

Dinámica de la Anticoncepción en Guatemala: 1978–1998

Por Jane T. Bertrand, Eric Seiber y Gabriela Escudero

Jane T. Bertrand es profesora, y Eric Seiber es profesor asistente en investigación, ambos del Departamento de Salud y Desarrollo Internacional de la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Louisiana, EEUU. Gabriela Escudero es especialista de evaluación, del Proyecto MEASURE Evaluación, Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane.

CONTEXTO: Guatemala se encuentra mucho más atrasada que los demás países centroamericanos con respecto a la prevalencia del uso de anticonceptivos, y existe una marcada diferencia en la práctica anticonceptiva entre los dos grupos étnicos principales—los mayas y los ladinos. Un mejor conocimiento de los factores que afectan esta práctica es esencial para realizar esfuerzos que fomenten el incremento de la prevalencia de anticonceptivos.

MÉTODOS: Se utilizaron los datos correspondientes a cuatro encuestas nacionales para examinar las tendencias del uso anticonceptivo durante el período comprendido entre 1978 y 1998. Los resultados de los análisis multivariados indican el alcance que varios factores, particularmente el origen étnico y el acceso a los servicios, tienen para influir en la dinámica de la anticoncepción.

RESULTADOS: Desde 1978 a 1998, el porcentaje de mujeres que usaban algún método aumentó del 28% al 50% entre las ladinas, y del 4% al 13% entre la población maya. Los métodos más utilizados fueron la esterilización femenina, el ritmo y la píldora, aunque en 1998, la inyección reemplazó el uso de la píldora, convirtiéndose en el tercer método anticonceptivo más popular entre las mayas. Aunque la fuente de los métodos ha ido cambiando a través del tiempo, cada encuesta reveló que las mujeres mayas y ladinas recurrían a fuentes similares. Los cambios dramáticos ocurridos con respecto a las condiciones socioeconómicas durante este período de 20 años, fueron un factor determinante en el uso de anticonceptivos; el acceso a los servicios también presenta una significativa correlación con el nivel de uso entre las mayas, una vez controlados los factores socioeconómicos.

CONCLUSIONES: La población maya es de “difícil acceso”; sin embargo, este grupo está cada vez más proclive a adoptar los servicios de planificación familiar, cuando éstos son accesibles y se presentan en una forma que resulta culturalmente aceptable.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2002, 10–19

Durante las últimas tres décadas, América Latina ha logrado grandes progresos en cuanto al uso de anticonceptivos y la reducción en la fecundidad. Hace 30 años, la tasa global de fecundidad de toda la región ascendía a aproximadamente 6,0 nacimientos vivos por mujer; para 1999, esta tasa había disminuido a 2,9. Sin embargo, en Guatemala, no se ha registrado dicha drástica reducción y la tasa global de fecundidad de este país se mantiene en 5,1, la más elevada de América Central. La tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (cualquier método) es del 38% entre las mujeres unidas de 15–49 años, mucho menor que las tasas que presentan los países vecinos, las cuales varían entre el 47% y el 75%.¹

Guatemala tiene una población de unos 12,3 millones de habitantes, la cual se divide en partes más o menos iguales entre ladinos (personas de habla hispana que ostentan el poder económico) y mayas (poblaciones indígenas usualmente rurales y menos adineradas). Esta última población está compuesta de 22 grupos principales, los cuales permanecen lingüística y culturalmente aislados, tanto entre sí como de la sociedad ladina. La población maya presenta indicadores de salud, económicos y sociales muy inferiores a la población ladina. Los bajos niveles de educación

y la residencia en zonas rurales dificultan la integración de los grupos mayas a la sociedad guatemalteca.

Además, décadas de opresión política y económica han resultado en una amplia discriminación contra los mayas, la cual engendra desconfianza hacia la población ladina.² Como descendientes de una de las principales civilizaciones del hemisferio occidental, los mayas continúan teniendo un gran orgullo de su patrimonio y sospechan de aquellos que, en nombre del progreso, desean cambiar su forma de vida. Durante los disturbios sociales ocurridos en Guatemala en la década de los ochenta, pueblos enteros fueron masacrados y muchos mayas fueron forzados a abandonar el país, lo cual reforzó la desconfianza que éstos ya tenían hacia los “forasteros”. Ante los ojos de muchos mayas, hay una gran similitud entre la promoción de la planificación familiar (interpretada como no tener hijos o matar bebés) y una actividad con fines genocidas.³

La planificación familiar comenzó en Guatemala de igual manera que en muchos países de América Latina—como respuesta por parte de un grupo de médicos, enfermeras, sociólogos y trabajadores sociales ante el problema de los embarazos no deseados. En 1965, se abrió la primera clínica de planificación familiar en la Ciudad de Guatemala,

bajo los auspicios de la entonces recién establecida Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM, afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia). A principios de la década de los setenta, el Ministerio de Salud creó la Oficina Integrada de Información, Educación y Capacitación y prometió ofrecer servicios de planificación familiar por medio de 450 instalaciones ubicadas por todo el país. Sin embargo, desde 1970 a 1999, el gobierno nunca adoptó completamente la planificación familiar, a pesar de que durante todo este período, continuó aceptando el financiamiento aportado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para actividades de población.

APROFAM continúa siendo la fuente principal de anticonceptivos en Guatemala, y cuenta con 26 clínicas y una red de puestos de distribución comunitaria de anticonceptivos. El programa de mercadeo social de la Importadora de Productos Farmacéuticos, S.A. (I PROFASA) ha incrementado el acceso a los anticonceptivos, especialmente en las zonas urbanas. El programa del Instituto de Seguridad Social ha sido más activo en cuestiones de planificación familiar a finales de la década de los noventa. Las organizaciones no gubernamentales—tanto internacionales (i.e., CARE y Population Council) como locales—están trabajando para ampliar estos servicios en las zonas rurales de Guatemala. El gobierno del Presidente Alfonso Portillo, que inició su período en enero del 2000, ha demostrado un mayor interés que sus predecesores y está tratando de fomentar la promulgación de leyes favorables a la planificación familiar y a la salud reproductiva.

