



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DELIVER

GUATEMALA: ESTUDIO DEL ACCESO A SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PARA IDENTIFICAR ESTRATEGIAS QUE MEJOREN EL
ACCESO HASTA EL ÚLTIMO RINCÓN DEL PAÍS



JUNIO 2009

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.

GUATEMALA: ESTUDIO DEL ACCESO A SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**PARA IDENTIFICAR ESTRATEGIAS QUE MEJOREN EL
ACCESO HASTA EL ÚLTIMO RINCÓN DEL PAÍS**

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1, es un proyecto financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el contrato número GPO-I-01-06-00007-00, a partir del 29 de septiembre de 2006. La Orden de Trabajo 1 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con PATH, Crown Agents Consultancy, Inc., Abt Associates, Fuel Logistics Group (Pty) Ltd., UPS Supply Chain Solutions, Family Health International, The Manoff Group y 3i Infotech. El proyecto mejora las cadenas de productos e insumos esenciales de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de información para la gestión de logística, haciendo más eficiente los sistemas de distribución, identificando los recursos financieros para la adquisición y operación de la cadena de suministros y mejorando el pronóstico y la planificación de las adquisiciones. El proyecto también insta a los legisladores y los donantes a apoyar la logística como un factor crítico en el éxito general de sus mandatos en el área de salud.

Cita Recomendada

Sánchez, Anabella, Wendy Abramson, y Carlos Lamadrid. 2009. *Guatemala: Estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

Resumen

Por varias décadas la inequidad en el acceso a servicios e insumos de salud en general ha prevalecido en la mayoría de países en Latinoamérica y el Caribe. Sobretudo, existen análisis que revelan que la falta de equidad es más acentuada en la provisión de servicios e insumos anticonceptivos y de salud reproductiva. En Guatemala esta situación se ha traducido en la falta de acceso a dichos servicios entre mujeres, principalmente en el área rural, de origen indígena, jóvenes unidas o casadas, con escasa educación e información y de escasos recursos económicos. El presente estudio espera contribuir en el análisis y búsqueda de estrategias complementarias para lograr el acceso equitativo y universal a insumos y servicios de PF en el país. El estudio se concentró en tres departamentos del país: Totonicapán, Sololá, y Jutiapa. Se utilizaron herramientas de información geográfica y bases de datos primarias para identificar y cuantificar las variables claves que causan la falta de equidad en el acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

Este informe está disponible en español y puede ser obtenido directamente a través del sitio de internet (<http://deliver.jsi.com/dhome/resources/publications>).

Fotografía de la Portada: Coordinadora de Salud Reproductiva brindando información a usuarias que esperan ser atendidas por la Médica Ambulatoria. Centro de Convergencia Majadas, Jutiapa. 2008.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com

CONTENIDO

Siglas.....	vii
Reconocimientos	ix
Resumen Ejecutivo	xii
Propósito y Objetivos.....	1
Contexto en América Latina y el Caribe.....	3
Contexto en Guatemala.....	5
Metodología	7
Análisis Geográfico de La Inequidad	9
Oferta y Demanda de Servicios de Planificación Familiar en Sololá, Totonicapán, y Jutiapa.....	15
Estrategias Propuestas.....	27
Referencias	31
Anexos	
Anexo 1: Cuestionario Cualitativo.....	33
Anexo 2: Personas Entrevistadas	35
Gráficas	
Gráfica 1: Necesidad insatisfecha en países seleccionados de Latinoamérica y el Caribe	3
Gráfica 2: Distribución geográfica de variables individuales del ENSMI (2002).....	10
Gráfica 3: Análisis multi-variable de inequidad en acceso a insumos y servicios de PF en Guatemala	11
Gráfica 4: Guatemala Análisis de Necesidad Insatisfecha y la Tasa de Mortalidad Materna por Departamento (2003).....	12
Gráfica 5: Tasa de prevalencia de anticonceptivos entre MUEF por características seleccionadas y necesidad insatisfecha (%), 2002	21
Cuadros	
Cuadro 1: Características Principales de las MUEF en Tres Departamentos Seleccionados (2002).....	18
Cuadro 2: Indicador de Desabastecimiento de Uno o Más Insumos Anticonceptivos, por Nivel de Atención (2005–2008).....	19

Cuadro 3: Razones para no Usar PF - Mujeres en Edad Fértil (MEF) en Departamentos Seleccionados – TOTAL (ENSMI 2002).....	20
Cuadro 4: Razones para no Usar PF - Mujeres en Edad Fértil (MEF) en Áreas Rurales de Tres Departamentos Seleccionados (ENSMI 2002).....	22
Cuadro 5: Razones para no Usar PF - Mujeres Unidas en Edad Fértil (MUEF) en Tres Departamentos Seleccionados (ENSMI 2002)	23
Cuadro 6: Resumen del Análisis de Oferta y Demanda de los Servicios e Insumos de Planificación Familiar en Tres Departamentos Seleccionados.....	24
Cuadro 7: Conclusiones de la Oferta y Demanda de Servicios e Insumos de PF	25

SIGLAS

APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca
CS	centro de salud
DAS	Dirección de Área de Salud
DAIA	disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ESRI	Environmental Systems Research Institute (compañía del software de SIG ArcGIS)
FC	Facilitador comunitario
IEC	información, educación y comunicación
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
JSI	John Snow, Inc.
MEF	mujeres en edad fértil
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MUEF	mujeres unidas en edad fértil
ONG	Organización no gubernamental
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PEC	Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS
PES	punto de entrega de servicio
PF	planificación familiar
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PS	puesto de salud
SIG	Sistema de Información Geográfica
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
TGF	tasa global de fecundidad
TPA	tasa de prevalencia de anticonceptivos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
URC	University Research Corporation

RECONOCIMIENTOS

Los autores agradecen a todos los representantes y técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en particular la Dra. Erika Stolz, Directora del Departamento de Regulación, de los Programas de Atención a las Personas, la Dra. Jacqueline Lavidallie, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), y la Licda. Indira Nufío quien asesoró y acompañó al equipo de estudio durante todas las etapas, incluida las visitas a los servicios de salud. También agradecen el apoyo del Dr. Julio García Colindres, del PNSR quien facilitó valiosa información, así como el personal del Sistema Gerencial de Información en Salud (SIGSA).

Un agradecimiento especial al Lic. Carlos Bauer, Director Ejecutivo de APROFAM y el personal del nivel central, clínicas y programa comunitario, por su ayuda en coordinar las entrevistas con el personal de las clínicas y el programa comunitario. Agradecemos también al personal de salud del nivel local en los departamentos de Sololá, Totonicapán, y Jutiapa por su incondicional apoyo y cálida atención durante las entrevistas de campo.

Los autores agradecen a la Oficina de Salud y Educación de USAID | Guatemala, en especial al Dr. Sergio Penagos por su apoyo en el enfoque y conducción del estudio, así como al personal en pleno del Proyecto USAID/Calidad en Salud, quienes brindaron insumos valiosos en la definición y análisis de la equidad en el acceso a servicios de PF y de los retos a considerar para llevar insumos hasta el último rincón del país.

Un especial agradecimiento a Juan Agudelo, Asesor en Logística del USAID | PROYECTO DELIVER quien formó parte del equipo y brindó un apoyo importante en la implementación del mismo, así como en revisar y editar el informe final.

En forma especial agradecemos a la Oficina para Latinoamérica y el Caribe, en particular a Lindsay Stewart, por apoyar financiera y técnicamente este estudio.

RESUMEN EJECUTIVO

Durante los últimos años, los países de América Latina y el Caribe han hecho progresos significativos para mejorar la disponibilidad de los insumos de planificación familiar, lo que se ha reflejado en un aumento de las tasas de prevalencia anticonceptiva (TPA), la disminución de la necesidad insatisfecha, y la disminución de la tasa global de fecundidad (TGF).

No obstante, la desigualdad en el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar entre los distintos segmentos de la población, continúa siendo un factor importante para garantizar la disponibilidad asegurada de insumos en toda la región. Las poblaciones marginadas con mayores índices de pobreza, en áreas de residencia rurales y con menores índices de educación, siguen experimentando baja tasa de prevalencia anticonceptiva, alta necesidad insatisfecha y alta tasa global de fecundidad. Es aquí donde se hace importante abordar el tema de cómo llegar hasta el “último rincón del país” y servir a los grupos desatendidos en la región para ampliar la cobertura y la disponibilidad para estas poblaciones.

En el caso de Guatemala, en los últimos años se ha incrementado la TPA, acompañada de un marco jurídico de apoyo para la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS. No obstante, en Guatemala se presentan importantes disparidades en el acceso a servicios e insumos de planificación familiar entre los distintos grupos de población, siendo las poblaciones indígenas con menores ingresos y que habitan en áreas rurales, las que menor acceso tienen a los servicios e insumos de PF.

