

La Promoción del Espaciamiento de los Nacimientos Entre los Maya-Quiché de Guatemala

Por Jane Bertrand, Lidia de Mazariegos, Sandra de Salazar, Ventura Salanic, Janet Rice y Christine Kolars Sow

Contexto: *Un desafío clave para los años 90 es elevar el nivel de aceptación de los programas de planificación familiar entre los sectores de población de difícil acceso. Las poblaciones mayas de Guatemala están muy retrasadas con relación al grupo étnico principal en términos de indicadores de salud y uso de anticonceptivos.*

Métodos: *Se implantó un proyecto en 1993–1996 en el departamento de El Quiché, cuya población es predominantemente maya, con el objeto de incrementar el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos, y mejorar la actitud de la gente con respecto al espaciamiento de los nacimientos. El efecto de esta intervención fue evaluado mediante el uso de datos del programa (estadísticas de servicios regulares ofrecidos por la principal organización de planificación familiar) y datos obtenidos de la población misma (mediante una encuesta de línea base realizada en 1992 y otra de seguimiento en 1996, ambas llevadas a cabo en ocho municipios).*

Resultados: *El conocimiento de las entrevistadas de por lo menos un método y las actitudes positivas con respecto al espaciamiento de los nacimientos aumentaron considerablemente durante el período entre las dos encuestas. Por ejemplo, en tanto que sólo el 42% de las mujeres mayas de la muestra en 1992 conocían un método anticonceptivo moderno, este nivel alcanzó al 95% en la encuesta de seguimiento; además, el porcentaje que respondió que el espaciamiento de los nacimientos era “bueno” dobló durante dicho período (del 43% en 1992 al 88% en 1996). El uso actual de anticonceptivos aumentó en forma similar del 5% al 18% durante el período transcurrido entre las dos encuestas. Aumentó notablemente el número de promotores voluntarios con acceso a las mujeres maya-quiché en zonas rurales remotas—de 79 en 1993 a 144 en 1995. El diseño del estudio no pudo descartar los factores de confusión. Sin embargo, mediante análisis de regresión logística se reveló que las variables relacionadas con el programa (por ejemplo, el contacto con APROFAM y haber escuchado mensajes en los medios de difusión sobre las ventajas del espaciamiento de los nacimientos) y la experiencia reproductiva previa (haber tenido un embarazo fuera del tiempo deseado) fueron importantes variables de predicción del uso anticonceptivo, al ser controlados los factores sociales y demográficos.*

Conclusiones: *El aumento de tres puntos porcentuales en la prevalencia del uso de anticonceptivos entre la población maya de Guatemala logrado durante la ejecución de este proyecto demuestra que se puede acelerar el ritmo de adopción de métodos anticonceptivos en una población de difícil acceso. Sin embargo, el proceso requiere recursos y un compromiso a largo plazo por parte de los administradores de los programas y los donantes.*

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2000, págs 23–31

Durante las últimas tres décadas, la planificación familiar pasó de ser un tema políticamente riesgoso y culturalmente muy sensible, a convertirse en un asunto cotidiano en gran parte de América Latina. Las parejas de todos los niveles socioeconómicos han optado por compensar la cantidad con la calidad¹ (es decir, han adoptado la anticoncepción para tener menos hijos con la esperanza de ofrecerles mejores oportunidades). El nivel promedio de prevalencia de uso de anticonceptivos en la región entre las parejas casadas ha aumentado de menos del 15% a principios de los años 60, al 68% en 1999; además, la tasa global de fecundidad en la región ha disminuido notoriamente, de más de seis nacimientos du-

rante la vida de una mujer en la década de los 60, a justo menos de tres en 1999.²

Sin embargo, Guatemala presenta un gran contraste en comparación con la mayoría de los países de América Latina con respecto a la planificación familiar. Si bien se lograron modestos avances durante los últimos 15 años, en 1998 sólo 38% de las mujeres casadas se encontraban practicando la anticoncepción,³ el menor nivel de prevalencia de los países de Centroamérica.

Se puede explicar esta situación en gran parte debido a las marcadas diferencias de las tasas de aceptación entre los dos principales grupos étnicos del país—los ladinos (personas que hablan español, que tienen un estilo de vida del mundo occidental y que son el grupo dominante

desde el punto de vista económico, político y social) y los mayas (descendientes de la antigua civilización maya, quienes aún usan la vestimenta tradicional y se comunican en su hogar en lenguas indígenas). La población maya de Guatemala, que asciende al 40–50% del total del país, cuenta con 23 grupos principales de lenguas indígenas, junto con otros grupos lingüísticos más pequeños y sus dialectos particulares. En consecuencia, el idioma continúa siendo un gran obstáculo para facilitar el uso de las instalaciones de salud por parte de la población maya, dado que la mayoría de los centros de salud sólo tienen personal que habla en español.

Los mayas tienen un gran orgullo por su cultura y su patrimonio histórico, y bregan por mantener las tradiciones y valores de sus antepasados. Debido a la histórica tendencia de opresión política y económica en ese país, los diferentes grupos mayas se cierran con quienes no pertenecen a su grupo étnico y se muestran escépticos acerca de los motivos e ideas de los foráneos. Esta tendencia se pronunció aún más durante el período de violencia política ocurrido durante la década de los 80 cuando las comunidades mayas de las sierras del occidente fueron destruidas por los militares guatemaltecos e incluso en algunos casos por los guerrilleros.

Las diferencias de actitud y de conducta con respecto a la planificación familiar entre los ladinos y los mayas han sido muy

Jane Bertrand es profesora y presidenta, Department of International Health and Development, Janet Rice es profesora asociada de bioestadística, y en el momento en que se escribió este artículo, Christine Kolars Sow estudiaba su doctorado, todas ellas pertenecen a Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, Nueva Orleans, LA, EE.UU. En el momento en que se realizó la investigación que se describe en este artículo, Lidia de Mazariegos y Sandra de Salazar eran miembros de la unidad de evaluación de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM), Ciudad de Guatemala. Ventura Salanic era una becaria del Population Council, Guatemala, en el momento en que se realizó la investigación. Los autores desean agradecer a Roberto Santiso G. y a María Antonieta Pineda por su liderazgo demostrado en la iniciación del proyecto. Kjell Enge ofreció ayuda técnica para la encuesta de seguimiento. La misión de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Guatemala, financió la ejecución y la evaluación del proyecto. Los autores agradecen a Jayne Lyons, Mary McInerney y Patricia O'Connor por su apoyo en este emprendimiento.

evidentes desde que se realizaron algunos estudios en los años 70.⁴ En tanto que la prevalencia de anticonceptivos entre la población ladina mayoritaria aumentó del 27% al 50% durante los 20 años comprendidos desde 1978 a 1998, este aumento fue solamente del 4% al 13% durante el mismo período entre la población maya.⁵

La falta de interés político del gobierno de Guatemala de promover las actividades de planificación familiar explica aún más la baja prevalencia del uso de anticonceptivos. Históricamente, la asociación privada de planificación familiar, la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM) ha sido el principal proveedor de anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva (tales como atención ginecológica, cuidado prenatal, asistencia a los partos, control médico del niño sano, y tratamiento para la infertilidad y para enfermedades de transmisión sexual). APROFAM tiene clínicas en 38 ciudades y pueblos de Guatemala y cuenta con una red de distribuidores comunitarios (conocidos como promotores voluntarios).