En este artículo, ofrecemos un análisis detallado sobre la dinámica de la anticoncepción entre las poblaciones mayas y ladinas durante el período de 20 años comprendido entre 1978 y 1998. Nuestro análisis supera en cuatro aspectos el trabajo anteriormente publicado. Primero, examina las tendencias de unas medidas clave en el uso de anticonceptivos (el uso, la mezcla de métodos y las fuentes de métodos) y las formas en que estas tendencias difieren entre los distintos grupos étnicos. Segundo, examina la manera en que varía la práctica anticonceptiva entre los diversos grupos mayas. Tercero, constituye el primer intento de medir el efecto del acceso a los servicios de anticonceptivos en Guatemala mediante la comparación de datos de cuatro cuestionarios independientes y una encuesta llevada a cabo en puestos de planificación familiar en cuatro departamentos. Cuarto, examina los determinantes del uso de anticonceptivos para la población en general, así como entre las mayas en particular. En resumen, el análisis ofrece un mayor conocimiento de los efectos de la etnicidad sobre la dinámica de la anticoncepción en un país que se diferencia en forma significativa de la norma general de América Latina.

METODOLOGÍA

En este análisis se utilizaron cinco encuestas nacionales representativas de mujeres en edad reproductiva de Guatemala.* Dos de estas encuestas, las realizadas en 1978

y 1983, se realizaron con la asistencia técnica de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos.⁴ Las otras tres se llevaron a cabo en colaboración con Macro Internacional: Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) de 1987 y 1995–1996, y una mini-EDS de 1998.⁵ Debido a problemas técnicos con los datos de la encuesta de 1983, éstos fueron excluidos del análisis.[†]

La encuesta de 1995–1996 se realizó mediante la colaboración con una encuesta de proveedores realizada en 1997. De las cinco encuestas, sólo la EDS de 1995–1996 ofrece estimaciones confiables de las diferencias entre los subgrupos lingüísticos mayas, como resultado del sobremuestreo en cuatro departamentos.

La estimación de la proporción de personas mayas de la población general de Guatemala varía entre el 40% y el 60%; precisar el número exacto continúa siendo difícil por dos razones. En primer lugar, la identidad étnica se define de acuerdo con conceptos culturales—tales como raza, idioma e historia—en vez de criterios rigurosos y mensurables.⁶ Sin lugar a dudas, la clasificación no puede estar basada solamente en la apariencia física. Una persona indígena que abandona su traje típico y aprende a hablar el español con el tiempo puede clasificarse como ladina.

Segundo, el criterio para definir la etnicidad no se aplica en forma coherente en los distintos censos y encuestas. Entre los diferentes enfoques para clasificar a los participantes se han incluido los siguientes: contratar a entrevistadores de la zona que “conocen” la etnicidad de los participantes (censo de 1964); aplicar la definición de “maya” a las personas que usan el traje típico y que hablan un dialecto maya en su casa;⁷ utilizar la simple observación (el método principal que se ha empleado en las encuestas recientes de EDS); y usar el informe personal del encuestado mismo. Recientemente se ha registrado un resurgimiento por el interés en identificarse con la raza maya (una especie de orgullo étnico), lo cual puede mejorar en las próximas encuestas el número de las personas auto-designadas como mayas a medida que éstas se sientan más cómodas con respecto a su identidad étnica.⁸

Una parte importante del análisis fue la identificación de los determinantes del uso de anticonceptivos en Guatemala. Lo ideal sería medir la importancia relativa de los factores de la oferta y la demanda en materia del uso anticonceptivo entre ladinos y mayas, e identificar los cambios en dichos determinantes a través del tiempo. Entre los factores que influyen en la demanda se incluyen una serie de variables demográficas y socioeconómicas (edad, empleo fuera del hogar, educación, lugar de residencia urbana o

*Las encuestas de 1978 y 1987 se limitaron a mujeres de 15–44 años, en tanto que las otras incluyeron mujeres de 15–49 años. Los resultados multivariados que se presentan más adelante fueron consistentes cuando fueron excluidas las participantes de 45–49 años para lograr la comparación de edades.

†El número total de participantes fue de 3.607 en 1978; 5.160 en 1987; 12.403 en 1995–1996; y 6.021 en 1998. Sin embargo, los análisis multivariados se limitaron a las mujeres casadas de 15–49 años, llegando a un total de 1.953 en 1978; 3.377 en 1987; 8.107 en 1995–1996; y 4.045 en 1998.

CUADRO 1. Porcentaje de mujeres unidas de 15–49 años con determinadas características, por año de la encuesta y según el grupo étnico, Guatemala

Característica	1978	1987	1995	1998
Trabaja fuera del hogar				
Todas	10,8	14,5	28,9	30,7
Ladinas	11,7	17,5	32,9	33,6
Mayas	9,4	9,6	21,5	24,6
Posee radio				
Todas	73,9	65,5	80,3	81,6
Ladinas	80,9	70,8	84,9	84,0
Mayas	63,2	56,9	71,9	76,5
Posee televisión				
Todas	17,9	30,2	51,2	57,9
Ladinas	28,7	43,5	65,9	70,7
Mayas	1,6	8,6	24,2	30,3
Sin educación				
Todas	59,0	46,3	34,9	30,9
Ladinas	40,2	28,9	20,5	18,0
Mayas	87,5	74,6	61,4	58,9
Educación primaria				
Todas	33,7	44,6	47,7	49,7
Ladinas	48,1	57,0	53,9	54,6
Mayas	12,0	24,4	36,3	39,2
Educación secundaria				
Todas	6,5	8,1	14,4	17,2
Ladinas	10,4	12,5	21,0	24,3
Mayas	0,5	0,9	2,1	1,7
Educación universitaria				
Todas	0,8	0,9	2,9	2,1
Ladinas	1,3	1,5	4,5	3,0
Mayas	0,0	0,0	0,2	0,1

rural, y posesión de radio o televisión),* así como la etnicidad. Un factor clave de la oferta es el acceso a los servicios de planificación familiar, medido según la distancia o tiempo de viaje necesario para llegar al puesto más cercano en donde se ofrecen métodos modernos.

Sin embargo, nos vimos impedidos de aplicar dicho modelo debido a la falta de datos. Por ejemplo, con excepción de la EDS de 1995–1996, las encuestas no disponían de datos de diferentes subgrupos lingüísticos. Para determinar el acceso, la metodología preferida es la de vincular los datos de una encuesta de hogares con los resultados de una encuesta realizada en los establecimientos de salud de la misma región geográfica. Una vez más, estos datos fueron disponibles solamente en la EDS de 1995–1996, y aun así, únicamente los datos correspondientes a cuatro de los 22 departamentos del país. En consecuencia, pudimos investigar el papel del acceso en el uso anticonceptivo solamente en una región del país y en un momento determinado, pero no con respecto a todo el país en general y a través del tiempo.

