



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DELIVER

Resumen Técnico

Usando Sistemas de Información Geográfica para Abordar las Disparidades en el Acceso a los Servicios e Insumos de Planificación Familiar en Latinoamérica el Caribe



USAID | PROYECTO DELIVER, 2008

Facilitadoras Comunitarias trabajando en el Centro de Convergencia San Pablo La Laguna en el Departamento de Sololá proveen servicios de salud, incluyendo planificación familiar, a las comunidades más remotas y de difícil acceso en Guatemala.

Usando SIG como una herramienta de planificación para potenciar la información existente y ganar nuevas perspectivas sobre el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar.

DICIEMBRE 2008

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo I.

Los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) han hecho progresos significativos para alcanzar la disponibilidad asegurada de los insumos de salud reproductiva en los últimos años, lo que se refleja en el aumento de las tasas de prevalencia anticonceptiva (TPA), en la disminución de la necesidad insatisfecha, y en la disminución de la tasa global de fecundidad (TGF). No obstante, los análisis de segmentación del mercado¹, los cuales desglosan los indicadores de salud de país en grupos específicos, han mostrado consistentemente que las poblaciones con características como el área de residencia rural, quintil socioeconómico más bajo, origen étnico indígena, y muy poca o ninguna educación continúan experimentando una TPA baja, alta necesidad insatisfecha en planificación familiar (PF) y una TGF alta. Para alcanzar la disponibilidad asegurada de anticonceptivos en la región, se deben realizar esfuerzos no sólo para reducir las disparidades en el acceso a los servicios de atención primaria en salud en los países en toda la región LAC, sino también, específicamente, para aumentar el acceso a los servicios de PF para todos los segmentos de la población. Este documento muestra una metodología que los ministerios de salud de LAC pueden usar fácilmente para focalizar geográficamente y dirigir los escasos recursos para mejorar el acceso a la PF. Guatemala fue escogido como un estudio de caso para la implementación de la metodología, en gran parte debido a las disparidades que existen entre las diferentes subpoblaciones (por ejemplo, urbana y rural, indígena y no-indígena, quintil socioeconómico alto y bajo). Los resultados destacan el potencial de aplicar esta metodología en otros países de la región.

Uno de los primeros pasos para mejorar la equidad y el acceso a servicios de salud es identificar *dónde* se encuentran las poblaciones vulnerables. Como resultado, el análisis utiliza la tecnología de sistema de información geográfica (SIG) con información geo-referenciada de encuestas para visualizar la distribución de las poblaciones vulnerables y para identificar las áreas específicas para intervenciones focalizadas. Dentro de estas áreas, los factores que contribuyen a la inequidad pueden ser diversos, y van desde barreras operacionales, tales como dificultades en la administración del sistema logístico, hasta factores culturales, incluyendo la falta de aceptación social de la PF y las