APROFAM intentó varios proyectos pilotos para introducir la planificación familiar entre las diferentes comunidades mayas durante las décadas de los 70 y 80, pero tuvo muy poco éxito. Hacia fines de los años 80, la organización trató de mejorar sus esfuerzos para acceder a esta población, y escogió una zona básicamente indígena, el departamento de El Quiché, para realizar un estudio cualitativo con el propósito de diseñar una estrategia más adecuada. Si este emprendimiento tenía éxito, se planeaba utilizar la experiencia y conocimientos obtenidos en forma de programa modelo para ser utilizado en otros lugares. Este estudio realizado en 1990 hizo uso de grupos focales con hombres y mujeres mayas. El formato de las discusiones tuvo por objeto extraer información para comprender mejor los valores culturales que les asigna esta población a los temas de la fecundidad, sus actitudes hacia el espaciamiento de los nacimientos y el uso de anticonceptivos, y sus impresiones con respecto a APROFAM.⁶

Con base en estos resultados del estudio cualitativo y en la experiencia previa adquirida en el campo, APROFAM diseñó un programa integral—el Proyecto de Espaciamiento de Nacimientos de El Quiché—con el objeto de mejorar las actitudes de la población en esta materia e incrementar su conocimiento y uso de anticonceptivos. En este artículo, se documenta el alcance del cambio producido en las variables clave mediante el uso

de una encuesta de línea base realizada antes de la intervención en 1992 y una encuesta de seguimiento realizada en 1996.

Estrategias de la intervención

La intervención, llevada a cabo por APROFAM como un proyecto piloto dentro de su conjunto de servicios más amplio, comenzó en junio de 1993 y continuaba en función cuando fue evaluada en 1996. La intervención constó de cuatro importantes estrategias:

- *Mejorar el acceso a los servicios mediante el incremento del número de promotores voluntarios.* Antes de 1992, las principales fuentes de información y servicios de planificación familiar en El Quiché eran la clínica de APROFAM (ubicada en la capital del departamento, Santa Cruz del Quiché) y aproximadamente 70 promotores voluntarios. Si bien en las instalaciones del Ministerio de Salud de este departamento se almacenaban algunos anticonceptivos, estas entidades asignaron muy baja prioridad a los servicios de planificación familiar. Como dos de las tres fuentes mencionadas (la clínica de APROFAM y las instalaciones del Ministerio de Salud) son lugares fijos, la mejor forma para mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos fue la de incrementar el número de promotores voluntarios, especialmente el número de promotores bilingües que residían en la misma comunidad que la población que se procuraba atender.

- *Mejorar la calidad de los servicios mediante cursos de capacitación, visitas de supervisión y abastecimiento continuo de anticonceptivos.* El personal de APROFAM y del Ministerio de Salud y los promotores voluntarios recibieron cursos de capacitación (para principiantes o para refrescar conocimientos); se aumentó el número de visitas de supervisión y se realizaron esfuerzos para asegurar el suministro continuo de anticonceptivos a estos lugares.

- *Mejorar la aceptabilidad y la imagen de APROFAM, estableciendo relaciones con otros organismos de desarrollo que se han ganado la confianza de la comunidad.* La investigación cualitativa realizada en 1990 reveló que los mayas tenían una imagen negativa de APROFAM, pero éstos tenían una actitud positiva y de confianza con respecto a los otros organismos de desarrollo que actuaban en ese departamento. El personal del proyecto de intervención invirtió un tiempo considerable para establecer vínculos de cooperación con estas otras organizaciones, capacitó a su personal en cuestiones de salud reproductiva y ofreció sesiones informativas conjuntas a nivel de la comunidad.

- *Incrementar el conocimiento de los beneficios que aporta el espaciamiento de los nacimientos, mediante actividades de información, educación y comunicación.* Si bien en esta región de El Quiché se recibían los mensajes de radio y televisión que se difundían a nivel nacional, no había una comunicación especializada dirigida a este grupo poblacional. Como parte de la intervención, se prepararon varios mensajes especiales dirigidos a dicha población a través de varios medios de difusión. Tomando en consideración el elevado nivel de analfabetismo de la población de El Quiché, se consideró que la radio sería el medio de comunicación más eficaz; en consecuencia, se realizaron dos talleres para capacitar a los locutores radiales para familiarizarlos con los temas de espaciamiento entre nacimientos y uso de anticonceptivos. A su vez, ellos produjeron dos anuncios radiales que se difundieron periódicamente en las estaciones radiales durante la ejecución del proyecto. Además, el personal del proyecto utilizó un altoparlante colocado encima de un vehículo para transmitir anuncios en los lugares de mayor movimiento de la comunidad, tales como el mercado. Finalmente, APROFAM produjo un vídeo en lenguaje maya-quiché, *Juana*, que se difundió en la comunidad y sirvió para promover las discusiones después de exhibirlo.

Además de las actividades de información, educación y comunicación preparadas para este proyecto, es probable que la población estuviera expuesta a mensajes de televisión que promovían la planificación familiar, los cuales fueron desarrollados por APROFAM y que también fueron difundidos durante la ejecución del proyecto. (Si bien se disponía de material impreso en la clínica de APROFAM, dicho material hubiera tenido un impacto muy limitado en esta población, cuyos miembros son, en gran medida, analfabetos.)

La intensidad de las actividades de la intervención variaron de forma considerable durante su período de ejecución. Debido a atrasos iniciales, el proyecto no comenzó oficialmente hasta junio de 1993, cuando accedió al cargo de director un médico maya con alta capacidad de liderazgo y sólida orientación comunitaria. Sin embargo, hacia mediados de 1995, este facultativo aceptó un cargo en un organismo internacional y fue muy difícil reemplazarlo; su sucesor duró solamente dos meses. Luego de varios meses, APROFAM reconoció la amenaza potencial que constituía para el proyecto tener ese cargo vacante y a principios de 1996, comenzó a realizar actividades de super-

visión muy estrecha desde sus oficinas centrales (en forma de visitas de supervisión mensuales).

Diseño de la evaluación

Los datos utilizados para evaluar la intervención provienen de dos fuentes: estadísticas del servicio del programa recopilados por APROFAM, y dos encuestas de población. Si bien APROFAM intenta minimizar los problemas de recopilación de datos de sus proyectos con base en las clínicas y la comunidad, se mantienen datos sobre el número de instalaciones en funcionamiento y los años de protección pareja que generan. En el Proyecto de Espaciamiento de los Nacimientos de El Quiché, se recopilaron datos adicionales sobre las características de los promotores voluntarios que participaron en el programa.

Se midió el cambio de los indicadores clave mediante el uso de muestras de diseño separadas para llevar a cabo unas pruebas antes y después de la intervención.⁷ La pre-prueba (en 1992) y la post-prueba (en 1996) se realizaron en ocho municipios* de la región del sur de El Quiché, que fue seleccionada específicamente para realizar esta intervención. (Debido a la inestabilidad civil, se excluyeron las zonas del norte de El Quiché.) En la encuesta de línea base, eran elegibles todas las mujeres, mayas y ladinas, en unión (i.e., uniones formales o consensuales) de 15 a 49 años, aunque las ladinas fueron excluidas del análisis. La encuesta de seguimiento fue limitada a las mujeres mayas en unión. (Si bien se entrevistó igualmente a los hombres para la encuesta de seguimiento, éstos no fueron incluidos en el presente análisis.)

Muestreo

En ambas encuestas se utilizaron muestras de dos etapas. En la encuesta de línea base, la primera etapa consistió en preparar una lista de todos los sectores en los ocho municipios, con base en el censo de 1984; luego éstos fueron subdivididos en segmentos de aproximadamente 65 hogares cada uno, lo que dio un total de 113 segmentos correspondientes a los ocho municipios. Treinta y cuatro del total de segmentos fueron seleccionados en forma aleatoria para inclusión en la muestra.