Dado que el propósito de este estudio es el de analizar la inequidad en el acceso a los servicios de PF, se ha intentado identificar los departamentos con mayores índices de necesidad insatisfecha incluyendo aspectos como población rural, quintiles socioeconómicos bajos, alto porcentaje de población indígena y bajo nivel de educación. Como resultado de cruzar estas variables, se tomaron como departamentos de interés para este estudio a Totonicapán, Jutiapa y Sololá; este último, aunque no tiene un alto porcentaje de población indígena, sí presentaba altos niveles de necesidad insatisfecha en el año 2002¹. Para estos tres departamentos, el estudio determina cómo diferentes factores como por ejemplo posibles barreras del lado de la oferta y de la demanda, pueden estar influyendo en la inequidad. Es así como se ha encontrado que para los tres departamentos, se presentan importantes porcentajes de mujeres en edad fértil que no planifican porque no están casadas o en unión libre (parte de ellas son adolescentes), también existen barreras de tipo religioso, y existe también un grupo de mujeres que no planifica por preocupaciones de salud. Igualmente desde el punto de vista de la oferta, existen algunas barreras como el hecho de que algunos proveedores no dan anticonceptivos a mujeres solteras o que no lleguen con su marido, y se presentan también altas variabilidades en la demanda, lo que hace que ocasionalmente los proveedores se queden desabastecidos.

Con el fin de disminuir la inequidad y la falta de acceso a servicios e insumos de PF, en este estudio se presentan algunas estrategias y consideraciones para tal fin, entre las cuales se puede mencionar:

¹ Infortunadamente, la última Encuesta de Salud Materno Infantil disponible en el país al momento del estudio es del año 2002. Cuando publiquen una encuesta mas reciente será útil actualizar este análisis.

- el desarrollo de una estrategia integral y renovada de información, educación y comunicación;
- revisar y ajustar el enfoque de consejería en pareja y el involucramiento del hombre en la PF;
- mejorar la disponibilidad de insumos anticonceptivos en la red de servicios de salud del MSPAS, en particular en los centros de convergencia administrados por las ONGs contratadas por el MSPAS; así como fortalecer el monitoreo de un conjunto seleccionado de indicadores de desempeño del sistema logístico;
- revisar las normas de atención y los procedimientos para atender consultas de PF por parte de todas las instituciones que brindan estos servicios;
- analizar el mercado de insumos anticonceptivos con un enfoque de “mercado total” por producto, por proveedor y por perfil de usuarios;
- diseñar programas que involucren y empoderen al hombre y a la mujer para optar por sus preferencias reproductivas individuales.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

El propósito del estudio es identificar en forma geográfica dónde están ubicadas las poblaciones con mayor brecha en el acceso a servicios de planificación familiar (PF).

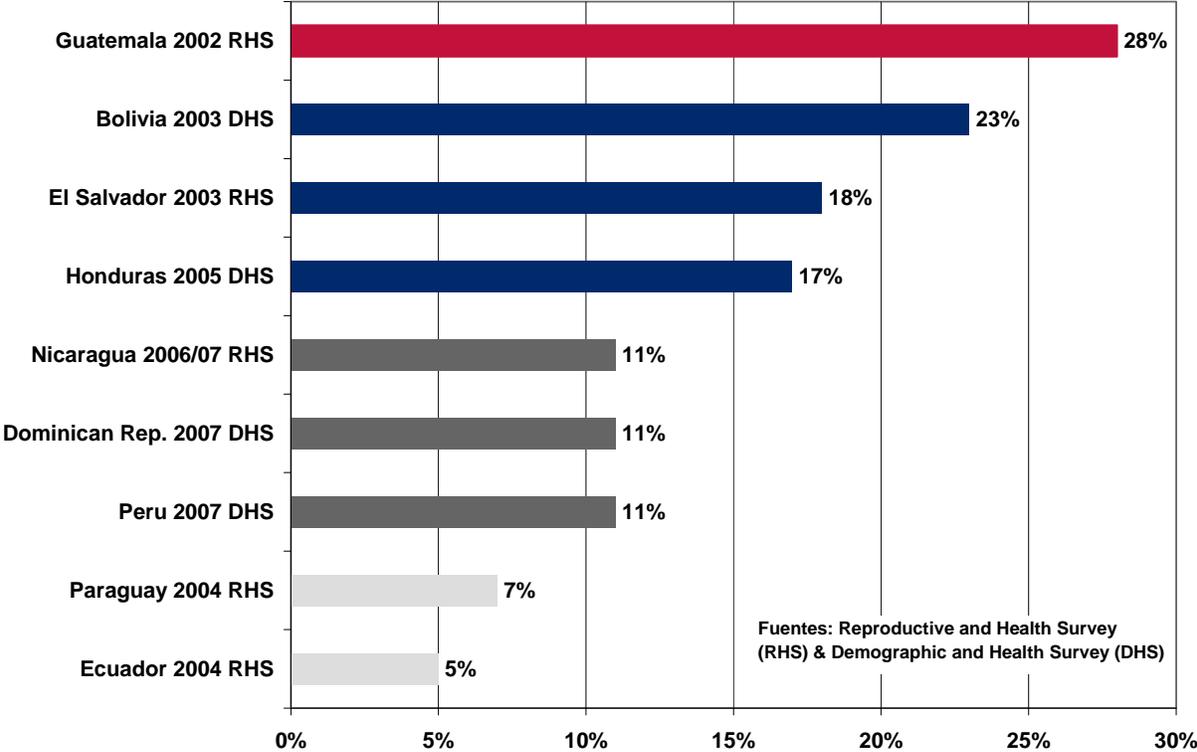
OBJETIVOS

1. Aplicar una metodología de planificación que los Ministerios de Salud usen para enfocar geográficamente sus escasos recursos y cerrar las brechas en el acceso a los insumos y servicios de PF.
2. Analizar en forma conjunta los retos de la oferta y la demanda de servicios de PF en las poblaciones postergadas.
3. Plantear consideraciones y estrategias que contribuyan a los esfuerzos en el país para reducir la inequidad en el acceso a insumos y servicios de planificación familiar.

CONTEXTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Durante los últimos años, los países de América Latina y el Caribe han hecho progresos significativos en mejorar la disponibilidad de los insumos de planificación familiar, reflejados en el aumento de las tasas de prevalencia anticonceptiva (TPA), la disminución de la necesidad insatisfecha, y la disminución de la tasa global de fecundidad (TGF). Sin embargo, uno de los principales retos para garantizar la disponibilidad asegurada de insumos en toda la región es la desigualdad en el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar entre los distintos segmentos de la población. Al desglosar la información de los indicadores generales de cada país, sobre la base de factores como residencia urbana o rural, grupo socioeconómico y geografía, las poblaciones marginadas más pobres siguen experimentando baja TPA, alta necesidad insatisfecha (como se muestra en la Gráfica 1) y alta tasa global de fecundidad. En este sentido, se necesita abordar la interrogante de cómo ir hasta el “último rincón del país” y servir a los grupos desatendidos en la región para ampliar la cobertura y la disponibilidad para estas poblaciones.

Gráfica 1: Necesidad Insatisfecha en Países Seleccionados de Latinoamérica y el Caribe²



² Al momento de publicación del estudio no se contaba aún con datos más recientes de necesidad insatisfecha para Guatemala, Bolivia y El Salvador.

CONTEXTO EN GUATEMALA

Entre 1999 y 2002 la TPA subió considerablemente de 38 por ciento a 43 por ciento, de los cuales un 34% representa métodos modernos, mejoría acompañada por la promulgación en el 2001 de la Ley de Desarrollo Social (LDS) y la Política de Desarrollo Social y Población, además de un marco jurídico de apoyo para la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS.

En 2003, el MSPAS incluyó la provisión de servicios e insumos de PF (condones, píldoras e inyectables) dentro del paquete básico de servicios de salud del Programa de Extensión de Cobertura, el cual brinda servicios primarios incluyendo PF a través de alianzas con más de cien organizaciones no gubernamentales (ONGs) en todo el país. Este programa enfoca sus esfuerzos en poblaciones ubicadas geográfica y culturalmente en áreas aisladas. Además, en 2004 se promulgó la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, que garantizó un 15% de los ingresos provenientes del impuesto para financiar los programas de salud reproductiva y prevención del alcoholismo y tabaquismo.

Guatemala fue seleccionada para este análisis basado en las importantes disparidades en el acceso a servicios e insumos de planificación familiar existentes entre las zonas urbanas y rurales; entre quintiles socioeconómicos altos y bajos; y entre las poblaciones indígenas y no indígenas. Consistente con la tendencia regional, el análisis reciente de la segmentación del mercado en Guatemala encontró que mientras “la TPA promedio para toda Guatemala ha aumentado en los últimos años, persisten importantes disparidades entre los distintos grupos socioeconómicos y étnicos, entre regiones geográficas, y entre las poblaciones urbanas y rurales” (Jaramillo, 2006).

Dos análisis cualitativos del mercado realizados en los últimos años^{3,4} examinaron las barreras para el acceso a los servicios de planificación familiar para dos poblaciones diferentes en Guatemala. Los resultados más sobresalientes de dichos estudios se tomaron en cuenta para enriquecer este estudio.

³ 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.*

⁴ 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.*

METODOLOGÍA

El estudio incluye la aplicación de una herramienta cuantitativa de base georeferencial y datos cualitativos para investigar la inequidad en el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar. Para el propósito del estudio, se define como “inequidad en el acceso a servicios de PF” a los grupos del país que por alguna razón no están accediendo a servicios de PF. Los grupos fueron seleccionados con base en investigaciones previas que muestran las poblaciones más marginadas y más sub-atendidas en el país,⁵ e incluyen las siguientes: áreas rurales, quintiles socioeconómicos bajos, alto porcentaje de población indígena, y nivel de educación bajo.