En resumen, con los datos disponibles pudimos realizar tres análisis: uno sobre los determinantes del uso de anticonceptivos (excluido el acceso) entre las mujeres guatemaltecas durante los últimos 20 años; otro sobre los fac-

tores que influyen en el uso de anticonceptivos únicamente entre la población maya (1995–1996); y un último sobre el papel que tiene el acceso para determinar la prevalencia del uso anticonceptivo en cuatro departamentos (con base en la EDS de 1995–1996 y la encuesta realizada en los establecimientos de salud en 1997).

En los tres análisis, utilizamos el método de regresión logística. En los dos primeros, se incluyeron en la definición de “anticoncepción” todos los métodos, pero en el tercer análisis, se consideraron únicamente los métodos modernos. Las razones de momios (“odds ratios”) que produjeron estos análisis indican la importancia relativa que tiene cada variable independiente al compararse las usuarias con las no-usuarias.

Para realizar el análisis a través del tiempo, reunimos y ponderamos cada observación de las cuatro encuestas correspondientes a mujeres unidas de 15–49 años, lo que arrojó una muestra total de 17.482 mujeres. Para captar las diferencias no explícitas con respecto al uso de anticonceptivos entre los dos grupos étnicos, se creó una variable indicadora para el factor de etnicidad (cero para ladinos y uno para mayas). Los términos de interacción (entre etnicidad y las variables explicativas restantes) nos permitieron probar la hipótesis de que la educación, la condición económica y otras variables conexas surten un efecto diferente con respecto al uso de anticonceptivos entre las mayas y las ladinas. Se crearon variables indicadoras para los tres departamentos con los principales centros urbanos—Ciudad de Guatemala, Quetzaltenango y Escuintla—para así captar los posibles efectos que producen el lugar de residencia urbana (tales como un mayor acceso a los servicios o un mayor contacto con las ideas de fuera de la comunidad). Finalmente, se designaron variables indicadoras para los años 1987, 1995 y 1998 para detectar aumentos no explicados de uso de anticonceptivos ocurridos a través del tiempo; si tales aumentos no pueden ser explicados por otros factores, bien podrían reflejar los efectos del programa de planificación familiar que no se miden en forma explícita en este modelo.

Para el análisis de los factores que influían en el uso de anticonceptivos entre la población maya sola, se dispuso de datos correspondientes a 3.075 mujeres mayas de 15–49 años, casadas o que vivían en unión. Las variables explicativas fueron las mismas que se describieron directamente más arriba. Sin embargo, fue preciso introducir varios cambios. Como este estudio se realizó durante un período determinado, abandonamos la variable del año de la encuesta. Una nueva variable indicadora del lugar de residencia urbana reemplazó aquellas correspondientes a las tres ciudades específicas del primer análisis. Asimismo, la habilidad para hablar español se incluyó como una variable indicadora. Para investigar las diferencias en prevalencia entre los subgrupos mayas, se crearon variables adicionales según el idioma hablado en el hogar (español, Kaqchikel, Q'eqchi', Mam, Poqomchi' u otro). Como los K'iche' son el grupo lingüístico más numeroso y presenta una de las tasas de prevalencia anticonceptiva más bajas, lo seleccionamos como la categoría de referencia.

*La encuesta de 1978 no recopiló información sobre algunas variables que se utilizaron en las últimas encuestas, por lo cual es imposible incluirlas en un modelo que observe los cambios ocurridos durante el período de 20 años.

Finalmente, la Encuesta de Proveedores de Salud de 1997 ofrece la primera oportunidad para estudiar en forma sistemática el papel que tiene el acceso en el uso anticonceptivo en Guatemala, por lo menos en los cuatro departamentos del Altiplano en los cuales se llevó a cabo la encuesta (Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango y San Marcos).⁹ Si bien no se pueden generalizar dichos resultados a toda Guatemala, son de considerable interés porque permiten realizar comparaciones entre los dos principales grupos étnicos con respecto al acceso y su efecto en el uso de anticonceptivos. La población maya de 15–49 años constituyó el 63% del total de habitantes en estos cuatro departamentos (91% en Sololá, 96% en Totonicapán, 32% en Quetzaltenango y 38% en San Marcos).

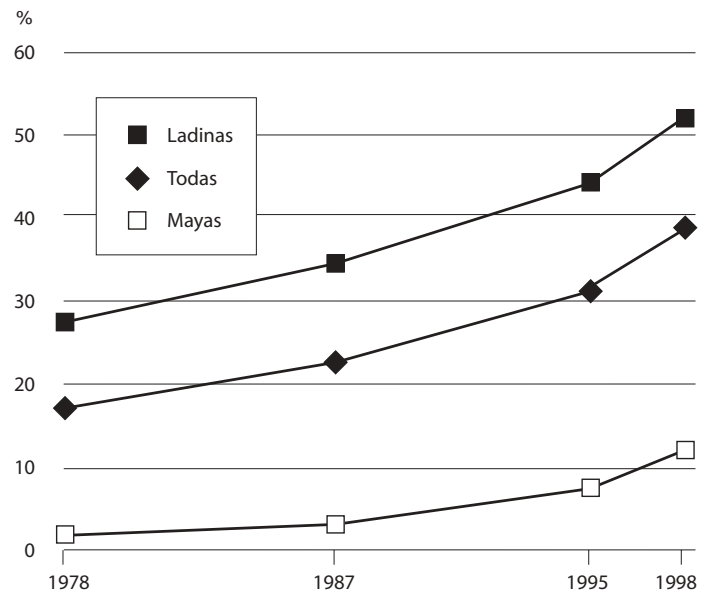
El análisis del papel que desempeña el acceso empleó una variante del modelo descrito para el análisis a través del tiempo. Se abandonaron las variables indicadoras para el año específico de la encuesta y para las tres ciudades más pobladas, aunque se agregó la variable “urbana” para el lugar de residencia. Como en el caso del primer análisis, los términos de interacción—entre etnicidad y las variables explicativas restantes—fueron ingresados para probar la hipótesis de que los factores socioeconómicos y el acceso a los servicios tienen efectos diferentes en el uso de anticonceptivos entre las poblaciones mayas y ladinas. El acceso a la planificación familiar fue medido en términos del tiempo utilizado para trasladarse al lugar de expendio de anticonceptivos y se incluyó al modelo como una variable indicadora.* El número medio de establecimientos de salud por comunidad (dentro de un tiempo límite de viaje de dos horas) fue 4,3; la mediana fue de tres establecimientos. Luego de limitar la muestra al grupo de mujeres en unión de 15–49 años, obtuvimos información sobre 1.979 mujeres para el análisis del modelo completo. En este análisis, definimos el acceso como la residencia dentro de 10 minutos o menos del establecimiento de salud.

