



ESTUDIO DE BARRERAS PARA EL ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

Guatemala, diciembre 2008



GOBIERNO DE ÁLVARO COLOM
GUATEMALA





USAID | INICIATIVA DE POLÍTICAS
EN SALUD
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



APROFAM

ESTUDIO DE BARRERAS PARA EL ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

Guatemala, diciembre 2008



**TIEMPO de
SOLIDARIDAD**

**GOBIERNO DE ÁLVARO COLOM
GUATEMALA**



Los resultados de este informe describen la situación de las barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena en los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y la Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala, APROFAM.

El informe fue elaborado por:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS
Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala – APROFAM
USAID/Iniciativa de Políticas en Salud

Se agradecen los aportes de las siguientes organizaciones, que contribuyeron en el análisis y discusión de los resultados:

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas – AGMM
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala – AGOG
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
The Population Council, Guatemala

Este documento fue impreso con el apoyo de USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo I que es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-01-05-00040-00, iniciado el 30 de septiembre de 2005. La orden de trabajo I es implementada por Futures Group International en colaboración con el Centro de Desarrollo y Actividades de Población (CEDPA), Alianza del Lazo Blanco para una Maternidad Segura (WRA), Futures Institute y Religiones por la Paz. Lo expresado en este documento no refleja necesariamente el punto de vista de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	5
2.	ANTECEDENTES	8
	2.1 CONTEXTO SOCIOCULTURAL	8
	2.2 ACCESO A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD MATERNA	10
	2.3 MARCO LEGAL	15
	2.4 BARRERAS MÉDICAS PARA EL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	16
3.	BARRERAS PARA EL ACCESO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	18
	3.1 BARRERAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	21
	3.2 BARRERAS EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL	32
4.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	37
5.	LÍNEAS DE ACCIÓN INSTITUCIONALES	40
	5.1 EN LA OFERTA DE SERVICIOS	40
	5.2 EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD	41
	ANEXO A. Aspectos metodológicos y muestra de establecimientos, proveedores/as de servicios de planificación familiar y grupos comunitarios	45
	ANEXO B. Cuestionario utilizado en entrevistas directas estructuradas	53
	ANEXO C. Guías utilizadas en entrevistas grupales	63
	ANEXO D. Barreras médicas e institucionales, 1999 y 2003	71

I. INTRODUCCIÓN

La provisión de servicios de planificación familiar es una acción de salud preventiva que permite a las personas ejercer el derecho a decidir libremente el número de hijos e hijas y el momento en que desean tenerlos. Además de permitir a las personas llevar a la práctica sus intenciones reproductivas, es un medio para lograr el espaciamiento óptimo entre embarazos, que tiene efectos directos y favorables sobre la salud de las mujeres y a nivel nacional contribuye a la reducción de la mortalidad materna e infantil en el marco de la salud pública.

La mortalidad materna expresa, no sólo el nivel de desarrollo humano y social de un país, sino también las disparidades entre países y subgrupos de la población, reflejando así el nivel de equidad en la respuesta social a las necesidades de diversos colectivos de mujeres ante necesidades iguales. El riesgo de muerte materna depende en gran medida de los recursos a los que tiene la posibilidad de acceder la mujer - educación, información, ingresos -, del grado de autonomía con que cuenta para tomar la decisión de buscar atención o prevenir un embarazo y de la respuesta oportuna, tanto de su grupo social como del sistema de salud, para responder a sus necesidades.

Indicadores de salud seleccionados, como la razón de mortalidad materna¹, la prevalencia del uso de métodos de planificación familiar,² y la necesidad insatisfecha de planificación familiar³ reflejan las inequidades en la respuesta social a los subgrupos de la población. En Guatemala estos indicadores muestran que existe una creciente demanda de servicios e información de planificación familiar, pero que el acceso a los mismos no responde con equidad a las necesidades de la población. Muchos de estos retos se relacionan con las condiciones socioeconómicas que caracterizan en forma diferente a los diversos grupos poblacionales de acuerdo con su identificación étnica, a su lugar de residencia, y a la capacidad resolutive de los servicios de salud, especialmente aquellos que atienden a la población pobre y del área rural.

Entre 1995 y 2002 la demanda insatisfecha de planificación familiar en Guatemala aumentó del 24% al 28% entre las mujeres en edad reproductiva y en unión. Para las mujeres no indígenas la demanda insatisfecha en el 2002 fue del 22%, en tanto que para las indígenas fue del 39%.⁴ Los cambios en la prevalencia del uso de métodos de planificación familiar también ponen de manifiesto que la demanda de servicios de planificación familiar se ha incrementado entre las mujeres indígenas, pero que el acceso a los mismos aún no es equitativo. En el año 2002 la prevalencia del uso de estos métodos entre mujeres no indígenas era del 53%, en tanto que entre mujeres indígenas era del 24%.⁵

¹ La razón de mortalidad materna (RMM) es uno de los indicadores más utilizados para estimar el riesgo obstétrico, es decir, la probabilidad que tiene una mujer embarazada de morir por causas o complicaciones relacionadas con el embarazo. Se expresa en el número de muertes maternas por cada 100,000 niños/as nacidos vivos en un año determinado.

² La prevalencia en el uso de métodos de planificación familiar es el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, sexualmente activas o en unión, que usan métodos anticonceptivos en relación al total.

³ La necesidad insatisfecha de planificación familiar se expresa en el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, sexualmente activas o en unión, que no desean un embarazo en el momento presente o en el futuro, pero que no utilizan ningún método de planificación familiar.

⁴ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, INE: 2003. 73-74 pp.

⁵ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, INE: 2003. Cuadro 5.5, p.83

La razón de mortalidad materna en Guatemala era de 153 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en el año 2000, pero era tres veces más alta entre mujeres indígenas (211 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) que entre mujeres no indígenas (70 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos).⁶ Asimismo, la mortalidad materna era superior al promedio nacional en siete departamentos del país, la mayoría de los cuales tienen altos índices de pobreza y ruralidad así como población indígena mayoritaria.

La reducción de la mortalidad materna y el aseguramiento del acceso a servicios de salud reproductiva se han constituido en la base de las políticas de salud de las últimas décadas en Guatemala. Instrumentos políticos recientes, como la Ley de Desarrollo Social,⁷ la Política de Desarrollo Social y Población⁸ y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar,⁹ expresan en forma manifiesta estos objetivos.

En este contexto, el estudio **“Barreras para el acceso de la población indígena a la planificación familiar”** tuvo como objetivo **identificar las barreras, basadas en actitudes, prácticas y restricciones socioculturales y de los servicios que limitan el acceso de la población indígena a la planificación familiar**. Este objetivo se inscribe dentro del marco legal que ordena el aseguramiento del acceso universal y equitativo a servicios de planificación familiar, la estimación de la necesidad insatisfecha de los mismos por medio de encuestas nacionales o estudios específicos y el monitoreo de la prestación de servicios para evaluar la disminución de barreras al acceso.¹⁰

El estudio fue realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) y el programa USAID/Iniciativa de Políticas en Salud entre agosto de 2006 y febrero de 2007. La cobertura geográfica del estudio abarcó tres departamentos con alto porcentaje de población indígena: Sololá (96% del total), Quiché (88%) y Totonicapán (98%).¹¹

La realización del estudio incluyó el uso de métodos de investigación y análisis cualitativo y cuantitativo con la aplicación de entrevistas estructuradas individuales a proveedores/as institucionales de servicios de planificación familiar del MSPAS, IGSS y APROFAM, entrevistas grupales a proveedores/as comunitarios del MSPAS y APROFAM y entrevistas grupales a mujeres usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar en los servicios del MSPAS y APROFAM. Detalles adicionales sobre la metodología del estudio pueden consultarse en el Anexo A.

⁶ Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala, MSPAS: 2003.

⁷ Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001, Congreso de la República de Guatemala, octubre 2001.

⁸ Política de Desarrollo Social y Población. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Guatemala, abril 2002.

⁹ Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto 87-2005. Congreso de la República, abril, 2006.

¹⁰ Ibid. Artículo 3. Destinatarios/as. Artículo 5. Necesidades no satisfechas. Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas.

¹¹ Censo Nacional XI de Población y VI de Habitación. Características de la población y de los locales de habitación censados. Mapas temáticos: Población maya. Guatemala, INE: 2003. p.7.

Los resultados identifican la existencia de seis barreras principales que afectan el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de planificación familiar. Cuatro de ellas se relacionan con la prestación de servicios y dos con el contexto sociocultural donde viven las mujeres indígenas.

El presente documento aborda aspectos metodológicos, de resultados y recomendaciones para el abordaje en la eliminación de las barreras. Los resultados del estudio pueden ser utilizados en procesos de toma de decisión y planificación para mejorar el acceso de la población indígena a servicios de planificación familiar a fin de que sean oportunos, de calidad y con pertinencia cultural.¹²

¹² Un servicio, programa, proyecto u otro tipo de intervención tiene pertinencia cultural cuando se diseña, ejecuta y evalúa en respuesta a los requerimientos específicos de la cultura donde actúa, respetando los elementos identitarios que la definen y dando participación a sus miembros. Ramos, Isabel. El ser y el hacer – Reflexiones en torno al papel de la cultura en los proyectos de desarrollo. En: Alli Kausay, Folleto temático de la COSUDE. No.8 Ecuador: Noviembre 2006. p.4

2. ANTECEDENTES

2.1 CONTEXTO SOCIOCULTURAL

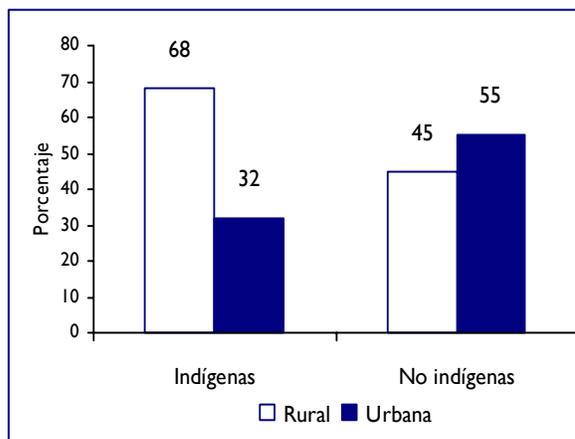
Guatemala, política y administrativamente, está dividida en 22 departamentos y 334 municipios. Para el año 2006 se estimó una población de 13.0 millones de habitantes.¹³ Si se asume la misma distribución porcentual entre grupos étnicos del año censal 2002, la población maya para el año 2006 era de 5.1 millones de personas, aproximadamente 40% de la población guatemalteca.

El 68% de la población indígena, en el año 2002, vivía en el área rural y el 32% en el área urbana¹⁴ (Gráfica 1). En ese año, el 43% de los municipios de Guatemala tenía una población indígena por arriba del 70%; 9.1% de los municipios tenía entre 40% y 69% de población indígena; 7.5% de los municipios tenía entre 20% y 39% de población indígena y el restante 40% de los municipios tenía menos de 20% de población indígena.¹⁵

En la población indígena se identifican veintiún grupos étnico-lingüísticos de raíz maya, de los cuales los grupos mayoritarios son el k'iche', el q'eqchi', el mam y el kaqchikel, que suman el 81% del total de población maya.¹⁶ Aproximadamente 82% de las mujeres indígenas habla un idioma maya en forma exclusiva o alternada con el castellano.

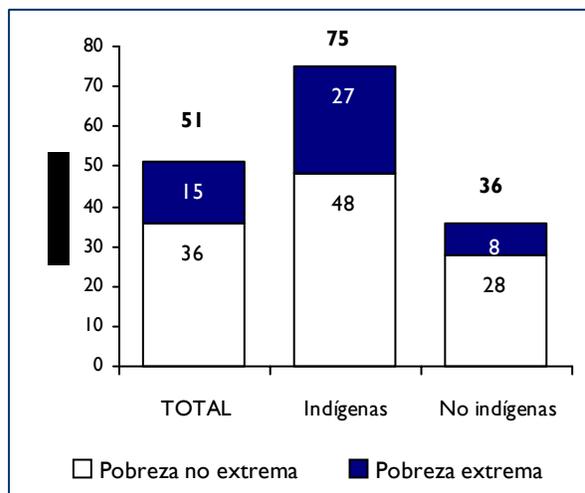
Según la ENCOVI 2006, el 75% de la población indígena vivía en situación de pobreza y de

GRÁFICA 1. Distribución de la población por etnia y área de residencia



Censo Nacional XI de Población y VI de Habitación. INE, Guatemala: 2003

GRÁFICA 2. Distribución de la pobreza extrema y la pobreza no extrema por etnia



Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI. INE, Guatemala: 2007

¹³ Proyecciones de Población con Base al XI Censo de Población y VI de Habitación 2002. Período 2000-2020. INE, Guatemala: 2003. Cuadro 18, p 29.

¹⁴ XI Censo de Población y VI de Habitación 2002. INE, Guatemala: 2003.

¹⁵ CELADE-División de Población de la CEPAL. Sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales. En: Indigenous peoples and urban settlements: spatial distribution, internal migration and living conditions. CEPAL, Santiago de Chile: 2007. p.22

¹⁶ Censo Nacional XI de Población y VI de Habitación. INE, Guatemala: 2003. Cuadro 20. p.32.

esta el 27% experimentaba pobreza extrema¹⁷, ambos promedios son superiores a los reportados para la población no indígena (Gráfica 2).

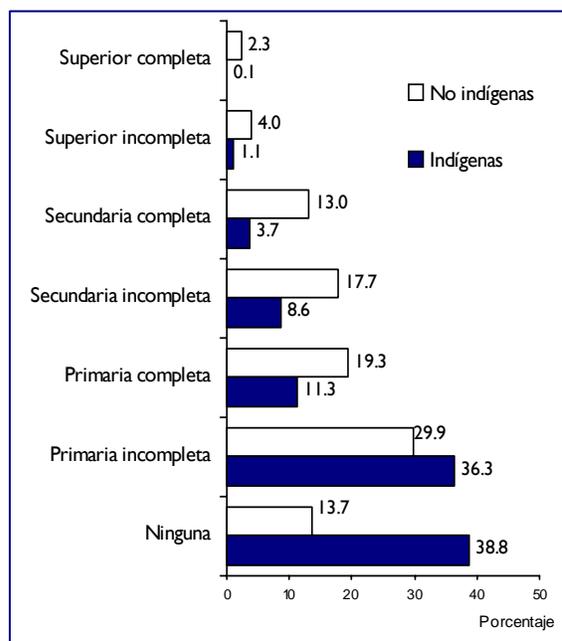
De acuerdo con información del Banco Mundial, entre la población indígena, alrededor del 72% de los Q'eqchi' son extremadamente pobres, mientras que el 65% de los Mam y 37% de los K'iche y Kaqchikel también lo son. Según esta misma fuente, para el año 2000, la población indígena y no indígena participaban en similares proporciones en la fuerza laboral del país. Aproximadamente el 22% de los no indígenas y 15% de los indígenas se encontraban subempleados. Era más frecuente que la población indígena – tanto en zonas rurales como urbanas – trabajara en el sector agrícola, pesquero y ganadero.¹⁸

En el año 2000, de los jóvenes indígenas entre 15 y 19 años solamente 36% había finalizado la educación primaria. De ellos, la mayoría eran hombres y vivían en el área urbana.¹⁹ En general la población indígena entre 15 y 31 años presentó un promedio de 3.5 años de escolaridad, mientras que en la población no indígena el promedio fue de 6.3 años de escolaridad. Solamente 53% de la población indígena entre 15 y 64 años podía leer y escribir en español, comparado con un 82% de la población no indígena. Aproximadamente 44% de la población indígena deserta en el primer año de escuela, en comparación a un 31% de la población no indígena.²⁰

Los recientes logros educativos dirigidos a lograr el acceso universal de la población al sistema educativo no han tenido la misma magnitud para todos los grupos poblacionales. La población rural, la población indígena y las mujeres continúan presentando rezagos respecto de la población urbana, la población no indígena y los hombres. En el 2002 la tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años en Guatemala era de 82%; sin embargo, para el grupo indígena esta tasa era del 71% y para el grupo no indígena era del 90%.²¹

De las mujeres indígenas en edad fértil, el 62% sabe leer, mientras que en el grupo de población no indígena, este porcentaje aumenta al 88%. Solamente el 11% de la población indígena ha completado la primaria, 3.7% la secundaria y 0.1% la universitaria²² (Gráfica 3).

GRÁFICA 3. Nivel educativo por etnia



Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI. INE, Guatemala: 2007

¹⁷ Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI-2006. INE, Guatemala: 2007. Cuadros 1, 1.1 y 1.2

¹⁸ Hall, Gillette, y Harry Anthony Patrinos. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina 1994-2004. Guatemala: Datos destacados. Banco Mundial, 2007.

¹⁹ CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales. En: Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. CEPAL. Santiago de Chile: 2006. p.62

²⁰ Hall, Gillette, y Harry Anthony Patrinos. Op.cit.

²¹ SEGEPLAN. Informe de Metas del Milenio. Capítulo II. Guatemala: 2007. p.75.

²² Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI-2006. INE, Guatemala: 2007. Cuadro 7.

En términos de salud reproductiva la diversidad lingüística de la población guatemalteca es importante porque, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el idioma o lengua que se habla se relaciona con la forma en que se concibe el mundo, de la que se derivan concepciones sobre los ciclos vitales y la reproducción. En el caso de las mujeres bilingües en un idioma maya y el castellano, alternan este último en forma instrumental para facilitar el contacto, pero mantienen su lengua materna en mayor proporción.²³

Aunque una amplia proporción de la población guatemalteca está en situación de pobreza y tiene limitado acceso a la educación, la población indígena se ve afectada en mayor medida y con mayor frecuencia que la población no indígena por estos problemas, lo que también se refleja en el acceso a los servicios de salud.

2.2 ACCESO A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD MATERNA

La prestación de atención en salud reproductiva incluye el acceso a una serie de servicios que tienen consecuencias importantes sobre la morbilidad y la mortalidad y que deben ofrecerse en un marco de equidad y respeto a la población, con competencia técnica y pertinencia cultural, y sin ningún tipo de discriminación basada en sexo, edad, estado civil, orientación sexual, grupo étnico, condición socioeconómica o cualquier otra categoría.

2.2.1 Acceso a servicios de planificación familiar

La atención en planificación familiar hace posible lograr que la población ejerza su derecho a decidir libre y responsablemente, en base a una decisión libre e informada, el número de hijos e hijas y el momento en que desean tenerlos, a partir de un espaciamiento óptimo entre embarazos²⁴ que contribuya a la reducción de la mortalidad materna e infantil. Para ejercer este derecho, la prestación de servicios de planificación familiar debe asegurar el acceso a:

- Información verídica, oportuna y completa sobre todos los métodos de planificación familiar.
- Consejería en planificación familiar, de acuerdo con las necesidades de individuos y/o familias, con respeto pleno a sus características lingüísticas y socioculturales.

²³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2006. Capítulo III: Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI. CEPAL, Santiago de Chile: 2007.

