor de 1 millón de personas presentan una alta vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y la desnutrición, entre estos particularmente los niños y las mujeres, sin ignorar el hecho que también las personas de la tercera edad de ambos sexos y los hombres adultos presentan en su patrón epidemiológico problemas infecciosos diarreicos, respiratorios y nutricionales.

²² Durante la administración del Lic. Manuel Colom Argueta (1970-1974) se crea la Dirección de Planificación que estructura el primer plan de desarrollo serio que ha conocido la Ciudad. Fundamentado como un proceso -socio-político-financiero en 1972 sale a luz el Esquema de Ordenamiento Metropolitano -EDOM- cuyo alcance territorial visualizaba el crecimiento de la ciudad más allá de los límites municipales tradicionales.

También es necesario recordar que, aunque el otro 50% de la población del AMCG pueda tener mejores condiciones de habitabilidad, el ambiente insalubre de la ciudad nos afecta a todos. La contaminación de las fuentes de agua, la manipulación inadecuada de los alimentos expendidos en locales públicos, el congestionamiento de las vías públicas, los sistemas de drenajes insuficientes o no funcionales, las aguas negras estancadas, la disposición de desechos, la delincuencia y violencia en las calles, son asuntos de carácter colectivo y, por consiguiente, afectan también a todo el colectivo en mayor o menor medida.

Por otra parte, no se puede ignorar el hecho que existen segmentos de población, no muy claramente identificados todavía pero entre quienes probablemente se incluirá mucha población pobre con patrones de consumo y de estilo de vida que favorecen la presencia de enfermedad crónico - degenerativa, que ya están presentando problemas en la actualidad y para quienes la atención de sus problemas constituye primera prioridad. Más aún, con una población adulta joven en expansión, las próximas décadas traerán un incremento en la proporción de adultos mayores y sus problemas crónico - degenerativos para los cuales el sistema de salud debe prepararse técnica y financieramente. Por consiguiente, las estrategias y prioridades de atención en el AMCG a ser implementadas como parte del proceso de reforma sectorial de salud deben considerar la dinámica urbana y sus efectos sobre el medio y los estilos de vida como parte fundamental en la preparación de sus programas y presupuestos. El hecho que la enfermedad crónico - degenerativa no ocupe aún un lugar preeminente en el perfil de salud de la región ofrece una oportunidad única para la aplicación de una política pública orientada fundamentalmente a la promoción de la salud y detección temprana de riesgos específicos en poblaciones particularmente vulnerables por sus características etareas, de sexo, ocupación, estilo de vida, etc. Con ello, podría intentarse retrasar o limitar la instalación del perfil epidemiológico de enfermedad crónica antes que éste llegue a convertirse en una prioridad de salud pública.

El peso que están teniendo en el patrón de mortalidad de la ciudad los hechos de violencia y los accidentes, particularmente sobre la salud y la esperanza de vida de los hombres no puede ignorarse tampoco. Si bien el sistema de salud poco puede hacer directamente para influir sobre las causales de esta situación, si está en condiciones de prepararse para atender oportuna y efectivamente las lesiones que se derivan de estos hechos y así contribuir a reducir la letalidad del problema en alguna medida. En otras palabras, las acciones y estrategias que contempla la reforma sectorial y la extensión de cobertura deben adecuarse a las necesidades, problemas y condiciones que presenta la dinámica urbana a la salud de sus pobladores.

Finalmente, tal vez el rol más importante del sector salud en estos momentos, en lo que se refiere a la salud en el AMCG, es el de poner en la agenda pública de los actores urbanos -servidores públicos y ciudadanos- la problemática de salud y su relación con las condiciones de vida de la población. Esto a través de propiciar el estudio de la problemática de salud urbana y abogando frente a los demás sectores sociales por la aplicación de intervenciones que mejoren las condiciones de vida de la población y las condiciones generales de habitabilidad de la ciudad en su conjunto.