RESULTADOS

Características socioeconómicas

Las mujeres mayas y ladinas que participaron en las cuatro encuestas tuvieron aproximadamente la misma edad (un promedio de 30–32 años). No obstante, hubo marcadas diferencias con relación a determinadas variables socioeconómicas (Cuadro 1): las ladinas eran más proclives que las mayas a trabajar fuera del hogar y poseer radio o televisión (determinantes mediatos de la condición económica); además, presentaron niveles de educación más elevados. Sin embargo, ambos grupos registraron grandes mejoras en las variables clave durante los 20 años estudiados: entre la población maya, el porcentaje de mujeres con algunos años de educación primaria se triplicó y más (del 12% al 39%). En forma similar, el porcentaje de mujeres que trabajaban fuera del hogar aumentó del 9% al 25%. El porcentaje de mayas que indicaron que poseían una televisión saltó de solamente el 2% en 1978 al 30% en 1998. Las mujeres ladinas lograron avances similares en materia de educación y de obtención de artículos electrónicos como una televisión.

FIGURA 1. Porcentaje de mujeres que usan un método anticonceptivo, por año, según grupo étnico



Prevalencia del uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos es muy diferente entre la población ladina y maya en Guatemala (Figura 1). Entre las ladinas ha aumentado la prevalencia del uso de cualquier método en forma sostenida, desde el 28% en 1978 y el 34% en 1987, al 50% en 1998. El cambio entre la población maya, en contraste, ha sido muy pequeño, del 4% en 1978 al 6% en 1987 y al 13% en 1998.† Para ambos grupos en cada encuesta, el uso de métodos modernos ascendió a por lo menos el 65% del total del uso.‡ A pesar de que desde hace más de 30 años se dispone de servicios de planificación familiar en Guatemala, los niveles actuales de prevalencia del uso anticonceptivo entre la población maya se asemejan más a los niveles entre la población del África que a las que se registran en los otros países de América Latina.

Mezcla de métodos

Durante los últimos 20 años ha predominado en Guatemala el uso de tres métodos: la esterilización femenina, la píldora y el ritmo (Cuadro 2, página 14). En cada periodo comprendido por las encuestas, la esterilización femenina ha sido el método más utilizado, tanto entre las usuarias mayas como las ladinas.

El método del ritmo es el más ampliamente utilizado entre todos los llamados “métodos tradicionales”; en 1998, su empleo representó el 78% del total de uso de métodos

*Utilizamos el tiempo de viaje en lugar de la distancia como medida de acceso, porque muchas de las informantes clave conocían el tiempo necesario que se requería para viajar a un dispensario en particular, pero no la distancia exacta.

†Las cifras publicadas sobre la prevalencia en Guatemala se basan en mujeres casadas de 15–44 años, en 1978 y 1987, y en mujeres casadas de 15–49 años en 1995 y 1998–1999.

‡Los métodos modernos son la píldora, el DIU, la inyección, el implante, la esterilización masculina y femenina, el condón y los espermicidas. Los métodos tradicionales son el ritmo, el retiro y las hierbas tradicionales.

CUADRO 2. Distribución porcentual de usuarias de anticonceptivos, por el método usado, según el año de la encuesta y el grupo étnico

Método	1978			1987			1995-1996			1998		
	Todas	Ladinas	Mayas	Todas	Ladinas	Mayas	Todas	Ladinas	Mayas	Todas	Ladinas	Mayas
Esteriliz.												
femenina	31,9	32,0	30,9	44,6	44,0	50,7	45,5	45,8	42,4	43,7	45,0	33,2
Píldora	29,3	29,4	28,5	17,0	16,9	18,3	12,2	12,3	11,3	13,1	13,2	12,1
Ritmo	15,2	14,3	23,9	12,3	12,1	14,1	11,4	10,2	21,5	14,8	13,2	28,4
DIU	7,9	7,8	9,2	7,8	8,4	1,4	8,2	8,4	6,2	5,6	6,0	2,4
Inyección	6,0	5,9	6,0	2,0	1,7	5,6	7,9	7,9	7,3	10,1	9,6	14,4
Condón	4,0	4,3	1,6	5,0	5,5	0,0	7,0	7,3	4,2	6,0	6,7	0,9
Esteriliz. masc.	2,2	2,4	0,0	4,0	3,8	5,6	4,7	4,7	4,8	2,1	2,0	2,3
Retiro	2,2	2,4	0,0	1,5	1,7	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Otro	0,4	0,5	0,0	0,5	0,6	0,0	0,2	0,1	0,7	0,4	0,3	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

tradicionales entre la población maya. A la inversa de métodos muy claramente definidos como la píldora o la esterilización femenina, el “ritmo” puede llegar a tener una diversidad de significados, especialmente entre poblaciones que tienen bajos niveles de educación. Si bien no podemos apreciar estas diferencias con base en los datos disponibles, las mujeres entrevistadas pudieron indicar que practicaban el “ritmo” en cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando controlaban cuidadosamente su ciclo menstrual con un calendario o un termómetro (o ambos a la vez), de acuerdo con las instrucciones impartidas por una trabajadora de planificación familiar; cuando evitaban tener relaciones sexuales durante el periodo de mayor nivel de fecundidad; cuando ocasional o regularmente evitaban tener relaciones sexuales con el fin de prevenir un embarazo; o cuando eran renuentes a admitir que no usaban ningún método (especialmente si no querían quedar embarazadas). Es notable que en la encuesta de 1998, sólo el 40% de las usuarias del ritmo podían identificar en forma correcta su período de fecundidad.

Si bien los dos grupos étnicos preferían los mismos métodos entre 1978 y 1995, las EDS más recientes indican que estas tendencias han comenzado a diferir. Aunque la esterilización femenina continúa siendo el método más popular entre todas las usuarias, el porcentaje de usuarias que dependen de este método es menor entre la población maya (33%) que entre la ladina (45%). Entre las usuarias mayas, el uso del ritmo representa casi la misma proporción del uso total (28%) que representa la esterilización femenina.

Debe notarse que, entre la población maya, la inyección ha pasado a ser el método más utilizado en tercer lugar (el 14% de uso), y la píldora ha pasado al cuarto lugar (12%). En forma inversa, la población ladina actualmente recurre mucho más a la esterilización femenina que a la píldora o el ritmo (ambos 13% de las usuarias); la inyección se encuentra en cuarto lugar (10%). El condón continúa siendo el método que menos se utiliza—su uso no sobrepasa el 7% de las usuarias ladinas o el 4% de las mayas.

En resumen, a pesar de las grandes diferencias de niveles de la prevalencia del uso de anticonceptivos entre ladinas y mayas, la mezcla de métodos ha sido sorprendentemente similar, al menos hasta mediados de la década de los noventa. La encuesta realizada en 1998 sugiere que actualmente hay ciertas diferencias en las preferencias de métodos.