²⁴ Superior a 36 meses entre uno y otro embarazo. Se ha reportado que las mujeres que tienen embarazos en intervalos de entre 27 y 32 meses entre embarazos tienen 2.5 veces más probabilidades de sobrevivir al parto que aquellas que tuvieron sus embarazos más seguidos. Los niños y niñas nacidos de 3 a 4 años después del nacimiento previo tienen una probabilidad 2.3 veces mayor de sobrevivir el primer año de vida y 2.4 veces mayor de sobrevivir hasta los cinco años de edad que aquellos nacidos en intervalos más cortos. En: El espaciamiento óptimo entre embarazos. CATALYST Consortium, 2003.

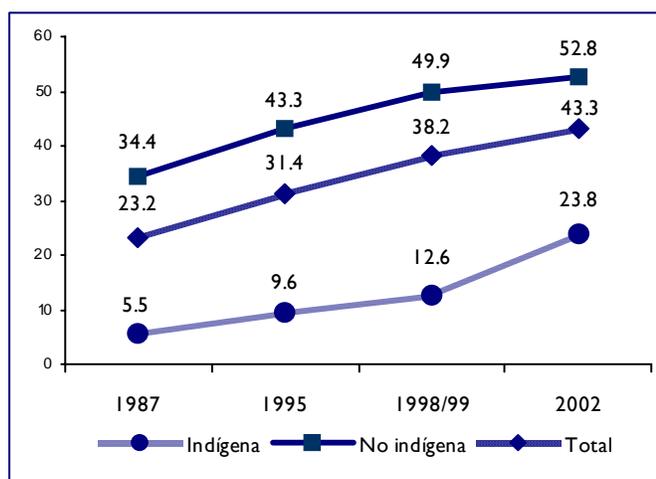
- Una gama completa y un suministro oportuno y suficiente de métodos de planificación familiar aceptables, seguros, eficaces y asequibles.
- Trato equitativo, humanizado, culturalmente sensible y enfocado en las necesidades particulares de cada individuo por parte de personal competente y en condiciones de respeto mutuo, privacidad y confidencialidad.

Mejorar el acceso de las mujeres indígenas a servicios de salud preventiva como la planificación familiar es indispensable para disminuir la mortalidad materna y para mejorar en general las condiciones de salud de la población indígena. El acceso limitado a estos servicios se refleja en los indicadores de salud reproductiva reportados en las encuestas nacionales y otros estudios sobre temas específicos de acceso a planificación familiar, en los que se ponen de manifiesto las brechas y rezagos en la satisfacción de las necesidades e intenciones reproductivas de la población indígena con relación a la no indígena, de la población rural con respecto a la urbana y de la población con un nivel de vida de medio a bajo en contraste con la población con un nivel de vida alto.

En los últimos años, la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos²⁵ ha ido en aumento. El porcentaje de mujeres en unión que usaban un método de planificación familiar (moderno o tradicional) en 1995 fue del 31.4%, mientras que en el 2002 fue del 43.3%.²⁶ Entre las mujeres indígenas, la tasa de prevalencia en el 2002 fue de 23.8%, en contraste con el 52.8% entre mujeres no indígenas²⁷ (Gráfica 4).

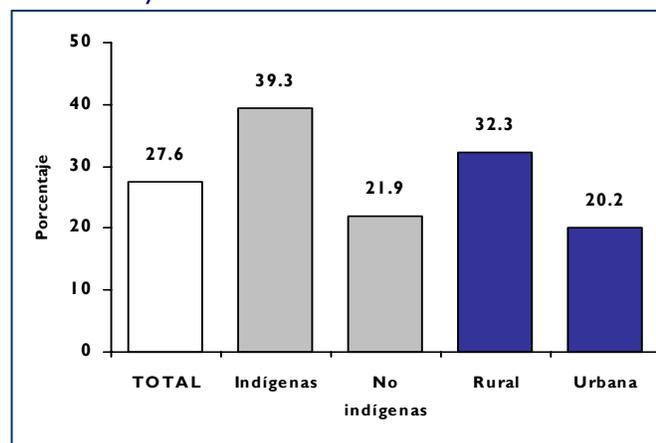
A nivel nacional la demanda insatisfecha de planificación familiar²⁸ fue del 27.6% en el 2002. Entre las mujeres del área rural aumenta al 32.3% y entre las mujeres indígenas al 39.3%.²⁹ (Gráfica 5).

GRÁFICA 4. Prevalencia del uso de métodos de planificación familiar 1987-2002 según identidad étnica



Fuente: Gua emala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002.

GRÁFICA 5. Demanda insatisfecha de planificación familiar, mujeres en edad fértil y en unión, por área de residencia y etnia



Fuente: Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Ma erno Infan il 2002.

²⁵ Véase nota número 2.

²⁶ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. INE, Guatemala: 2003. Cuadro 5.5, p.83

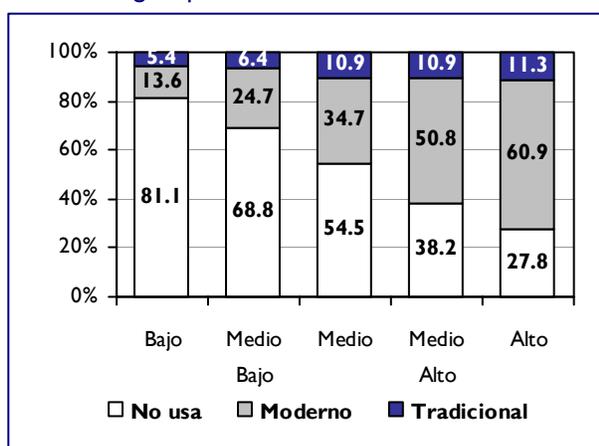
²⁷ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. INE, Guatemala: 2003. Cuadro 5.6, p.83.

²⁸ Véase nota número 3.

²⁹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. INE, Guatemala: 2003. Cuadro 4.26, p.74.

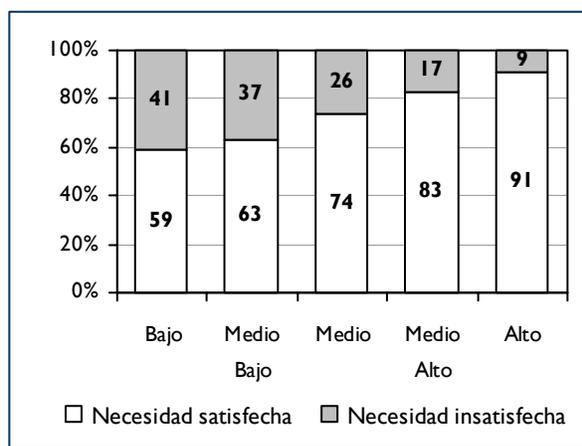
En cuanto a la relación entre el nivel socioeconómico y el acceso a planificación familiar, el análisis de segmentación del mercado de servicios de planificación familiar realizado por USAID/Iniciativa de Políticas en Salud en el año 2006³⁰ determinó que las mujeres ubicadas en los quintiles de nivel de vida medio y bajo³¹ usan métodos de planificación familiar con menor frecuencia que las mujeres con nivel de vida medio alto y alto. El 81% de las mujeres del quintil más bajo no utiliza ningún método (Gráfica 6). Como es de esperar, la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar se concentra en las mujeres ubicadas en los quintiles de nivel de vida más bajos. La Gráfica 7 muestra que la necesidad insatisfecha es del 37% entre las mujeres del quintil medio bajo y de 41% entre las ubicadas en el quintil más bajo.

GRÁFICA 6: Uso de métodos de planificación familiar según quintiles de Índice de Nivel de Vida



Fuente: Análisis de Segmentación de Mercado con base en ENSMI 2002, USAID/Iniciativa de Políticas en Salud, 2007.

GRÁFICA 7: Necesidad satisfecha e insatisfecha de planificación familiar según quintiles de Índice de Nivel de Vida



Fuente: Análisis de Segmentación de Mercado con base en ENSMI 2002, USAID/Iniciativa de Políticas en Salud, 2007.

Las fuentes de métodos de planificación familiar modernos son el sector público (44.1%) y el sector privado (54.6%), en el cual el mayor proveedor es APROFAM. En el Cuadro 1 puede advertirse que de las mujeres atendidas por el MSPAS, el 74% pertenece a los quintiles medio y bajo y el 26% a los quintiles medio alto y alto. De las mujeres atendidas por el IGSS, el 80.5% son del quintil medio alto a alto. La clientela de APROFAM corresponde a mujeres que pertenecen los quintiles medio a alto en un 80.6%. Se observa que más de la mitad de las mujeres atendidas en el Ministerio de Salud pertenecen al quintil medio, medio alto y alto. Esto indica que la institución no concentra sus esfuerzos en la población más pobre, que en su mayoría es indígena y vive en el área rural.

³⁰ Análisis de segmentación de mercado de Planificación Familiar en Guatemala con base en ENSMI 2002, USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. Guatemala, agosto 2007.

³¹ El Índice de Nivel de Vida (INV) fue desarrollado por análisis factorial de los bienes del hogar, más que por ingreso o consumo. Las variables incluidas en el análisis factorial incluyen la posesión de determinados bienes – como teléfono, radio, TV, automóvil o refrigeradora –, así como el tipo del material de las paredes, el techo y el piso de la vivienda, la tenencia de energía eléctrica y el tipo de fuente de agua.

CUADRO I: Distribución de las mujeres atendidas en planificación familiar según fuente y quintiles de nivel de vida

FUENTES	Quintiles de nivel de vida				
	Bajo	Medio Bajo	Medio	Medio Alto	Alto
MSPAS	22.0	25.2	27.2	18.2	7.5
IGSS	2.3	5.3	12.0	31.7	48.8
APROFAM	4.1	15.3	25.0	29.8	25.8
Privadas	1.5	7.8	12.6	22.4	55.7
Otras	7.2	11.9	12.2	41.8	26.9

Fuente: Análisis de Segmentación de Mercado con base en ENSMI 2002, realizado por USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. Ago-Sep, 2006

2.2.2 Acceso a servicios de salud materna

La atención en salud materna se dirige a lograr que el embarazo, el parto y el postparto ocurran en condiciones saludables, seguras y ofrezcan a las mujeres mayores posibilidades de supervivencia y mejores perspectivas para una vida sana. La prestación de servicios de salud materna debe asegurar el acceso a:

- Una atención calificada para el cuidado prenatal y asesoría durante el embarazo para educar a las familias y las mujeres sobre cómo mantenerse saludables, cómo prepararse para el parto y para prevenir, reconocer y tratar oportunamente las señales de peligro durante el embarazo, el parto y el post parto.
- Atención calificada durante el parto y postparto, a cargo de personas en capacidad de atender partos normales, detectar, tratar y referir en forma oportuna las complicaciones obstétricas que puedan provocar muertes maternas o neonatales.
- Planificación familiar antes y después del embarazo, incluyendo información, consejería y disponibilidad oportuna de métodos anticonceptivos adecuados para todas las parejas e individuos, incluyendo adolescentes y mujeres solteras.

Al igual que otros indicadores nacionales de salud reproductiva, los relacionados con la salud materna muestran las brechas que existen entre la población indígena y no indígena. La situación de salud de las mujeres indígenas en Guatemala, principalmente las que residen en el área rural, asociadas a mayores niveles de pobreza, limitado acceso a la educación e información, las convierte en un grupo más vulnerable a la mortalidad materna.

La razón de mortalidad materna (RMM)³² en Guatemala en el año 2000 era de 153 muertes maternas³³ por 100,000 nacidos vivos. Alrededor de este mismo año, el promedio para Centroamérica era de 110 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos.³⁴

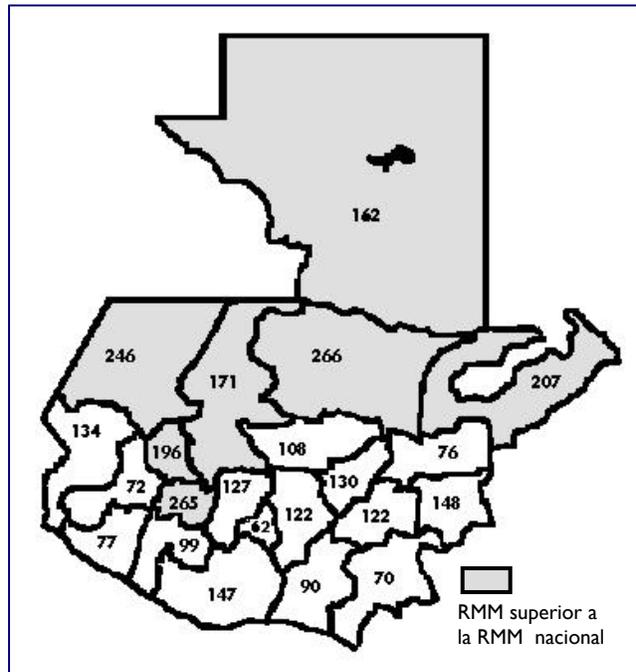
A nivel de Latinoamérica, Guatemala ocupó el cuarto lugar después de Haití, Bolivia y Perú, que presentaron razones de mortalidad materna de 523, 390 y 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, respectivamente.³⁵

La mortalidad materna en Guatemala es tres veces más alta entre mujeres indígenas (211 por 100,000 en el 2000) que entre las mujeres no indígenas (70 por 100,000).³⁶ De los siete departamentos de Guatemala que presentan una razón de mortalidad materna más alta que el promedio nacional, cinco poseen más del 50 por ciento de población indígena – Alta Verapaz, Quiché, Huehuetenango, Sololá y Totonicapán (Gráfica 8).

A nivel nacional el 41.4% de todos los partos es atendido por personal calificado – médicos o enfermeras-. Entre la población indígena, el porcentaje de partos atendidos por personal calificado disminuye a 19% (Gráfica 9).

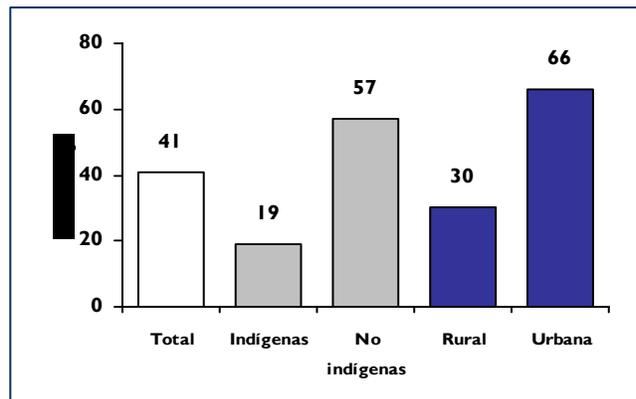
La atención del parto por personal no calificado a nivel nacional es del 57.7%; entre las mujeres indígenas aumenta a 80.1%.³⁷

GRÁFICA 8. Razón de mortalidad materna por departamento. Guatemala, 2000-2003.



Fuentes: Elaboración con base en Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala, MSPAS: 2003.

GRÁFICA 9: Asistencia del parto por médicos o enfermeras, por lugar de residencia y etnia



Fuente: Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002.

³² Véase nota número 1.

³³ Muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por cualquier causa que relacionada o agravada por el embarazo, el parto o por su atención. OPS, Sistema de datos básicos de salud, Glosario de Indicadores, 2001.

³⁴ PRB. Women of Our World. Reproductive Health: North America, Latin America and the Caribbean. Population Reference Bureau. 2002.

³⁵ OPS/OMS, Country Health Profiles, 2001.

³⁶ Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala, MSPAS: 2003.

³⁷ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995, 1998/99 y 2002. Guatemala, INE.

2.3 MARCO LEGAL

La reducción de la mortalidad materna y el aseguramiento del acceso a servicios de salud reproductiva se han constituido en la base de las políticas de salud de las últimas décadas en Guatemala. Instrumentos legales y políticos recientes, como la Ley de Desarrollo Social, la Política de Desarrollo Social y Población y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar, expresan explícitamente estos objetivos.

“La salud reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.”

Ley de Desarrollo Social. Decreto 42-2001. Artículo 25.

Dentro de este marco legal, la Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar (Decreto 87-2005) establece responsabilidades, destinatarios y estrategias globales o específicas para asegurar el acceso universal y sostenible de la población a los servicios de planificación familiar.

Entre sus disposiciones, se incluye el mandato para todas las entidades públicas y privadas del sector salud que prestan servicios de planificación familiar de estimar la demanda insatisfecha por medio de encuestas nacionales o estudios específicos para definir estrategias operativas que garanticen el acceso de la población a estos servicios (*Artículo 5*). Asimismo, dispone la coordinación de estas entidades sectoriales para el diseño, validación e implementación de herramientas para monitorear la prestación de dichos servicios, incorporando indicadores que puedan utilizarse para el monitoreo y evaluación de la disminución de barreras (*Artículo 16*).

MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

- Constitución Política de la República de Guatemala. Congreso de la República.
- Código de Salud, Decreto 90-97. Congreso de la República.
- Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, Decreto 7-99. Congreso de la República.
- Ley General del VIH y el SIDA y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y SIDA, Decreto 27-2000. Congreso de la República.
- Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001. Congreso de la República.
- Política de Desarrollo Social y Población. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Guatemala, 2002.
- Unidad Nacional de Salud Reproductiva. Acuerdo No. SP-M-1123-2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Red Nacional de Paternidad y Maternidad Responsable. Acuerdo No. SP-M-2130-2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Programa Nacional de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia. Acuerdo No. SP-M-2089-2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ley del impuesto sobre distribución de bebidas alcohólicas, destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas Decreto No. 21-2004. Congreso de la República.
- Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto 87-2005. Congreso de la República.

2.4 BARRERAS MÉDICAS PARA EL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En Guatemala se han realizado dos estudios orientados a examinar las actitudes de los proveedores/as de servicios de salud, para identificar las discrepancias entre las normas existentes y las prácticas reales, y las acciones necesarias para corregir estas situaciones. Estos estudios identificaron la existencia de barreras médicas e institucionales en la prestación de servicios de planificación familiar.³⁸

Las barreras médicas se definieron como las *“políticas, prácticas y procedimientos innecesarios o ineficaces basados como mínimo en algún principio médico”*.³⁹ Las barreras médicas se presentan entre los proveedores/as de servicios de salud *“...cuando la evidencia científica nos indica que se puede proporcionar un método anticonceptivo y no se hace”*.⁴⁰

Los estudios permitieron concluir que las barreras médicas e institucionales identificadas que afectaban la oferta de servicios de planificación familiar se debían, básicamente, a falta de conocimiento actualizado y científico de los proveedores/as para brindar los servicios de planificación familiar; a falta de conocimiento de las normas técnicas para la prestación de servicios entre el personal de salud; y a brechas existentes entre el marco legal que apoya los servicios de planificación familiar y el nivel operativo, programático y de asignación de recursos. En el *Cuadro 2* se presentan algunos hallazgos de estos estudios.⁴¹

³⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, APROFAM, Proyecto POLICY/USAID. Estudio de barreras médicas e institucionales para la prestación de servicios de planificación familiar en Guatemala. Guatemala: 2000 y 2003.

³⁹ Jacobstein, Roy y James D. Shelton. *Medical Barriers to Access to Family Planning: Issues for Women's Health and Quality of Care*. Washington D.C., Lancet, 1992.

⁴⁰ Rivera, Roberto. *Family Health International*, 1999.

⁴¹ En el *Anexo D* pueden consultarse resultados adicionales de estos estudios.