Durante la segunda etapa, el equipo de investigaciones analizó cada segmento y seleccionó 30 hogares mediante un muestreo sistemático aleatorio. Si había más de una entrevistada elegible en una vivienda, se seleccionó a una de ellas de forma aleatoria. La tasa de respuesta para la encuesta de línea base fue del 95%. La mues-

tra final de la encuesta de línea base de 1992 constó de 846 mujeres mayas casadas de 15 a 49 años.

El enfoque del muestreo fue ligeramente modificado para la encuesta de seguimiento.[†] En forma contraria a la encuesta de línea base (para la cual la muestra en cada municipio era proporcional con relación a su tamaño), para la encuesta de seguimiento el tamaño de la muestra por municipio fue fijo (120 mujeres y 120 hombres). Sin embargo, se excluyeron a los hombres del presente análisis. Todos los datos de seguimiento fueron ponderados para reflejar con exactitud los niveles de prevalencia anticonceptiva en esta población y para asegurar la comparabilidad con los datos de línea base. La muestra de la encuesta de seguimiento ascendió a 958 mujeres mayas casadas de 15 a 49 años.

Recopilación de datos

Los datos de línea base fueron recopilados desde mayo a agosto de 1992, y los datos de seguimiento, desde octubre a diciembre de 1996. El cuestionario de la encuesta de línea base fue traducido al quiché, y luego al idioma español para su verificación.

El cuestionario de seguimiento fue casi idéntico al utilizado en la encuesta de línea base (salvo una sección con preguntas relacionadas con la participación del hombre). Los entrevistadores en ambas encuestas eran bilingües y maya-quiché, y coincidían los sexos del entrevistador y del entrevistado. Todos los entrevistadores recibieron cursos de capacitación y práctica de campo, y fueron estrechamente supervisados.

Análisis con multivariantes

Como un diseño pre-prueba y postprueba no permite atribuir los efectos o permite descartar los factores de confusión,[‡] realizamos análisis con multivariantes para obtener un mayor conocimiento de los factores relacionados con el resultado clave, el uso de anticonceptivos.

Está ampliamente reconocido que los factores de la oferta y la demanda influyen en el uso de anticonceptivos. Los factores de la oferta son aquellos relacionados con el suministro de servicios (es decir, el número y tipo de recursos de planificación familiar, el marco y la calidad de los servicios disponibles a través de esas fuentes, etc.). Los factores que influyen en la demanda (tanto para los niños como para los servicios) incluyen las características sociales y demográficas, la exposición a ideas modernas a través de los medios de difusión y las ex-

periencias reproductivas individuales. Para realizar este estudio, realizamos análisis con multivariantes para identificar los determinantes del uso de anticonceptivos utilizando 12 variables independientes—tres variables de la oferta (o contacto) y nueve variables de la demanda.

Las variables de la oferta (contacto con el programa) fueron asistir a la clínica de APROFAM, recibir una visita por un promotor voluntario y asistir a una instalación del Ministerio de Salud. Los factores de la demanda incluyeron edad de la entrevistada, educación, comprensión del español, empleo fuera del hogar, número de comodidades en el hogar, exposición a los mensajes sobre el espaciamiento de los nacimientos (a través de cuatro medios—radio, televisión, altavoces y mediante un trabajador comunitario de salud), historia previa de embarazo a destiempo, número de hijos vivos y educación del cónyuge (no indicado).

Para determinar la importancia relativa de cada uno de los factores de la oferta y la demanda para predecir el uso anticonceptivo, probamos una serie de variables que predecían el uso actual en 1992 y en 1996; asimismo, hicimos la prueba de las interacciones. Por ejemplo, si los factores sociales y demográficos fueron las únicas variables predictivas significativas de uso en ambos momentos, uno debería preguntarse si el programa de planificación familiar de Guatemala desempeñaba papel alguno para influir en el uso de anticonceptivos de esta población.

Resultados con base en el programa Disponibilidad de servicios

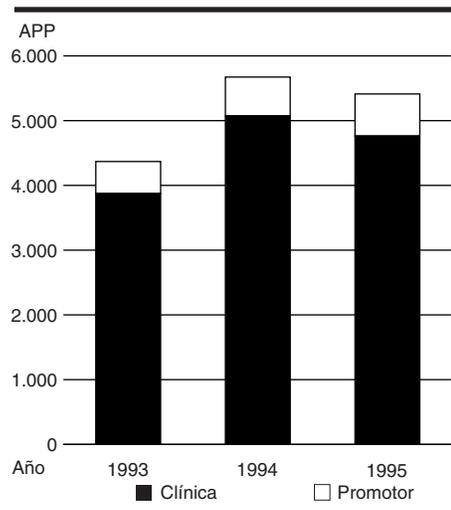
Las estadísticas regulares de servicio (para años calendario) recopiladas por APROFAM correspondientes a los años de eje-

*Chiché, Chichicastenango, Chinique, Joyabaj, Patzité, San Andrés Sajcabaja, Santa Cruz del Quiché y Zacualpa.

†El procedimiento de muestreo cambió debido a que una organización diferente suministró el control técnico para la encuesta de seguimiento, y estos datos también tuvieron por finalidad unos usos adicionales (por ejemplo, el de evaluar la participación del hombre en la planificación familiar), los cuales no son relevantes para el análisis actual.

‡El diseño ideal de evaluación hubiera sido un diseño de experimento real, el cual podría involucrar medidas evaluadas antes y después en dos grupos asignados en forma aleatoria. Sin embargo, como este tipo de "experimento verdadero" es prácticamente imposible de ejecutar (dada la necesidad de asignar a las mujeres en forma aleatoria a poblaciones experimental y control), la mejor alternativa viable hubiera sido un diseño cuasi-experimental, que involucra grupos no equivalentes de control pre-prueba y postprueba (véase referencia 7). Este último tipo de diseño no podría haber sido utilizado en nuestro estudio, porque carecemos de una "población equivalente" que no hubiera estado expuesta a los mensajes radiales difundidos como parte de la intervención.

Figura 1. Número de años de protección pareja (APP) obtenidos con anticonceptivos suministrados por los promotores voluntarios y la clínica de APROFAM, 1993–1995



cución del proyecto y los registros de la intervención indican varias tendencias. Primero, el número de promotores aumentó de 79 en 1993 a 144 en 1995. Se registraron relativamente pocos cambios desde 1993 a 1995 en el número de otros lugares de distribución de anticonceptivos, tales como las clínicas o los centros o puestos de salud.*

El porcentaje de promotores voluntarios que eran de origen maya aumentó durante la ejecución del proyecto, del 24% en 1993 al 49% en 1995, registrándose así un aumento del número de puestos de distribución con personal que podía comunicarse en maya-quiché. No obstante, al finalizar el proyecto piloto, menos de los tres quintos de los promotores (58% en 1995) eran bilingües en español y maya-quiché.

El número de métodos distribuidos por los promotores o por otras fuentes de distribución cambió muy poco desde 1993 a 1995: la clínica de APROFAM ofreció seis métodos en cada año (píldoras, DIU, inyectables, condones, esterilización femenina y vasectomía). Si bien los promotores ofrecieron a sus clientes tres métodos durante la ejecución del proyecto (píldoras, condones y espermicidas), los lugares de distribución del Ministerio de Salud ofrecían los mismos métodos en 1993 y 1994, pero en 1995 distribuían únicamente píldoras y condones.