El estudio intenta identificar los departamentos con una alta necesidad insatisfecha, la cual podría afectar a las poblaciones vulnerables mencionadas anteriormente, resultando en una inequidad. Después de identificar los departamentos, el estudio determina cómo diferentes factores (p.ej., posibles barreras operacionales del lado de la oferta, y posibles barreras culturales del lado de la demanda) podrían estar incidiendo en la inequidad.

FUENTES DE DATOS

Para identificar los departamentos del país con mayor inequidad en acceso a servicios e insumos de PF, se usaron los siguientes datos secundarios generados por otros grupos o instituciones:

- **Datos de contexto geográfico y administrativo**, por el Sistema Nacional de Geoestadística, INE, 2005 y BD SUNIL, Instituto Geográfico Nacional, 2006
- **Red de servicios de salud georeferenciado**, por el SIGSA, 2006
- **Necesidad insatisfecha por quintiles socioeconómicos, zonas urbanas/rurales, indígenas/ladinos**, por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), INE y CDC, 2002
- **Tasa de mortalidad materna**, Línea de Base de Mortalidad Materna en Guatemala 2000
- **Desabastecimiento de insumos anticonceptivos del MSPAS**, por los inventarios nacionales de anticonceptivos del MSPAS, 2003-2008
- **Estudio de Barreras para el acceso de la población indígena a la planificación familiar**, realizado en Sololá, El Quiché, y Totonicapán entre mayo y agosto de 2006 (USAID | Iniciativa de Políticas en Salud).
- **Estudio Colaborativo: Opiniones de las usuarias de servicios públicos de salud con necesidad insatisfecha de planificación familiar**. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, UNFPA, y Population Council)

⁵ Calidad En Salud, 2006 Segmentación del Mercado de Servicios de Planificación en Guatemala. Luigi Jaramillo y Ricardo Valladares. Para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Al utilizar la herramienta del sistema de información geográfico (SIG), se describen las áreas del país con mayor necesidad insatisfecha, y también analiza la ubicación de poblaciones más vulnerables en cuanto a su capacidad de acceder a servicios e insumos anticonceptivos. El SIG aplicado en el estudio fue ArcGIS, de Environmental Systems Research Institute (ESRI).

También se diseñó una encuesta cualitativa dirigida a 43 proveedores de los servicios de salud del MSPAS y APROFAM en Sololá, Totonicapán y Jutiapa, con el fin de investigar las posibles barreras al acceso de insumos y servicios de planificación familiar (Ver Anexo 1). La encuesta incluyó preguntas a los proveedores sobre las prácticas operacionales en el establecimiento donde trabajan, sobre las características de sus clientes, y sobre las posibles razones por las que algunas poblaciones vulnerables no pueden acceder al establecimiento para recibir un método anticonceptivo. Las variables analizadas en esta encuesta complementan la información obtenida en los estudios cualitativos realizados por USAID y UNFPA (mencionados en la sección anterior). El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) no formó parte de este análisis debido a que se pretendía focalizar en poblaciones más vulnerables sin protección social, atendidas principalmente por el MSPAS y por el programa de desarrollo rural de APROFAM.

ANÁLISIS GEOGRÁFICO DE LA INEQUIDAD

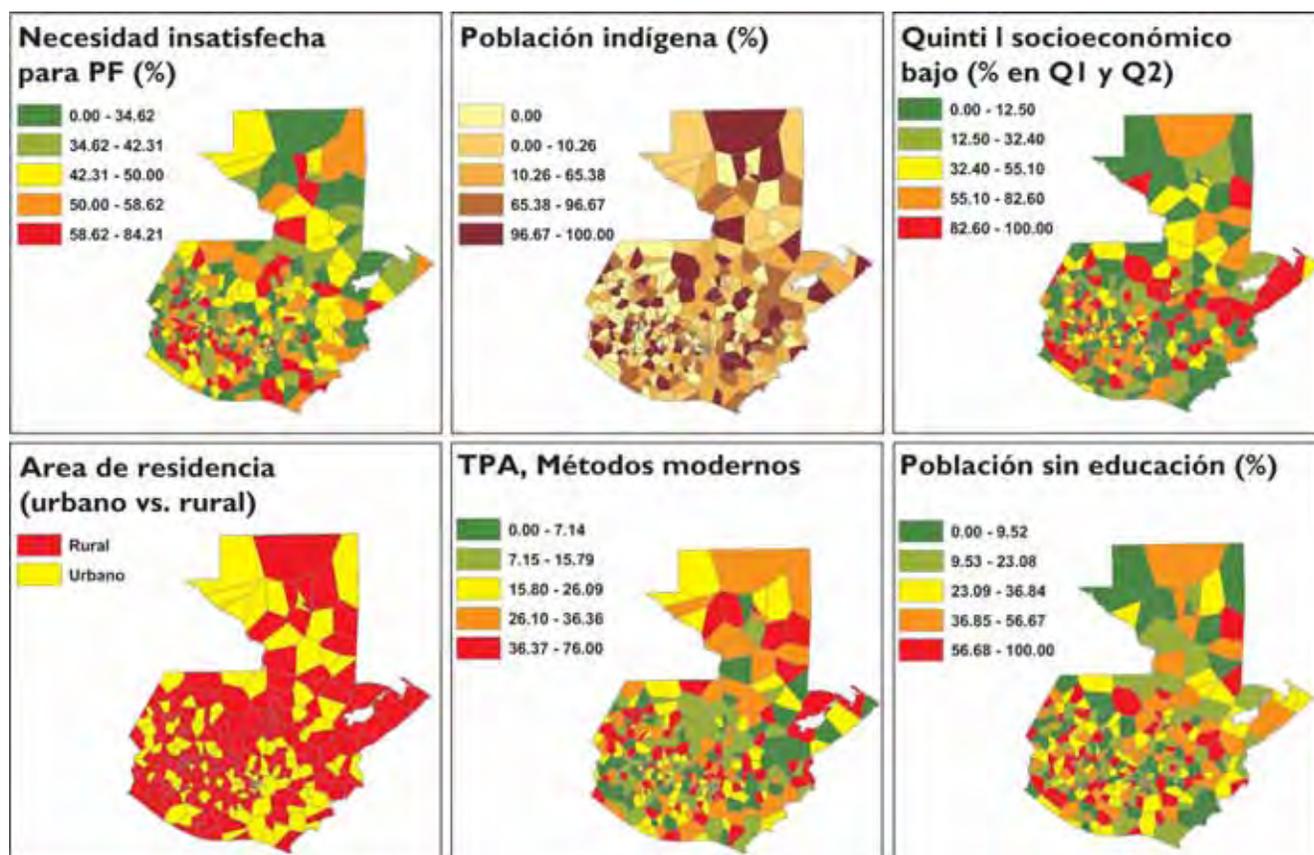
Los análisis de segmentación del mercado hechos durante los últimos años han mostrado consistentemente que las poblaciones con características como área de residencia rural, quintil socioeconómico más bajo, origen étnico indígena, y muy poca o ninguna educación, continúan experimentando una TPA baja, alta necesidad insatisfecha en planificación familiar (PF), y una tasa global de fecundidad (TGF) alta.⁶

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 primera parte del análisis toma las ubicaciones geo-referenciadas de la Encuesta Nacional Materno Infantil 2002 (ENSMI) y crea mapas representando cada variable de la definición de inequidad, como se describió arriba. Las ubicaciones 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 y su área es toda la tierra cercana a esa ubicación encuestada. La Gráfica 2 muestra este concepto, con escalas de color en los mapas mostrando los diferentes valores para cada variable.

⁶ 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.urc-chs.com/projects/health/calidadII.htm>).

Gráfica 2: Distribución Geográfica de Variables Individuales del ENSMI (2002)



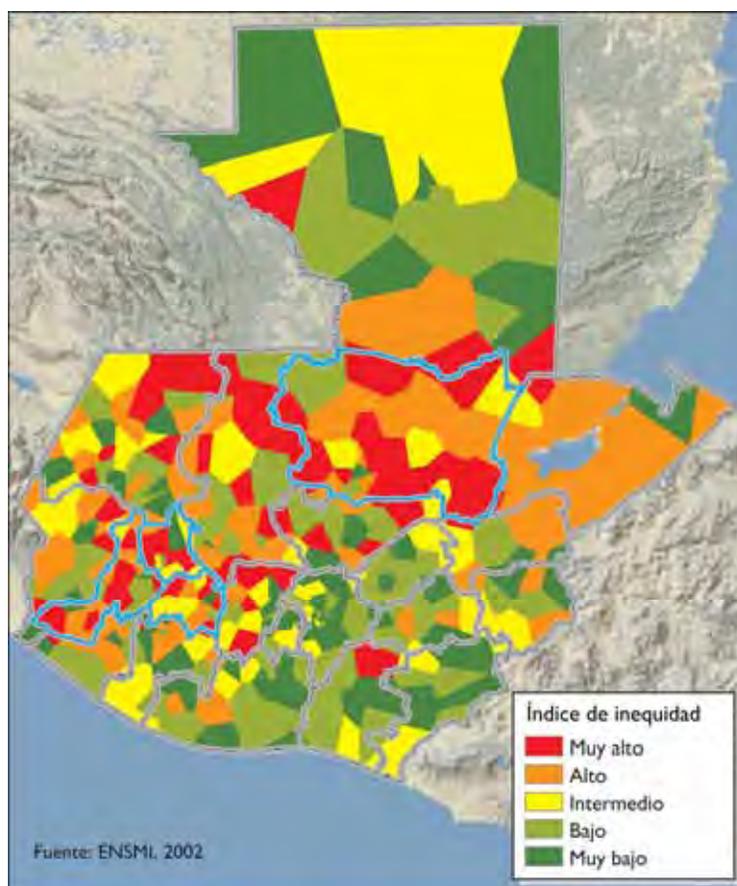
Al analizar la variabilidad geográfica en los datos de la necesidad insatisfecha, los responsables de formular políticas pueden identificar y cuantificar el alcance de las áreas que están desatendidas debido a las diversas condiciones socioeconómicas y culturales, la ubicación de las instalaciones, o 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, así como el porcentaje más bajo de uso de anticonceptivos (TPA). 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 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 (Gráfica 3).