CUADRO 2: Barreras médicas e institucionales identificadas en 1999 y 2003

TIPO DE BARRERA	Descripción de la barrera	1999	2003
Criterios inapropiados de elegibilidad ⁴²	Los proveedores/as requieren la autorización del cónyuge para prescribir un método	73%	43%
	Los proveedores/as no entregan ningún método cuando no cuentan con la autorización del cónyuge	42%	19%
Precauciones no justificadas ⁴³	Los proveedores/as mencionan precauciones no justificadas para entregar métodos	Píldora 85%	72%
		Inyectables 79%	67%
		DIU 49%	39%
		AQV femenina 72%	43%
		AQV masculina 38%	23%
Obstáculos en los procedimientos ⁴⁴	Los proveedores/as requieren procedimientos innecesarios para entregar el DIU por primera vez	68%	61%
Sesgos del proveedor	Los proveedores/as opinan que es el proveedor quien debe determinar el método más apropiado	38%	22%
Restricciones a los proveedores	Los proveedores/as no han recibido capacitación o actualización en metodología anticonceptiva en los últimos dos años	51%	22%
Restricciones regulatorias o normativas	Los proveedores/as no saben que existen normas o reglamentos para proveer planificación familiar en el establecimiento	35%	8%

Fuente: Estudios de barreras médicas e institucionales para la prestación de servicios de planificación familiar en Guatemala. Guatemala, 2000 y 2003. MSPAS/IGSS/APROFAM/Proyecto POLICY/USAID.

⁴² Para fines de los estudios de barreras médicas se consideraron como criterios inapropiados de elegibilidad aquellos que no están basados en algún criterio médico.

⁴³ Se consideraron como precauciones no justificadas aquellas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica como criterios médicos de elegibilidad de las categorías Tipo 1 y Tipo 2, que señalan que el método se puede usar en cualquier circunstancia o generalmente.

⁴⁴ Se definieron como obstáculos aquellos procedimientos que pueden considerarse racionales o apropiados en ciertas circunstancias, principalmente preventivas, pero que no son esenciales ni obligatorios para recetar y usar métodos anticonceptivos, clasificados como procedimientos de Clase B, C, y D por la Organización Mundial de la Salud.

3. BARRERAS PARA EL ACCESO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las barreras en los servicios de planificación familiar para la población indígena van más allá de las barreras médicas e institucionales. Se reconoce que la población indígena enfrenta mayores dificultades que la población no indígena para el acceso a los servicios de salud que se relacionan con barreras geográficas, económicas y culturales. La existencia de estas barreras en poblaciones multiculturales refleja con frecuencia las brechas que existen entre la concepción, organización y provisión de los servicios públicos de salud y las características culturales de ciertos grupos de población.⁴⁵

En países como Guatemala, con un alto porcentaje de población indígena, es necesario considerar tanto los factores relacionados con los servicios, que afectan la oferta de los mismos, como los factores que afectan la conducta social e individual que influye la demanda de atención en salud.

Los principales factores relacionados con la demanda que influyen en el acceso a los servicios de planificación familiar y que este estudio consideró en el caso de las mujeres indígenas, son:

DEFINICIÓN DE BARRERA

Conjunto de actitudes, prácticas y restricciones que limitan el acceso de la población indígena a la planificación familiar

- **La valoración y el conocimiento sobre la planificación familiar:** a) conocimiento y fuentes de información disponibles sobre planificación familiar; b) valoraciones sobre las ventajas y desventajas de la planificación familiar; c) influencia de la comunidad y de individuos del entorno social y familiar en el uso y elección de métodos; y d) motivaciones para el uso o no uso de los servicios y métodos de planificación familiar.
- **Percepción de la calidad de los servicios de planificación familiar:** a) valoraciones sobre la calidad de la atención en salud reproductiva; b) percepciones sobre las diferencias existentes en la atención a mujeres indígenas y no indígenas; c) preferencias y necesidades de las mujeres indígenas con respecto a la entrega de servicios de planificación familiar y d) percepciones sobre el costo de los servicios.
- **Acceso geográfico a los servicios de planificación familiar:** a) tiempo para llegar a los puntos de entrega de servicios habituales o disponibles; b) tipo y costo de transporte.
- **Razones para no utilizar servicios de planificación familiar:** a) razones de las mujeres indígenas para no usar servicios de salud institucionales; b) medios utilizados por las mujeres indígenas para atender problemas y necesidades de salud individuales y familiares; y c) condiciones deseables para la utilización de los servicios de salud.

⁴⁵ OPS. Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de acción 2005-2007. sl. sf.

A partir de la información obtenida por el estudio se identificaron seis tipos de barreras que limitan el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de planificación familiar. Cuatro de las barreras se relacionaron con la prestación de servicios y dos se relacionaron con el contexto sociocultural. En las *Tablas I y II* a continuación se presentan las barreras identificadas por este estudio y su contenido.

TABLA I: Tipo y descriptores de las barreras en la prestación de servicios de salud que afectan el acceso de la población indígena a la planificación familiar

	BARRERAS	DESCRIPTORES
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	1. Sesgos de los proveedores/as hacia las mujeres indígenas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los proveedores/as dudan de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender la información sobre planificación familiar. ▪ Los proveedores/as no recomiendan algunos métodos de planificación familiar a las mujeres por su condición de indígenas. ▪ Las mujeres perciben que en los servicios de salud no son bien atendidas por ser indígenas.
	2. Condiciones no apropiadas en los establecimientos para la prestación de servicios de planificación familiar a las mujeres indígenas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los proveedores/as no cuentan con un lugar adecuado para la consejería en planificación familiar. ▪ Los proveedores/as utilizan intérpretes no apropiados durante la consejería en planificación familiar. ▪ Las mujeres indígenas consideran que el horario y el tiempo de espera de los servicios de salud no responde a sus necesidades.
	3. Materiales y mensajes de promoción e información en planificación familiar no adecuados para las mujeres indígenas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los proveedores/as no utilizan materiales de promoción e información en idiomas mayas o dirigidos específicamente a la población indígena. ▪ Las mujeres indígenas no reciben suficiente información para aclarar sus necesidades de información sobre el uso y efectos de la planificación familiar.
	4. Condiciones no apropiadas para la integración del personal comunitario a los servicios de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los proveedores/as comunitarios no tienen acceso a conocimientos sistemáticos en planificación familiar. ▪ Los proveedores/as comunitarios tienen temor al rechazo de las comunidades al abordar abiertamente temas relacionados con la planificación familiar.

TABLA II: Tipo y descriptores de las barreras en el contexto sociocultural que afectan el acceso de la población indígena a la planificación familiar

	BARRERAS	DESCRIPTORES
CONTEXTO SOCIOCULTURAL	5. Sesgos de la población sobre el efecto de la planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las comunidades consideran que las mujeres que usan planificación familiar pueden ser infieles y/o faltar a su rol dentro del matrimonio y la familia. ▪ Las comunidades enfatizan más los beneficios de la planificación familiar relacionados con otras personas, el dinero y el gasto de los hogares que los beneficios sobre la salud y la vida de las mujeres.
	6. Ambiente social y familiar restrictivo para el uso de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cultura patriarcal y el machismo limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre el uso de métodos de planificación familiar. ▪ Personas mayores del ambiente familiar y comunitario tienen una opinión negativa de la planificación familiar e influyen la opinión colectiva sobre las personas que usan métodos. ▪ Las creencias y mensajes religiosos consideran que la planificación familiar “es pecado”.

3.1 BARRERAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

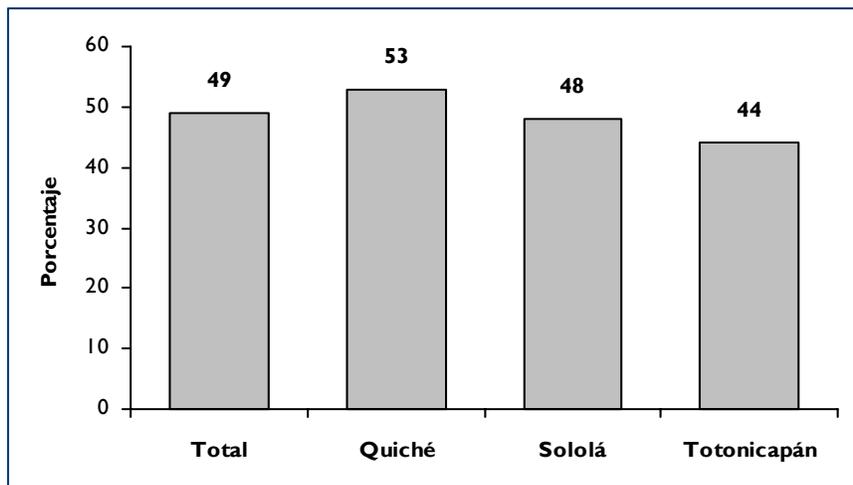
3.1.1 Sesgos de los proveedores/as hacia las mujeres indígenas

La mitad de los proveedores/as de los servicios de salud mostraron actitudes y prácticas que evidencian patrones de conducta discriminatorios y prejuicios acerca de las mujeres indígenas en particular o de la población indígena en general, que afectan negativamente la calidad de los servicios de planificación familiar. Los principales descriptores de esta barrera se presentan a continuación.

3.1.1.1 Los proveedores/as dudan de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender la información sobre planificación familiar

Entre los proveedores/as institucionales, el 49% dudó de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender la información sobre planificación familiar. Por departamento, el 53% de los proveedores/as de Quiché, el 48% de los proveedores/as de Sololá y el 44% de los proveedores/as de Totonicapán manifestó algún tipo de duda en este sentido.

GRÁFICA 10: Porcentaje de proveedores/as institucionales que dudó de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender información sobre planificación familiar, por departamento



Las razones de los proveedores/as para dudar de la capacidad de las mujeres indígenas se relacionaron con su procedencia del área rural y con prácticas culturales tradicionales. Expresiones con esta orientación fueron:

“[Aquí] son eminentemente indígenas. (...) Son comunidades más cerradas, quiere ganas [trabajar con ellas].” Proveedor/a, Sololá

“Mujeres muy tradicionales, que se dedican a la casa, sólo son máquinas de hacer hijos.” Proveedor/a, Totonicapán

“Vienen de muchas partes, las que vienen de aldea no son aseadas, vienen todas sucias. En cambio las del pueblo son bien limpias.” Proveedor/a, Quiché

Otras razones estaban asociadas a la opinión de que a las mujeres indígenas “les cuesta” comprender. Algunas expresiones de este tipo fueron:

“A las mujeres indígenas hay que hablarles tres o cuatro veces de lo mismo para que entiendan. Si es sólo una vez no entienden” **Proveedora, Quiché**

“Les cuesta mucho. Necesitan que uno se los repita, y a la larga no se ve el efecto de lo que uno les habla”. **Proveedora, Sololá**

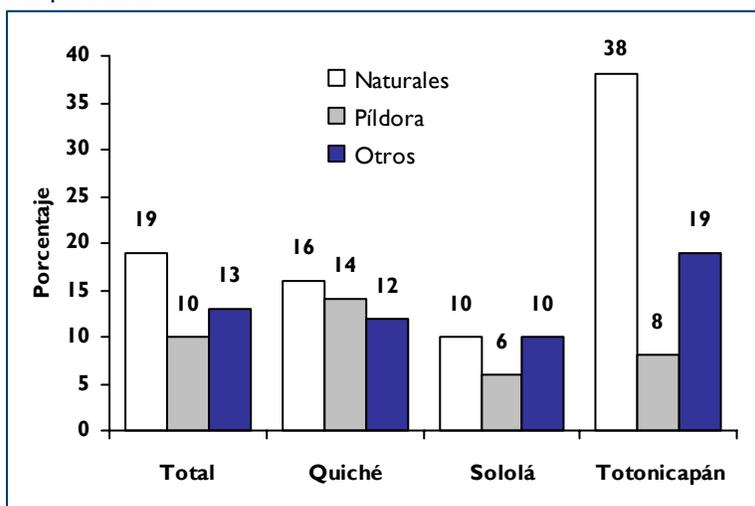
“Falta de comprensión, les cuesta desenvolverse, les cuesta entender algunas palabras, aunque se busquen palabras apropiadas para ellas que son indígenas”. **Proveedora, Totonicapán**

Cuando los proveedores/as dudan de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender la información sobre planificación familiar, se afecta la cantidad y calidad de información proporcionada a dichas mujeres.

3.1.1.2 Los proveedores/as no recomiendan algunos métodos de planificación familiar a las mujeres por su condición de indígenas

Entre los proveedores/as institucionales, el 19% manifestó que no recomendaba métodos naturales a las mujeres indígenas; el 10% no les recomendaba la píldora y el 13% no les recomendaba ningún otro método. Esta situación fue más evidente en Totonicapán, donde el 38% de los proveedores/as manifestó que no ofertaría métodos naturales a las mujeres indígenas.

GRÁFICA 11: Porcentaje de proveedores/as institucionales que no recomiendan métodos específicos a mujeres indígenas, por departamento



La principal razón por la que los proveedores/as no recomendaban algunos métodos, es porque consideraban que las mujeres indígenas no los utilizarían correctamente. Expresiones en este sentido fueron:

“Pues pienso que tienen la buena intención de planificar, pero no tienen idea de cómo usarlo correctamente”. **Proveedor/a, Quiché**

“Creen que son fértiles durante la regla y que sirve para limpiar lo que está ensuciando el cuerpo. Algunas usuarias me han hablado del retiro como método natural en lugar de alguna manera de controlar su propio ciclo.” **Proveedor/a, Sololá**

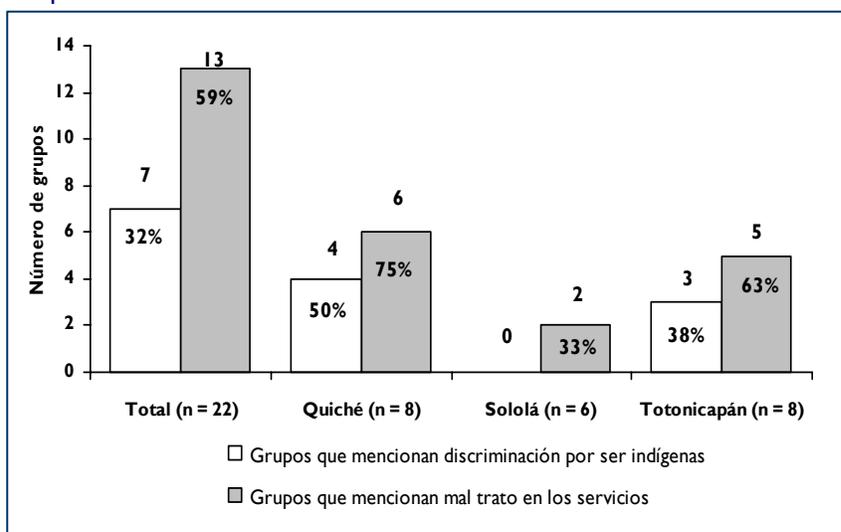
“Uno les escribe su próxima cita y una fecha, pero se les olvida, lo dejan pasar, no pueden contar tres meses y no pueden preguntarle a sus hijos que leen porque les da pena”. **Proveedor/a, Sololá**

Con esta práctica no se respeta el principio de informar sobre todos los métodos para que las mujeres ejerzan su derecho a elegir libremente el método que consideren más adecuado. Además se limitan las opciones de las mujeres indígenas para la elección de un método.

3.1.1.3 Las mujeres perciben que en los servicios de salud no son bien atendidas por ser indígenas

Durante las entrevistas grupales, en 59% de los grupos, las mujeres manifestaron experiencias que perciben como “maltrato” en los servicios de salud asociadas a su condición de indígenas, y en el 32% de los grupos, las mujeres expresaron haberse sentido discriminadas en los servicios por ser indígenas. Las experiencias de “maltrato” y discriminación en los servicios fueron mencionadas con más frecuencia en Quiché.

GRÁFICA 12: Grupos de mujeres que manifiestan haber experimentado discriminación en los servicios de salud por ser indígenas, por departamento



Algunas expresiones que reflejan las experiencias de “mal trato” y discriminación en los servicios son:

“No le dicen bien a uno; talvez piensan que uno no puede comprender o algo así, por eso es que no atienden a todos [por igual]. Yo pienso que porque ellos son ladinos y nosotros naturales, ellos se creen superiores”. **Usuaría de PF, Quiché**

“¿Por qué? Porque uno va con corte. Si yo fuera con un pantalón o con un vestido, me atenderían mejor. Así hacen, atienden mejor a las ladinas.” **No usuaria de PF, Totonicapán**

Las mujeres explicaron que estas situaciones pueden deberse a que ellas no hablan bien el idioma castellano. Algunas expresiones en esta dirección fueron:

“Como no podemos hablar en castilla, tal vez por eso no nos entienden o no quieren atendernos. Como a veces nosotras no podemos decir las enfermedades que tenemos...” **No usuaria de PF, Quiché**

“Y por ejemplo, si uno no sabe bien hablar, así el castellano. Llega un ladino; ahí sí, pase adelante. Los atienden bien a los ladinos, pero a nosotros nos discriminan...” **No usuaria de PF, Totonicapán**

Las experiencias de las mujeres asociadas al mal trato y discriminación en los servicios provocan que las mujeres no se sientan atendidas y comprendidas en sus problemas de salud y vulnera la confianza que las mujeres indígenas deben sentir en los servicios para considerar la información y recomendaciones que reciben de los proveedores/as.

3.1.2 Condiciones no apropiadas en los establecimientos para la prestación de servicios de planificación familiar a las mujeres indígenas

Las condiciones no apropiadas de los establecimientos constituyeron una barrera para garantizar a las mujeres indígenas confidencialidad y privacidad de las consultas. Asimismo, los horarios y tiempos de espera no estaban acordes con las necesidades de las mujeres indígenas ni con los beneficios recibidos en los servicios. Los principales descriptores de esta barrera se describen a continuación.

3.1.2.1 Los proveedores/as no cuentan con un lugar adecuado para la consejería en planificación familiar

Los proveedores/as opinaron que las características deseables para proporcionar una consejería adecuada en planificación familiar son la privacidad (77%), la disponibilidad de material informativo y didáctico (47%) y un lugar que cuente con condiciones físicas adecuadas para asegurar la comodidad de proveedores/as y usuarias (30%).

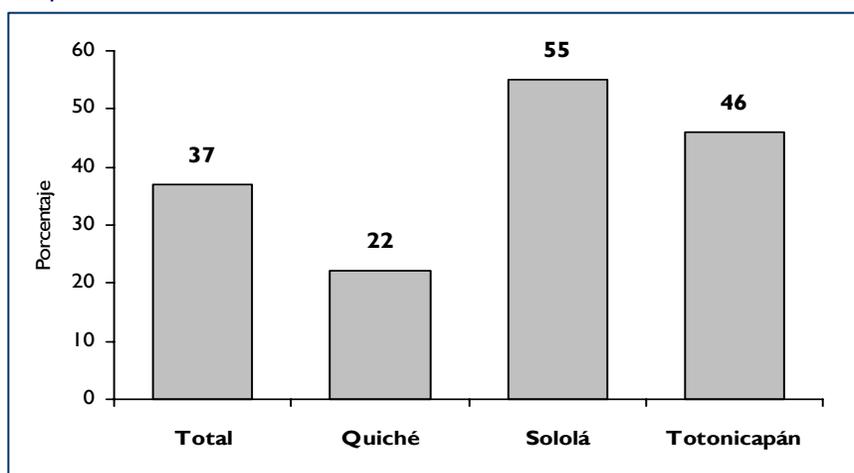
CUADRO 3: Condiciones deseadas por los proveedores/as institucionales para dar consejería en planificación familiar, por departamento

CONDICIONES DESEADAS	Total	Sololá	Quiché	Totonicapán
Privacidad	77%	87%	75%	69%
Material informativo y didáctico	47%	55%	37%	58%
Comodidad, amplitud, limpieza, ventilación	30%	32%	28%	31%

Fuente: Elaboración en base a los resultados del estudio.