*Las farmacias fueron otra fuente más de anticonceptivos. Seis de las ocho comunidades tenían por lo menos una farmacia privada; en estos seis pueblos, el número de farmacias varió entre tres en los pueblos más pequeños a ocho en la ciudad principal de El Quiché, Santa Cruz del Quiché. La gran mayoría de estas farmacias disponían de píldoras, condones, espermicidas y (con menos frecuencia) inyectables.

Uso de los servicios

En cuanto a los años de protección pareja ofrecidos por APROFAM durante los tres años, la gran mayoría pertenecían a los servicios de la clínica (88–89%, véase Figura 1). Además, si bien los promotores voluntarios generaron cada año un porcentaje mucho más bajo de años de protección pareja (el 11–12% restante), esta fuente de anticonceptivos es aún muy importante por razones programáticas, debido a que los promotores tienen acceso a usuarias que residen en lugares apartados. Asimismo, parte del aumento del uso registrado en las clínicas probablemente fue debido a las referencias hechas por los promotores.

El papel predominante de las clínicas refleja el hecho de que fue el único proveedor de métodos de largo plazo, tales como la esterilización o el DIU; tales métodos reciben un “crédito completo” del total de años de protección anticonceptiva durante la vida de la mujer (e.g., 10 años para la esterilización) en el año calendario en el cual se suministra el servicio. En los servicios ofrecidos en la clínica, el método que ofrecía el máximo de años de protección pareja, con mucho, fue la ligadura de trompas, seguido por el DIU, los inyectables, la píldora, y el condón o espermicidas. El porcentaje de años de protección pareja que pertenecía a la esterilización disminuyó levemente desde 1993 a 1995 (del 82% al 74%), y al mismo tiempo aumentó la proporción que correspondió al uso del DIU (del 8% al 15%), así como la correspondiente a los inyectables (del 5% al 8%). El condón y los espermicidas jugaron un papel relativamente menor en la mezcla de métodos (menos del 1% en cualquier año).

Durante los tres años, el método más ampliamente distribuido por los promotores fue en gran medida la píldora, la cual ascendió al 68–76% de los años de protección pareja ofrecidos por estos proveedores, seguida del condón, al cual se debió un aumento en la proporción de años de protección pareja generados por los promotores (del 19% en 1993 al 23% en 1995). Si bien al principio los promotores no ofrecían anticonceptivos inyectables, comenzaron a hacerlo en forma limitada en 1995; evidentemente, las estadísticas del servicio sugieren que es probable que muchas mujeres cambiaron de método en 1995, de la píldora a los inyectables. Si bien los datos obtenidos del programa sobre los años de protección pareja son útiles para controlar los niveles generales de resultados del programa, la mezcla de métodos se refleja con mayor exactitud mediante el uso de datos recopilados en la encuesta de población.

Cuadro 1. Características seleccionadas personales y de la vivienda de las mujeres mayas casadas de edad reproductiva, según el año de la encuesta, El Quiché, Guatemala

Característica	1992 (N=846)	1996 (N=958)
Edad media (en años)	28,7	28,2
% que habla un lenguaje maya en su casa/con amigos	92,7	89,6*
% que habla y comprende español	12,4	17,4*
% que usa vestimenta tradicional	97,4	97,8
% que asistió a la escuela alguna vez	29,2	34,9**
% alfabetat	24,6	26,5
% que trabaja fuera de su casa	20,0	27,3***
% que se encuentra embarazada	14,5	16,0
Distribución porcentual por religión***		
Católica	41,0	45,2
Evangélica	20,7	27,1
Tradicional	19,9	19,5
Ninguna	18,4	7,6
% con comodidades seleccionadas en el hogar		
Electricidad	11,5	45,5***
Radio	59,8	71,7***
Televisión	8,7	26,6***
Pisos recubiertos‡	6,0	19,4***
Bicicleta	11,7	34,1***
Caballo	7,4	4,5**
Automóvil o camioneta	1,7	4,7***
Motocicleta	0,5	0,7
Promedio de comodidades en el hogar	1,1	2,1***
Contacto con los medios de difusión		
% que escucha la radio todos los días	45,0	62,5***
% que mira televisión todos los días	6,9	18,5***
% que lee el periódico una vez a la semana	7,8	6,8
Promedio de hijos vivos (por edad)***		
15–19	0,9	0,9
20–24	2,0	2,6
25–29	3,5	3,3
30–34	4,6	4,7
35–39	5,8	6,0
40–44	5,9	6,7
45–49§	6,6	nd

*La diferencia por año de la encuesta es estadísticamente significativa a $p < .05$. **La diferencia por año es estadísticamente significativa a $p < .01$. ***La diferencia por año es estadísticamente significativa a $p < .001$. †Esta respuesta incluye a aquellas personas que pueden leer con facilidad o con dificultad. ‡Pisos cubiertos de madera, ladrillo o cemento. §Hubo 51 mujeres de 45–49 años en la muestra de 1992, pero menos de 10 mujeres de ese grupo etario en la encuesta de 1996. En consecuencia, no se dispone de dichos datos correspondientes a ese año. *Notas:* Algunos datos se basan en muestras de tamaño reducido, incluidos los datos sobre la edad media (muestras de 508 mujeres en 1992 y de 834 mujeres en 1996), y la proporción que habla español (790 mujeres en 1992 y 849 en 1992). En este cuadro y los siguientes, nd=no disponible.

Resultados con base en la población

Características sociales y demográficas

Iniciamos nuestro trabajo comparando las características de las mujeres de ambas encuestas, la de línea base y la de seguimiento (Cuadro 1) para identificar las diferencias de los factores sociales y demográficos entre las dos muestras que podrían afectar los resultados—es decir, las variables relacionadas con la planificación familiar. No se registraron dife-

rencias significativas entre las dos muestras en la edad promedio (unos 28–29 años), en la proporción que vestían trajes tradicionales (97–98%) y en el porcentaje que podían leer (25–27%).

Pero hubo pequeñas y coherentes diferencias estadísticamente significativas en muchas variables que reflejan cambios sociales. Por ejemplo, el porcentaje de las entrevistadas que hablaban maya-quiché en el hogar disminuyó levemente durante el período (del 93% al 90%, $p < .02$), en tanto que la proporción de las que habían asistido a la escuela aumentó (del 29% al 35%, $p < .01$); aumentó igualmente el porcentaje de las que trabajaban fuera de su hogar (del 20% al 27%, $p < .001$). Sin embargo, no podemos determinar si estos cambios reflejan la influencia subyacente de la modernización o si resultan de un error de muestreo (es decir, que la segunda muestra aleatoria utilizó una población ligeramente diferente).

Sin embargo, los datos correspondientes a la exposición a los medios de comunicación y el número de comodidades en el hogar son coherentes con el argumento de “las fuerzas de la modernización”; por ejemplo, se registraron aumentos significativos en los porcentajes de mujeres que poseían artículos modernos tales como una radio (que pasó de 60% a 72%), una televisión (de 9% a 27%), electricidad en el hogar (de 12% a 46%), pisos revestidos (de 6% a 19%) o una bicicleta (de 12% a 34%). También hubo un aumento ligero en la proporción que era propietaria de un vehículo motorizado (automóvil, camioneta o motocicleta). Además, el número promedio de comodidades en el hogar mejoró, de uno de los ocho elementos que constan en el cuadro en 1992, a dos entre aquellas entrevistadas en 1996.