Para resumir y comparar el índice de inequidad por departamento, los valores fueron sumados por límites de departamento y la suma resultante 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 3 (Alta Verapaz, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán) son ellos que mostraron una disparidad más alta y que son prioritarios para reducir la inequidad.

Gráfica 3: Análisis Multi-Variable de Inequidad en Acceso a Insumos y Servicios de PF en Guatemala



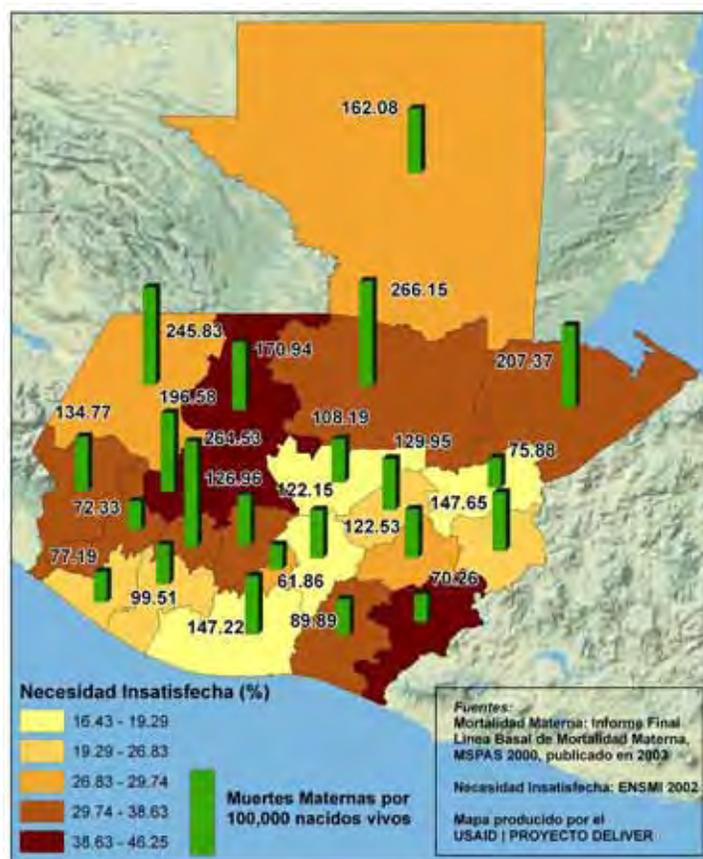
Esta metodología, como herramienta de planificación, permite visualizar en forma simultánea múltiples variables para identificar en dónde están las mayores disparidades entre ricos y pobres, área urbana y área rural, indígena y no-indígena, población con más y menos educación. Al profundizar dicho análisis en el nivel local, las barreras se investigan a profundidad y se pueden desarrollar intervenciones más focalizadas para mejorar el acceso.

¿POR QUÉ ANALIZAR LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA INEQUIDAD?

Una de las razones principales para investigar la necesidad insatisfecha es por la correlación entre el uso de anticonceptivos y la mortalidad materna. Si es posible reducir la necesidad insatisfecha, y a la vez aumentar el uso de métodos anticonceptivos, el resultado esperado será un descenso en el

número de muertes maternas. La Gráfica 4 presenta la relación entre necesidad insatisfecha y mortalidad materna en 2003 por departamento.

Gráfica 4: Guatemala Análisis de Necesidad Insatisfecha y la Tasa de Mortalidad Materna por Departamento (2003)



El abordaje para reducir la inequidad en el acceso a servicios e insumos de PF, en particular en los departamentos con el índice de inequidad más alto, implica analizar una variedad de factores tanto desde la óptica de la oferta como de la demanda. Uno de los enfoques que ha probado ser efectivo para mejorar el acceso es reunir a todos los proveedores de servicios de PF para analizar conjuntamente sus fortalezas y ventajas comparativas para atender el mercado con un enfoque de “mercado total.”⁷ A partir de este análisis se intenta establecer acuerdos que permitan mejorar el acceso a los servicios. En la sección de estrategias del presente documento se desarrolla mas ampliamente este planteamiento.

⁷ La Agencia de Desarrollo del Reino Unido (DFID) define el enfoque de “mercado total” como un proceso a través del cual se estudian las características de mercados existentes y futuros, y se definen las ventajas comparativas de organizaciones comerciales, de mercadeo social, organizaciones no gubernamentales (ONGs), y el sector público— en términos de sus competencias y “valor por su dinero” para llevar un rango de insumos y servicios a diferentes segmentos del mercado, incluyendo a los más pobres (Steven W. Honeyman, Population Services International, presentación de marzo 2008).

En la siguiente sección se presenta un análisis simultáneo de las características de la oferta y la demanda de los insumos y servicios de PF, lo cual es un primer paso para visualizar las necesidades en el mercado de anticonceptivos con un enfoque integral o de “mercado total.”

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SOLOLÁ, TOTONICAPÁN, Y JUTIAPA

Uno de los objetivos del presente estudio fue realizar un análisis conjunto de las características de la oferta y la demanda de servicios e insumos de planificación familiar en los tres departamentos seleccionados, de tal manera que coadyuve en la definición de políticas, programas, y planes que visualicen en forma integral los retos para el acceso universal a los servicios de PF. En esta sección también se compara la opinión de los proveedores de salud entrevistados con la opinión de las mujeres que han sido entrevistadas en otros estudios, así como un análisis detallado de las razones para no usar métodos que reportó la ENSMI 2002.

OFERTA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para complementar el análisis de escritorio SIG del capítulo anterior, se seleccionaron al azar servicios de salud en dos departamentos identificados como poseedores de las más grandes desigualdades en el acceso a PF (Sololá y Totonicapán). Jutiapa también fue incluido en la muestra por mostrar un valor alto de necesidad insatisfecha en la ENSMI 2002, siendo un departamento mayoritariamente con población no indígena. Aunque el tamaño de la muestra de los proveedores entrevistados no es estadísticamente significativo, se puede obtener varias conclusiones importantes relacionadas a poblaciones desatendidas tanto indígenas como no-indígenas a partir de estas entrevistas. Los datos recolectados sobre las poblaciones desatendidas no-indígenas provienen de las entrevistas con proveedores de Jutiapa, que posee un estatus socioeconómico ligeramente mejor que Sololá y Totonicapán. Es importante resaltar que los resultados de las entrevistas con los proveedores de servicio en el

Comentarios del Proveedor—Totonicapán

“Tener hijos es una prueba de fidelidad.”

“Una señora llegó a un puesto de salud en Totonicapán porque tenía muchos hijos y quería ayuda de la enfermera para recibir un método anticonceptivo. La enfermera le puso un inyectable, pero después vino el esposo, preguntando sobre el tema. Él no estaba seguro de que su esposa estaba planificando a escondidas, pero tenía sus dudas y decía que solo él podía dar permiso para usar anticonceptivos o no. La situación llegó a ser tan volátil que el personal de la Dirección de Área de Salud (DAS) tuvo que reasignar a la enfermera de puesto y nunca dijeron al esposo que le aplicaron el inyectable a su

presente estudio complementan los resultados de las entrevistas de clientes realizadas por USAID y UNFPA sobre las barreras para el acceso a PF para las poblaciones indígenas y no indígenas. Juntos, estos dos estudios proveen una visión integral de los desafíos tanto del lado de la oferta como de la demanda de los servicios y suministros de PF para estas poblaciones vulnerables.

A continuación se presentan algunos resultados claves 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 proveedores entrevistados expusieron que una porción significativa de sus clientes no sienten que puedan usar PF sin el consentimiento de sus esposos. Otros declararon que no solo sus esposos, sino también sus suegras juegan un papel importante sobre si una mujer es capaz o no de usar métodos de PF. En el departamento predominantemente ladino de Jutiapa, el *machismo* es todavía un tema importante, aunque los entrevistados creen que la Ley de Acceso Universal y Equitativo a PF⁸ ha contribuido en los años recientes a una mayor aceptación de la planificación familiar.
- **Idioma**—De los 39 En Guatemala se hablan más de 22 idiomas indígenas además del Español. A pesar de esta diversidad de idiomas, solamente el 10 por ciento del personal de salud en los servicios visitados, indicaron tener dificultades ocasionales al momento de comunicarse con los clientes. En estas situaciones, había otro trabajador de salud en el centro quien podía comunicarse efectivamente en el lenguaje del cliente o miembros de la comunidad pudieron ayudar con la traducción/interpretación del idioma (por ejemplo, maestras, facilitadores comunitarios, vecinos). El resto de los entrevistados hablaban el idioma de las poblaciones que atienden.