Sin embargo, del total de proveedores/as entrevistados, el 37% refirió que no cuenta con un lugar adecuado para la consejería en planificación familiar, es decir, que no tienen un lugar privado y cómodo, ni cuentan con el material informativo necesario para este tipo de servicio. Esta situación fue más frecuente entre los proveedores/as de Sololá (55%), seguido por los de Totonicapán (46%) y de Quiché (22%).

GRAFICA 13: Porcentaje de proveedores/as institucionales que afirma que el lugar donde dan la consejería en planificación familiar es inadecuado, por departamento



Como se explicó anteriormente, los proveedores/as consideraron la privacidad como la condición más importante para la calidad de los servicios de planificación familiar prestados a las mujeres indígenas. En este sentido expresaron:

“... no sé qué confianza le dará la persona que está dando consejería, si le está prestando la debida atención. Eso influye mucho en que hagan preguntas, si se sienten a gusto.” **Proveedor/a, Sololá**

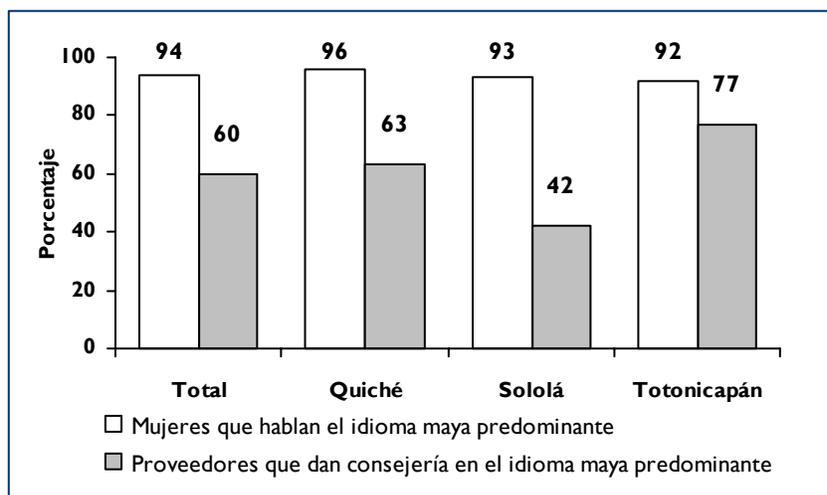
“Por falta de privacidad, tienen temor a que las escuchen las demás, porque no puedo cerrar la puerta.” **Proveedor/a, Totonicapán**

Contar con condiciones apropiadas para dar y recibir la consejería en planificación familiar es un requerimiento básico para asegurar la calidad del servicio. La privacidad es un principio de la consejería y un derecho de las usuarias de planificación familiar, por lo que es responsabilidad de los servicios proporcionarla. Además, la falta de privacidad durante las consultas de planificación familiar puede afectar la decisión de las mujeres sobre usar o no usar métodos, al sentirse expuestas en su intención de planificar.

3.1.2.2 Los proveedores/as utilizan intérpretes no apropiados durante la consejería en planificación familiar

Más del 90% de las mujeres indígenas que acuden a los servicios de salud en los departamentos donde se realizó el estudio habla un idioma maya, sin embargo, sólo seis de cada diez proveedores/as refirieron que proporcionan consejería en planificación familiar en el idioma maya que predomina en la región. En Tonicapán lo hace el 77%, en Quiché el 63% y en Sololá el 42%.

GRÁFICA 14: Porcentaje de proveedores/as institucionales que afirma que dan consejería en el idioma maya que predomina en el departamento, en relación a las mujeres que lo hablan.



Muchos de los proveedores/as manifestaron dudas sobre si las usuarias comprenden realmente lo que se les quiere decir, ya sea porque no se sienten seguros sobre su manejo del idioma maya en cuestión, porque les es preciso simplificar los términos que utilizan, o porque desconfían de la exactitud de la traducción, si la hace otra persona.

“Si yo pudiera hablar kaqchikel otra cosa sería. Me he esforzado en aprender pero no es suficiente. Siempre queda la duda si uno se dio a entender bien”. **Proveedora, Sololá**

“Depende mucho del traductor. A veces noto que no les dan la información que yo estoy dando realmente. Cuando es un hombre el traductor, como que le corta el mensaje sexual. No le quiere hablar de eso a la señora, porque son personas de la aldea.” **Proveedora, Quiché**

“Aunque hablen español, no entienden todo lo que se les dice y aunque se use un intérprete, no sé si el interprete le está diciendo todo lo que yo quiero. Eso ocurre cuando se les traduce a k'iche'.” **Proveedora, Quiché**

El 33% de los proveedores/as indicó que cuando la usuaria no habla español, recurre a un intérprete, que puede ser otra usuaria, un familiar o en ocasiones el personal de mantenimiento y guardianía del establecimiento. El 37% respondió que busca a otro proveedor/a que pueda estar disponible para que apoye en la traducción, si bien esto no siempre es posible por la carga de trabajo.

“Yo hablo español y si hablan otra lengua me cuesta comunicarme con ellas. Les digo que esperen a otra persona para que las ayude y me ayude a entender”. **Proveedor/a, Sololá**

“Es el facilitador comunitario el que traduce. Yo explico y él va traduciendo. Son hombres, la mayoría. Entonces no piden algún método porque es hombre y no les da confianza.” **Proveedor/a, Sololá**

“Mi problema es el idioma. Tengo que buscar ayuda de la enfermera auxiliar, pero si ella sale... Esa es mi dificultad”. **Proveedor/a, Quiché**

No contar con personal bilingüe y/o utilizar traductores no apropiados durante las consultas de planificación familiar vulnera el derecho a la privacidad de las mujeres indígenas. Por otro lado, pone en riesgo el sentido de los mensajes dados por los proveedores/as, ya que estos pueden ser modificados durante la traducción por no contar con traductores adecuados y mensajes estandarizados.

3.1.2.3 Las mujeres consideran que el horario y el tiempo de espera de los servicios de salud no responde a sus necesidades

Durante las entrevistas grupales, las mujeres indígenas manifestaron inconformidad por el horario y el tiempo de espera para ser atendidas en los servicios. En Quiché y Totonicapán se manifestaron este tipo de opiniones en el 63% de los grupos, y en el 17% en Sololá. Algunas expresiones en este sentido son:

“Sólo en la mañana atienden a uno también; en la tarde... Como uno sabe, en cualquier rato le da enfermedad, y si uno viene a esas horas ya no lo atienden a uno también, sólo en la mañana le dicen a uno.” **Usuaría de PF, Quiché**

“Son mucha gente los que quieren atención y hay que esperar, porque aquí en Panajachel no hay APROFAM y cuando llegamos hay mucha gente.” **Usuaría de PF, Sololá**

Las mujeres indígenas también expresaron que no se compensa el esfuerzo que hacen por llegar a los establecimientos y el tiempo que invierten en esperar por los servicios recibidos.

“Pasa uno horas y horas ahí. Mejor uno prefiere regresar a la casa a hacer su medicina porque imagínese, uno a veces muriéndose y ellos no le hacen caso, mucho tiempo de espera.” **No usuaria de PF, Quiché**

“Para mí que hubiera una sala especialmente para planificación, porque aquí yo me doy cuenta de que están los de la consulta externa, y llega una sólo para ir a inyectarse. Uno tiene que esperar su turno hasta que terminen los de la consulta. (...) Por eso es que muchas mujeres no quieren, y nuestros maridos nos regañan por eso.” **Usuaría de PF, Totonicapán**

Cuando las mujeres no sienten un equilibrio entre los costos y los beneficios de asistir a los servicios de salud, prefieren resolver sus problemas de salud por otras vías y limitan sus visitas

a los establecimientos de salud a los casos en que consideran que su problema es muy grave o requiere algún medicamento que no pueden adquirir por otra vía.

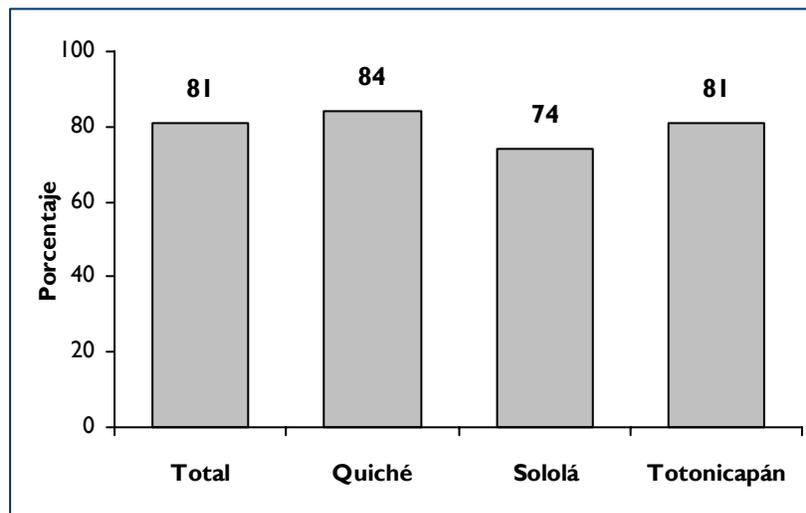
3.1.3 Materiales y mensajes de promoción e información en planificación familiar no adecuados para las mujeres indígenas

Las mujeres indígenas manifestaron tener dudas, temores y creencias sobre los efectos de la planificación familiar en su salud que las predisponen para no usar o discontinuar el uso de los métodos anticonceptivos. Además, los proveedores/as no contaban con materiales de promoción e información dirigidos a la población indígena que ayuden a disminuir estas dudas y temores.

3.1.3.1 Los proveedores/as no utilizan y/o no tienen materiales de promoción e información en idiomas mayas o dirigidos específicamente a la población indígena

El 81% del total de proveedores/as entrevistados indicó que no ha usado material de promoción o información en planificación familiar en idiomas mayas o dirigido específicamente a la población indígena. Esta situación fue reportada por el 84% de los proveedores/as de Quiché, el 81% de Tonicapán y el 74% de Sololá.

GRÁFICA 15: Porcentaje de proveedores/as institucionales que no ha usado materiales de promoción o información en idiomas mayas o dirigidos a población indígena, por departamento



Los proveedores/as expresaron su objeción hacia los materiales de IEC que acentúan el lenguaje escrito – trifoliales, rotafolios, afiches – por considerarlos inadecuados para la población a la que atienden.

“Se necesita pero audible, no escrito. Hay mucha gente que se sienta a ver los videos y sería mejor si fueran en su idioma. No conocen el lenguaje escrito en kaqchikel. Muy poca gente, incluso las que lo hablan muy bien, lo escriben”. **Proveedor/a, Sololá**

“Mejor charlas u otro tipo de materiales, pero no afiches y trifoliales. Se hacen tirajes de millones y a la gente le sirve para tirarlos. Tendrían que ser (...) más audiovisuales”. **Proveedor/a, Quiché**

Los proveedores/as expresaron que les ayudaría contar con más materiales audiovisuales (videos, cassettes, spots radiales o televisivos) de preferencia en idiomas mayas.

“La mayoría de gente no sabe leer, por lo tanto sería material audiovisual, como películas, cassettes y cuñas de radio”. **Proveedor/a, Totonicapán**

“En PF hemos fallado en la promoción fuerte, como la que se podría hacer en la radio, con figuras que los representen. En PF no es como en la vacunación, que insistimos tanto y con tanta fuerza que ya la gente la acepta, pero en PF no se puede hacer así tan directamente”. **Proveedor/a, Sololá**

“Se tienen en español y son insuficientes. La mayoría de mujeres son indígenas, entonces sería importante que haya en k’iche’. Le daría más confianza a la paciente y se aceptarían más los métodos”. **Proveedor/a, Totonicapán**

No contar con los materiales adaptados a la población indígena dificulta la comprensión de los mensajes y ocasiona pérdida de oportunidades para informar y prestar los servicios de planificación familiar a las mujeres indígenas que los necesitan.

3.1.3.2 Las mujeres no reciben suficiente información para aclarar sus necesidades de información sobre el uso y efectos de la planificación familiar

La fuente de información sobre métodos de planificación familiar mencionada con más frecuencia por las mujeres indígenas fueron los proveedores/as institucionales y los medios masivos de comunicación como la radio y la televisión. Sin embargo esta información no alcanzó a resolver las dudas y temores sobre los efectos de los métodos de planificación familiar en la salud de las mujeres.

“Allí esta apuntado en el puesto. Sí, tiene carteles. También tienen dibujitos (...) de ladinos. Lo que está escrito en el cartel está en español...” **No usuaria de PF, Sololá**

“La televisión (...) más es las pastillas anticonceptivas (...) o el condón, (...) pero como le digo, no se escucha así como orientación, pero de ahí uno duda. Es como que tomara una aspirina, yo sé que la aspirina me hace bien y me quita el dolor de cabeza, pero eso yo no sé si puedo tomarlo... Ese es el conflicto, esa es la pregunta que nosotros nos hacemos, no sabemos qué es lo que se utiliza en eso, ¿verdad?” **No usuaria de PF, Totonicapán**

“Sí, hemos escuchado sobre la planificación familiar, nos han platicado sobre ese tema, pero hay mucho que pensar sobre eso, ya que muchas dicen que las inyecciones hace daño al organismo y eso da inseguridad.” **No usuaria de PF, Sololá**

En los grupos de mujeres indígenas rara vez se mencionó a los promotores comunitarios como fuentes de información sobre planificación familiar, con la excepción de los promotores de APROFAM. Además, la información sobre salud reproductiva que las mujeres refirieron recibir de las comadronas se relacionaba básicamente con el embarazo, parto y postparto.

En 82% de los grupos, las mujeres indígenas, tanto usuarias como no usuarias de métodos de planificación familiar, expresaron dudas sobre el daño que puede causarles el uso de métodos en el mediano o largo plazo. En Quiché este tipo de dudas se presentó en el 88% de los grupos, en el 83% de los grupos de Sololá, y en el 75% de los grupos de Totonicapán.

“Cuando uno viene a pedir el método, lo que ellos ven es lo que es bueno, lo beneficioso y ya el daño que le hace a uno después, eso no lo mencionan. Eso sería parte de que si les dijeran a las personas también (...) si con el tiempo les daría cáncer, algo así pues, o qué enfermedad les puede venir con los años que uno lleva tomándolas. Pero eso no lo mencionan, deberían de decirlo en la primera cita.”

Usuaría de PF, Quiché

“Si es bueno, lo que quiero es que nos expliquen bien, yo no tomo ninguna pastilla, si no sé las reacciones.” **No usuaria de PF, Quiché**

Los principales temores de las mujeres indígenas se relacionaron con la ausencia de la menstruación (efecto secundario frecuente de la Depoprovera) y con la acumulación de las pastillas en el estómago.

“Por el temor de la regla... Al final saber si será cierto...” **No usuarias de PF, Quiché**

“Hace pocos días se murió una mujer de aquí, que estaba evitando para no tener hijos, y por eso se murió la mujer, el jueves la enterraron, se murió con vómitos. (...) Dicen que le hicieron diagnóstico, y sólo pastillas anticonceptivas estaba en su vientre, así dicen.” **No usuaria de PF, Sololá**

“Ahorita a la fecha está bien grave, porque dice que las pastillas que le dieron no se le deshicieron en el estómago, sino que se le quedaron pegadas no sé si en la matriz o debajo de la matriz (...), y ahorita la acaban de operar, pero créame, se acabó la muchacha.” **Usuaría de PF, Totonicapán**

Las mujeres no cuentan con toda la información necesaria para el uso adecuado y seguimiento de los métodos. Las mujeres indígenas tuvieron limitadas oportunidades para aclarar dudas y temores sobre la planificación familiar, lo que favorece su persistencia entre la población.

3.1.4 Condiciones no apropiadas para la integración de los proveedores/as comunitarios a los servicios de planificación familiar

Los proveedores/as comunitarios del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública⁴⁶ son actores importantes para que las actividades de promoción, información y servicios de planificación familiar sean culturalmente accesibles a la población indígena. Sin

⁴⁶ Los resultados que se presentan en esta sección se refieren a los proveedores/as comunitarios del Programa de Extensión de Cobertura, que presta servicios básicos de salud en el primer nivel de atención a través de ONG contratadas por el MSPAS para tal fin. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social no cuenta con personal comunitario para la promoción y provisión de servicios de planificación familiar en los departamentos donde se realizó el estudio.

embargo, la integración y participación de los proveedores/as comunitarios es limitada y poco sistemática, en parte porque este personal no cuenta con las condiciones adecuadas para la prestación y promoción de estos servicios. Los descriptores de esta barrera se describen a continuación.

3.1.4.1 Los proveedores/as comunitarios no tienen acceso a conocimientos sistemáticos y actualizados en planificación familiar

En términos generales, los Facilitadores Comunitarios y Vigilantes de la Salud del MSPAS manifestaron que las capacitaciones que reciben no les proporcionan la información necesaria para la promoción de los servicios de planificación familiar en las comunidades. Algunas expresiones en este sentido fueron:

“...porque, por ejemplo, lo que es planificación familiar y lo que es papanicolau, yo creo que no es cosa difícil de aprenderlo, ¿verdad? Pero lo que nosotros necesitamos, pues que alguien nos viene a enseñar cómo se hace, cómo todo, ¿verdad? Al ver, pues creo que uno puede aprender todo, las cosas, ¿verdad? Eso es muy importante para nosotras”. **Vigilante/FC, Sololá**

“Lo que sí no me gusta es que a veces vienen a capacitar sólo una vez, y yo pienso que PF es amplio. (...) Entonces, las organizaciones lo dicen así, pero vienen, y después ya no vienen. Entonces uno no sabe si hay nuevos métodos, si no hay nuevos métodos, cómo se utilizan, cómo se toman, o a veces algunos síntomas... Es lo que se necesita, más capacitaciones”. **Vigilante/FC, Tonicapán**

Los grupos de proveedores/as comunitarios del MSPAS expresaron muchas dudas y prevenciones sobre la planificación familiar que coincidieron con las expresadas en los grupos de mujeres. Los proveedores/as comunitarios indicaron que no contaban con información suficiente y adecuada para resolver las dudas y preocupaciones de la población que atienden.

“... pues a mi me gustaría, digamos, que usted me diera la respuesta, porque a unas mujeres cuando están tratando con eso, digamos un tratamiento de planificación familiar, a muchas no le parece bien, pues, esa medicina (...), tal vez me podría usted dar alguna explicación sobre esto señor...” **Vigilante/FC, Sololá**

“Preguntan si no les va a causar problemas como las inyecciones, ellas han escuchado que a algunas les produce cáncer en la matriz y después las operan por la planificación, les cortan la matriz, y nos preguntan si habrá problema”. **Vigilante/FC, Quiché**

Como consecuencia de esta situación, hombres y mujeres que acuden con los proveedores/as comunitarios no reciben información de calidad y en cantidad suficiente sobre los métodos de planificación familiar. Además, se pierde la oportunidad de que contribuyan con informar y aclarar las dudas y temores que existen en las comunidades sobre la planificación familiar.