La exposición de las entrevistadas a los medios de difusión aumentó marcadamente durante el período del proyecto; la proporción de mujeres que escuchaban la radio todos los días aumentó del 46% al 63%, y las que miraban televisión aumentó del 7% al 19%.* Sin embargo, el porcentaje de las personas que leían un periódico por lo menos una vez a la semana permaneció constante en un 7–8%.

Los datos correspondientes a la fecun-

*Estos datos sobre la exposición a los medios de difusión son bastante compatibles con los obtenidos en 1995 por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil—el 63% de las mujeres indígenas indicaron que escuchaban la radio todos los días, y el 27% veían televisión cada día. Las entrevistadas en nuestra encuesta no “representan” el más amplio marco de la población maya en Guatemala, pero la coherencia de los resultados permite dar mayor credibilidad a nuestros datos.

dad obtenidos de las mujeres participantes de cada encuesta reflejan los elevados niveles de fecundidad registrados entre las mujeres mayas en las encuestas demográficas y de salud nacionales. Las mujeres entre 45 y 49 años, que se presume hayan completado su vida reproductiva, tenían aproximadamente siete hijos en el momento en que se realizó la encuesta de 1992. (No se disponen de datos confiables correspondientes a la encuesta de 1996, porque era muy limitado el número de las entrevistadas que tenían 45–49 años.)

Actitudes frente a la reproducción

Los datos sobre las actitudes con respecto al espaciamiento de los nacimientos documentan varios cambios importantes entre una encuesta y otra. El porcentaje de las mujeres que creían que “es conveniente usar un método para espaciar los nacimientos” aumentó significativamente, del 43% en la encuesta de línea base al 88% en la encuesta de seguimiento (Cuadro 2). Además, el porcentaje que tenían una actitud negativa disminuyó (de 31% a 9%), y bajó de igual manera el porcentaje que “no sabían” (de 26% a 3%, $p < .001$). Entre las mujeres que alguna vez habían dado a luz, menos del 1% de las entrevistadas en 1992 indicaron que su último embarazo había sido no deseado (porque no querían tener más hijos en ese momento), en comparación con el 15% de las entrevistadas de 1996. Estos resultados son ambiguos, porque el porcentaje que indicó que su último embarazo había sido deseado “en aquel momento” aumentó del 15% al 30%.

Las respuestas acerca del embarazo actual también demuestran un cambio de actitudes a través del tiempo. Fue significativamente superior el porcentaje de mujeres embarazadas que indicaron que se encontraban felices o complacidas con el embarazo en 1992 que en 1996 (64% contra 47%); en forma inversa, aumentó el porcentaje de aquellas que estaban insatisfechas (19% contra 34%).

También cambió significativamente la receptividad de las mujeres frente a un posible embarazo: entre aquellas que no se encontraban embarazadas, disminuyó el porcentaje que indicaron que estarían felices o complacidas con un embarazo en un futuro cercano (del 28% en 1992 al 19% en 1996); y a su vez aumentó el porcentaje que indicó que no les complacería el embarazo (del 49% al 69%). La disminución a través del tiempo del porcentaje de las que dijeron que “no sabían” cómo se sentirían (del 13% al 1%) posiblemente refleja que las mujeres tenían una mayor claridad sobre este tema en la última

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres mayas casadas de edad reproductiva, según sus puntos de vista sobre asuntos relacionados con el embarazo y el parto, de acuerdo con el año de la encuesta

Característica	1992 (N=846)	1996 (N=958)
Distribución porcentual según opinión sobre espaciamiento de nacimientos***		
Bueno	42,9	88,0
Malo	31,0	8,9
No sabe	26,1	3,1
Distribución porcentual de mujeres que alguna vez dieron a luz, según su deseo con respecto al último embarazo***		
Deseado en ese momento	14,6	30,0
Deseado, pero más tarde	78,3	53,9
No deseado	0,3	14,6
No recuerda	6,7	1,5
Distribución porcentual de mujeres actualmente embarazadas, según su actitud con respecto al embarazo		
Feliz/complacida	64,2	47,1
No complacida	18,7	34,0
Indiferente	16,3	8,5
No sabe	0,8	10,4
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas, según su actitud con respecto a un embarazo en el futuro		
Feliz/complacida	27,5	19,0
No complacida	48,5	69,1
Indiferente	10,8	10,6
No sabe	13,1	1,3
% que no desea tener más hijos, por número de hijos vivos***		
Todas	23,3	51,6
0	6,0	4,9
1	8,3	29,7
2	17,3	38,5
3	15,9	56,5
4	18,5	64,8
5	33,3	65,0
≥6	42,8	70,6
% que consideraría la esterilización,† por número de hijos vivos***		
Todas	5,5	29,1
0	2,0	22,0
1	2,3	27,5
2	4,8	28,7
3	6,6	36,7
4	4,1	42,3
5	6,8	25,5
≥6	8,8	23,5

***La diferencia por año es estadísticamente significativa a $p < .001$.
†Excluye a las mujeres que ya fueron esterilizadas. Nota: Algunos datos se basan en muestras de tamaño reducido, incluidos los datos sobre las intenciones del último embarazo (806 en 1992 y 913 en 1996); sobre actitudes con respecto al embarazo actual (123 en 1992 y 153 en 1996); actitudes con respecto a un posible embarazo (723 en 1992 y 793 en 1996); y los porcentajes de mujeres no esterilizadas que considerarían someterse al procedimiento (831 en 1992 y 906 en 1996).

encuesta. No hubo cambio significativo en cuanto al porcentaje de mujeres que se encontraban embarazadas en el momento de la entrevista (15% en la encuesta de línea base, contra 16% en la de seguimiento, véase Cuadro 1).

También aumentó significativamente el interés por la esterilización femenina entre una encuesta y otra; solamente el 6% de las mujeres de la encuesta de línea base indicaron que considerarían someterse a la

Cuadro 3. Porcentaje de mujeres mayas casadas de edad reproductiva que conocían un método anticonceptivo, que lo habían usado alguna vez y que actualmente se encontraban usando un método, por el tipo de método, según la fecha de encuesta

Método	Conocían		Alguna vez usaron		Usan actualmente	
	1992	1996	1992	1996	1992	1996
Cualquier método	43,1	95,9***	7,3	24,9***	5,2	18,0***
Moderno	41,5	94,5***	5,0	18,5***	3,7	13,5***
Píldora	30,2	84,1***	2,6	7,5***	1,1	2,7
Ligadura de trompas	29,6	86,7***	0,2	4,2***	1,8	5,4
Inyectables	16,0	72,4***	1,9	5,5***	0,0	2,5
Vasectomía	9,7	56,6***	0,5	0,4	0,5	0,4
Condón	5,3	33,2***	0,2	4,4***	0,2	0,5
DIU	4,8	35,1***	0,1	1,4**	0,1	0,1
Tabletas vaginales	4,1	16,5***	0,1	0,5	0,0	1,8
Tradicional	9,5	51,9***	2,7	14,1***	1,5	4,5***
Ritmo	5,2	34,3***	1,8	8,4***	1,1	4,2
Amenorrea de la lactancia	nd	19,7	nd	5,9	nd	nd
Tés y hierbas naturales	3,2	19,3***	0,5	0,9	0,4	0,3
Retiro	1,9	6,7***	0,0	2,4***	0,0	0,0

La diferencia por año es estadísticamente significativa a $p < .01$. *La diferencia por año es estadísticamente significativa a $p < .001$.

operación una vez que tuvieran todos los hijos deseados, en comparación con el 29% de aquellas entrevistadas en la encuesta de seguimiento.