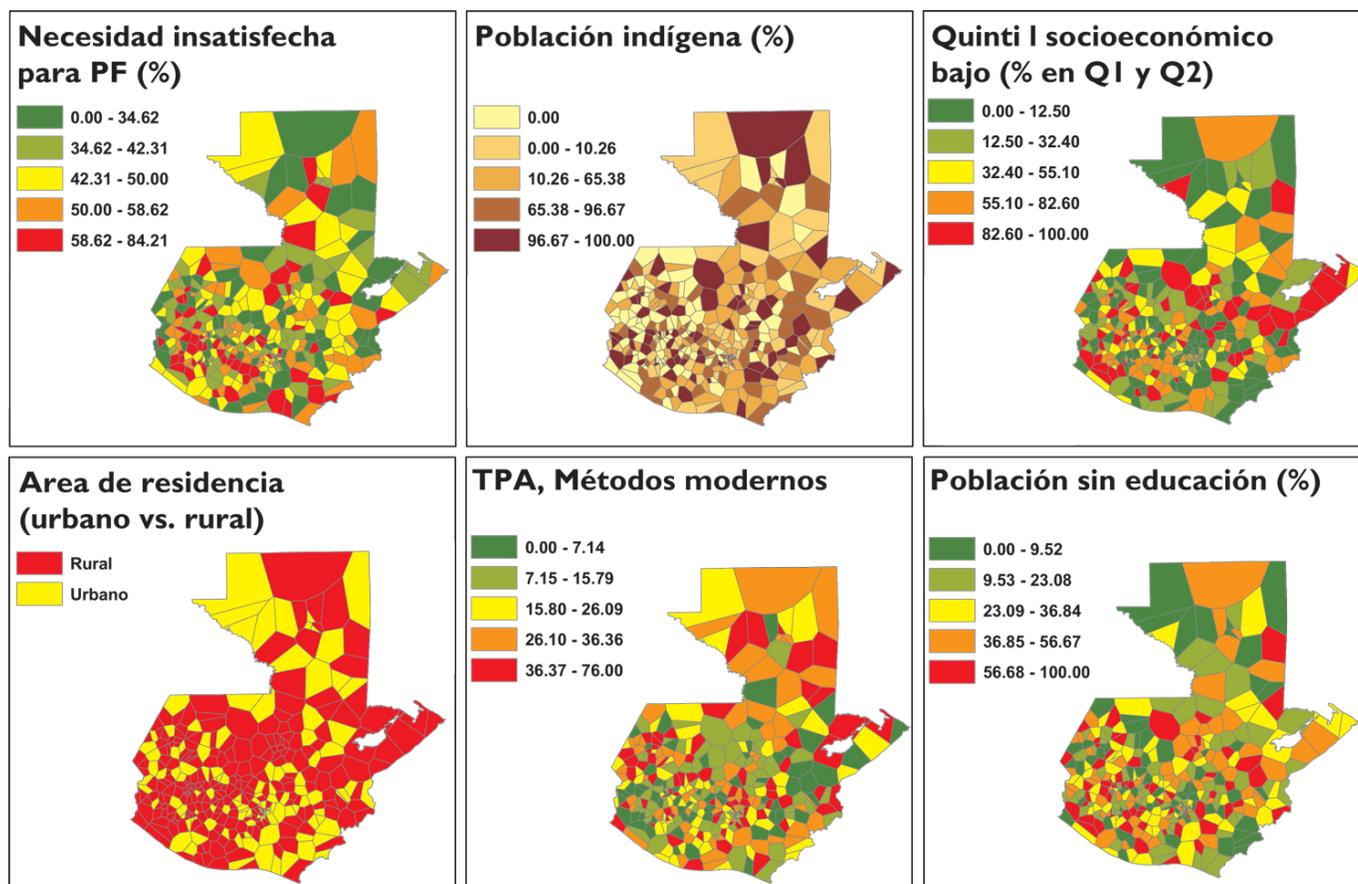
diferencias de idioma y cultura entre los proveedores de servicios y los clientes. En última instancia, para reducir las disparidades en el acceso a la atención primaria en salud y a la planificación familiar en particular, los responsables de tomar las decisiones necesitarán enfrentar una gran variedad de desafíos e intentar responder la interrogante sobre cómo llegar al “último rincón del país” y extender la cobertura de PF y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.

Dos análisis cualitativos del mercado realizados recientemente (el primero hecho por USAID | Iniciativas de Políticas en Salud² y el segundo por el Consejo de Población de UNFPA y el Ministerio de Salud de Guatemala³) examinaron las barreras para el acceso a los servicios de planificación familiar para dos poblaciones con características diferentes en Guatemala. El primer estudio identificó barreras que contribuyen a una menor prevalencia anticonceptiva entre las poblaciones indígenas; fundamentalmente, éstas son barreras operativas en los centros de salud (por ejemplo, la discriminación hacia las mujeres indígenas por parte del personal de salud, instalaciones inadecuadas y material informativo inadecuado) y las barreras culturales dentro de los ambientes comunitarios y familiares (por ejemplo, creencias acerca de efectos físicos y sociales negativos de la PF, y la influencia de creencias religiosas que se oponen a la PF). En comparación, el segundo estudio evaluó las barreras que afectan el uso anticonceptivo en poblaciones no-indígenas, y encontró varias similitudes, incluyendo prejuicios de los proveedores hacia los clientes de menores estatus socioeconómicos y temores sobre los efectos físicos negativos de la PF.

Basándose en los descubrimientos que fueron obtenidos del análisis de la segmentación de mercado y de los estudios sobre las barreras para el acceso a la planificación familiar entre las poblaciones indígenas y no-indígenas, el estudio actual intenta afinar la tarea de identificar las poblaciones desatendidas para orientar las iniciativas a fin de mejorar el acceso a la PF.