3.1.4.2 Los proveedores/as comunitarios tienen temor al rechazo de las comunidades al abordar abiertamente el tema de la planificación familiar

Los proveedores/as comunitarios del MSPAS evitan abordar abiertamente la planificación familiar para no entrar en conflicto con las comunidades y evitar manifestaciones agresivas de rechazo, en especial si se trata de su misma comunidad.

“Una vez vino la doctora y nos platicó ese plan de planificación familiar, pero la gente dice que no se puede: ‘Si un vigilante habla así, mejor lo quemamos’” Vigilante/FC, Sololá

“Lo que no nos gusta es cuando la gente se enoja, porque hay algunas personas que no les gusta que le hable uno sobre los métodos”. Vigilante/FC, Quiché”

Es importante señalar que esta actitud es diferente en los Promotores/as de APROFAM, quienes a pesar de desempeñarse en ambientes similares a los Vigilantes y Facilitadores Comunitarios del Ministerio de Salud, mostraron una actitud positiva ante la planificación familiar y los beneficios que prestan a las comunidades. Los Promotores/as de APROFAM se mostraron más convencidos y seguros sobre los temas relacionados con la planificación familiar que los proveedores/as comunitarios del Ministerio de Salud Pública.

3.2 BARRERAS EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

3.2.1 Sesgos de la población sobre los efectos de la planificación familiar

En el ambiente familiar y comunitario de las poblaciones indígenas existen sesgos sobre los efectos de la planificación familiar en la vida de las mujeres. Estas ideas ejercen presión para que las mujeres no utilicen métodos de planificación familiar o lo hagan sin comentarlo con nadie. Los descriptores de esta barrera son los siguientes:

3.2.1.1 Las comunidades consideran que las mujeres que usan planificación familiar pueden ser infieles y/o faltar a su rol dentro del matrimonio y la familia

En el 59% de los grupos, las mujeres afirmaron que en sus comunidades se critica o censura a las personas que usan planificación familiar. Estas opiniones se presentaron en el 67% de los grupos de mujeres de Sololá, en el 63% de los de Quiché y en el 50% de los de Totonicapán.

La creencia que acompaña a la crítica o censura es que las mujeres que usan planificación familiar son infieles a su pareja. Expresiones en este sentido fueron:

“Hay comentarios que dicen: ‘¿Te gusta andar en la calle sin hijos? Así andan las mujeres que le hacen caso a cualquier hombre.’” **No usuarias de PF, Sololá**

“... ellos no confían, porque si una mujer se inyecta, puede tener relaciones con otro hombre y no resulta embarazada”. **No usuaria de PF, Quiché**

“Las demás personas maltratan. Sí, porque dicen que esa mujer no tiene buenos principios porque hace eso, aquí casi todas.” **No usuaria de PF, Totonicapán**

“Aquí la gente sí que habla: ‘Saber qué mañas están haciendo, porque no es natural, no es la voluntad de Dios’ ” **No usuaria de PF, Totonicapán**

Otra fuente de crítica en las comunidades fue considerar que las mujeres que usan planificación familiar no cumplen el rol social de tener hijos. Expresiones de esta situación fueron:

“Otras maltratan a los que lo usan, otros dicen que no pueden criar a los hijos”. **No usuarias de PF, Quiché**

“Unas mujeres dicen que [quienes usan PF] no son mujeres porque sólo tienen dos o tres hijos. Ellas dicen: ‘Cuando tiene 12 o 15 niños, esas sí son mujeres’”. **No usuarias de PF, Quiché**

“Dicen las personas de antes que usar eso (...) es hacer matanzas, provocar muertes, es ser asesino dicen, y nos dicen que no somos mujeres y que no somos capaces de recibir...” **Usuarías de PF, Totonicapán**

En consecuencia, las mujeres indígenas están expuestas a presión social para no usar métodos de planificación familiar, ya que las enfrenta a las críticas y cuestionamientos del grupo comunitario. Este hecho, agregado a los temores y dudas sobre los efectos de los métodos en la salud, constituye una barrera para que las mujeres indígenas utilicen los servicios de planificación familiar.

3.2.1.2 Las comunidades enfatizan más los beneficios de la planificación familiar relacionados con otras personas, el dinero y el gasto de los hogares que los beneficios sobre la salud y la vida de las mujeres

Entre las mujeres indígenas, la principal razón para usar planificación familiar es la intención de mejorar las condiciones económicas de sus familias. En el 55% de los grupos las mujeres mencionaron el beneficio económico familiar, en tanto que sólo en el 27% mencionaron beneficios relacionados con su propia salud. En general, las mujeres indígenas no reconocen los efectos positivos de la planificación familiar sobre su salud y la de sus hijos e hijas. Solamente suelen destacar los beneficios económicos para la familia. Algunas expresiones de las mujeres son:

“En mi caso estoy aprobando la PF. Por ejemplo, yo veo que al tener muchos hijos, cuesta mucho y no hay dinero para vestirlos, para darles estudio y no hay terreno para hacer sus casas, por eso estoy planificando.” **Usuarías de PF, Sololá**

“Es importante, porque en la situación que estamos viviendo no podemos llenarnos de hijos, porque no les vamos a poder dar educación, estudios, comida, ropa, todo lo que es necesario.” **No usuarias de PF, Quiché**

“Porque miraba que no era capaz de mantener muchos hijos.” **Usuarías de PF, Totonicapán**

3.2.2 Ambiente social restrictivo para el uso de planificación familiar entre las mujeres indígenas

Esta barrera incluye todas las opiniones desfavorables sobre la planificación familiar que se presentan entre personas de las comunidades – especialmente personas mayores y jefes de familia – y que influyen negativamente la opinión y la toma de decisiones de las mujeres y hombres en edad reproductiva sobre el uso de métodos de planificación familiar.

3.2.2.1 La cultura patriarcal y el machismo limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre el uso de métodos de planificación familiar

En el 77% de los grupos entrevistados se mencionó la oposición de los esposos como razón para no usar métodos de planificación familiar. En Quiché se mencionó esta razón en el 88% de los grupos, en Sololá en el 83%, y en Totonicapán en el 63%. Algunas expresiones en este sentido fueron:

“Los hombres nos dicen: ‘¿Acaso les faltan las tortillas o ropa para que hagan eso?’. Por eso las mujeres tienen mucho miedo.” **No usuarias de PF, Quiché**

“Algunas mujeres que están de acuerdo de inyectarse, pero hay veces los hombres no dan permiso y cuando se enteran después hasta pegan a su esposa.” **Usuaris de PF, Quiché**

“No seño, porque tiene una incomodidad. Dicen que los maridos son los que mandan, y los maridos sí quieren tener hijos a cada rato. Según la idea de ellos, para eso uno se casó con ellos y para eso uno está con ellos.” **No usuaria de PF, Totonicapán**

Los proveedores/as de los servicios de salud percibieron que esta situación influye para que las mujeres indígenas tomen decisiones sobre usar o no métodos de planificación familiar y para que las mujeres los usen libremente. En este sentido expresaron:

“Todas dicen que le tienen que preguntar al marido, que decide y manda. (...) El 90% de las mujeres indígenas no deciden por ellas mismas. Esto viene desde los papás hasta el marido.” **Proveedor/a, Sololá**

“Tengo varias señoras que planifican a escondidas del esposo, yo no sé si eso será bueno o malo. No les gusta que se sepa. ‘A nadie le contés que planifico’, me dicen. Jamás hay que decir el nombre.” **Proveedor/a, Quiché**

“El hombre quiere tener en sujeción a la mujer. Es un objeto para él. Algunas mujeres planifican en escondidas del esposo, por eso usan la Depo para ocultarlo, con la pastilla no lo podrían hacer.” **Proveedor/a, Totonicapán**

Como efecto de la oposición de los hombres al uso de los métodos de planificación familiar, las mujeres utilizan los métodos a escondidas o no los utilizan.

3.2.2.2 Personas mayores del ambiente familiar y comunitario tienen una opinión negativa de la planificación familiar e influyen la opinión colectiva sobre las personas que usan métodos

El 36% de los grupos mencionó que las mujeres no usan planificación familiar debido a la oposición de personas mayores, en especial sus madres y sus suegras, las cuales consideran que usar métodos atenta contra las costumbres y tradiciones comunitarias. Estas opiniones se manifestaron en el 63% de los grupos de mujeres de Quiché, el 33% de Sololá y el 13% de Totonicapán.

*“... por ejemplo los antepasados, por ejemplo los suegros, digamos, ellos regañan. Luego dicen: ‘Para qué te vas a ir a poner vacuna, que vas a ser mañosa, que vas a ser esto y el otro’”. **Usaria de PF, Sololá***

*“Mi mamá me ha dicho que no hay que tomar pastillas, tampoco inyecciones. Si hago eso ‘Es pecado, esos métodos no sirven, yo tuve mis hijos y no me gusta que hagan eso’, nos dice.”. **No usuarias de PF, Quiché***

*“Más son las personas de más antes, más grandes, que tienen más años que nosotras, son los que maltratan mucho, como ellas tuvieron bastantes hijos. Y como nosotros no y ellas dicen: ‘Si a nosotras no nos pasó nada y tuvimos muchos hijos...’” **Usaria de PF, Totonicapán***

Las respuestas de los proveedores/as institucionales y las de los grupos de proveedores/as comunitarios confirmaron estas opiniones:

*“Los suegros, que ellas viven con ellos y a veces no es el esposo sino los padres de él quienes deciden. Porque ellos se respetan mucho. La mujer llega a la casa de los suegros como hija, prácticamente”. **Proveedor/a, Sololá***

*“Los abuelos, como no usaron métodos, no quieren que sus hijos y nietos usen. Dicen las mujeres que si sus abuelos tuvieron 15 hijos ellas también tienen que tener igual número de hijos”. **Proveedor/a, Quiché***

*“Culturalmente porque la mamá o antepasados tuvieron muchos hijos y ellas deben actuar igual”. **Proveedor/a, Totonicapán***

Las personas que usan métodos de planificación familiar consideran que desafían la visión de las personas mayores de la comunidad, por lo que los utilizan a escondidas o no los utilizan por temor al rechazo social.

3.2.2.3 Las creencias y mensajes religiosos consideran que la planificación familiar “es pecado”

El 72% de los grupos de proveedores/as comunitarios manifestó que la mayoría de mensajes religiosos que llegan a las comunidades se refieren a la planificación familiar como pecado o como una acción contra la voluntad divina. Estas opiniones se expresaron en el 100% de los grupos de proveedores/as comunitarios de Quiché, el 75% de los de Sololá, y el 67% de los de Totonicapán.

“A veces, como hay diferentes religiones, a veces dicen: ‘No, es pecado planificar, espaciar’. Ciertamente ya es por costumbre y la otra cosa es por religión.” **Vigilantes / FC, Quiché**

“Hay un dicho que dicen que Dios lo ha dejado así. Que la mujer tiene que tener sus hijos y que tiene que poder con todos los hijos que tenga. Mucho por la religión, que son evangélicos o son católicos. No se acepta la PF, que dice que es matar a un montón de criaturas, por lo menos yo eso lo he escuchado.” **Vigilante / FC, Totonicapán**

El 82% de los grupos de mujeres afirmó que en efecto los mensajes religiosos que reciben con más frecuencia hablan de la planificación familiar como pecado o algo que la iglesia prohíbe. Estas respuestas se presentaron en el 100% de los grupos de mujeres de Quiché, el 75% de Totonicapán y el 67% de Sololá. Como resultado, algunas mujeres deciden no usar métodos de planificación y dan por un hecho que deben tener “todos los hijos que Dios mande”:

“Otra cosa, no sé por qué, pero me siento que estoy haciendo algo que ya no es parte de Dios.” **No usuaria de PF, Quiché**

“Los hijos están contados por Dios. Eso está en la Biblia, no es solo por hablar, por eso nosotras le tememos a Dios, es mejor controlarse o cuidarse” **No usuaria de PF, Totonicapán**

Inclusive, las usuarias de métodos de planificación familiar manifestaron preocupación y sentimiento de culpa por considerar que el uso de métodos es “pecado”. Algunas expresiones relacionadas con este punto son:

“Es pecado, pero uno no puede tener tantos hijos, porque uno quiere darles lo mejor. Aunque es pecado, Dios mira que uno lo hace por la necesidad.” **Usuaría de PF, Sololá**

“Que Dios nos perdone lo que vamos a hacer le dije [a mi hija], porque realmente en la Biblia no dice que hay que tomar medicina para dar o tener a los hijos.” **Usuaría de PF, Sololá**

“Nosotras somos evangélicas, pero no le decimos a nadie lo que hacemos nosotras, lo hacemos a escondidas. No les decimos, porque dicen que es pecado delante de Dios y qué hace uno si se está inyectando.” **Usuaría de PF, Quiché**

El 39% de los proveedores/as institucionales confirmaron esta situación, mencionando los mensajes religiosos como razón para que las mujeres indígenas usen planificación familiar con menor frecuencia que las mujeres no indígenas.

“Así les dicen en la iglesia. Influye mucho en las decisiones de las parejas. (...) Que si las mujeres matan a sus hijos es pecado y no van a entrar al cielo. Entonces, si hay mujeres que están usando PF, puede que se arrepientan”. **Proveedor/a, Sololá**

“Hay algunas iglesias que están en contra. Es una oposición solapada. Hay mujeres que se les platica y no lo aceptan. Con mucha preocupación confiesan al final que en la iglesia a la que van están en contra.” **Proveedor/a, Quiché**

“Es el temor por la religión; en la iglesia les dicen que es pecado que utilicen métodos”. **Proveedor/a, Totonicapán**

4. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

- Los resultados del estudio evidencian que existen barreras que limitan el acceso de la población indígena a información y servicios de planificación familiar oportunos, de calidad y con pertinencia cultural. Estas barreras se originan en los servicios de salud y en el ambiente comunitario y familiar de las mujeres indígenas y contribuyen a las inequidades en la oferta de los servicios.
- En la prestación de servicios no siempre se tienen en cuenta las necesidades de las mujeres indígenas con respecto a salud reproductiva y planificación familiar. Aunque los proveedores/as reconocen que la mayoría de población que atienden es indígena, también reconocen frecuentemente que no toman ninguna medida específica para atender las necesidades de esta población en estos aspectos.
- Aproximadamente la mitad de los proveedores/as evidencia sesgos hacia la población indígena que limitan la cantidad y calidad de la información ofrecida en los servicios de planificación familiar. Estos sesgos se manifiestan en la opinión de los proveedores/as de que las mujeres no pueden usar o no entienden el uso de cierto tipo de método, por lo que limitan la información que les proporcionan a la que consideran que pueden entender.
- En el 40% de los establecimientos incluidos en el estudio existen condiciones no apropiadas para la prestación de servicios de planificación familiar a la población indígena. Esto se manifiesta en la falta de un lugar privado y cómodo para proporcionar la consejería y en el hecho de que, cuando los proveedores/as necesitan un intérprete para comunicarse con las mujeres, lo buscan entre sus compañeros de trabajo o entre las personas que asisten al servicio. En ningún caso se cuenta con una persona específicamente preparada para cumplir dicho rol.
- La forma y el contenido de la información proporcionada en los servicios sobre planificación familiar no responde a las características y necesidades propias de las poblaciones indígenas. La mayoría de actividades de promoción e información se han concentrado en dar a conocer los servicios y la oferta de métodos a la población. Los proveedores/as explicaron claramente que los materiales impresos son de poco apoyo para las actividades de promoción e información con las poblaciones indígenas y que contar con materiales audiovisuales les sería de mayor utilidad. El estudio muestra la necesidad de incluir la aclaración de dudas e ideas inexactas sobre los efectos de los métodos anticonceptivos en la consejería, la promoción y la información en idiomas mayas y por medios diferentes a los escritos.
- El modelo de consejería actual no considera la aclaración de dudas y temores que están muy generalizados sobre los métodos de planificación familiar, especialmente entre las

mujeres que los utilizan por primera vez. Tampoco incorpora mensajes estandarizados en los idiomas mayas para transmitir las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos. Por otro lado, el seguimiento del uso de los métodos en muchas ocasiones se reduce a entregar el método a la usuaria, sin establecer un diálogo que proporcione información sobre la experiencia que tiene o ha tenido la usuaria en su uso. Todo esto puede repercutir en una alta tasa de abandono o en uso incorrecto de los métodos.

- Los proveedores/as comunitarios del Ministerio de Salud (Vigilantes de la Salud y Facilitadores Comunitarios del Programa de Extensión de Cobertura), cuyas actividades en salud incluyen más de una docena de programas, tienen temor al rechazo de las comunidades al abordar abiertamente el tema de la planificación familiar. Este temor puede asociarse con la falta de conocimientos y argumentos para aclarar las dudas e incertidumbres sobre el efecto de los métodos anticonceptivos en la salud y la vida de las mujeres. Esta situación se suma al hecho de que desconocen los beneficios de la planificación familiar para las mujeres y sus hijos, por la falta de procesos de capacitación y actualización permanentes y sistemáticos en el tema.
- Los proveedores/as comunitarios de APROFAM se observan mejor informados y seguros con respecto a los temas de planificación familiar y presentan características y capacidades más favorables para enfrentar las situaciones comunitarias y familiares adversas. Las actividades de los proveedores/as comunitarios de APROFAM se concentran en planificación familiar, hecho que les da una ventaja comparativa en este campo, evidenciando mayor dominio y seguridad para expresarse sobre la salud reproductiva.
- Las mujeres indígenas de los departamentos donde se realizó el estudio han escuchado sobre la planificación familiar y los servicios que prestan las instituciones. La principal fuente de información de la población sobre estos temas es el MSPAS y se da directamente de proveedores/as a usuarias/os de los servicios de salud.
- Las mujeres indígenas explicaron que en los establecimientos de salud del MSPAS no se sienten bien atendidas y lo asocian claramente con su condición de indígenas y con su situación de pobreza. Manifiestan que los horarios definidos por los establecimientos de salud y los tiempos de espera no compensan la calidad de los servicios recibidos cuando se sienten mal atendidas, cuando consideran que sus problemas de salud no son comprendidos ni resueltos, o cuando tienen la expectativa de recibir algún tipo de medicamento y no lo reciben.
- El ambiente social condiciona la conducta de las personas hacia temas específicos. Según los resultados del estudio, el ambiente social en las comunidades indígenas es adverso a la planificación familiar. Esta situación se relaciona con influencias culturales como el machismo, la valoración de las mujeres y la influencia de grupos y mensajes religiosos.
- El ambiente social adverso a la planificación familiar provoca que las mujeres indígenas tengan muchas dudas y temores sin resolver sobre los métodos. Estas dudas se

relacionan con su salud – específicamente por la falta de información sobre el funcionamiento de su cuerpo y el efecto de los métodos sobre el mismo –, con la posibilidad de estar cometiendo un “pecado” y con la censura social que pueden experimentar. Esto retarda la decisión de las mujeres para empezar a utilizar un método. También condiciona que los efectos secundarios de los métodos sean sobredimensionados y se descontinúe su uso.