Conocimiento y uso de anticonceptivos

En la encuesta de línea base, menos de la mitad de las mujeres mayas (43%) mencionaron espontáneamente o reconocieron (cuando se les sugería) algún método anticonceptivo; el conocimiento de algún método moderno fue considerablemente más elevado que el de un método tradicional (42% contra 10%, véase Cuadro 3). Sin embargo, en el momento en que se realizó la encuesta de seguimiento, aumentó considerablemente el conocimiento sobre anticonceptivos: casi todas (95%) conocían por lo menos un método moderno y el 52% conocían algún método tradicional. En general, el 96% de las mujeres en la muestra de seguimiento podían mencionar espontáneamente o reconocer (cuando se les sugería) el nombre de por lo menos un anticonceptivo.

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían utilizado un método también aumentó durante este período. En tanto que solamente el 7% de las entrevistadas en la encuesta de línea base habían practicado alguna vez la anticoncepción (5% habían usado un método moderno, y el 3% uno tradicional), en la encuesta de seguimiento, este porcentaje había aumentado al 25% (19% para un método moderno y 14%, uno tradicional). Varias mujeres indicaron que habían utilizado ambos tipos de métodos.

Sin embargo, se logró un progreso muy limitado con respecto al conocimiento de la mujer sobre su período de mayor ferti-

lidad (datos no indicados). En tanto que sólo el 5% de la muestra de la encuesta de línea base podía responder correctamente que esto ocurrió "justo en el punto medio entre una regla y la próxima", este porcentaje fue aún más bajo (2%) entre las mujeres de la encuesta de seguimiento (resultado que probablemente se debe a un error de muestreo). Resulta especialmente preocupante este desconocimiento tan común con respecto al período fértil debido a la popularidad del método del ritmo. De hecho, entre las 40 usuarias del ritmo entrevistadas en la encuesta de seguimiento, solamente tres pudieron identificar correctamente su período fértil.

La prevalencia del uso de anticonceptivos entre mujeres casadas de edad reproductiva, un indicador clave para evaluar la eficacia de una intervención para espaciar los nacimientos a nivel de la población, aumentó significativamente, del 5% al 18%. El incremento del uso de un método moderno (del 4% al 14%) explica la mayor parte de este aumento del uso general. Los métodos que registraron los mayores aumentos en puntos porcentuales fueron la ligadura de trompas, el ritmo y los inyectables.

APROFAM fue la principal fuente de anticonceptivos de esta población, de modo que en cada encuesta, el 37-45% de las usuarias de métodos que requerían algún contacto con el proveedor mencionaron la clínica de APROFAM (Cuadro 4). Si bien fue menor el número de mujeres que obtuvo su método de manos de un promotor que de una clínica, el porcentaje de personas que recurrieron a un promotor se quintuplicó durante el período comprendido entre ambas encuestas.

Contacto con los medios y el programa

Como se señaló anteriormente, hubo un marcado aumento de la exposición de la mujer a los medios de comunicación entre 1992 y 1996. Sin embargo, el diseño del estudio no puede destacar en forma precisa cuáles fueron las actividades que provocaron los cambios en el conocimiento, las actitudes y las prácticas en materia de anticoncepción; además, no podemos descartar los factores de confusión, incluidas otras intervenciones u otros programas. No obstante, es útil identificar el nivel de contacto que tuvieron las entrevistadas con las diferentes intervenciones o actividades del programa.

Como se indica en el Cuadro 5, en 1992, sólo el 28% de las mujeres casadas habían visto o escuchado mensajes sobre el espaciamiento de los nacimientos en algún medio de difusión. La radio fue, con mucho, la fuente de mensajes más frecuentemente mencionada (22%), y en la encuesta de línea base, ningún otro medio de difusión fue mencionado en un porcentaje superior al 4%. Sin embargo, en la encuesta de seguimiento de 1996, el porcentaje de mujeres mayas a quienes llegaron dichos mensajes mediante uno o más canales de difusión saltó al 49%, siendo las dos fuentes más frecuentemente citadas la radio (24%) y los altavoces (16%).

Las respuestas a preguntas que medían el contacto verdadero con los prestadores de servicio indican que el porcentaje de entrevistadas que habían visitado alguna vez una instalación del Ministerio de Salud permaneció constante durante el período, mientras que el porcentaje de las que habían visitado la clínica de APROFAM aumentó marcadamente (del 4% al 14%).

Cuadro 4. Distribución porcentual de usuarias actuales de anticonceptivos, según la fuente del método, de acuerdo con el año de la encuesta

Fuente	1992 (N=31)	1996 (N=129)
Sector privado		
APROFAM		
Clínica	45,2	37,2
Promotores voluntarios	3,2	14,7
Hospital privado o clínica privada	6,5	7,0
Farmacia	6,5	7,0
Otra	0,0	6,2
No recuerda	6,5	13,2
Sector público		
Hospital	16,1	5,4
Centro de salud	6,5	5,4
Puesto de salud	9,7	2,3
Instalación del seguro social	0,0	1,6
Total	100,0	100,0

Cuadro 5. Porcentaje de mujeres mayas que estuvieron expuestas a los mensajes de planificación familiar a través de los medios de difusión o del contacto directo con los servicios

Fuente de mensajes o contacto	1992 (N=846)	1996 (N=958)
Medio de comunicación		
Total	27,9	49,0***
Radio	21,9	23,6
Visita domiciliaria sobre la salud del niño	3,9	4,7
Visita domiciliaria sobre el espaciamiento: por trabajador del Ministerio de Salud	0,7	2,5***
por promotor de APROFAM	0,6	4,7***
Partera tradicional	3,5	8,0***
Televisión	2,8	7,8***
Clase sobre educación sexual†	0,6	2,5***
Altavoces	0,5	16,1***
Contacto con los servicios		
% que visitó alguna vez un centro o un puesto del Ministerio de Salud	57,1	59,2
% que visitó alguna vez la clínica de APROFAM	3,8	13,7***
% que alguna vez oyó hablar de los promotores voluntarios	0,7	40,4***
% que indicó que un promotor residía en su comunidad	0,6	14,2

***La diferencia por año es estadísticamente significativa a $p < .001$. †Se usó esta pregunta solamente con las mujeres que respondieron "sí" a la siguiente pregunta: "¿Ha escuchado alguna vez sobre el curso de la vida familiar que se enseña en escuelas, conocido como 'Aprendiendo a Vivir' "?

Determinantes del uso anticonceptivo

¿Qué causó estos cambios significativos—y en algunos casos, cambios dramáticos—entre 1992 y 1996? Utilizamos análisis con multivariantes para identificar los factores relacionados con el resultado clave—la variable "uso de anticonceptivos" (Cuadro 6, página 30). En el momento en que se realizó la encuesta de línea base de 1992, cuando la prevalencia anticonceptiva fue de sólo el 5%, tres de los factores de oferta y demanda surgieron como variables significativas que predecían el uso—haber visitado la clínica de APROFAM, haber tenido un embarazo fuera del tiempo deseado y haber estado expuesta a mensaje alguno sobre el espaciamiento de los nacimientos (a través de la radio, la televisión, los altavoces o un trabajador comunitario de salud). Además, hubo una interacción significativa entre una visita a la clínica de APROFAM y exposición alguna a los mensajes sobre el espaciamiento de los nacimientos.