Fuentes de métodos

Los datos sobre las fuentes de obtención según el grupo étnico y el año de la encuesta revelan varios contrastes entre los dos grupos, así como ciertas similitudes (Cuadro 3). En lo que respecta al total de la población, durante los últimos 20 años se ha observado un cambio notorio en cuanto al porcentaje de usuarias que dependen de los servicios de APROFAM, lo cual incrementó del 14% en 1978 a aproximadamente el 40% durante los últimos años del período. Durante este mismo período ha disminuido considerablemente el uso de los servicios del Ministerio de Salud, del 44% en 1978 al 21% en 1998. (En 1987 y 1995 se registraron niveles del uso del ministerio del 22% y 17%, res-

CUADRO 3. Distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos modernos, por la fuente del método, según el año de la encuesta y grupo étnico

Fuente	1978			1987			1995-1996			1998		
	Todas	Ladinas	Mayas	Todas	Ladinas	Mayas	Todas	Ladinas	Mayas	Todas	Ladinas	Mayas
APROFAM	13,7	14,7	4,3	36,7	37,0	34,5	42,0	41,7	44,2	38,2	37,4	47,6
Ministerio de Salud	44,2	43,4	52,3	21,5	20,0	36,2	17,1	16,4	24,1	20,6	19,7	29,7
Dispensario privado†	15,7	15,3	19,6	18,7	19,3	12,1	17,6	17,8	15,5	12,5	12,9	7,7
IGSS	6,8	6,9	6,1	9,7	10,0	6,9	8,1	8,2	6,8	13,7	14,9	1,0
Farmacia	15,9	16,9	6,1	7,4	7,6	5,2	11,7	12,4	5,6	11,9	12,6	4,3
Promotor de salud	1,2	0,6	7,8	3,5	3,6	1,7	1,5	1,5	1,9	1,1	1,0	1,6
Otra	2,4	2,3	3,9	2,5	2,4	3,4	2,0	2,0	1,9	2,0	1,4	8,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

†Fuentes privadas son médicos, hospitales y clínicas, y organizaciones no gubernamentales aparte de APROFAM.

pectivamente.) Durante este período de 20 años, el Ministerio de Salud vacilaba entre mantenerse neutral y negativo hacia la planificación familiar, y en ciertos momentos declaró moratorias a la distribución de servicios y anticonceptivos, o actividades de capacitación de personal.¹⁰

El uso de fuentes privadas (especialmente consultorios médicos, aunque también hospitales privados, clínicas y organizaciones no gubernamentales además de APROFAM) se ha mantenido constante en la población en general, lo cual varía del 13% al 19% durante el período de las cuatro encuestas. A través del tiempo ha aumentado la contribución del Instituto de Seguridad Social de Guatemala como fuente de métodos, del 7% en 1978 al 14% en 1998. Las farmacias también han sido la fuente de métodos anticonceptivos para el 7–16% de las usuarias. Finalmente, los trabajadoras de salud del gobierno han desempeñado un papel mínimo en la distribución de métodos anticonceptivos entre las usuarias (1–4%).

Hay ciertas diferencias étnicas evidentes con respecto a la fuente de anticonceptivos. Debido a que es pequeño el número de mujeres mayas que informaron uso alguno, especialmente en 1978 y 1987, los datos deben ser interpretados con cautela. Entre las mujeres que practicaron la anticoncepción en 1978, las ladinas eran más proclives que las mayas a obtener su método de APROFAM, si bien esta tendencia se revirtió en 1998. En cada encuesta, las pocas mayas que utilizaron anticonceptivos eran más proclives que las ladinas a indicar que adquirirían sus métodos del Ministerio de Salud, y eran menos propensas a mencionar la farmacia como su fuente.

APROFAM ha sido el proveedor más importante para las usuarias ladinas desde mediados de la década de los ochenta, y para las mayas desde mediados de los noventa. En ambos grupos se ha disminuido el papel del Ministerio de Salud como proveedor.

Uso entre los subgrupos de mayas

En 1995–1996, la estrategia de muestreo para la encuesta nacional—junto con el sobremuestreo realizado en cuatro departamentos—suministró datos representativos a nivel departamental para nueve departamentos, y en siete de éstos, la población es de un gran predominio maya. Como resultado de ello, se obtuvieron datos de cinco grupos lingüísticos mayas, representados cada uno por un total de por lo menos 350 entrevistadas. En consecuencia, la encuesta de 1995–1996 ofreció la primera oportunidad hasta la fecha para comprender mejor las diferencias que existen entre los diferentes grupos lingüísticos mayas con respecto al uso de anticonceptivos.

En el Cuadro 4 se indican unos niveles de uso general sensiblemente más elevados entre las mayas residentes de los dos principales departamentos urbanos (18% en la Ciudad de Guatemala y 22% en Quetzaltenango) que en el resto de los departamentos (donde la prevalencia del uso nunca superó al 9%). Esta disparidad es aún más evidente cuando se compara el uso alguno entre el conjunto de las áreas urbanas o rurales (22% en las áreas urbanas contra 6% en

CUADRO 4. Porcentaje de mujeres mayas usuarias de algún método anticonceptivo y de un método moderno, por determinadas características, 1995–1996

Característica	N	Algún método	Método moderno
Departamento†			
Ciudad de Guatemala	141	17,7	14,9
Quetzaltenango	155	21,9	16,1
Chimaltenango	547	8,8	5,7
Alta Verapaz	618	7,6	5,0
San Marcos	210	5,2	4,8
Sololá	459	5,9	2,4
Huehuetenango	466	5,6	5,2
Quiché	457	5,0	3,9
Totonicapán	488	3,3	2,3
Lugar de residencia			
Urbana	642	21,5	17,2
Rural	3.020	6,2	4,4
Grupo lingüístico (todos los departamentos)			
Español	756	19,0	14,6
Q'eqchi'	519	6,7	3,7
Kaqchikel	552	4,9	3,0
Mam	395	6,6	5,6
K'iche'	906	3,1	2,3
Poqomchi'	75	1,3	1,3
Otro	338	4,1	3,3
Grupo lingüístico (excluidos Ciudad de Guatemala y Quetzaltenango)			
Español	602	13,5	9,5
Q'eqchi'	518	6,8	3,7
Kaqchikel	484	5,2	3,1
Mam	362	6,6	5,8
K'iche'	866	2,1	1,4
Poqomchi'	75	1,3	1,3
Otro	338	4,1	3,3

†Se incluyen solamente aquellos cuyos datos son válidos a nivel departamental. Nota: Basado en mujeres casadas o en unión de 15–49 años.

las áreas rurales). Si se limita el análisis solamente a los métodos modernos, esta misma disparidad continúa, aunque declinan los porcentajes específicos de uso.