- La cultura patriarcal predomina en las comunidades indígenas. Las mujeres tienen una limitada autonomía para tomar decisiones y transfieren esta responsabilidad a sus parejas, a las mujeres mayores de su entorno familiar y otras personas adultas de sus comunidades.

5. LÍNEAS DE ACCIÓN INSTITUCIONALES

Las barreras que limitan el acceso de la población indígena a la planificación familiar en el ámbito de la prestación de servicios y del ambiente social deben ser abordadas en diferentes niveles institucionales a través de políticas operativas⁴⁷ que aborden la pertinencia cultural de los servicios y la calidad, así como la adecuación de las estrategias de información, educación y capacitación (IEC) a la realidad y necesidades de la población indígena.

A continuación se presenta un conjunto de líneas de acción institucionales para la revisión, adaptación y mejoramiento de las políticas operativas relativas a la prestación de servicios de planificación familiar entre poblaciones multiculturales. Fueron definidas en acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y APROFAM a partir del análisis y discusión de los resultados del estudio.

5.1 EN LA OFERTA DE SERVICIOS

- **Diseñar una estrategia interinstitucional a nivel nacional para reducir las barreras a la población indígena en los servicios de planificación familiar.** Es una prioridad definir una estrategia que tome en cuenta las necesidades específicas en salud reproductiva y planificación familiar de la población indígena, para reducir en ella la inequidad en la entrega de los servicios, la demanda insatisfecha y el riesgo de enfermar y morir de las mujeres asociado con los embarazos no deseados, con corto espaciamiento o en una edad muy temprana o tardía. Esta estrategia debe incluir procesos de capacitación sistemáticos y permanentes para que los proveedores/as a nivel institucional y comunitario estén en condiciones de aclarar las dudas de la población sobre los efectos de la planificación familiar, comprender la visión de la población indígena sobre la reproducción y ofrecer opciones en el contexto de su cosmovisión.
- **Incluir en forma sistemática temas de planificación familiar en los programas de actualización y capacitación del equipo básico de salud del programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud.** La actualización y capacitación sistemática del equipo básico de salud sobre planificación familiar es una intervención indispensable para extender el acceso a estos servicios en el Programa de Extensión de Cobertura. Contar con conocimientos sobre los beneficios y limitaciones de la planificación familiar y sobre los métodos anticonceptivos fortalece el rol de los prestadores/as comunitarios y les permite llevar oportunamente mensajes correctos sobre el tema. La experiencia de APROFAM muestra que, con una estrategia adecuada y

⁴⁷ Se define como políticas operativas el conjunto de lineamientos, normas y regulaciones que rigen la prestación de servicios. Pueden ubicarse en cualquier nivel de la estructura normativa, pero afectan directamente la prestación de servicios y pueden convertirse muchas veces en barreras al acceso y calidad de los mismos. En: Cross, H., K. Hardee y N. Jewell. La reforma de las políticas operativas: Una herramienta para el perfeccionamiento de los programas de salud reproductiva. Serie de Estudios POLICY No. 7. Diciembre, 2001.

sistemática, es posible que personas de las comunidades sean fuente de información y servicios en planificación familiar.

- **Coordinar con los departamentos de recursos humanos de las instituciones prestadoras para que el perfil de los puestos de trabajo incluya criterios relacionados con la disposición de trabajar con poblaciones culturalmente diversas y prestar servicios en el idioma materno de la población atendida.** La actitud y disposición de los prestadores de servicios de respetar a poblaciones culturalmente diversas es una condición indispensable para mejorar el acceso de la población indígena a los servicios de planificación familiar. En este sentido, el proceso de selección de personal debe identificar estas características en las personas contratadas para prestar servicios en las regiones donde la población indígena es mayoritaria. Asimismo, debe considerarse como criterio de selección que dicho personal hable el idioma maya de la población que atenderá o esté en disposición de aprenderlo.
- **Revisar el modelo de consejería y adaptarlo a las necesidades de información de la población indígena.** La revisión del modelo de consejería actual debe considerar las necesidades específicas de información de las mujeres indígenas y la estandarización de mensajes en idiomas mayas, incluso para aquellos proveedores/as que los hablen, haciendo énfasis en los posibles efectos secundarios al uso de métodos y en abordar las principales dudas e ideas erróneas que están generalizadas sobre los efectos de los métodos para disminuir el abandono del uso de los mismos. Asimismo, debe considerar mejorar la calidad de la consejería en el seguimiento del uso de los métodos, para que las mujeres puedan resolver sus dudas cuando se presenten efectos secundarios u otras situaciones relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos.
- **Construir un modelo de consejería que se adapte a las condiciones de prestación de servicios en el Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud.** La prestación de servicios a través de las ONG ocurre en condiciones diferentes a los servicios prestados directamente en los establecimientos de salud. En este sentido el modelo de consejería y entrega de métodos anticonceptivos debe adaptarse a estas condiciones para facilitar su abordaje a nivel comunitario y facilitar el acceso.

5.2 EN LA DEMANDA DE SALUD

- **Desarrollar una estrategia multisectorial de información y educación sobre planificación familiar que tome en cuenta las necesidades específicas de la población indígena.** El aprendizaje es una experiencia principalmente social en el que las personas se involucran en una interacción que incluye la comunicación con otras personas con igual o mayor experiencia en los temas. En este contexto, es prioritaria una estrategia de información y educación, dirigida a las comunidades y familias, que tenga como objetivo aclarar dudas e ideas generalizadas entre la población sobre los efectos de la planificación familiar en la salud y la vida de las mujeres. Esta estrategia debe buscar que la población

conozca, con información basada en la evidencia científica, los beneficios de la planificación familiar, los efectos de los métodos anticonceptivos sobre la salud, los riesgos que conllevan los embarazos y los cuidados necesarios para conservar su salud y la de sus hijos.

- **Definir intervenciones y asignar recursos para sensibilizar a líderes y grupos comunitarios sobre los beneficios de la planificación familiar para las mujeres, los hogares y para la población en general.** Los líderes y grupos comunitarios tienen influencia en la opinión pública sobre los temas de interés y generan presión social para asumir ciertos comportamientos; por eso, sensibilizar a los líderes de las poblaciones indígenas es un mecanismo para crear alianzas y dar a conocer los beneficios de la planificación familiar. En estos procesos de sensibilización se debe incluir a los líderes y grupos religiosos, para que cuenten con información oportuna, veraz y confiable sobre el tema y la tengan en cuenta al emitir opinión al respecto.
- **Incluir indicadores relacionados con la pertinencia cultural en la atención de la salud de las poblaciones indígenas en los instrumentos para monitorear y evaluar el desempeño de los servicios a nivel comunitario e institucional.** Es necesario dar seguimiento al desarrollo e incorporación de indicadores que consideren las características culturales de la población que atienden los servicios y que respondan a las necesidades específicas de la población indígena.
- **Formar alianzas estratégicas para el monitoreo y vigilancia de la calidad y el acceso de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar a las poblaciones indígenas.** La respuesta a las necesidades de la población indígena en salud reproductiva y en planificación familiar debe ser monitoreada por las organizaciones que prestan servicios de salud, en alianza con organizaciones de la sociedad civil y organizaciones profesionales interesadas en el tema. Para generar esta alianza es necesario divulgar y discutir los resultados del estudio y las recomendaciones de políticas operativas para que las organizaciones incluyan las prioridades de la población indígena como parte de su agenda de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Barreda, Carlos. Guatemala: crecimiento económico, pobreza y redistribución. En *Albedrio*, Revista electrónica, marzo 2006. www.albedrio.org/hpm/docs/carlosbarreda_001.pdf.
- Bertrand, Jane y Gabriela Escudero. Compendio de indicadores para evaluar programas de salud reproductiva. Serie de Manuales MEASURE Evaluation, No. 6. Noviembre 2003.
- CATALYST Consortium. El espaciamiento óptimo entre embarazos. 2003.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2006. Capítulo III: Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI.
- Congreso de la República de Guatemala. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto 87-2005. Guatemala: 2006
- Congreso de la República de Guatemala. Ley de Desarrollo Social. Decreto 42-2001. Guatemala: 2001.
- Cross, Harry, Karen Hardee y Norine Jewell. La reforma de las políticas operativas: una herramienta para el perfeccionamiento de los programa de salud reproductiva. Serie de estudios POLICY, No. 7. Diciembre, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala, 2006.
- Instituto Nacional de Estadística. Guatemala. Censos 2002: XI de Población y VI de Habitación. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala: 2003.
- Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población con Base al XI Censo de Población y VI de Habitación 2002. Período 2000-2020. Guatemala: 2003.
- Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, et. al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, 2002
- Jacobstein, Roy, y James D. Shelton. Medical Barriers to Access to Family Planning: Issues for Women's Health and Quality of Care. Washington D.C., Lancet: 1992.
- Ministerio de Educación. Transición política. Informe de transición institucional (2007-2008). Guatemala: 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala: 2003.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, et. al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala: 1995, 1998/99 y 2002.
- OPS / OMS. Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de acción 2005-2007. sl. sf.
- OPS / OMS. Country Health Profiles. 2002.
- Population Reference Bureau. Women of Our World. Reproductive Health: North America, Latin America and the Caribbean. 2002.
- Proyecto POLICY/USAID. Políticas Operativas: Su aplicación a los servicios de atención materna e infantil con énfasis en planificación familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Guatemala, 2003.
- Proyecto POLICY/USAID. Barreras médicas e institucionales para la prestación de servicios de planificación familiar en Guatemala. Guatemala, 2003.
- Proyecto POLICY/USAID. Barreras médicas e institucionales para la prestación de servicios de planificación familiar en Guatemala. Guatemala, 2000.

Ramos, Isabel. El ser y el hacer - Reflexiones en torno al papel de la cultura en los proyectos de desarrollo. En: Alli Kausay, folleto temático de la COSUDE. No.8 Ecuador: Noviembre 2006. p.4

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, SEGEPLAN. Informe de Metas del Milenio. Guatemala: 2007.

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, SEGEPLAN. Guatemala, abril 2002. Política de Desarrollo Social y Población. Guatemala: 2002.

USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. Análisis de Segmentación del Mercado de Planificación Familiar en Guatemala con base en ENSMI 2002. Presentación en Microsoft Powerpoint. Guatemala, 2007.

ANEXOS

ANEXO A: Aspectos metodológicos y muestra de establecimientos, proveedores/as de servicios de planificación familiar y grupos comunitarios

ASPECTOS METODOLÓGICOS

a. Técnicas de investigación

Las técnicas de investigación utilizadas en este estudio fueron 1) entrevistas estructuradas individuales con proveedores/as institucionales de servicios de salud; 2) entrevistas grupales con proveedores/as comunitarios; 3) entrevistas grupales con mujeres indígenas usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar; y 4) análisis documental de las condiciones de vida y de acceso a servicios de salud de la población indígena.

b. Marco muestral

El marco muestral del estudio estuvo formado por dos grupos: en el primero se incluyeron proveedores/as de servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de APROFAM en los departamentos de Sololá, Totonicapán y Quiché.

El segundo grupo estuvo formado por proveedores/as de salud comunitarios y por mujeres indígenas usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar de los servicios del Ministerio de Salud y de APROFAM en Sololá, Totonicapán y Quiché.

En el caso de Totonicapán y Quiché, el estudio se realizó en municipios con predominio de población hablante del idioma k'iche'; en el caso de Sololá, el estudio se realizó en municipios con predominio de población hablante del idioma kaqchikel.

c. Muestra de establecimientos y proveedores/as de salud institucionales

Se seleccionó una muestra intencional equivalente al 25% del total de establecimientos. En cada uno se definió el número de proveedores/as a entrevistar de acuerdo con el tipo de establecimiento, con lo cual se planificó una muestra de 109 proveedores/as.

La muestra de proveedores/as obtenida fue de 108 entrevistas individuales, de las cuales 29% se realizaron en Sololá; 24% se realizaron en Totonicapán; y 47% se realizaron en Quiché. En cuanto a la distribución institucional de la muestra, el 88% de los establecimientos visitados pertenecía al MSPAS, el 7% al IGSS y el 5% a APROFAM.

En lo que se refiere al tipo de personal, la muestra quedó conformada de la siguiente manera: 27% de médicos/as, 20% de enfermeras profesionales, 36% de auxiliares de enfermería y 17% de personal que cumple las funciones de información, educación y consejería en planificación familiar.

d. Muestra de mujeres indígenas y proveedores/as comunitarios

Para las entrevistas grupales a mujeres indígenas y proveedores/as comunitarios de salud, se planificó una muestra de 31 entrevistas, 20 de las cuales (65%) se realizarían con mujeres indígenas, usuarias y no usuarias de los establecimientos y servicios de planificación familiar del MSPAS y APROFAM, y 11 (35%) con comadronas y proveedores/as comunitarios del SIAS/MSPAS y APROFAM.⁴⁸

La muestra obtenida estuvo constituida por 33 entrevistas grupales, 67% con grupos de mujeres indígenas y 33% con proveedores/as comunitarios. En promedio participaron 7.2 personas por grupo.

El 30% de los grupos corresponde al departamento de Sololá, el 33% a Totonicapán y el 37% a Quiché.

e. Análisis de datos

Para el ingreso, limpieza y procesamiento de información se elaboraron bases en Excel y Epi Info y se generaron salidas por departamento y por institución. La información cualitativa de entrevistas a proveedores/as institucionales y entrevistas grupales fue registrada textualmente y analizada en función de los objetivos del estudio.

Los resultados obtenidos fueron discutidos entre las organizaciones participantes: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) como prestadoras de servicios de salud; la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM) como representante de la sociedad civil, y USAID/Iniciativa de Políticas en Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y The Population Council, Guatemala.

En los cuadros a continuación pueden consultarse mayores detalles sobre el diseño metodológico del estudio.

⁴⁸ El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) no cuenta con promotores comunitarios.

DISEÑO MUESTRAL POR DEPARTAMENTO

MUESTRA DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES A PROVEEDORES/AS INSTITUCIONALES

<u>SOLOLÁ</u>						
	MSPAS				IGSS	APROFAM
	Hospitales	CS-B	Puesto	SIAS	Hospital /consultorio	Hospital /clínica
Total de establecimientos	1	10	33	3	2	1
Muestra	1	3	3	2	1	1
<i>Tipo de Proveedor</i>						
Médico	2	1	NA	1	1	1
Enfermera	1	1	NA	NA	1	1
Auxiliar	2	1	1	NA	1	2
Educador (FI)	NA	NA	NA	1	NA	2
Sub-total por establecimiento	5	3	1	2	3	6
Entrevistas planificadas	5	9	3	4	3	6
Entrevistas realizadas	6	9	3	4	5	4
Total entrevistas planificadas	30					
Total entrevistas realizadas	31					

<u>QUICHÉ (central)</u>						
	MSPAS				IGSS	APROFAM
	Hospitales	CS-B	Puesto	SIAS	Hospital /consultorio	Clínica
Total de establecimientos	3	15	43	17	1	1
Muestra	3	5	4	6	1	1
<i>Tipo de proveedor</i>						
Medico	2	1	NA	1	1	1
Enfermera	1	1	NA	NA	1	1
Auxiliar	2	1	1	NA	1	2
Educador (FI)	NA	NA	NA	1	NA	2
Sub-total por establecimiento	5	3	1	2	3	6
Entrevistas planificadas	15	15	4	12	3	6
Entrevistas realizadas	13	15	5	9	3	6
Total entrevistas planificadas	55					
Total entrevistas realizadas	51					

TOTONICAPÁN						
	MSPAS				IGSS	APROFAM
	Hospitales	CS-B	Puesto	SIAS	Hospital /consultorio	Hospita /clinica
Total de establecimientos	1	9	22	3	1	0
Muestra	1	3	3	2	1	0
<i>Tipo de proveedor</i>						
Medico	2	1	NA	1	1	1
Enfermera	1	1	NA	NA	1	1
Auxiliar	2	1	1	NA	1	2
Educador (FI)	NA	NA	NA	1	NA	2
Sub total por establecimieto	5	3	1	2	3	6
Entrevistas planificadas	5	9	3	4	3	0
Entrevistas realizadas	5	9	3	5	4	0
Total entrevistas planificadas	24					
Total entrevistas realizadas	26					

ENTREVISTAS GRUPALES A PROVEEDORES/AS COMUNITARIOS Y MUJERES INDÍGENAS

TIPO DE GRUPO	Totonicapán	Sololá	Quiché
Usuaris de planificación familiar (MSPAS)	2	2	2
Usuaris de planificación familiar (APROFAM)	NA	1	1
No usuarias de planificación familiar	6	3	5
Promotores APROFAM	NA	1	1
Promotores SIAS	2	2	2
Comadronas	1	1	1
TOTAL realizadas	11	10	12

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA OBTENIDA DE PROVEEDORES/AS POR DEPARTAMENTO, INSTITUCIÓN Y TIPO DE PERSONAL

Tipo de Proveedor/a	SOLOLÁ			TOTONICAPÁN		QUICHÉ			TOTAL
	MSPAS	IGSS	APROFAM	MSPAS	IGSS	MSPAS	IGSS	APROFAM	
Médico/a general	5	1	0	4	0	8	0	1	19
Médico/a ginecólogo/a	1	1	1	2	1	2	1	1	10
Enfermera/o profesional	5	1	0	3	1	11	1	0	22
Enfermera/o auxiliar	6	1	1	11	1	17	1	1	39
Trabajador/a social	1	1	0	0	1	0	0	0	3
Educador/a	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Facilitador/a Institucional	2	0	0	1	0	4	0	0	7
Técnico/a en Salud Rural	2	0	0	1	0	0	0	0	3
Administrador/a	0	0	1	0	0	0	0	1	2
TOTAL, entrevistas	22	5	4	22	4	42	3	6	108
	31			26		51			

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA PLANIFICADA Y OBTENIDA DE GRUPOS DE MUJERES INDÍGENAS Y PROVEEDORES/AS COMUNITARIOS, POR DEPARTAMENTO Y TIPO DE SERVICIO CON EL QUE SE RELACIONAN

TIPOS DE GRUPOS	Entrevistas grupales planificadas por departamento	Sololá	Totonicapán	Quiché	TOTAL de Entrevistas Grupales obtenidas
Mujeres que usan métodos modernos y acceden a los servicios del MSPAS	2	2	2	2	6
Mujeres que usan métodos modernos y acceden a los servicios de APROFAM	1	1	Servicio no disponible	1	2
Mujeres que no usan métodos o usan métodos tradicionales, pero acceden a servicios de salud	4	3	6	5	13
Promotores Voluntarios de APROFAM	1	1	Servicio no disponible	1	2
Promotores de Salud del SIAS/MSPAS	2	2	2	2	6
Comadronas	1	1	1	1	3
TOTALES	11 x 2 (Sol y Qui) + 9 (Toto) = 31	10	11	12	33

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN MUESTRA DE GRUPOS DE MUJERES INDÍGENAS Y PROVEEDORES/AS COMUNITARIOS, POR DEPARTAMENTO Y TIPO DE SERVICIO CON EL QUE SE RELACIONAN

TIPOS DE GRUPOS	TOTAL de Entrevistas Grupales realizadas	Mujeres usuarias de PF	Mujeres no usuarias de PF	Proveedores/as comunitarios	TOTAL de participantes en grupos	Promedio de participantes por grupo
Sololá	10	26	24	24	74	7.4
Totonicapán	11	16	48	24	88	8.0
Quiché	12	27	27	21	75	6.3
TOTALES	33	69	99	69	237	7.2

RESUMEN DE ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

Nivel de análisis	Unidad de análisis	Grupo objetivo	Tipo de instrumento	Forma de aplicación	Información a obtener	Muestra obtenida
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud, establecimientos: <ul style="list-style-type: none"> MSPAS IGSS APROFAM 	<ul style="list-style-type: none"> Proveedores/as institucionales de planificación familiar: <ul style="list-style-type: none"> Personal médico Personal de enfermería Educadores 	Entrevista estructurada	Individual	Cuantitativa y cualitativa	108 proveedores/as
Prestación de servicios Contexto socio-cultural	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud, extensión comunitaria: <ul style="list-style-type: none"> MSPAS APROFAM 	<ul style="list-style-type: none"> Proveedores/as comunitarios de planificación familiar <ul style="list-style-type: none"> Vigilantes de Salud y/o Facilitadores Comunitarios, SIAS/MSPAS Promotores/as Voluntarios, APROFAM 	Entrevista estructurada	Grupal	Cualitativa	11 grupos de proveedores/as comunitarios
Contexto socio-cultural	<ul style="list-style-type: none"> Comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres indígenas (usuarias y no usuarias de planificación familiar) 	Entrevista estructurada	Grupal	Cualitativa	21 grupos de mujeres indígenas

ANEXOS

ANEXO B: Cuestionario utilizado en entrevistas directas estructuradas

ACCESO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Guatemala, 2006

INFORMACION A LA PERSONA ENTREVISTADA

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Asociación Pro Bienestar de la Familia, APROFAM, y el Proyecto Iniciativas de Políticas en Salud están realizando un estudio sobre planificación familiar en los servicios de salud de varios departamentos del país. Para ello necesitamos hacerle algunas preguntas relacionadas con la prestación de servicios en este establecimiento de salud. El objetivo de este estudio es contar con información que contribuya en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud en Guatemala. La información que usted nos proporcione es confidencial y anónima. ¿Podría empezar con la entrevista?