En consecuencia, en 1992 el grupo muy pequeño de mujeres que practicaban la anticoncepción tenían un motivo muy claro para hacerlo—la experiencia de un embarazo en un momento inoportuno. Además, las mujeres que habían visto u oído un mensaje sobre planificación familiar estaban más dispuestas a ser usuarias que aquellas que no habían estado expuestas a este tipo de mensajes.* El signo negativo del coeficiente correspondiente a la interacción entre la visita a la clínica de APROFAM y la exposición a mensajes sobre espaciamiento indica que las mujeres que

asistieron a la clínica siempre estaban más dispuestas que aquellas que no lo hicieron a convertirse en usuarias, aunque el efecto fue aún más pronunciado en la ausencia de exposición a los medios de difusión. (Es decir, para estas mujeres, "la clínica fue todo").

En el momento en que se realizó la encuesta de seguimiento en 1996, la prevalencia de uso anticonceptivo había aumentado al 18%, y de las 12 variables comprobadas, cinco resultaron significativas (y fue igualmente significativa una interacción). Tres de las cinco variables predictivas fueron iguales a los determinantes de uso en 1992—la visita a la clínica

de APROFAM, un embarazo fuera del tiempo deseado y la exposición a los mensajes sobre espaciamiento de los nacimientos. Los dos nuevos factores independientes que surgieron de la encuesta de 1996 fueron el número de comodidades en el hogar (una aproximación a la condición socioeconómica) y el número de hijos vivos de la entrevistada. Por ejemplo, las mujeres que tenían 3–4 hijos estaban casi tres veces más dispuestas a usar anticonceptivos que aquellas que tenían menos hijos, si bien este efecto no fue identificado entre las mujeres que tenían más de cuatro hijos vivos. Este resultado sugiere que las mujeres en el rango medio de paridad y de edad (de 3–4 hijos) quizá ahora tengan un mayor conocimiento sobre las alternativas de continuar teniendo hijos, en tanto que las de más edad y de más alta paridad (5 ó más hijos) están menos motivadas a practicar la anticoncepción.

La interacción significativa involucró haber tenido un embarazo a destiempo y haber asistido a la clínica de APROFAM. Entre las mujeres que habían tenido un embarazo fuera del tiempo deseado, las que habían asistido a la clínica estaban aún más dispuestas a ser usuarias que aquellas que no lo habían hecho, lo cual sugiere que la clínica les dio a las mujeres los medios para actuar con respecto a sus deseos de practicar la anticoncepción. Como se señaló anteriormente, la mayor disposición a reconocer que un nacimiento no tuvo lugar en el momento más deseado es, en sí, una señal de cambios sostenidos en el deseo de

la mujer de controlar sus deseos y acciones.

El análisis con multivariantes no demostró los efectos que podrían estar vinculados exclusivamente con la intervención del programa en El Quiché, tales como el contacto con los promotores o la exposición solamente a los mensajes radiales o por los altavoces. Sin embargo, los efectos del programa más amplio de APROFAM son reflejados en las dos variables predictivas que fueron significativas tanto en la encuesta de línea base como en la de seguimiento—la exposición a mensajes sobre el espaciamiento de los nacimientos a través de los medios de difusión, y haber visitado la clínica de APROFAM.

Discusión y conclusiones

La población maya de Guatemala representa uno de los grupos poblacionales "más difíciles de alcanzar" en América Latina.⁸ El conocimiento de métodos anticonceptivos aumentó dramáticamente entre 1992 y 1996 entre esta muestra de mujeres mayas en edad reproductiva, y sus actitudes hacia el espaciamiento de los nacimientos llegaron a ser más positivas. En forma coherente con el llamado "KAP gap", la práctica anticonceptiva (a pesar de significativos avances) se atrasó detrás del conocimiento y las actitudes.

Históricamente, la prevalencia de uso anticonceptivo entre los mayas ha aumentado en aproximadamente un 0,5 punto porcentual por año según encuestas nacionales representativas (del 4% en 1982 al 10% en 1995);⁹ en contraste, el uso de anticonceptivos aumentó en tres puntos porcentuales por año en este estudio (del 5% en 1992 al 18% en 1996).

Hay dos serias limitaciones en el diseño utilizado en este estudio. Primero, no se controló por selectividad. Quizá hay un factor intangible (tal como la disposición a aceptar ideas nuevas) que explique la razón por la cual ciertas personas procuran los mensajes en los medios de difusión y se convierten en usuarias de anticonceptivos. Segundo, el diseño del estudio no permite atribuir los cambios observados a la intervención. Sin embargo, el análisis resulta útil porque sí permite observar los cambios que ocurrieron entre una encuesta y otra. El acceso a los servicios fue crítico; haber visitado la clínica de APROFAM fue el factor más importante, tanto en la encuesta de 1992 como en la de 1996, y haber

*Sin embargo, es imposible determinar la dirección de la causalidad. Por ejemplo, en tanto que una mujer puede haber sido más proclive a usar anticonceptivos porque escuchó el mensaje, es igualmente plausible que dicha mujer puede resultar más proclive a recordar haber escuchado el mensaje porque ella ya era una usuaria.

Cuadro 6. Coeficientes de regresión estadísticamente significativos, estadísticas de prueba y razones de probabilidad (con intervalos de confianza del 95%) de análisis de regresión logística con multivariantes que predicen el uso actual de anticonceptivos en 1992 y en 1996

Variable y año	Coeficiente	Estadística de prueba	Razón de probabilidad
1992 (N=846)			
Visitó la clínica de APROFAM	4,50	6,05	†
Tuvo embarazo fuera del tiempo deseado	1,74	2,29	5,68 (1,28–25,30)
Expuesta a los medios de difusión	0,79	2,02	†
Interacción entre la clínica de APROFAM y la exposición a los medios de difusión	-2,55	-2,73	†
Impacto de la exposición a los medios con la visita a la clínica	na	na	0,17 (0,03–0,90)
Impacto de la exposición a los medios sin la visita a la clínica	na	na	2,21 (1,02–4,80)
1996 (N=958)			
Visitó la clínica de APROFAM	1,31	3,03	†
Número de hijos vivos			
3–4	1,08	4,49	2,95 (1,84–4,73)
>4	-0,15	-0,56	0,86 (0,51–1,45)
Índice de comodidades	0,59	1,72	1,80(0,92–3,53)
Expuesta a los medios de difusión	0,88	4,38	2,41(1,62–3,57)
Tuvo embarazo fuera del tiempo deseado	-0,64	-2,76	†
Interacción entre la clínica de APROFAM y la exposición a los medios de difusión	1,25	2,38	†
Impacto de la exposición a los medios con la visita a la clínica	na	na	1,84 (0,71–4,73)
Impacto de la exposición a los medios sin la visita a la clínica	na	na	0,53 (0,33–0,83)

†No se presenta la razón de probabilidad debido a la existencia de una interacción. *Notas:* Para la regresión para determinar la probabilidad del uso en 1992, *goodness of fit* $\chi^2=1,66$, *df*=3, *p*=,65. Para la regresión para determinar la probabilidad del uso en 1996, *goodness of fit* $\chi^2=30,04$, *df*=26, *p*=,27. na=no aplicable.

experimentado un embarazo a destiempo igualmente explicó el uso en ambas encuestas. La exposición a los mensajes de los medios de difusión tuvo un efecto, aun cuando se controlaron diferentes medidas de la situación socioeconómica.

En resumen, este proyecto tuvo éxito en lograr sus objetivos. Si bien la intervención involucró actividades múltiples, la estrategia básica para aumentar el conocimiento y uso de anticonceptivos consistió, sobre todo, en el ingreso de promotores voluntarios bilingües en las zonas del estudio. De hecho, casi se duplicó el número global de promotores, y el porcentaje que eran bilingües también aumentó significativamente. En forma consecuente con este aumento, los años de protección pa-

reja obtenidos con los métodos distribuidos por los promotores aumentaron sostenidamente durante los tres años que correspondieron al estudio.