METODOLOGÍA

Gráfica I: Distribución geográfica de variables individuales del ENSMI (2002)



Con el fin de determinar qué zonas del país presentan la mayor inequidad en el acceso a los productos y servicios de PF, es necesario definir el término *inequidad*. Para propósitos de este estudio, las áreas con mayor inequidad son definidas e identificadas usando las mismas características de los análisis de segmentación de mercado que han sido hechos en toda la región—rurales, en el quintil socioeconómico bajo, con niveles de educación bajos, con necesidad insatisfecha alta de PF, y con un porcentaje alto de población indígena. La meta del análisis es identificar las regiones con el menor uso de servicios de planificación familiar a fin de desarrollar estrategias para concentrarse en abordar las brechas y focalizar las intervenciones. Así, las áreas con TPA bajas también están incluidas en esta definición de inequidad.

La primera parte del análisis toma las ubicaciones geo-referenciadas de la Encuesta Nacional Materno Infantil 2002 (ENSMI)⁴ y crea mapas representando cada variable de la definición de inequidad, como se describió arriba (como se observa en la gráfica 1). Las ubicaciones dentro del estudio pueden ser representadas como puntos en un mapa, pero también pueden ser asociadas con las áreas más cercanas a ellas, creando una serie de polígonos que cubren el país completo. Cada polígono está asociado con una sola ubicación del estudio y su área es toda la tierra cercana a esa ubicación encuestada. La gráfica 1 demuestra este concepto, con escalas de color en los mapas mostrando los diferentes valores para cada variable.

Al analizar la variabilidad geográfica en los datos de la necesidad insatisfecha, los responsables de formular políticas pueden identificar y cuantificar el alcance de las áreas que están desatendidas debido a las diversas condiciones socioeconómicas y culturales, la ubicación de las instalaciones, o bien, a posibles debilidades en el sistema logístico.

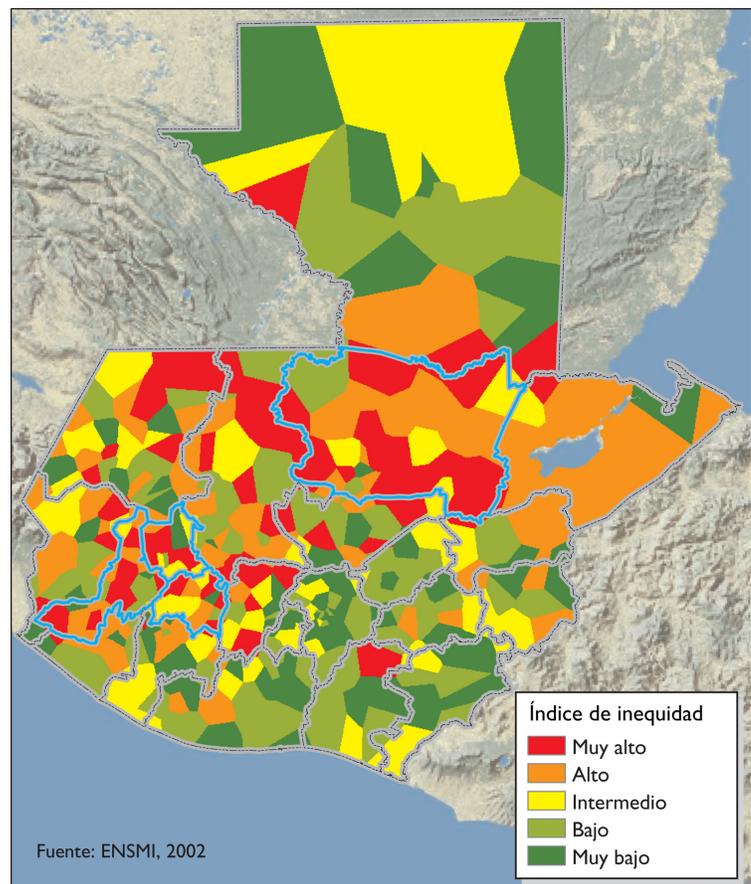
ANÁLISIS MULTIVARIABLE DE LA INEQUIDAD

Aunque es útil examinar cada variable individualmente para determinar la forma en que están distribuidas en todo el país, a menudo es difícil observar dónde coinciden múltiples características de interés. Para abordar este tema, es posible representar múltiples mapas uno sobre otro dentro del SIG y combinar los valores de las diferentes variables en un nuevo índice único.