Comentarios del Proveedor—Jutiapa

“Aquí en Jutiapa se da el machismo, pero en comparación con otros departamentos la mujer está más empoderada y puede hacer sus propias decisiones.. La mujer es la que puede decir que sí o que no. En otros lados, hasta la suegra tiene palabra en las decisiones de salud reproductiva de las mujeres

“Ahora hay bastante aceptación, porque la ley aprobó la PF. Aprenden de la ley de la radio, de presentaciones, y del periódico. Ahora la gente acepta mucho más la PF, aún ser Católicos, porque se

BARRERAS FÍSICAS

- Los proveedores declararon que los clientes viajan en promedio entre 20 y 60 minutos (mediana) 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

⁸ 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/>

visitados, son atendidos por organizaciones no gubernamentales (ONGs) contratadas por el Ministerio de Salud bajo el Programa de Extensión de Cobertura de Salud. Debido a los recursos limitados, el personal de salud tiene que viajar en rutas específicas, visitando a las comunidades una vez por semana en promedio, pero a veces solamente una o dos veces al mes. Este nivel de servicio es un paso en la dirección correcta, pero las visitas una vez a la semana no son suficientes para proveer una disponibilidad adecuada de servicios y suministros de PF a la población objetivo de estas ONGs. Varios encuestados de las ONGs contratadas por el MSPAS dijeron que si un usuario no puede esperar que el proveedor de servicios llegue, ella debe caminar al puesto de salud más cercano, que pudiera estar una a cuatro horas a pie.

- Debido al estigma relacionado a la PF entre algunas personas indígenas, varios proveedores de servicio compartieron historias de mujeres que buscaron servicios de PF sin el conocimiento de sus esposos y debieron 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 OPERACIONALES

- ***El proveedor pide el permiso del cónyuge***—De los 39 encuestados, el 13 por ciento (5 proveedores), todos en áreas rurales, dijeron que creen que el permiso de los conyugues es absolutamente necesario antes que una mujer pueda recibir PF, creando un prejuicio entre los proveedores relativamente pequeño, pero importante para considerar. 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 dan su consentimiento, y que todos los proveedores de servicio 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 a fin de evitar ponerlos en peligro físico; por ejemplo, si el esposo descubre que su esposa está usando PF en secreto luego responsabiliza al proveedor. Las normas de atención del MSPAS y de APROFAM promueven la consejería en pareja, pero han capacitado al personal para que la mujer realice en forma individual una libre elección respecto al método que quiere usar.
- ***Contraste entre el porcentaje de desabastecimiento y la tasa de prevalencia de anticonceptivos para 2002:*** En general, en los tres departamentos encuestados, los sistemas de logística parecían estar funcionando relativamente bien durante el periodo de la ENSMI en el 2002. Durante el inventario físico nacional de anticonceptivos realizado por el Ministerio de Salud 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 también estuvo baja durante la ENSMI 2002 (ver el cuadro 1 abajo), revelando que aunque los anticonceptivos han estado relativamente disponibles en los servicios de salud, los clientes no los estaban demandando. Por otro lado, este contraste entre el indicador de abastecimiento y la TPA baja también puede ser resultado de las barreras culturales mencionadas anteriormente en este documento.

Cuadro I: Características Principales de las MUEF en Tres Departamentos Seleccionados (2002)

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

- ***El desempeño del sistema logístico y el mecanismo de monitoreo actual del desabastecimiento podría ser una barrera operacional:*** Es de resaltar que el monitoreo del desabastecimiento mediante los dos inventarios nacionales es solamente en dos momentos en el año, y esto no necesariamente refleja la disponibilidad durante un período largo (seis meses por ejemplo). Asimismo, el personal de salud se prepara para estas dos evaluaciones y se esfuerza por asegurarse de no estar desabastecido. Expertos del programa de PF en Guatemala han considerado la necesidad de replantear el monitoreo del abastecimiento de insumos, de tal forma que se premie el desempeño y la disponibilidad permanente de insumos a través de otros mecanismos que no sea el inventario nacional dos veces al año.

Los valores actualizados de TPA están próximos a ser divulgados en la ENSMI 2009, y solamente se tiene la información del inventario nacional de medicamentos del MSPAS de marzo de 2008, el cual reveló que los desabastecimientos de anticonceptivos continúan disminuyendo (Jutiapa 4 por ciento, Totonicapán 6 por ciento) excepto Sololá con 19 por ciento de desabastecimientos, lo que se considera alto puesto que un sistema logístico eficiente mantiene existencias en forma continua.

También se recopilaron datos del indicador de desabastecimiento en años recientes (2005-2008) en la red de servicios del MSPAS, el Cuadro 2 muestra la tendencia del desabastecimiento durante este período.

Cuadro 2: Indicador de Desabastecimiento de Uno o Más Insumos Anticonceptivos, por Nivel de Atención (2005–2008)

	Sep-05	Mar-06	Sep-06	Mar-07	Sep-07	Mar-08
Puntos de entrega de Servicio (PES)	12.00%	6.45%	12.58%	19.25%	15.29%	13.28 %
Únicamente servicios del MSPAS (PES)	8.11%	6.65%	11.17%	18.59%	15.51%	12.82%
Únicamente ONG-PEC (PES)	34.36%	23.96%	25.00%	25.83%	13.83%	17.03%
Puntos de Distribución	24.54%	18.10%	19.09%	33.64%	24.25%	25.17%

Fuente: Inventario Nacional de Medicamentos Marzo 2008, Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)

En el cuadro 2 se observa que de Marzo 2006 a Marzo 2008 se duplicó el desabastecimiento a nivel de los puntos de entrega de servicio (de 6.45% aumentó a 13.28%), que es donde se necesita garantizar la disponibilidad del insumo en forma continua. Es de notar que en Marzo 2008 el desabastecimiento es 17 % a nivel de las ONGs que sirven las poblaciones ubicadas en el último rincón del país, valor superior al desabastecimiento en los centros y puestos de salud (13%). Aunque no se observaron desabastecimientos significativos en los servicios de salud visitados durante el estudio, los resultados de los inventarios reflejan que es necesario reforzar las intervenciones para evitar los desabastecimientos en toda la red de servicios.

- **Frecuencia de visitas de planificación familiar (PF):** Los establecimientos reportaron recibir entre 5 y 8 usuarias de PF por día, en promedio. Pero en algunos establecimientos venían menos, y a veces ninguna. A la misma vez, fue interesante notar que la mayoría de proveedores dijeron que si alguien viene por otras razones, el médico o la enfermera aprovechan para brindarles información sobre la planificación familiar.

En las siguientes páginas se analizan las características de las mujeres en edad fértil (MEF), y de las mujeres unidas en edad fértil (MUEF) con el propósito de diferenciarlas en función de las respuestas respecto a las razones para no usar anticonceptivos. Este análisis ha permitido reconocer algunas diferencias en las razones de no uso entre la población en edad adolescente no unida pero sexualmente activa, y la población de adolescentes unidas.

DEMANDA DE LOS SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Uno de los datos más interesantes para el análisis conjunto de la oferta y demanda de servicios de PF son las razones que expresan las mujeres en edad fértil (MEF) para no usar servicios de planificación familiar. Una de las razones más importantes para las MEF—que representa un cuarto de las respuestas—es que no están casadas o unidas, pero están sexualmente activas (Cuadro 3). Esta respuesta en particular amerita que también se evalúen las razones que expresan las mujeres unidas en edad fértil (MUEF), lo cual se describe posteriormente en este estudio.

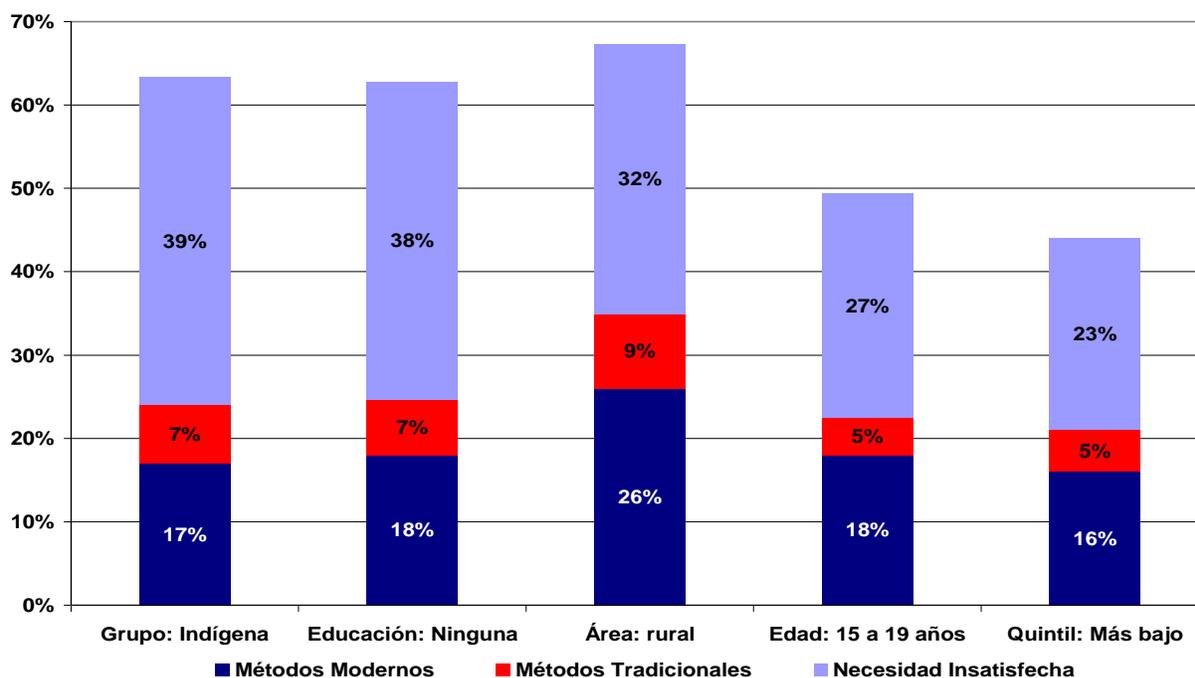
Cuadro 3: Razones para no Usar PF - Mujeres en Edad Fértil (MEF) en Departamentos Seleccionados – TOTAL (ENSMI 2002)