Los efectos de la intervención también fueron evidentes en el incremento del porcentaje de aquéllas que habían oído hablar sobre la existencia de promotores de APROFAM, de las que indicaron que un promotor vivía en su pueblo, de las que habían obtenido su método de un promotor y de las que habían recibido una visita en su hogar para conversar sobre el espaciamiento de los nacimientos. Estos resultados destacan la ventaja de este enfoque en los futuros programas.

De estos resultados emergen varias repercusiones importantes en cuanto a las normas generales a seguir. Primero, sugieren que los mayas están abiertos a conceptos tales como el espaciamiento de los nacimientos y el uso de los anticonceptivos, si se los presentan en un entorno culturalmente apropiado. Lamentablemente, la evaluación no dio resultados sobre la exposición del vídeo *Juana*, aunque se escucharon anécdotas

que sugieren que éste fue un instrumento eficaz para estimular la discusión sobre el tema del espaciamiento en una comunidad considerada cerrada para foráneos.

Los resultados sugieren también que los programas deberán tomar ventaja de la creciente importancia de la televisión, específicamente de su habilidad para diseñar información a poblaciones aisladas y para transmitir intrínsecamente lo “moderno”. El potencial de este medio para reforzar las normas del espaciamiento de los nacimientos continúa en aumento entre esta población, debido a que durante el período del estudio se triplicó el número de personas que poseían un televisor. Si bien los elevados costos de la producción y difusión de los programas de televisión li-

mitan las posibilidades de las organizaciones sin fines de lucro para utilizar este medio, su impacto potencial y sus posibilidades de alcance bregan por invertir en este tipo de estrategia.

Además, los hallazgos indican que aun con un influjo sustancial de recursos, serán lentos los cambios en las prácticas. A pesar de las diferencias sustanciales de conocimiento y actitudes, el uso de anticonceptivos cambió relativamente poco; los niveles de uso aún continúan siendo muy bajos si se los comparan con los niveles que predominan en la mayoría de los países en desarrollo. Los donantes que tienen interés en asistir a los más pobres de los pobres de Guatemala deben reconocer que para lograr resultados tomará bastante tiempo, y que deben abocarse a esta empresa siempre teniendo presente que es a largo plazo.

El proyecto significó una de las primeras actividades de APROFAM que fue dirigida por un profesional maya. La organización reconoció la necesidad de tener una mayor diversidad étnica en su personal, especialmente a nivel de gerencia. Si bien no se puede medir el alcance del éxito del proyecto que se debió al liderazgo ejercido por el médico maya desde 1993 a 1995, éste ha sido, sin duda, un factor. El director logró un nivel de credibilidad inmediato entre sus colegas y los líderes de la comunidad, debido a su conocimiento de la región y a su capacidad para hablar el idioma. Su propia convicción acerca de los beneficios del programa y sobre la importancia de acceder a la población maya motivó en gran medida a su equipo compuesto de cuatro supervisores.

Sin embargo, la experiencia en tratar de reemplazar a este primer director indica la dificultad que existe de contratar a personas mayas para trabajar en cuestiones de salud reproductiva. Como la planificación familiar no es ampliamente aceptada entre los diferentes grupos mayas de Guatemala, no sorprende que los mayas con capacitación profesional opten por seguir otras carreras en otros sectores (tales como salud infantil y agricultura).

Finalmente, el proyecto fue diseñado en la era pre-Cairo y tenía un enfoque restringido en el espaciamiento de los nacimientos (aunque con fines de mejorar la salud materno-infantil). La corriente post-Cairo de ofrecer un conjunto más amplio de servicios puede funcionar para desestigmatizar aún más la planificación familiar para poblaciones indígenas, porque se incluirían dichos servicios en un paquete junto con otros servicios, algunos de los cuales pueden ser más atractivos que la planificación familiar en sí.

Irónicamente, cuando se inició este proyecto de investigación, la pregunta clave fue ¿podremos incrementar la aceptación de anticonceptivos entre los mayas? Ahora que los resultados del proyecto indican sólidas pruebas de que es posible hacerlo, la pregunta cambia y decimos “¿podremos hacerlo desde el punto de vista económico?” Se espera que el financiamiento para cuestiones de población proveniente de los organismos internacionales permanezca igual en Guatemala durante el futuro cercano (y, en realidad, ha disminuido desde 1997). Al mismo tiempo, la población de mujeres en edad reproductiva continúa en aumento. Es poco probable que el gobierno de Guatemala cubra esta brecha. APROFAM está convirtiéndose en una organización autosuficiente con respecto a sus servicios urbanos destinados a las mujeres ladinas, pero la recuperación de los costos no es una opción viable entre las mujeres mayas, donde la demanda de servicios anticonceptivos es, en el mejor de los casos, muy ligera.

Dentro del clima orientado hacia los resultados que predomina entre la comunidad de donantes de hoy en día, resulta riesgosa la inversión en proyectos dirigidos a los mayas o a otras poblaciones de difícil acceso. Ciertamente, este desafío se

parece mucho al que se le presentó a la planificación familiar de hace 30 años— el de acceder a las poblaciones agrarias, muy religiosas y con una sólida influencia pronatalista. Los donantes deben sentirse muy satisfechos por el hecho de que la planificación familiar se ha convertido en una palabra de uso diario en toda América Latina. Al mismo tiempo, deben reconocer el desafío que representa llegar a poblaciones que aún necesitan de su asistencia, debido a que los resultados son bastante lentos en lograrse. Se puede lograr cambios cuando se adopta el enfoque adecuado, aun entre las poblaciones de difícil alcance.

Referencias

1. Becker G y Lewis H, On the interaction between the quantity and quality of children, *Journal of Political Economy*, 81(2):5279–5288, Part II, 1973.
2. Bongaarts J, Mauldin WP y Phillips JF, The demographic impact of family planning programs, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(6):299–310; y Population Reference Bureau (PRB), *World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 1999.
3. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, U.S. Agency for International Development (USAID), United Nations International Children's Fund (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y Macro International, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1998/1999, Informe Preliminar*, Calverton, MD, EEUU: Macro Interna-

tional, 1999.

4. Bertrand JT, Pineda MA y Santiso R, Ethnic differences in family planning acceptance in rural Guatemala, *Studies in Family Planning*, 1979, 10(8–9):238–245; y Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM), *Encuesta Nacional de Fecundidad, Planificación Familiar, Salud Materno-Infantil y Comunicación de Guatemala, 1982, Primera Parte; Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil*, APROFAM: Ciudad de Guatemala, 1985.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1987*, Ciudad de Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro America y Panamá; y Columbia, MD, EEUU: Institute for Resource Development, 1989; e Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, USAID, UNICEF, FNUAP y Macro International, 1999, op. cit. (véase referencia 3).
6. Ward VM, Bertrand JT y Pauc F, Barreras socioculturales que enfrenta la planificación familiar entre los mayas de Guatemala, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1992, págs. 19–25 & 41.
7. Fisher AA et al., *Handbook for Family Planning Operations Research Design*, Nueva York: Population Council, 1991.
8. Terborgh A et al., La planificación familiar entre las poblaciones indígenas de América Latina, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1996, págs. 4–11 & 33.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989, op. cit. (véase referencia 5); e Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, USAID, UNICEF, FNUAP y Macro International, *En-*