Las mayas de cada grupo lingüístico tienden a vivir en zonas vecinas; sin embargo, estas zonas pueden extenderse a dos o más departamentos. En el Cuadro 4 también se indica el porcentaje de mujeres mayas, casadas o en unión, que utilizaron, en 1995–1996, algún método o un método anticonceptivo moderno, según el grupo lingüístico a que pertenecían (definido como el idioma que se habla en el hogar). Si bien es potencialmente más útil que el análisis que se realiza por departamento, este análisis resulta confuso debido al importante número de mayas de diferentes grupos lingüísticos que residen en los principales centros urbanos. Cuando se excluyen los grupos que viven en la Ciudad de Guatemala o en Quetzaltenango (último panel del Cuadro 4), los niveles de uso de cualquier método varía del 1% al 14% en los diferentes grupos. Los porcentajes de uso de métodos modernos son un poco menores, y varían del 1% al 10%.

Determinantes del uso entre todas las mujeres

¿Qué determina el uso de anticonceptivos en Guatemala? La primera parte del análisis puso a prueba siete variables socioeconómicas (grupo étnico, edad, trabajo fuera del

CUADRO 5. Razones de momios (y errores estándar) de análisis de regresión logística que indican los efectos de las características socioeconómicas sobre el uso de algún método anticonceptivo, todas las mujeres, 1978–1998

Característica	Razón de momios (N=17.482)
Mayas	0,19 (0,075)**
Edad	1,04 (0,004)**
Trabaja fuera del hogar	1,42 (0,115)**
Posee radio	1,20 (0,112)*
Posee televisión	2,43 (0,224)**
Educación primaria	1,55 (0,128)**
Educación secundaria	2,54 (0,317)**
Educación universitaria	3,23 (0,686)**
Ciudad de Guatemala	1,70 (0,155)**
Escuintla	1,29 (0,126)**
Quetzaltenango	1,42 (0,187)**
1987	1,15 (0,126)
1995	1,07 (0,118)
1998	1,42 (0,175)**
Interacciones	
Maya x edad	1,00 (0,008)
Maya x trabajo	1,08 (0,173)
Maya x radio	1,25 (0,264)
Maya x televisión	1,38 (0,250)
Maya x ed. primaria	1,07 (0,176)
Maya x ed. secundaria	2,51 (0,819)**
Maya x ed. universitaria	2,38 (1,968)
Maya x 1987	0,97 (0,264)
Maya x 1995	1,05 (0,271)
Maya x 1998	1,04 (0,292)
Probabilidad logarítmica	-8.365,2

*p<.05. **p<.01. Nota: Basado en mujeres casadas o en unión de 15–49 años.

hogar, posesión de una radio, posesión de una televisión, educación y residencia urbana) como factores potenciales. Cada una de las siete variables fue significativa (Cuadro 5). La etnicidad maya redujo el uso de anticonceptivos. En contraste, las variables restantes incrementaron la probabilidad del uso—e.g., trabajo fuera del hogar, posesión de una radio o televisión y residencia en un centro urbano; el uso también aumentó de acuerdo con la edad y el nivel educativo de la mujer. Los efectos mayores se observaron entre las mujeres que habían cursado estudios de secundaria o universitarios, cuando se las comparaba con aquellas que no tenían escolaridad.

Cuando se controlaron las variables socioeconómicas, las mujeres guatemaltecas no fueron significativamente más proclives a usar anticonceptivos en 1987 y 1995 que en 1978, lo cual indica que los cambios en la prevalencia de uso hasta 1995 fueron atribuidos principalmente a cambios socioeconómicos que ocurrieron en el país. Sin embargo, el resultado significativo obtenido para el año 1998 sugiere que los factores socioeconómicos no pueden explicar completamente los cambios más recientes en la prevalencia.

La regresión logística explicó solamente el 25%* del uso de anticonceptivos en Guatemala. Si bien los factores socioeconómicos influyen claramente en la práctica anticonceptiva, otras variables no probadas en el modelo también intervienen en el proceso.

*A veces esta medida se refiere como un pseudo-R². Indica el mejoramiento de la probabilidad logarítmica debido a las variables independientes.

Determinantes del uso entre las mayas

Los resultados obtenidos con respecto a las mujeres mayas (Cuadro 6) son muy similares a los que se han identificado en todas las mujeres de Guatemala. La educación secundaria otra vez produjo los efectos más importantes: las mujeres mayas con enseñanza secundaria eran 5,8 veces más propensas a utilizar algún método anticonceptivo que aquellas que no tenían escolaridad. Las mujeres que hablaban español eran el doble más propensas a usar anticonceptivos que aquellas que hablaban únicamente un idioma maya. Después de controlar este efecto general de hablar español en el hogar, las mayas que hablaban español no eran más inclinadas a usar anticonceptivos que sus pares que hablaban K'iche' (p=0,24), probablemente porque su comportamiento más “moderno” fue captado por otras variables socioeconómicas. Finalmente, cuando se tomaron en cuenta los factores socioeconómicos y el de hablar español, las mujeres que hablaban Q'eqchi' y Mam fueron, respectivamente, 3,3 y 1,9 veces más propensas a usar anticonceptivos que las que hablaban K'iche'.

Estos resultados revelan un mensaje mixto con respecto a las diferencias por subgrupos lingüísticos. Las que hablaban Q'eqchi' y Mam eran más proclives a practicar la anticoncepción (prevalencia del uso del 7% en cada grupo) que las mujeres que pertenecían a los otros grupos mayas. Si bien la diferencia es significativa en términos estadísticos, la prevalencia es todavía muy baja de conformidad con las normas internacionales, y por lo tanto tiene una importancia programática relativamente muy pequeña (no se podría caracterizar ninguno de estos grupos como “innovadores” en términos de planificación familiar). En las encuestas anteriores, se combinaron los datos de las participantes mayas de los diferentes grupos lingüísticos bajo la categoría única “maya”, debido a que las muestras no fueron suficientemente grandes para desglosar. En aquel momento se preguntaba si la práctica de combinar los sub-

CUADRO 6. Razones de momios (y errores estándar) de análisis de regresión logística que indican los efectos de las características socioeconómicas sobre el uso de algún método anticonceptivo, mujeres mayas, 1995–1996