Este método requiere que primero se divida cada variable en quintiles y luego se reclasifiquen los mapas de tal manera que las áreas con la necesidad insatisfecha más alta, el porcentaje más alto de población indígena, el porcentaje más alto de población sin educación y el porcentaje más alto de población en los quintiles socioeconómicos Q1 y Q2 reciban los valores de 5. Cada uno de los subsiguientes quintiles más bajos para cada variable recibe valores de 4, 3, 2 y 1 respectivamente. Para la variable de residencia, a las áreas rurales se les otorgó un valor de 5 y a las áreas urbanas un valor de 1, para mantener la misma magnitud del efecto en el índice de inequidad como en las otras tres variables. El último paso para crear el índice de inequidad consiste en sobreponer los mapas uno encima del otro y sumar los puntajes reclasificados para cada variable, por ubicación encuestada (como se muestra en la gráfica 2).

Para resumir y comparar el índice de inequidad por departamento, los valores fueron sumados por límites de departamento y la suma resultante

Gráfica 2: Análisis multivariable de inequidad en acceso a insumos y servicios de PF en Guatemala



fue dividida por el área del departamento. Los resultados de este análisis muestran las áreas del país con las brechas más grandes en la equidad en el acceso a los insumos y servicios de PF y su distribución geográfica. Los departamentos sombreados en azul en la gráfica 2 (Alta Verapaz, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán) mostraron las disparidades más grandes entre todos.

Esta metodología le permite a los encargados de formular las políticas visualizar múltiples variables simultáneamente e identificar en dónde Guatemala posee las mayores disparidades entre ricos y pobres, área urbana y área rural, indígena y no-indígena, población con más y menos educación. También permite realizar más fácilmente un análisis mucho más desglosado geográficamente de las disparidades en la atención de la salud, en este caso en el acceso a la planificación familiar. Al profundizar dicho análisis en el campo, las barreras pueden ser investigadas a mayor profundidad y se pueden desarrollar intervenciones más focalizadas para mejorar el acceso.

ENTENDIENDO LA INEQUIDAD Y LAS BARRERAS PARA EL ACCESO

Para complementar el análisis inicial SIG, se realizaron visitas de campo para seleccionar servicios de salud en dos departamentos que mostraron mayor inequidad en el acceso a PF (Sololá y Totonicapán). Se entrevistó una pequeña muestra de proveedores de servicios de salud acerca de los desafíos y las barreras que ellos observan en la provisión de servicios de PF a la población que sirven. Aunque el tamaño de la muestra de los proveedores entrevistados no es estadísticamente significativo, a partir de estas entrevistas se alcanzaron varias conclusiones importantes relacionadas a poblaciones desatendidas tanto indígenas como no-indígenas. Los datos recolectados sobre las poblaciones desatendidas no-indígenas provienen de las entrevistas con proveedores de Jutiapa, un departamento principalmente no-indígena que se encuentra en una situación socioeconómica levemente mejor que Sololá y Totonicapán, pero que también exhibieron un alto nivel de necesidad insatisfecha para la PF en la encuesta ENSMI 2002. Es importante notar que los resultados de las entrevistas con los proveedores de servicio en el presente estudio complementan los resultados de las entrevistas de clientes realizadas por el estudio del 2006 de la USAID | Iniciativas de Políticas en Salud sobre las barreras para el acceso a la PF para las poblaciones indígenas. Analizados en conjunto, estos dos estudios proveen una visión integral de los desafíos tanto del lado de la oferta como de la demanda de los servicios e insumos de PF para estas poblaciones vulnerables.

A continuación se resumen los resultados clave de las entrevistas con los proveedores de servicios:

Barreras Culturales

Factores culturales entre las poblaciones indígenas y no-indígenas—Los factores culturales parecen ser los obstáculos más significativos para acceder a la PF entre poblaciones indígenas. Los esposos ejercen una influencia sustancial sobre sus esposas—89 por ciento de los servicios de salud encuestados expusieron que una porción significativa de sus clientes no sienten que pueden usar PF sin el consentimiento de sus esposos. Otros indicaron que no solo los esposos, sino también las suegras juegan un papel importante sobre si la mujer es capaz o no de usar métodos de PF. En el departamento predominantemente no-indígena de Jutiapa, el *machismo* es todavía un reto importante, aunque los entrevistados creen que la Ley de Acceso Universal y Equitativo a PF⁵ ha contribuido en los años recientes a una mayor aceptación de la planificación familiar.