	Jutiapa Total	Sololá Total	Totonicapán Total
<i>No está casada o unida</i>	24.32	32.09	25.81
<i>No tiene relaciones</i>	15.01	12.09	15.12
<i>Por razones religiosas</i>	6.28	8.28	12.10
<i>Preocupaciones de salud</i>	6.93	7.85	10.52
Está embarazada	6.05	7.14	1.58
Menopáusica	1.08	6.52	2.28
Sub-fértil / Infértil	0.00	3.98	1.72
No conoce fuente	0.00	2.74	0.45
Otra razón	3.57	2.68	3.05
No conoce método	6.45	2.62	5.58
Interfiere	0.00	2.14	0.17
Miedo de efectos secundarios	3.34	2.06	0.42
Postparto / lactancia	2.20	2.06	0.00
Desea más hijos	9.82	1.86	6.26
Oposición del esposo	5.63	1.63	5.39
Sexo infrecuente	1.16	1.53	0.27
Oposición de ella	6.68	0.99	3.15
Falta de acceso a servicios	0.00	0.77	0.76
Lejanía/distancia	0.00	0.59	0.00
Muy costoso	0.00	0.38	3.08
No sabe	1.48	0.00	1.21
Oposición de otros	0.00	0.00	0.75
Histerectomizada	0.00	0.00	0.32
Porcentaje total de las 7 razones más altas	75.49	77.95	80.78

Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Séptimo	Otro
----------------	----------------	----------------	---------------	---------------	--------------	----------------	-------------

Por otro lado, un 27% de las MUEF en 2002 reportaban tener una necesidad insatisfecha (Ver Gráfica 5). Las necesidades insatisfechas entre adolescentes casadas o unidas (MUEF), o las que son sexualmente activas (MEF) merecen un análisis más profundo para garantizar el ejercicio de su libre elección para usar servicios de PF. Si las MEF respondieron que no usan anticonceptivos por no estar casadas o unidas, sería útil investigar si esta razón se debe a la barrera entre algunos proveedores de salud que brindan anticonceptivos solamente a mujeres casadas.

Gráfica 5: Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos Entre MUEF por Características Seleccionadas y Necesidad Insatisfecha (%), 2002



Fuente: ENSMI 2002

En comparación con el cuadro 3, que presenta las razones de las MEF encuestadas para no usar anticonceptivos, el cuadro 4 muestra en forma desglosada la misma información pero para las MEF en el área rural, resultando que la cuarta parte de las mujeres indicaron no usar anticonceptivos por no estar casadas o unidas. Estas respuestas, al analizarse en forma simultánea con los aspectos de la oferta y los sesgos del proveedor para brindar consejería en pareja permiten inferir que una de las dificultades para que estas mujeres usen servicios de PF es la actitud del proveedor respecto a la libre elección de la mujer para usar anticonceptivos sin requerir el permiso del esposo.

Durante las entrevistas de campo, en particular Sololá y Totonicapán, los proveedores de salud comentaron que la dinámica migratoria afecta también el uso de servicios. Un ejemplo de esto es que algunos de los proveedores tienen reservas para entregar anticonceptivos a mujeres casadas cuando saben que sus esposos están en el extranjero. Por otro lado, el retorno de guatemaltecos al país por la falta de oportunidades de trabajo en Estados Unidos es un aspecto a considerar que, en alguna medida, impactará en un incremento en la demanda de anticonceptivos.

Al desglosar las respuestas de las MEF por área de residencia—área rural—se observa en el cuadro 4 que se mantiene la misma proporción de MEF que no usan anticonceptivos por no estar unidas o casadas.

Cuadro 4: Razones para no Usar PF - Mujeres en Edad Fértil (MEF) en Áreas Rurales de Tres Departamentos Seleccionados (ENSMI 2002)

	Jutiapa Rural	Sololá Rural	Totonicapán Rural
<i>No está casada o unida</i>	26.20	31.83	25.16
<i>No tiene relaciones</i>	16.06	11.83	13.48
<i>Por razones religiosas</i>	5.88	9.44	13.89
<i>Preocupaciones de salud</i>	6.64	8.10	11.10
Está embarazada	5.61	7.32	1.42
Menopáusica	1.26	4.89	2.07
Sub-fértil / Infértil	0.00	3.57	1.75
No conoce fuente	0.00	3.25	0.00
No conoce método	7.52	3.11	6.15
Otra razón	3.44	2.85	3.32
Interfiere	0.00	2.54	0.20
Postparto / lactancia	2.57	2.44	0.00
Oposición del esposo	3.67	1.94	5.08
Desea más hijos	10.00	1.83	6.63
Miedo de efectos secundarios	1.72	1.68	0.37
Oposición de ella	6.34	1.18	2.91
<i>Falta de acceso a servicios</i>	0.00	0.91	0.91
Sexo infrecuente	1.35	0.47	0.32
Muy costoso	0.00	0.45	3.10
<i>Lejanía/distancia</i>	0.00	0.38	0.00
Oposición de otros	0.00	0.00	0.90
No sabe	1.72	0.00	0.85
Histerectomizada	0.00	0.00	0.39
Porcentaje total de las 7 razones más altas	78.64	76.98	81.49

Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Séptimo	Otro
----------------	----------------	----------------	---------------	---------------	--------------	----------------	-------------

Por último, el cuadro 5 incluye las respuestas de las mujeres unidas en edad fértil (MUEF), donde las razones religiosas y las preocupaciones por la salud son las más frecuentes, lo cual refleja aun más los valores culturales de la población.

Cuadro 5: Razones para no Usar PF - Mujeres Unidas en Edad Fértil (MUEF) en Tres Departamentos Seleccionados (ENSMI 2002)

	Jutiapa Rural	Sololá Rural	Totonicapán Rural
<i>Por razones religiosas</i>	10.03	15.95	22.56
<i>Preocupaciones de salud</i>	11.32	13.34	17.89
Está embarazada	9.56	12.78	2.41
Desea más hijos	9.40	3.19	11.27
No conoce método	10.86	5.43	4.94
Oposición de ella	9.83	2.06	4.95
No tiene relaciones	12.15	4.23	3.60
Oposición del esposo	6.26	3.38	8.63
Otra razón	5.87	4.99	5.64
Menopáusica	2.15	7.23	3.16
Infértil	0.00	6.23	2.98
Muy costoso	0.00	0.78	5.26
No conoce fuente	0.00	5.68	0.00
Postparto/lactancia	4.38	4.27	0.00
Miedo de efectos secundarios	2.94	2.93	0.63
Interfiere	0.00	4.44	0.34
No sabe	2.94	0.00	1.44
Sexo infrecuente	2.30	0.82	0.55
<i>Falta de acceso a servicios</i>	0.00	1.59	1.55
<i>Lejanía/distancia</i>	0.00	0.66	0.00
Porcentaje Total de 7 razones más altas	73.15	66.64	76.20

Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Séptimo	Otro
----------------	----------------	----------------	---------------	---------------	--------------	----------------	-------------

En el cuadro 6 y 7 se presenta un resumen del análisis de la oferta y demanda de los servicios de PF en los tres departamentos sujetos de estudio: Totonicapán, Sololá y Jutiapa.

Cuadro 6: Resumen del Análisis de Oferta y Demanda de los Servicios e Insumos de Planificación Familiar en Tres Departamentos Seleccionados

Departamento	Demanda	Oferta
<i>Sololá</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 31.83% MEF no planifican porque no están casadas o en unión (parte de ellas son adolescentes) • 14.39% de MUEF no planifican por razones religiosas • 13.39% de MUEF no planifican por preocupaciones de salud • Unidad Móvil de APROFAM reporta demanda creciente de Jadelle (Mayo '08) 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos proveedores no dan anticonceptivos a mujeres solteras o si no llegan con su marido (APROFAM y MSPAS) • En marzo 2008 CS Panajachel con 3 servicios desabastecidos • La demanda registrada por la Dirección de Área de Salud (DAS) registra alta variabilidad, lo que puede causar desbalances en el abastecimiento
<i>Totonicapán</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 25.16% MEF no planifican por no estar casadas o en unión, (parte de ellas son adolescentes) • 20.20% de MUEF no planifican por razones religiosas • 17.89% de MUEF no planifican por preocupaciones de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Solamente un desabastecimiento (MSPAS Marzo 2008) • 4 de 13 servicios entrevistados—la mujer sí necesita permiso (MSPAS y APROFAM)
<i>Jutiapa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 26.20% de MEF no planifican por no estar casadas o en unión, (parte de ellas son adolescentes) • 11.64% de MUEF no planifican por preocupaciones de salud • 10.55% de MUEF no planifican por razones religiosas 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de proveedores creen que la mujer tiene derecho de decidir usar anticonceptivos⁹ • Dos desabastecimientos (MSPAS Marzo 2008) • La demanda registrada por la DAS registra alta variabilidad, lo que puede causar desbalances en el abastecimiento

⁹ Durante las visitas en Jutiapa el equipo de estudio observó que ha habido una fuerte sensibilización acerca de la Ley de Acceso Universal a la Planificación Familiar, lo cual ha incidido en que los proveedores conozcan mejor los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y el hombre.