Característica	Razón de momios (N=3.075)
Edad	1,04 (0,009)**
Trabaja fuera del hogar	1,80 (0,318)**
Posee radio	1,37 (0,315)
Posee televisión	1,70 (0,360)*
Educación primaria	1,76 (0,341)**
Educación secundaria	5,76 (2,296)**
Habla español	2,03 (0,443)**
Reside en área urbana	2,36 (0,456)**
Grupo lingüístico†	
Español	1,30 (0,316)
Kaqchikel	1,00 (0,287)
Q'eqchi'	3,34 (0,883)**
Mam	1,91 (0,545)*
Poqomochi'	0,47 (0,487)
Otro	0,94 (0,561)
Probabilidad logarítmica	-603,9

*p<.05. **p<.01. †Grupo de referencia: K'iche'. Nota: Basado en mujeres casadas o en unión de 15–49 años.

grupos tuviera el efecto de ocultar las diferencias. Sin embargo, los datos obtenidos mediante el análisis actual sugieren que los grupos difieren relativamente poco con respecto al uso de anticonceptivos, lo cual justifica la práctica de combinarlos.

El papel del acceso

En la última parte de este análisis, se probaron los determinantes del uso de anticonceptivos, tomando en cuenta el acceso a los servicios en los cuatro departamentos con datos disponibles de la EDS de 1995–1996. La hipótesis que se desprende es que la mujer que tiene un mayor acceso a los servicios de planificación familiar es más proclive a usar anticonceptivos que aquellas que no lo tienen, una vez que se controlan los factores socioeconómicos que influyen en el uso anticonceptivo. En los cuatro departamentos estudiados, las mujeres en edad reproductiva vivían a un promedio de 4,1 km (o 34,4 minutos) de un dispensario que proveía algún tipo de anticonceptivo moderno. No se observaron diferencias por grupo étnico con respecto a la distancia—4,2 km para las mayas, en comparación con 3,8 km para las ladinas. El tiempo promedio para llegar al dispensario era de 33,6 minutos para las mayas y 35,8 minutos para las ladinas.*

Los resultados obtenidos de este análisis (Cuadro 7) fueron similares a aquellos que corresponden a la población en general. Las mayas fueron considerablemente menos proclives a usar anticonceptivos que las ladinas (razón de momios de 0,03), y los factores socioeconómicos—sobre todo el de haber cursado estudios secundarios—tuvieron un importante impacto positivo con respecto al uso de anticonceptivos.

Este modelo también incluyó dos variables indicadoras para medir el acceso a los servicios. La primera identificó a todas las mujeres que vivían a 10 minutos o menos del dispensario de servicios de planificación familiar, y la segunda—que probó si el acceso producía un efecto diferente en los dos grupos étnicos—consistió en una interacción entre la primera variable indicadora y el indicador de la etnicidad maya. Con este modelo, el tiempo para llegar al establecimiento de servicios de planificación familiar tuvo un impacto positivo significativo entre las mujeres mayas; aquellas que vivían a 10 minutos o menos del establecimiento eran 2,3 veces más inclinadas a utilizar anticonceptivos que sus pares que debían viajar más de 10 minutos. En forma inversa, el acceso no influyó en el uso de anticonceptivos entre las mujeres ladinas. Esta medida de acceso puede ser un determinante mediato del aislamiento cultural. Sin embargo, en este modelo multivariado, se podría esperar que el aislamiento cultural fuera parcialmente captado por la educación, el trabajo fuera del hogar, y la posesión de una radio o una televisión.

Realizamos varios trabajos de simulación para determinar las consecuencias de estos resultados (datos no indicados). Como un punto de referencia, para 1995–1996, el 4% de las mujeres mayas que vivían en unión en estos departamentos usaban un anticonceptivo moderno. Si todas

CUADRO 7. Razones de momios (y errores estándar) de análisis de regresión logística que indican los efectos del acceso a los servicios y las características socioeconómicas sobre el uso de un anticonceptivo moderno, todas las mujeres, cuatro departamentos, 1995–1996

Característica	Razón de momios (N=1.979)
Reside dentro de 10 minutos de fuente de servicios	
Todas las mujeres	0,86 (0,186)
Sólo mujeres mayas	2,30 (0,840)*
De etnicidad maya	0,03 (0,028)**
Edad	1,04 (0,010)**
Trabaja fuera del hogar	1,28 (0,239)
Posee radio	0,76 (0,204)
Posee televisión	2,26 (0,509)**
Educación primaria	1,36 (0,319)
Educación secundaria	2,09 (0,680)*
Reside en área urbana	1,47 (0,287)*
Interacciones	
Maya x edad	1,02 (0,018)
Maya x trabajo	1,05 (0,387)
Maya x radio	1,48 (0,836)
Maya x televisión	1,23 (0,509)
Maya x ed. primaria	1,09 (0,474)
Maya x ed. secundaria	4,84 (3,078)*
<i>Probabilidad logarítmica</i>	-583,1

*p<.05. **p<.01. Nota: Basado en mujeres casadas o en unión de 15–49 años.

las mujeres mayas vivieran a 10 minutos o menos de un establecimiento de servicios de planificación familiar, esta prevalencia aumentaría al 6% (asumiendo que las demás variables se mantuvieran constantes).

CONCLUSIONES

Los resultados indican que ha aumentado, aunque muy lentamente, el uso de anticonceptivos entre la población maya durante los últimos 20 años: del 4% en 1978 al 13% en 1998. Se ha registrado poco progreso en las zonas rurales, donde solamente el 6% de las mujeres mayas casadas o en unión usaban anticonceptivos en 1998, y aún menos (5%) usaban un método moderno. En forma inversa, el uso de anticonceptivos entre la población ladina en 1998 llegó al 50%.

Entre las usuarias de métodos anticonceptivos, las mayas y las ladinas son muy similares en términos de su mezcla de métodos. En su mayoría, los cambios de preferencias de métodos con el tiempo han sido similares en ambos grupos. (Las dos excepciones son un nivel de uso de la esterilización femenina un poco superior entre la población maya en 1987, y su uso de la inyección un poco mayor en 1998.) Esta similitud refleja principalmente que los mismos métodos estaban disponibles en diferentes momentos durante este período de 20 años, independientemente del grupo étnico de la mujer individual. Si hubo un sesgo por parte de los proveedores que influyó en la selección de los métodos, aparentemente ha ocurrido en forma similar en ambos grupos étnicos.

*Los resultados aparentemente inconsistentes correspondientes al tiempo y a la distancia (las mayas viajan mayores distancias pero las recorren en menor tiempo) se deben al hecho de que faltan observaciones de distancia.