Idioma—De los 39 proveedores de servicios entrevistados, solamente 10 por ciento respondieron tener dificultades ocasionales al momento de comunicarse con los clientes, en cuyo caso, buscan a otro trabajador de salud o a miembros de la comunidad (por ejemplo, maestras, facilitadores comunitarios, vecinos) que ayuden con la traducción/interpretación del idioma. El resto de los entrevistados hablaba el idioma de las poblaciones que atienden.

Barreras Físicas

Los entrevistados declararon que los clientes viajan en promedio entre 20 y 60 minutos desde sus hogares para llegar a los centros de salud, pero que unos pocos viajan hasta cuatro horas. La gran mayoría de los clientes caminan a los centros, mientras que una porción más pequeña depende del transporte público.

Los tipos de centros de salud accesibles en la mayoría de las comunidades remotas pueden variar considerablemente. La mayoría de estas áreas rurales, encontradas en los tres departamentos visitados, son atendidos por organizaciones no gubernamentales (ONGs) contratadas por el Ministerio de Salud (MSPAS) bajo el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) de Servicios de Salud. Debido a los recursos limitados, el personal de salud tiene que viajar en rutas específicas, visitando a las comunidades en promedio una vez por semana, pero a veces solamente una o dos veces al mes. Este nivel de servicio es un logro importante, sin embargo las visitas una vez a la semana no son suficientes para proveer una disponibilidad adecuada de servicios e insumos de PF a la población objetivo de estas ONGs rurales. Varios encuestados de las ONGs contratadas por el MSPAS dijeron que si los clientes no pueden esperar que el proveedor de salud llegue a la comunidad, ellos caminan al puesto de salud más cercano, que puede estar hasta cuatro horas a pie aproximadamente.

Debido al estigma hacia la PF entre algunas poblaciones indígenas, varios proveedores de salud compartieron historias de mujeres que buscan servicios de PF sin el conocimiento de sus esposos y deben viajar a los centros que se encuentran lejos de sus hogares para no ser reconocidas. En otras instancias, es común que las mujeres lleven a sus hijos más pequeños a vacunarse y al mismo tiempo obtengan una inyección anticonceptiva.

Obstáculos Operativos

Prejuicio del Proveedor—De los 39 encuestados, el 13 por ciento (todos en áreas rurales) dijeron que creen que el permiso de los cónyuges es absolutamente necesario antes que una mujer pueda recibir servicios de PF, lo que muestra un prejuicio entre los proveedores relativamente pequeño aunque importante de mencionar. En contraste, el 74 por ciento de los entrevistados (la mayoría en áreas urbanas) creen que todas las mujeres tienen el derecho a escoger, obtener, y usar PF sin importar si sus esposos están de acuerdo o les den su consentimiento, y que todos los proveedores de salud están obligados a satisfacer esa necesidad. Finalmente, otro 13 por ciento de los entrevistados, especialmente aquellos ubicados en los lugares más remotos, expresaron su creencia en el derecho de las mujeres para acceder a la PF, pero también dijeron que la mujer y su esposo deben estar de acuerdo sobre el tema antes de tomar cualquier acción. Los proveedores que respondieron así dijeron que querían evitar poner a la mujer y a sí mismo en peligro físico, si el marido se entera de que su esposa está usando PF en secreto.

En general, en los tres departamentos encuestados, los sistemas logísticos parecen estar funcionando relativamente bien durante el período de la ENSMI 2002. Durante el inventario físico nacional de anticonceptivos realizado por el MSPAS en marzo de 2003, Sololá reportó que el 13.7 por ciento de sus instalaciones estaban desabastecidas de uno o más anticonceptivos, mientras que Jutiapa reportó el 12.2 por ciento y Totonicapán el 9.7 por ciento. Sin embargo, la TPA en los tres departamentos también fue baja durante la ENSMI 2002 (ver tabla), mostrando que aunque los anticonceptivos han estado disponibles en los servicios de salud, los clientes no los estaban demandando, posiblemente como un resultado de las barreras mencionadas anteriormente en este documento. Valores actualizados de la TPA están próximos a ser divulgados en la ENSMI 2008, pero el inventario nacional de medicamentos del MSPAS en marzo de 2008 reveló que los desabastecimientos de anticonceptivos continúan siendo bastante bajos en dos de los departamentos (Jutiapa 4 por ciento, y Totonicapán 6 por ciento), mientras que ha aumentado en Sololá (19 por ciento) en relación al 2003.