Cuadro 7: Conclusiones de la Oferta y Demanda de Servicios e Insumos de PF

Demanda	Oferta
<ul style="list-style-type: none">• Factores culturales, religiosos y de creencias son las razones más significativas para no practicar la PF (entrevistas a proveedores)• Casi un cuarto de las mujeres en edad fértil (MEF) entrevistadas en la ENSMI 2002 no usan métodos por no estar casadas o unidas, esto implica que pueden ser mujeres adolescentes, solteras, a quienes algunos proveedores negarían el servicio de PF.• Los factores culturales y creencias, como por ejemplo que tener hijos es una prueba de fidelidad y salud, inciden en la decisión de usar o no anticonceptivos• Las usuarias conocen los servicios de salud pero reportan no recibir trato amable y equitativo (estudio de barreras, clientes)• La distancia y el acceso a los servicios no son razones significativas para la falta de acceso a los servicios de PF	<ul style="list-style-type: none">• El MSPAS reporta en promedio 13% de desabastecimiento de uno o mas anticonceptivos en CS y PS (Inventario Nacional Mayo 2008) y 17% en PES de ONGs. Este hallazgo merece particular atención, especialmente en las ONGs que atienden a las poblaciones con menos acceso a servicios de salud.• El idioma no parece ser una barrera importante para los proveedores de servicios.• Como lo indican otros estudios, existen sesgos entre algunos proveedores que afirmaron brindar consejería solamente en pareja—en algunos casos no dan métodos a mujeres sin su pareja, ni a mujeres solteras (visitas a establecimientos Mayo 2008)• El 74% de los proveedores (n= 38) opina que no necesita el consentimiento del esposo, mientras el 13% opina que sí, y el 13% considera que no necesita consentimiento pero prefiere que la pareja esté de acuerdo

Fuente: ENSMI 2002

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

Los programas de planificación en Guatemala continúan enfrentando varios retos para disminuir la inequidad y la falta de acceso a servicios e insumos de planificación familiar. A continuación se presentan algunas estrategias y consideraciones que se espera complementen y reafirmen los esfuerzos que las instituciones, los cooperantes y el gobierno están implementando para lograr el acceso universal a los servicios de PF. Los planteamientos aquí propuestos son de alcance nacional pero de especial relevancia en los departamentos de Sololá, Totonicapán, Alta Verapaz, Quetzaltenango, y Jutiapa, los cuales fueron identificados como los departamentos con la inequidad más acentuada en el acceso a los servicios de PF.

Desarrollar una estrategia integral y renovada de información, educación y comunicación (IEC)

En la Estrategia Nacional de Planificación Familiar se necesita plantear la importancia de unificar criterios para una estrategia de IEC que ayude a diseminar información sobre el marco legal, tecnología anticonceptiva y efectos secundarios de la planificación familiar. Esta estrategia estará dirigida a fortalecer las competencias en el proveedor, a diseminar información basada en la evidencia para las y los usuarios que visitan los servicios de salud, y a diseminar información a nivel nacional para sensibilizar acerca de la importancia y el impacto positivo en la salud de la mujer misma y la familia del uso de anticonceptivos o métodos tradicionales para la prevención y espaciamiento de los embarazos. Dicha estrategia se fortalecerá en la medida que se consideren y vinculen las ideas de planificación familiar que pueden extraerse de los libros que se fundamentan en creencias religiosas.

- Diseñar boletines cortos donde se resuma el derecho universal a la planificación familiar.
- Diseñar mensajes en radios locales que comuniquen la información correcta sobre los efectos secundarios de usar insumos anticonceptivos temporales y permanentes, que conlleve a reducir el comportamiento basado en supersticiones y leyendas urbanas.
- Incluir en la agenda de las reuniones técnicas de todas las organizaciones proveedoras de salud (MSPAS, APROFAM, IGSS) una sesión informativa acerca del trato igualitario y sin discriminación hacia las usuarias que acuden a los servicios de salud.

Revisar y ajustar el enfoque de consejería en pareja y el involucramiento del hombre en la Planificación Familiar

Por varios años en Guatemala se ha considerado oportuno el involucramiento del hombre en la salud reproductiva y las decisiones de planificación familiar. A pesar de que involucrar al hombre en la salud reproductiva es importante, este enfoque no debiese limitar el ejercicio de los derechos reproductivos individuales de la mujer para decidir cuándo y cuántos hijos tener. En este sentido, se recomienda que el MSPAS y APROFAM revisen y monitoreen las políticas de brindar consejería en pareja y se aseguren que se respeta la libre elección de la mujer para ejercer sus derechos reproductivos, incluso el de las mujeres en edad adolescente no unidas pero que están sexualmente activas.

Que todas las instituciones que brindan servicios de Planificación Familiar revisen las normas de atención y los procedimientos para atender estas consultas

Recordar a los proveedores de salud que la atención integral en PF con consejería balanceada evita que una mujer tenga que visitar varias veces el servicio de salud, ya que se podría aprovechar cuando llega a vacunar a su hijo para recibir consejería sobre PF.

Mejorar el abastecimiento de anticonceptivos del MSPAS y fortalecer el monitoreo del desempeño del sistema logístico para evitar el desabastecimiento, sobreabastecimiento y vencimiento de insumos

Será necesario asegurar que el sistema logístico reduce los desabastecimientos en forma sustancial. También es de vital importancia que el sistema funcione para mantener los niveles máximo y mínimo establecidos por el MSPAS y de esta forma disminuir el desabastecimiento que ha aumentado durante los últimos tres años (2005-2008). Por otra parte, según el inventario nacional de Marzo 2008, 66% de Direcciones de Área de Salud (DAS) estaban por debajo del 15% de desabastecimiento y un 34% estaban desabastecidos en niveles superiores a 15%.

- En el futuro se recomienda no establecer un porcentaje mínimo de desabastecimiento (actualmente establecido al 15%), debido a que esto puede llevar un mensaje equivocado sobre la aceptación de estar desabastecidos por debajo de este rango. En especial por la importancia que reviste contar con los insumos necesarios en toda la red de servicios, con el fin de contribuir para disminuir la necesidad insatisfecha.
- Monitorear y premiar el buen desempeño de los servicios de salud que eviten tanto el desabastecimiento como el sobreabastecimiento de insumos. Esto contribuirá a disminuir desbalances en las existencias y disminuir el problema de inequidad en el sentido que el producto no está en el lugar correcto, en el tiempo correcto, y en las cantidades correctas para atender un aumento significativo de la demanda de la población.
- Además es recomendable que el PNSR del MSPAS empiece a utilizar otros indicadores de desempeño, por ejemplo el número de días desabastecidos en los últimos seis meses, el que puede monitorearse a través de la Tarjeta de Control de Suministros.
- Replantear la importancia del inventario nacional como una herramienta contable y de control interno que sirve sobretodo para verificar existencias a nivel nacional, ajustar los inventarios y mejorar las proyecciones de necesidades de anticonceptivos, tomando en cuenta las existencias físicas a nivel nacional.

Segmentar el mercado con un enfoque de “mercado total”, por producto, por proveedor y por perfil de usuarios

El abordaje para reducir la inequidad en el acceso a servicios e insumos de PF, en particular en los departamentos con el índice de inequidad más alto, implica analizar una variedad de factores tanto desde la óptica de la oferta como de la demanda. Uno de los enfoques que ha probado ser efectivo para mejorar el acceso es reunir a todos los proveedores de servicios de PF para analizar conjuntamente sus fortalezas y ventajas comparativas para atender el mercado con un enfoque de “mercado total.” A partir de este análisis se pueden establecer acuerdos que permitan mejorar el acceso a los servicios.

- Una estrategia útil a implementar es estratificar o segmentar el mercado para que grupos o poblaciones en áreas geográficas focalizadas estén cubiertas por un **proveedor específico**, por ejemplo el MSPAS, las ONGs del programa de extensión de cobertura, APROFAM o el sector

comercial. Podría ser **por producto o marca específica**, en el caso de los condones comercializados por APROFAM, PASMO, IPROFASA.

- Definir las zonas donde la inequidad es más acentuada, como es el caso de Sololá, Totonicapán, Alta Verapaz, y Quetzaltenango. El siguiente paso es focalizar los esfuerzos para que los principales proveedores analicen sus ventajas comparativas para focalizar los servicios y luego definir estrategias que garanticen satisfacer la necesidad de los diferentes segmentos de la población en estos departamentos.
- Explorar la posibilidad de que APROFAM, que tiene un alto volumen de usuarias de Jadelle en las áreas rurales y peri-urbanas, firme una alianza con el MSPAS para satisfacer la necesidad de las usuarias que deseen usar Jadelle. Se considera que APROFAM tiene la capacidad instalada, la tecnología y los procedimientos para brindar estos servicios.
- Aunque el estudio no incluyó visitas a los servicios de salud del IGSS, es un proveedor importante de servicios de planificación familiar en el país, y su rol afecta la provisión de los servicios en forma equitativa. En este sentido, se recomienda reactivar el programa de PF, garantizar mediante compromiso político y financiero la adquisición de insumos, y garantizar que las afiliadas y beneficiarias adscritas a la seguridad social reciben servicios de PF en el IGSS.