NO LLENE ESTA PARTE. EMPIECE LA ENTREVISTA EN: A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
Número de Encuesta					Número de Entrevistado/a				

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombre del Establecimiento _____

Dirección _____

A.1 CODIGO DEL ESTABLECIMIENTO

--	--	--

A.2 IDENTIFICACION GEOGRAFICA

DEPARTAMENTO: 1 Sololá 2 Totonicapán 3 Quiché

MUNICIPIO: _____

Cod DEPTO
Cod MUNI

A.3 TIPO DE ESTABLECIMIENTO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	
11. Hospital 12. Centro Salud A 13. Centro Salud B 14. Puesto Salud 15. Centro de Convergencia, SIAS	

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	
21. Hospital 22. Consultorio	

APROFAM	
31. Hospital 32. Clínica	

(escriba el código en la casilla correspondiente)

B. DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA

B.1 CARGO _____

B.2 PROFESION

1. Médico/a ginecólogo/a	6. Promotor/a del MSPAS
2. Médico/a general	7. Trabajador/a Social
3. Enfermera/o graduada/o	8. Educador/a en Salud
4. Auxiliar de enfermería	9. Facilitador Institucional
5. Promotor/a de APROFAM	10. Otro (especifique): _____

B.3 EDAD

--	--

 años

B.4 SEXO

--

 1. Hombre 2. Mujer

B.5a AÑOS EN LA INSTITUCION

--	--

 años

B.5b AÑOS EXPERIENCIA LABORAL

--	--

 años

C. LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. Caracterización de los servicios de planificación familiar y las mujeres usuarias.

1. ¿En qué días de la semana y en qué horarios se ofrecen servicios de planificación familiar en este establecimiento?	DÍAS Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom Total de días: _____	HORARIOS 1 Sólo por la mañana 2 Sólo por la tarde 3 Mañana y tarde 4 Otro: _____
2. ¿Qué cree que piensan las mujeres de este horario? ¿Les conviene?	1 Les conviene → p.4 2 No les conviene 3 No sabe	
3. ¿Por qué? Marque todas las que se apliquen.	1 Están ocupadas en sus casas 2 Están ocupadas en el cuidado de sus hijos 3 Están ocupadas en actividades de sus comunidades 4 Sólo están libres los fines de semana 5 Sólo están libres después del horario en que atienden los servicios 6 Por la distancia a la que tienen que ir Otro: _____ Otro: _____	

4. ¿Cómo son las mujeres que solicitan servicios de planificación familiar en este establecimiento? ¿Podría describir a las usuarias de planificación familiar que usted atiende normalmente? Espere y escriba la respuesta espontánea del entrevistado.

5. ¿Qué idiomas hablan las mujeres que reciben servicios de salud en este establecimiento? <i>Marque todas las que se apliquen.</i>	1 Español 2 Idioma maya – kaqchikel 3 Idioma maya – k'iche' 4 Otro idioma maya: _____
---	---

D. ORGANIZACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS. Promoción e información.

6. Si una mujer viene al establecimiento por otras razones que la planificación familiar, ¿le informan de todos modos que en el establecimiento se ofrece este tipo de servicios?	1 No 2 A veces 3 Siempre → p. 8 4 Otra:
7. ¿Por qué se hace así? <i>Marque todas las que se apliquen.</i>	1 Falta de tiempo 2 Falta de interés en la planificación familiar 3 Ya usan planificación familiar 4 No les gusta que les hablen de planificación familiar 5 No hay métodos 6 El personal no sabe cómo informar sobre esto/No están capacitados para informar Otro: _____

8. ¿Quién o quienes se encargan normalmente de informar a las mujeres que vienen al establecimiento que se proporcionan servicios de planificación familiar? <i>Sondee sobre los distintos tipos de personal presentes en el establecimiento. Incluya comadronas. (Nota: No se refiere a consejería en pf, sino a informar que la pf se ofrece en el establecimiento)</i>	1 Médico/a ginecólogo/a 2 Médico/a general 3 Enfermera/o graduada/o 4 Auxiliar de enfermería 5 Promotor/a	6 Trabajador/a Social 7 Educador/a en Salud 8 Comadrona 9 Facilitador Institucional 10 Otro:
---	---	--

9. ¿Se hacen actividades de promoción e información de los servicios de planificación familiar que ofrece este establecimiento?	1 No → p. 13 2 A veces 2 Sí 3 Otra:
10. ¿Qué hacen?	11. ¿Quiénes lo hacen? <i>Marque todos los que se apliquen</i>
Afiches/Carteles/Posters	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Trifoliales/Folletos	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Videos/Películas	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Charlas grupales	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Información individual	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Ferías de la salud	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Otro:	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:
Otro:	1 No 2 Sí 1 Médicos 2 Enf. 3 Prom. 4 Educad/Trab.soc 5 Comadronas 6 Otro:

12. ¿En qué idioma se hace la promoción e información de los servicios de planificación familiar? <i>Marque todos los que se apliquen.</i>	1 Español 2 Idioma maya – kaqchikel 3 Idioma maya – k'iche' 4 Otro idioma maya: _____
--	---

13. ¿Por qué no se hacen actividades de promoción e información de los servicios de planificación familiar? <i>Marque todos los que se apliquen.</i>	1 Falta de tiempo 2 Falta de personal 3 Falta de recursos 4 Lo hacen en otros lugares 5 No es necesario 6 Falta de capacitación Otro:
--	---

14. ¿Alguna vez se ha usado algún material de promoción e información en planificación familiar en idiomas mayas o dirigido específicamente a mujeres indígenas?	1 No → p. 18 2 Sí	
15. ¿Qué materiales se han usado?	16. ¿Dieron resultado?	17. ¿Por qué?
Afiches/Carteles/Posters	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí
Rotafolios	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí
Trifoliales/Folletos	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí
Videos/Películas	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí
Otro:	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí

18. ¿Cree que debería haber materiales de promoción e información sobre planificación familiar, en idiomas mayas o le parecería mejor que todos fueran en español?	1 En español 2 Idiomas mayas 3 Ambos 4 Otra:
19. ¿Por qué?	

E. ORGANIZACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS. Consejería en planificación familiar.

20. ¿En este establecimiento se da consejería en planificación familiar?	1 No → Sección F 2 A veces 3 Siempre 4 Otra:
21. ¿En qué consiste la consejería en planificación familiar que se da normalmente? ¿Podría decirme qué información incluye la consejería que se da normalmente? Marque todas las que se apliquen. Anote otras.	
1 Identifica las necesidades de la mujer molestias y sus soluciones 2 La Informa sobre todos los métodos y su pareja 3 Aclara sus dudas	4 La informa sobre signos de alarma y posibles 5 Permite la elección libre de la mujer y/o de la mujer 6 Explica el seguimiento
Otras:	

22. ¿Quién o quienes están encargados de proporcionar consejería en planificación familiar a las mujeres que vienen al establecimiento? Sondee sobre los distintos tipos de personal presentes en el establecimiento. Incluya comadronas.	1 Médico/a ginecólogo/a 2 Médico/a general 3 Enfermera/o graduada/o 4 Auxiliar de enfermería 5 Promotor/a	6 Trabajador/a Social 7 Educador/a en Salud 8 Comadrona 9 Facilitador Institucional 10 Otro:
---	---	--

23. ¿Cree que el lugar dónde se da la consejería en planificación familiar tiene las condiciones necesarias para este propósito?	1 No 2 Sí 3 No sabe
--	---------------------------

24. ¿Cuáles son para usted las condiciones necesarias para dar consejería en planificación familiar?	
1.	
2.	
3.	
4.	

25. ¿En qué idioma se realiza normalmente la consejería en planificación familiar? Marque todos los que se apliquen.	1 Español 2 Idioma maya – kaqchikel 3 Idioma maya – k'iche' 4 Otro idioma maya: _____
26. Si una mujer habla un idioma indígena, ¿hay quién pueda darle consejería en planificación familiar en este idioma?	1 No 2 A veces 3 Sí 4 Otra:

27. ¿Con qué frecuencia las mujeres indígenas que reciben consejería en planificación familiar hacen preguntas sobre el método que quieren usar o sobre los distintos métodos que se les explican?	1 Nunca preguntan / No preguntan / No preguntan nada 2 Casi nunca preguntan / Preguntan poco o muy poco 3 La mayoría de las veces preguntan / Preguntan bastante 4 Siempre preguntan / Preguntan mucho 5 Otra:
28. ¿Por qué cree que es así?	

29. ¿Qué materiales de apoyo o información se utilizan normalmente durante la consejería? ¿Podría verlos? Verifique en qué idioma están hechos los materiales y su pertinencia cultural. ¿Se les dan estos materiales para que se los lleven?

TIPO DE MATERIAL	VERIFICACION	DIOMA	PERT. ⁴⁹ CULTURAL	¿SE LOS DAN PARA LLEVAR?
Afiches/Carteles/Posters	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	
Rotafolios	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	
Trifoliales/Folletos	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí
Muestrarios de métodos	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	
Tarjetas (Consejería Balanceada)	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	
Videos/Películas	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	
Otro:	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí
Otro:	1 No hay 2 Los mencionó 3 Los mostró	1 Esp 2 Maya 3 Ambos	1 No 2 Sí	1 No 2 Sí

⁴⁹ En pertinencia cultural valorar: vestuario y aspecto de las personas / paisaje y fondo del material

F. ORGANIZACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS. Selección, entrega y uso de métodos.

30. ¿Cuándo una mujer indígena viene a buscar servicios de planificación familiar a este establecimiento, ¿cree usted que ya viene con la decisión sobre el método que quiere usar o espera que se le informe?	1 Viene con la decisión de lo que quiere usar 2 Espera que se le informe 3 Otra:
31. ¿Cómo se sabe si ya viene con su decisión tomada o espera que la informen?	
32. Si en la pregunta 42 dice que ya viene con su decisión tomada: ¿Cómo cree usted que hicieron esa decisión?	

33. ¿Cuál es el método de planificación familiar que piden más las usuarias indígenas? Marque el que más piden.	1 Condón 2 Tabletas vaginales 3 Píldora 4 Inyectables	5 DIU 6 AQV 7 Naturales ((Billings, ritmo, collar) 8 Otro:
34. ¿Por qué cree usted que piden más este método? Marque todas las que se apliquen.	1 Por el precio 2 Es fácil de usar 3 No tiene efectos secundarios 4 No causa daño a la salud 5 No va en contra de su religión 6 Es temporal, si quieren tener más hijos 7 Tienen que venir menos al servicio 8 Pueden ver su menstruación	9 Pueden usarlo sin que lo sepa su pareja 10 Pueden usarlo sin que lo sepa la gente 11 Las ayuda a prevenir enfermedades 12 Las ayuda a la lactancia 13 Sólo ese hay 14 Sólo ese les ofrecen Otro:
35. ¿Cuál es el método de planificación familiar que piden menos o no piden nunca las usuarias indígenas? Marque el que menos piden o no piden.	1 Condón 2 Tabletas vaginales 3 Píldora 4 Inyectables	5 DIU 6 AQV 7 Naturales ((Billings, ritmo, collar) Otro:

36. ¿Por qué cree usted que no piden este método? Marque todas las que se apliquen.	1 Por el precio 2 Es difícil de usar 3 Por los efectos secundarios 4 Cree que causa daño a la salud 5 Va en contra de su religión 6 Quieren tener más hijos 7 Tienen que venir mucho al servicio 8 No pueden ver su menstruación	9 No pueden usarlo sin que lo sepa su pareja 10 No pueden usarlo sin que se entere la gente 11 A su pareja no le gusta este método 12 No conocen este método 13 No tienen ese método en el establecimiento Otro:
---	---	---

37. ¿En comparación con las mujeres ladinas, ¿considera usted que las mujeres indígenas usan métodos de planificación familiar con menor frecuencia, con igual frecuencia, o con mayor frecuencia?	1 Con menor frecuencia 2 Con igual frecuencia 3 Con mayor frecuencia 4 Otra:
--	---

38. ¿A qué cree que se debe esto? Espere la respuesta y sondee: ¿Es por su etnia? ¿Por su religión? ¿Por sus costumbres? ¿Por falta de dinero? ¿Por su nivel de educación? ¿Por oposición del cónyuge? ¿Por oposición de otras personas? ¿Por qué otras razones? Marque y sondee cómo influye cada factor que mencione.	
---	--

39. Según su experiencia, ¿qué método no le aconsejaría usar a una mujer indígena? <i>Espera la respuesta y sondee.</i>	1 Condón 2 Tabletas vaginales 3 Píldora 4 Inyectables 5 DIU	6 AQV 7 Naturales ((Billings, ritmo, collar) 8 Ninguno Otro:
40. ¿Por qué no les aconsejaría usar este método? <i>Marque todas las que se apliquen.</i>	1 No lo usan correctamente 2 Por oposición de la pareja 3 Por oposición de la familia 4 Por oposición de la comunidad 5 Por oposición religiosa 6 Por los efectos secundarios 7 Requiere seguimiento	8 Por su precio 9 Por ser definitivo 10 Por el acceso geográfico al método 11 No es eficaz 12 No lo tienen en el establecimiento Otro:

41. Cuando viene una mujer indígena a pedir un método de planificación familiar, ¿quién decide qué método usar? <i>Sondee: ¿Lo decide usted/el personal del establecimiento? ¿Lo decide el esposo? ¿Lo decide ella misma?</i>	1 Lo decide ella 2 Lo decide el esposo 3 Lo decide ella y el esposo 4 Lo decide el proveedor 5 Otra:
---	--

42. En comparación con las mujeres ladinas, ¿considera usted que una mujer indígena está en capacidad de seleccionar un método de planificación familiar por sí misma?	1 No 2 A veces 3 Sí → p.44 4 Otra:
43. ¿Por qué?	

44. ¿Considera usted que una mujer indígena está en capacidad de comprender la información que se le da sobre planificación familiar en la consejería o durante la consulta?	1 No 2 A veces 3 Sí → Sección G 4 Otra:
45. ¿Por qué?	

G. PERCEPCIONES Y VALORACIÓN DE LA POBLACIÓN INDIGENA. Prácticas culturales.

46. ¿Por qué cree que algunas mujeres indígenas no asisten a los servicios de salud para obtener planificación familiar? *Espere y anote la respuesta y sondee:* ¿Es por el trato que reciben en los servicios? ¿Es porque prefieren usar métodos tradicionales? ¿Es porque prefieren ir con alguien más, como las comadronas? ¿Es por razones culturales?

47. ¿A dónde van entonces si quieren usar planificación familiar? ¿Por qué?

48. ¿Ha tenido algún problema cuando atiende a las mujeres indígenas que vienen a buscar servicios de planificación familiar? ¿Cuál?

49. ¿A qué cree que se debe esto?

50. En algunas comunidades indígenas las mujeres acostumbran usar prácticas y métodos populares o tradicionales, por ejemplo, como formas de planificación familiar, cuando están embarazadas, cuando quieren tener más hijos, o cuando tienen algún mal relacionado con el sistema reproductivo. ¿Conoce usted algunos de ellos? ¿Cuáles?

51. ¿Qué piensa usted de estas prácticas/métodos?

52. ¿Alguna vez una usuaria le mencionó alguno de estas prácticas/métodos? *Si:* ¿Qué hizo usted?

53. *Si NO:* ¿Qué haría si alguna vez una usuaria le menciona que los usa o le pregunta sobre ellos?

54. Algunas mujeres indígenas no hacen uso de los servicios de salud para sus necesidades sexuales y reproductivas y prefieren acudir a las comadronas. ¿Qué piensa usted de esto?

55. ¿Qué opina de la atención que prestan las comadronas?

56. Se han tomado algunas medidas específicas para atender las necesidades de planificación familiar y salud reproductiva de las mujeres indígenas? ¿Cuáles?

57. ¿Qué resultados han tenido estas medidas específicas?

58. ¿Qué más habría que hacer para atender las necesidades en planificación familiar y salud reproductiva de las mujeres indígenas?

59. ¿Qué hace usted si una mujer que viene por planificación familiar no habla español? *Espere y anote la respuesta y sondee.*
¿Les habla en un idioma maya?
¿Les habla en español?
¿Llama a un colega que hable un idioma maya?
¿Llama a un intérprete/alguien que pueda hablar un idioma maya?
¿Las refiere a otro establecimiento donde les puedan hablar en un idioma maya?

60. ¿Coordinan algunas actividades de planificación familiar y salud reproductiva con promotores de salud? ¿Cuáles?

61. ¿Coordinan algunas actividades de planificación familiar y salud reproductiva con comadronas? ¿Cuáles?

62. ¿Cuáles han sido los resultados de estas actividades?

63. ¿Qué piensa del trabajo con los promotores y comadronas?

64. ¿Cómo se identifica usted étnicamente?