Departamento	TPA (Métodos Modernos)	Necesidad Insatisfecha	Porcentaje Sin Educación	Porcentaje con Educación Primaria	Porcentaje de Población Indígena
Jutiapa	30.1	40.7	38.2	56.4	0.0
Sololá	16.9	32.2	49.4	40.8	90.1
Totonicapán	10.2	46.3	51.3	44.0	97.0

Fuente: ENSMI 2002

CONCLUSIONES

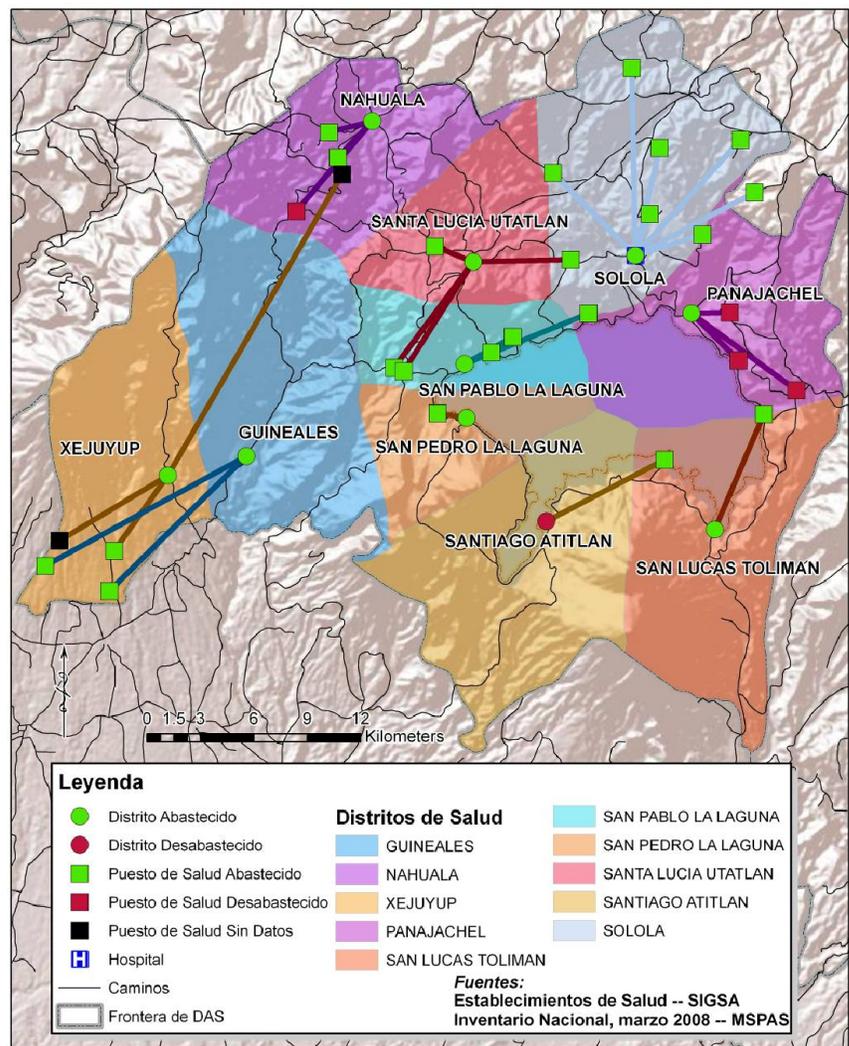
Este análisis muestra que los departamentos en Guatemala con las mayores inequidades en el acceso a PF son Alta Verapaz, Quetzaltenango, Totonicapán, y Sololá. Para reducir la necesidad insatisfecha para las poblaciones objetivo en estos departamentos, así como para incrementar el acceso a los servicios e insumos de PF, varios enfoques pueden tomarse simultáneamente. Algunos enfoques e intervenciones pueden involucrar a los proveedores de salud, particularmente al MSPAS y ONGs comunitarias. Otras estrategias pueden hacerse por medio de defensoría y grupos de interés y de base comunitaria, y líderes religiosos locales quienes sean respetados y expliquen acerca de los beneficios del uso de la PF en el mejoramiento del bienestar y prosperidad de la familia. Tales estrategias pueden incluir el trabajo de defensoría y compromiso comunitario; información, educación y comunicación; la calidad en la entrega del servicio; y fortalecimiento organizacional.