Diseñar programas que involucren y empoderen al hombre y a la mujer para optar por sus preferencias reproductivas individuales

Revisar el enfoque de promover la consejería en pareja y capacitar a los proveedores de salud de APROFAM, MSPAS y el IGSS acerca de la importancia que tanto el hombre como la mujer tienen el derecho individual de tomar decisiones sobre su salud reproductiva. Sin quitar el mérito a la importancia de que las decisiones sobre la PF se tomen en pareja, según el marco legal establecido en Guatemala, cada persona independiente de su estado civil tiene el derecho a acceder a servicios de salud, incluida la planificación familiar. Según el marco legal vigente sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, los proveedores de salud no pueden prohibir que una mujer soltera acceda a la planificación familiar.

Las experiencias exitosas de los programas en varios países demuestran que los hombres están dispuestos a tomar acciones para proteger la salud reproductiva cuando tienen acceso a la información y servicios relacionados a la PF.

Un factor esencial de los programas que trabajan con hombres es alentarlos a apoyar a las mujeres en sus necesidades y decisiones de salud reproductiva. Si este abordaje prueba ser efectivo y está cumpliendo con los objetivos propuestos de involucrar a la pareja para un acceso equitativo, entonces éstas debiesen expandirse y fortalecerse para contactar a los hombres. Por el contrario, si los resultados sugieren que las actividades no están teniendo el efecto esperado, los programas necesitan hacer los cambios necesarios, como es el caso en Guatemala, donde algunos proveedores de salud están limitando el acceso a PF a las mujeres que no van con su pareja o que desean planificar pero su esposo no está de acuerdo. A medida que los programas se mueven hacia el concepto de responsabilidad compartida en planificación familiar y salud reproductiva, es esencial proporcionar a los hombres información y servicios sobre su propia salud reproductiva; así como la opción de que ellos practiquen la planificación familiar, usando los métodos disponibles para los hombres, como el condón y la vasectomía.

Que el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS continúe el Programa de Atención Integral al Adolescente a nivel nacional, con énfasis en los departamentos identificados en este estudio

El PNSR ha dirigido el Comité Intersectorial para la Atención a la Niñez y Adolescencia. Las estadísticas de los embarazos no deseados, abortos y necesidad insatisfecha de servicios de PF apuntan a focalizarse en forma decidida para resolver este problema. Una alternativa podría ser que durante los próximos dos años el PNSR focalice los espacios amigables en los departamentos sujetos de este estudio: Sololá y Totonicapán, además de Alta Verapaz, Quetzaltenango, y Jutiapa, en coordinación y con el apoyo de cooperantes y socios del sector salud, y en el contexto del programa Mi Familia Progresá impulsado por el Gobierno de Guatemala.

Realizar abogacía con líderes religiosos para el abordaje de la planificación familiar

Involucrar a líderes religiosos y comunitarios ha probado ser una estrategia efectiva en diferentes países, contextos, y culturas. Algunas de las estrategias utilizadas en países del medio oriente, donde la postura de los líderes religiosos es radical, ha tomando como punto de partida los preceptos acerca de la vida y la planificación que se encuentran en los libros sagrados. Existen experiencias en otros países y continentes donde esta estrategia ha sido exitosa, mediante la cual se han identificado textos de los libros sagrados que permiten asociar la importancia de planificar la vida y el orden de la existencia del ser humano, así como la forma natural en que tiene sentido la prevención y la planificación familiar. Esta estrategia encaja con el componente de participación ciudadana y sociedad civil que apoya el UNFPA en todos los países. Además, APROFAM y el UNFPA han involucrado en forma efectiva a líderes de la iglesia evangélica, lo cual es necesario continuar fortaleciendo en el futuro.

REFERENCIAS

- Abramson, Wendy, Anabella Sánchez, y Nadia Olson. 2006. *Diagnóstico Sobre La Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA)*. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Calidad En Salud, 2006 Segmentación del Mercado de Servicios de Planificación en Guatemala. Luigi Jaramillo y Ricardo Valladares. Para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- 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.urc-chs.com/projects/health/calidadII.htm>).
- 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>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2003. Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Red de servicios de salud georeferenciado, Sistema de Información Gerencial en Salud, 2006
- 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.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – UNFPA – 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.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) Instituto Guatemalteco de seguridad Social (IGSS) Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM). Diciembre 2007 *Lineamientos Nacionales de Planificación Familiar*. Guatemala.
- USAID | Iniciativa de Políticas en Salud Guatemala, 20 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.

ANEXO I: CUESTIONARIO CUALITATIVO

Organización (MSPAS o APROFAM)

Código de Establecimiento

Nombre del Establecimiento

- A.** Preguntas al Personal de Salud sobre las condiciones de trabajo y el trabajo comunitario
- ¿Cuánto tiempo toma el personal de salud en acudir de su casa a este establecimiento?
 - ¿Cuál es el modo de transporte del personal de salud?
 - ¿Usted hace visitas a casas en la vecindad del establecimiento, o en otros pueblos cercanos, para prestar servicios de PF? Si no, ¿hay otro personal o voluntarios que hacen este tipo de trabajo?
 - ¿Usted u otro trabajador comunitario trabaja a través de alguna organización local, tal como las iglesias, las escuelas, el municipio, u otras organizaciones para llevar mensajes de promoción de salud?
- B.** Barreras Físicas:
- ¿De qué tan lejos (horas de viaje) viene la gente a este establecimiento? ¿De cuál(es) comunidad(es)?
 - ¿En un día típico, cuántas personas llegan a este establecimiento para recibir servicios y/o insumos de planificación familiar?
 - ¿Cuál medio de transporte usa la gente para llegar al establecimiento?:
 - De las personas que llegan a este establecimiento (de pregunta #2), ¿cuántos llegan a pie?
 - De las personas que llegan a este establecimiento (de pregunta #2), ¿cuántos llegan en transporte público (bus o camión)?
 - De las personas que llegan a este establecimiento (de pregunta #2), ¿cuántos llegan en transporte privado (carro o motocicleta privado)?
- C.** Barreras Operacionales:
- ¿Cuál es el horario de la semana para ofrecer servicios de planificación familiar en éste establecimiento?
 - En caso de que haya desabastecimiento de métodos de PF, ¿qué hace la gente para obtener los productos?

- c. ¿Cuáles otros prestadores dan servicios en el área de cobertura del establecimiento?
- d. ¿Conoce en este servicio el formulario de consentimiento informado? ¿Quién lo firma? ¿Solamente la mujer, o requieren la firma del marido?
- e. ¿Hay casos en que una mujer no puede conseguir su método de PF sin permiso de su marido? ¿En qué población o grupo se observa?
- f. ¿Qué hace una persona cuando no puede obtener un método sin permiso de su marido?
Posibles respuestas si no sabe:
 - i. ¿Escoge otro método?
 - ii. ¿Sale sin recibir ningún método?
 - iii. ¿Planifica a escondidas?
- g. ¿Usted considera que la mujer necesita el consentimiento de su marido para usar anticonceptivos?

D. Barreras Culturales o Idiomáticas:

- a. ¿Usted es de esta comunidad o región? Si no, ¿de dónde es usted?
- b. ¿Cuáles idiomas habla usted?
- c. De las personas que llegan al establecimiento (de pregunta #B.2) ¿cuántas son indígenas y cuántas son ladinas (aproximados)?
- d. ¿Cuáles idiomas hablan las personas que vienen a este establecimiento?
- e. De las personas que llegan a este establecimiento (otra vez, de pregunta #B.2), ¿cuántas no hablan el mismo idioma que usted?
- f. Si usted no puede hablar con uno de las personas que llegan a este establecimiento ¿cómo se comunican?

E. Preguntas para Unidades Móviles (APROFAM):

- a. ¿Cuál es la ruta que usted sirve? ¿Cuáles comunidades visita en su ruta? (*Nota al Entrevistador(a): Distingue entre comunidades en diferentes rutas si hay múltiples*)
- b. ¿Cuál es la frecuencia con la que usted viaja por esta ruta para proveer servicios de PF?
- c. ¿Cuáles servicios y productos de PF ofrece la unidad móvil?

F. Hoja de Observación

- a. ¿Qué equipo existe allí (está con cama, sin cama, mesa de examen, refrigerador., equipo de esterilización de materiales, agua de pila, etc.)? (Nota: Para esto necesitamos explicar que haremos una visita de observación por el lugar)

ANEXO 2: PERSONAS ENTREVISTADAS

- Dirección de Área de Salud (DAS): Director, Enfermera, Coordinador de Logística, Gerentes de Finanzas, Coordinador de PEC, Coordinador de Recursos Humanos, Gerente de almacén
- Centros de Salud: Director, Médico, Enfermera, Coordinador de Logística, Gerente de Almacén
- Puestos de Salud: Auxiliar de Enfermería, Técnico de Salud Rural (TSR)
- Programa de Extensión del Cuidado de la Salud (PEC), ONGs, incluyendo Centros Comunitarios: Director, Contador, Médicos Ambulatorios (MA), Enfermera Ambulatoria (EA), Facilitador Comunitario (FC), Facilitadores Institucionales (FI)
- APROFAM: Director de la Clínica/Enfermera, Educador, Promotores Voluntarios (PV), Promotor Juvenil (MJ), Coordinador de Desarrollo Rural

Para más información, visite deliver.jsi.com.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com