ANEXOS

ANEXO C: Guías utilizadas en entrevistas grupales

GUIA I: Entrevistas con mujeres que NO usan métodos modernos de planificación familiar o usan métodos tradicionales, pero SI usan servicios del Ministerio de Salud

Sección A: Información general

1. ¿Qué hacen ustedes cuando se enferman o cuando alguien de su familia se enferma? ¿Con quién van? ¿Por qué? ¿En qué casos?
Espere respuestas y sondee: *En que casos/para que enfermedades buscarían ayuda con servicios de salud, promotores de salud, Comadronas? Curanderos/as, yerberos/as, sanadores/as, etcétera.*

Sección B: Cultural/ valoración y conocimiento de la PF

2. ¿Qué piensan ustedes de la planificación familiar?
3. Alguna de ustedes está haciendo algo para planificar la familia / espaciar sus embarazos / tener los hijos menos seguidos/tener menos hijos?
¿Qué es lo que hacen?
¿Qué otras formas conocen ustedes para planificar la familia?
Espere respuestas y sondee: Además de eso, ¿conocen algunas costumbres, tradiciones o creencias que se practican en la comunidad para planificar las familias? ¿Cuáles son? ¿Qué piensan ustedes de ellas?
4. ¿Alguien les ha informado sobre cómo se puede hacer para planificar la familia/espaciar los embarazos? ¿Quién y dónde les informaron sobre lo que se puede hacer?
Espere respuestas y sondee: *de familiares, en la escuela, de amigas, comadronas, promotores y otro personal comunitario, personal de los servicios de salud, medios de comunicación, otros.*
- ¿Les gustaría hacer algo o usar algo para planificar la familia/espaciar sus embarazos/tener los hijos menos seguidos/tener menos hijos?
(a) Preguntar a las que dicen sí: ¿Y por qué no están usando algún método?
(b) Preguntar a las que dicen no: ¿Por qué?
Espere respuestas y sondee: *problemas en usar el método, problemas por oposición del esposo, pareja, familia, la iglesia, y/o la comunidad, problemas en los SS (maltrato, larga espera, horarios), costo etcétera.*

6. ¿Quién decide si una mujer usa un método para planificar la familia? ¿Y quién decide el método que una mujer va a usar para planificar la familia? *Espere las respuestas y sondee:* *Las mujeres, los esposos, familiares, personal de SS, otros.* ¿Qué piensan ustedes de esto? ¿Están de acuerdo con esto?
7. ¿Qué piensan sus esposos sobre de la planificación familiar? ¿Están de acuerdo? ¿No están de acuerdo? ¿Por qué?
8. ¿Qué creen ustedes que piensa la gente de la comunidad de la planificación familiar? ¿Están de acuerdo? ¿No están de acuerdo? ¿Por qué?
¿A quién o quiénes no les parece o no están de acuerdo con la planificación familiar?
Espere respuesta y sondee: *influencia comunitaria, religiosa/iglesia otras.*
9. Si ustedes quisieran usar planificación familiar, ¿qué método preferirían usar? ¿Por qué?

Sección C: Servicios de Salud

10. ¿A qué servicio de salud van ustedes normalmente? ¿Por qué razones o en qué situaciones visitan este servicio de salud?
11. ¿Qué es lo que más les gusta de este servicio de salud?
¿Qué es lo que menos les gusta de este servicio de salud?
Espere respuesta y sondee: *Que les pareció el horario (conveniente / inconveniente), sintieron que esperaron mucho tiempo, le queda muy lejos de su casa, tratamiento por parte del personal de salud, tenían medicinas, etc.*
12. ¿En qué idioma las atiende el personal del servicio de salud? ¿En qué idioma les gustaría que las atendieran?
13. Durante sus visitas al servicio de salud, ¿el personal del servicio les ha hablado sobre planificación familiar?
¿Quién les habló?
¿Sobre qué les hablaron?
¿Qué piensan ustedes de esto?
14. Si alguna vez usted quisiera usar un método de planificación familiar, ¿iría a ese servicio de salud o a otro lado? ¿Por qué?
A las que dicen no: ¿Entonces a donde irían?

15. ¿Creen ustedes que en el servicio tratan igual a todas las mujeres?

Algunas mujeres no van a los servicios de salud cuando están enfermas.
¿Por qué creen que algunas no lo hacen?

Espera respuesta y sondee: Razones culturales / creencias? Oposición de esposo / familia, comunidad? Costumbre/preferencia?

Sección D: Accesibilidad a los Servicios de Salud que ofrecen planificación familiar

17. ¿Cuál es el servicio de salud que les queda más cercano?
¿Se ofrece planificación familiar en este servicio?
¿Cómo hacen ustedes para llegar a este servicio de salud?
¿Cuánto tiempo tardan en llegar?
Si usan algún tipo de transporte: ¿En cuánto les sale cada viaje de ida y vuelta a este servicio de salud?
18. ¿Qué problemas tienen para llegar al servicio de salud más cercano?
Espera respuesta y sondee: Tipo y estado de los accesos, frecuencia del transporte, tiempo del viaje, etcétera.

GUIA 2: Entrevistas con mujeres USUARIAS de planificación familiar en los servicios del Ministerio de Salud y de APROFAM

Sección A: Información general

1. ¿Qué hacen ustedes cuándo se enferman o cuándo alguien de su familia se enferma?
¿Con quién van?
¿Por qué?
¿En qué casos?
Espere respuestas y sondee: En qué casos o para cuáles enfermedades buscarían ayuda con promotores de salud? Comadronas? Curanderos/as, yerberos/as, sanadores/as, etcétera.

Sección B: Cultural/ valoración y conocimiento de la PF

2. ¿Por qué decidieron ustedes planificar la familia / espaciar sus embarazos / tener los hijos menos seguidos / tener menos hijos?
¿Qué es lo que a ustedes les gusta más de la planificación familiar?
¿Qué les gusta menos de la planificación familiar?
3. ¿Qué hacen ustedes / qué método están usando para planificar su familia / espaciar los embarazos / tener los hijos menos seguidos / tener menos hijos?
¿Por qué eligieron este ó estos métodos?
¿Qué otras formas conocen ustedes para planificar la familia?
Espere respuestas y sondee: Además de eso, ¿conocen algunas costumbres, tradiciones o creencias que se practican en la comunidad para planificar las familias? ¿Cuáles son? ¿Qué piensan ustedes de ellas?
4. ¿Cómo supieron lo que hay que hacer para planificar la familia / espaciar los embarazos?
¿Quién y dónde les informaron sobre lo que podían hacer?
Espere respuestas y sondee: con familiares, en la escuela, con amigas, comadronas, promotores y otro personal comunitario, personal de los servicios de salud, medios de comunicación, otros.
5. ¿Quién decide si una mujer usa un método para planificar la familia?

¿Y quién decide el método que una mujer va a usar para planificar la familia?

Espere las respuestas y sondee: Las mujeres, los esposos, familiares, personal de servicios de salud, otros.

¿Qué piensan ustedes de esto?

¿Están de acuerdo con esto?

6. ¿Qué piensan sus esposos de la planificación familiar?
¿Están de acuerdo?
¿No están de acuerdo?
¿Por qué?
7. ¿Qué creen ustedes que piensa la gente de la comunidad de la planificación familiar?
¿Están de acuerdo? ¿No están de acuerdo? ¿Por qué?
¿A quién o quiénes no les parece o no están de acuerdo con la planificación familiar?
Espere respuestas y sondee: influencia comunitaria, religiosa/iglesia, otras.
8. ¿Han tenido ustedes alguna dificultad / algún problema al obtener y/o usar planificación familiar? ¿Cuál? ¿Qué hicieron entonces?
Espere respuestas y sondee:
Problemas en usar el método / efectos secundarios
Oposición de marido, familia, comunidad, iglesia
Problemas en los servicios de salud (horario, tiempo de espera, desabastecimiento de métodos, maltrato por parte de personal de salud), etcétera.

Sección C: Servicios de Salud

9. ¿A qué servicio de salud van ustedes normalmente por planificación familiar?
¿Por qué otras razones o en qué otras situaciones visitan este servicio de salud?
¿Qué es lo que más les gusta de ese servicio de salud?
¿Qué es lo que menos les gusta?

Espere respuesta y sondee: Que les parece el horario (conveniente / inconveniente), tiempo de esperar (largo / corto), distancia de la casa,

tratamiento por parte del personal de salud, disponibilidad de medicinas / falta de medicinas o métodos.

10. Cuando fueron al servicio de salud a su primera cita para usar planificación familiar:
- ¿En qué parte del servicio de salud les informaron sobre la planificación familiar?
¿Cómo es este lugar?
¿Es un lugar privado?
¿Se sintieron cómodas y en confianza? ¿Por qué?
 - ¿Entendieron todo lo que les dijeron sobre la planificación familiar?
¿Por qué?
 - ¿Les aclararon todas sus dudas o preocupaciones sobre la planificación familiar o hay alguna duda que no les hayan aclarado?
¿Cuál duda no les aclararon?
¿Había algo más que ustedes querían saber?
¿Qué era?
 - ¿En qué idioma les informaron sobre planificación familiar?
11. Cuando les dieron por primera vez el método que usan actualmente ¿qué requisitos les pidieron para darles el método?
Espere respuestas y sondee. Por ejemplo, ¿les pidieron algún examen?
¿Alguna papelería? ¿Qué otras cosas les preguntaron o les pidieron?
12. Cuando ustedes empezaron a usar el método que usan actualmente, ¿quién decidió que ese era el método que debían usar?
Espere respuestas y sondee: ¿Lo eligieron ustedes? ¿Lo eligió su esposo?
¿Lo eligió el médico / la enfermera / la educadora / la comadrona/otros?
13. ¿Las personas que las atendieron cuando iban a empezar a usar el método que tienen ahora les recomendaron algún método en especial?
¿Les dijeron que había varios métodos y que podían elegir el método que ustedes quisieran?
¿Les mencionaron que podían cambiar de método, si ustedes lo deseaban?
14. **ÚNICAMENTE a usuarias de APROFAM:** ¿Qué piensan ustedes del precio de los servicios de planificación familiar? ¿Les parece barato? ¿Les parece caro?

15. ¿Creen ustedes que en el servicio tratan igual a todas las mujeres?
16. Algunas mujeres no van a los servicios de salud para pedir planificación familiar. ¿Por qué creen ustedes que ellas no van a los servicios?
¿Qué habría que hacer para que estas mujeres fueran a los servicios?
Espere respuestas y sondee: Razones culturales/creencias? Oposición de esposo/familia, comunidad, iglesia? Costumbre / preferencia de usar vía tradicional? Problemas con SS?

Sección D: Accesibilidad a los Servicios de Salud que ofrecen planificación familiar

17. ¿Cuál es el servicio de salud que ofrece planificación familiar que les queda más cercano?
¿Cómo hacen ustedes para llegar a este servicio de salud?
¿Cuánto tiempo tardan en llegar?
Si usan algún tipo de transporte: ¿En cuánto les sale cada viaje de ida y vuelta a este servicio de salud?
18. ¿Qué problemas tienen para llegar al servicio de salud más cercano que ofrece planificación familiar?
Espere respuesta y sondee: Tipo y estado de los accesos, frecuencia del transporte, tiempo del viaje, etcétera.

GUIA 3: Entrevistas con Vigilantes del Ministerio de Salud, promotores de APROFAM y comadronas

Sección A: Información general, mujeres indígenas

1. Según su experiencia, qué hacen las mujeres indígenas cuando se enferman o cuando alguien de su familia se enferma?
¿Con quién van?
¿Por qué?
¿En qué casos?
Espere respuesta y sondee: En que casos/para que enfermedades buscarían ayuda con promotores de salud? Comadronas? Curanderos/as, yerberos/as, sanadores/as, etcétera.?

Sección B: Cultura/ valoración y conocimiento de la PF

2. ¿Qué piensan ustedes de la planificación familiar? Para ustedes:
¿Qué es lo bueno de la planificación familiar?
¿Qué es lo malo de la planificación familiar?
3. ¿Ustedes prestan servicios de planificación familiar?
¿Qué servicios prestan?
Espere respuesta y sondee: *promoción e información, consejería, entrega de métodos, etc.*
4. **Para quienes prestan servicios de planificación familiar.**
Los que entregan métodos:
¿Qué métodos de planificación familiar tienen ustedes disponibles?
¿Cuáles son los que más recomiendan? ¿Por qué?

Los que dan consejería:
¿Hay algún tipo de método que ustedes no recomienden o casi no recomienden? ¿Por qué?
Cuando dan consejería a mujeres indígenas sobre planificación familiar, ¿en qué idioma se los dan?
¿Qué les dicen?
¿En dónde hacen esto?
¿Quiénes más están presentes además de las mujeres?

Los que hacen promoción e información:

¿Qué hacen ustedes para informar sobre planificación familiar a las mujeres indígenas? ¿En qué idioma lo hacen?
¿Qué materiales usan?
¿En qué idioma están estos materiales?

A todos los que prestan servicios de planificación familiar:

¿Qué es lo que más les gusta hacer en su trabajo con planificación familiar? ¿Por qué?
¿Qué es lo que menos les gusta hacer en su trabajo con planificación familiar? ¿Por qué?

Las siguientes preguntas son para todos, presten o no servicios de planificación familiar.

5. Para ustedes, ¿hay algunas mujeres que no pueden o no deben usar planificación familiar? ¿Por qué?
6. Conocen ustedes algunas costumbres, tradiciones o creencias que se practican en las comunidades para planificar las familias? ¿Cuáles son? ¿Qué piensan ustedes de ellas?
7. ¿Qué métodos de planificación familiar usan o prefieren las usuarias indígenas? ¿Cuáles no les gustan? ¿Por qué?
8. ¿Por qué creen ustedes que algunas mujeres indígenas no usan o no quieren usar planificación familiar? **Espere respuesta y sondee:** *problemas en usar el método, problemas por oposición del esposo, pareja, familia, la iglesia, y/o la comunidad, problemas en los SS (maltrato, larga espera, horarios), costo etcétera*
9. Según su experiencia ¿Hablar de planificación familiar con las mujeres indígenas es fácil o difícil? ¿Por qué?
10. ¿Qué es lo que más preguntan sobre planificación familiar las mujeres indígenas? ¿Hay algo de lo que no hablen o no pregunten? ¿Por qué?
11. ¿Quién decide si una mujer usa un método para planificar la familia? ¿Y quién decide el método que una mujer va a usar para planificar la familia?
Espere las respuestas y sondee: *Las mujeres, los esposos, familiares, personal de servicios de salud, y otros*
¿Qué piensan ustedes de esto? ¿Están de acuerdo con esto?

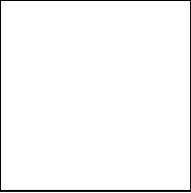
12. ¿Qué creen ustedes que piensan los hombres indígenas de la planificación familiar? ¿Están de acuerdo? ¿No están de acuerdo? ¿Por qué?
13. ¿Qué creen ustedes que piensa la gente de la comunidad de la planificación familiar?
¿Están de acuerdo? ¿No están de acuerdo? ¿Por qué?
¿A quién o quiénes no les parece o no están de acuerdo con la planificación familiar? **Espere la respuesta y sondee:** *influencia comunitaria, religiosa, otras.*
14. ¿Cómo creen que debería darse a conocer la planificación familiar en las comunidades? ¿Quién debería hacerlo? Por qué razón aconsejaría esto?
15. ¿Alguna de las mujeres indígenas que ustedes atienden han tenido alguna dificultad/algún problema al usar planificación familiar? ¿Cuál?
¿Qué hicieron ustedes?
¿Qué hicieron ellas?
Espere la respuesta y sondee: *problemas en usar el método, problemas por oposición de alguien más, problemas en los SS, etcétera.*
16. Si una mujer indígena viene con ustedes por planificación familiar, pero ustedes saben que el esposo, la familia u otras personas no están de acuerdo, ¿qué hacen ustedes?

ANEXOS

ANEXO D: Barreras médicas e institucionales 1999 y 2003

Barreras médicas e institucionales identificadas en 1999 y 2003

TIPO DE BARRERA	Descripción de la barrera	1999	2003	
Criterios inapropiados de elegibilidad ^a	Los proveedores/as requieren la autorización del cónyuge para prescribir un método	73%	43%	
	Los proveedores/as no entregan ningún método cuando no cuentan con la autorización del cónyuge	42%	19%	
	Los proveedores/as requieren que la persona haya tenido determinado número de hijos/as para recetar métodos	Píldora	43%	47%
		Inyectables	47%	46%
		DIU	64%	59%
AQV femenina		89%	73%	
AQV masculina	68%	60%		
Los proveedores/as requieren una edad mínima para recetar métodos	Píldora	56%	55%	
	Inyectables	50%	61%	
	DIU	55%	57%	
	AQV femenina	74%	70%	
	AQV masculina	48%	58%	
Los proveedores/as requieren una edad máxima para recetar métodos	Píldora	67%	80%	
	Inyectables	57%	70%	
	DIU	49%	54%	
	AQV femenina	52%	57%	
	AQV masculina	30%	43%	
Precauciones no justificadas ^b	Los proveedores/as mencionan precauciones no justificadas para entregar métodos	Píldora	85%	72%
		Inyectables	79%	67%
DIU		49%	39%	
AQV femenina		72%	43%	
AQV masculina		38%	23%	
	Los proveedores/as suspenden el uso del método por manejo inadecuado de efectos secundarios	Píldora	83%	85%
		Inyectables	72%	93%
		DIU	77%	72%
Obstáculos en los procedimientos ^c	Los proveedores/as requieren procedimientos innecesarios para entregar el método por primera vez	Píldora	61%	66%
		Inyectables	72%	72%
		DIU	68%	61%
	Los proveedores/as entregan un solo ciclo de píldoras a usuarias nuevas	63%	61%	
	Los proveedores/as entregan un solo ciclo de píldoras a usuarias de reabastecimiento	34%	27%	
Sesgos del proveedor	Los proveedores/as opinan que es el proveedor quien debe determinar el método más apropiado	38%	22%	
Restricciones a los proveedores	Los proveedores/as no han recibido capacitación o actualización en metodología anticonceptiva en los últimos dos años	51%	22%	
	Los establecimientos no ofrecen la gama completa de métodos de acuerdo a su capacidad ^d	62%	34%	
Restricciones regulatorias o normativas	Los proveedores/as no saben que existen normas o reglamentos para proveer planificación familiar en el establecimiento	35%	8%	



NOTAS:

- a. Se consideraron como criterios inapropiados de elegibilidad aquellos que no están basados en algún criterio médico.
- b. Se consideraron como precauciones no justificadas aquellas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica como criterios médicos de elegibilidad de las categorías Tipo 1 y Tipo 2, que señalan que el método se puede usar en cualquier circunstancia o generalmente.
- c. Se definieron como obstáculos aquellos procedimientos que pueden considerarse racionales o apropiados en ciertas circunstancias, principalmente preventivas, pero que no son esenciales ni obligatorios para recetar y usar métodos anticonceptivos, clasificados como procedimientos de Clase B, C, y D por la Organización Mundial de la Salud.
- d. La gama de métodos de acuerdo a la capacidad institucional se definió como sigue:

Establecimientos del Tipo 1 - Hospitales y Centros de Salud Tipo A del MSPAS; Hospitales y Consultorios del IGSS; Hospitales y Clínicas de APROFAM: Píldora, condón, inyectables, DIU, AQV masculina, AQV femenina.

Establecimientos del Tipo 2 - Centros de Salud Tipo B del MSPAS: Píldora, condón, inyectables, DIU.

Establecimientos del Tipo 3 - Puestos de salud y Centros de Convergencia del MSPAS; Promotores/as comunitarios de APROFAM: Píldora y condón.