Aunque en este momento el sistema logístico no parece contribuir significativamente a las disparidades en el acceso a la PF, la TPA en los departamentos identificados es considerablemente baja y la necesidad insatisfecha es alta, lo que conduce a razonar que un número de barreras de la oferta y la demanda están en juego. A medida que estos obstáculos son superados, la demanda de PF debiese aumentar y por lo tanto el MSPAS necesitará mantener un buen sistema logístico que funcione adecuadamente para administrar un mayor volumen de anticonceptivos. Una recomendación para mejorar aún más el sistema logístico es determinar si la red de distribución de las Direcciones de Área de Salud (DAS) del MSPAS están

diseñadas de tal manera que los distritos de salud suplan los insumos a los servicios de salud más cercanos a ellos. Para explicar de mejor manera esta observación, se muestra la red de distribución del MSPAS en Sololá en la gráfica 3, donde algunos distritos de salud distribuyen a los servicios de salud—que aparecen como una línea gruesa conectando los distritos de salud a los puestos de salud—que están localizados en otro distrito.⁶

Finalmente, desde un punto de vista más general, usar el SIG como una herramienta de planeación para los encargados de formular las políticas demuestra que las fuentes de información existentes pueden ser potenciadas para obtener nueva información acerca del complejo tema de la pobreza y la inequidad en el acceso a la salud. Abordando al problema desde una perspectiva inherentemente geográfica permite examinar variaciones detalladas en la información de salud y demográfica en busca de tendencias geográficas. De igual forma, utilizando herramientas SIG permite realizar un análisis integrado de múltiples variables para identificar las áreas prioritarias que enriquezcan la orientación de iniciativas futuras, a fin de reducir la inequidad en el acceso a la PF.

Gráfica 3: MSPAS red de establecimientos en Sololá



APLICACIONES FUTURAS DE LA TECNOLOGIA SIG EN LAC

En el futuro, las herramientas de SIG pueden ser utilizadas para analizar otros temas de equidad y la atención primaria en salud. Por ejemplo, existe potencial para enlazar sistemas de información de administración logística automatizados con un SIG para habilitar el monitoreo geográfico y la evaluación del rendimiento del sistema logístico. Los ministerios de salud pueden analizar sus redes de distribución para asegurarse de ubicar servicios de salud cerca de las poblaciones vulnerables para entregar los insumos hasta el último rincón del país.

Referencias

¹ El análisis de segmentación de Mercado se ha completado en países en toda la región bajo los proyectos POLICY II (<http://www.policyproject.com/>), DELIVER (<http://deliver.jsi.com>), y Calidad en Salud II (<http://www.urchs.com/projects/health/calidadII.htm>).

² USAID | Iniciativas de Políticas en Salud y el UNFPA. Ciudad de Guatemala, 20 de noviembre de 2007. *Presentación de Barreras para el acceso de la población indígena a la planificación familiar—Resultados del estudio realizado en Sololá, Quiché y Totonicapán entre mayo y agosto de 2006.*

³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, UNFPA, y Population Council. Guatemala, 5 de Mayo de 2007. *Presentación del Estudio Colaborativo: Opiniones de las usuarias de servicios públicos de salud con necesidad insatisfecha de planificación familiar.*

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE). 2002. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002.* Guatemala: Impreso en Editorial ÓSCAR DE LEÓN PALACIOS.

⁵ Congreso de la República de Guatemala. *Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.* 2005. Decreto No. 87-2005 <http://www.congreso.gob.gt/>.

⁶ Otros fuentes usados en este análisis para construir los mapas incluyen:

Instituto Geográfico Nacional. 2006. *BD Sunil.* <http://www.ign.gob.gt>.

Instituto Nacional de Estadística. 2005. *Sistema Geoestadístico Nacional.* <http://www.ine.gob.gt/index.php/sgn>.

Para mayor información, contactar a Carlos Lamadrid clamadrid@jsi.com, Anabella Sánchez asanchez@jsi.com, o Wendy Abramson wabramson@jsi.com.

Los puntos de vista de los autores en este documento no representan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni el gobierno de los Estados Unidos.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

www.deliver.jsi.com

askdeliver@jsi.com