En la medida en que las diferencias en la mezcla de métodos se den en ambos grupos, parece reflejar las circunstancias particulares de cada grupo. La disminución de la popularidad relativa de la esterilización femenina entre la población maya en 1995, podría indicar que los proveedores han cambiado de estrategia para ofrecer una gama más amplia de métodos, poniendo menos énfasis en los métodos a largo plazo. Los cambios hechos por APROFAM en los precios de los métodos, incluida la esterilización (en un intento de convertirse en una actividad autofinanciada), quizá han llevado a algunos sectores de la población maya a recurrir a otros métodos menos caros.

Los datos sugieren que algunas mujeres han cambiado al uso de la inyección, método que se encontró con mayor facilidad durante la década de los noventa (y que era más aceptable a nivel mundial luego de su aprobación en los Estados Unidos). La inyección ofrece ventajas que pueden ser particularmente atractivas a la mujer que vive en un lugar apartado de los dispensarios de servicios, que tiene recursos económicos escasos, cuyo cónyuge quizá no sabe que practica la anticoncepción, y cuyas dificultades de la vida diaria le hace difícil tomar la píldora todos los días. Finalmente, el mayor uso del ritmo entre la población maya que la ladina probablemente se debe a obstáculos al uso de los servicios de planificación familiar (tales como la distancia, el idioma, la cultura, problemas financieros), así como a la preferencia por un método “natural” para espaciar los nacimientos.

Asimismo, es notable que las fuentes de anticonceptivos ha sido, a través del tiempo, muy similar en ambos grupos. El porcentaje de todas las usuarias que obtenían su método en APROFAM aumentó marcadamente entre 1978 y 1998 (14% contra 38%); las proporciones de usuarias mayas y ladinas que obtenían sus métodos en APROFAM habían sido generalmente similares desde 1987. En cada encuesta, las usuarias mayas eran más propensas que sus pares ladinas a procurar servicios del Ministerio de Salud, lo cual indica que los servicios disponibles de bajo costo o gratuitos de esta fuente atraían a este grupo en particular. En forma inversa, las usuarias mayas eran menos inclinadas que las ladinas a obtener sus métodos en una farmacia, lo cual refleja la influencia de su lugar de residencia aislada en zonas rurales, una carencia de ingresos para comprar anticonceptivos en una farmacia y su menor nivel de uso del condón. Con todo, las pequeñas diferencias observadas anteriormente son quizá menos notorias que las similitudes que se observan en general.

De este análisis emanan varias conclusiones programáticas. Primero, continuar invirtiendo para mejorar las condiciones sociales de la población maya proveerá beneficios secundarios en términos de uso de anticonceptivos. Se observó que los efectos de haber cursado estudios secundarios y poseer radio o televisión eran más fuertes entre la población maya que entre las ladinas. Durante los últimos 20 años, ha mejorado notablemente el nivel de educación de la población maya (el porcentaje de mujeres adultas sin escolaridad disminuyó del 87% al 59%). Aún así, todavía es

posible lograr grandes adelantos: en 1998, solamente el 2% de las mujeres mayas habían cursado estudios superiores a la enseñanza secundaria. Si bien invertir en el sector de educación no cabe dentro de la capacidad de los programas de planificación familiar, los continuos esfuerzos que se realizan en la educación de la mujer en Guatemala continuarán favoreciendo a los programas de planificación familiar.

Segundo, este análisis ofrece las primeras evidencias concretas de los efectos que tiene en la población maya el acceso a los métodos anticonceptivos. A pesar de la gran influencia que tienen los factores socioeconómicos con respecto al uso de anticonceptivos (en Guatemala y en otros países), el acceso surge como una correlación significativa del uso entre la población maya en los cuatro departamentos de los cuales se dispone de datos. Las consecuencias programáticas de este resultado son que las organizaciones ejecutoras locales y los donantes internacionales deberían de continuar con las iniciativas que intentan incrementar el acceso a servicios de calidad para la población maya, ofrecidos en un entorno culturalmente apropiado.

Tercero, este análisis plantea interrogantes acerca del futuro de las inversiones en el campo de la planificación familiar para las diferentes poblaciones—maya o ladina. Debido a las grandes diferencias entre los dos grupos que se observan con respecto a la aceptación de la planificación familiar a través de los años, y a la reducción de fondos disponibles para los programas de población, los organismos internacionales han mantenido una base de financiamiento sólida para apoyar los programas dirigidos a la población maya. Esta decisión se basa en la débil demanda entre dicha población y su incapacidad para pagar por estos servicios. Los resultados de nuestro estudio apoyan esta decisión. No obstante, no debemos perder de vista el hecho de que la prevalencia del uso de anticonceptivos entre la población ladina es aún muy baja en comparación con las otras poblaciones de América Central, y será esencial continuar invirtiendo en programas de planificación familiar que alcancen a este grupo para lograr un aumento del uso de anticonceptivos en la población del país en general.

¿Les ha fallado a los mayas la distribución de los servicios de planificación familiar, o es que simplemente este grupo no está interesado en usarlos, ni aun en el caso de que se los distribuya en la puerta de su casa? Cada día es más evidente que el acceso es un factor clave, y los programas deberán reforzar sus esfuerzos para ofrecer un mejor acceso a los servicios de alta calidad. Los resultados obtenidos en un proyecto de investigación operativa llevado a cabo en El Quiché en 1992–1996 sugieren que es posible incrementar significativamente el conocimiento, las actitudes favorables y el uso de anticonceptivos si se aumenta el acceso a servicios preparados especialmente para atender las necesidades de las comunidades mayas.¹¹ A consecuencia de ese proyecto piloto, la prevalencia aumentó del 5% al 18%—un nivel de uso que corresponde a uno de los más elevados que existen para cualquier población maya fuera de las dos ciudades más populosas de Guatemala.

Los datos obtenidos con nuestros análisis ofrecen aún

mayores evidencias de que el acceso tiene un efecto favorable en el uso de anticonceptivos entre la población maya. El Population Council de Guatemala ha organizado una red de organizaciones no gubernamentales que trabajan en las comunidades mayas, la cual aumentará todavía más el acceso a servicios culturalmente apropiados.¹² En resumen, la población maya continúa siendo un sector de la población de “difícil acceso”; sin embargo, continúan acumulándose pruebas de que se pueden lograr cambios en la adopción de la planificación familiar entre este diverso grupo étnico cuando se les ofrecen los servicios en un entorno culturalmente aceptable.

REFERENCIAS

1. Population Reference Bureau (PRB), *Population Data Wall Chart*, Washington, DC: PRB, 1999.
2. Enge K y Martínez-Enge P, Land, malnutrition and health: the dilemmas of development in Guatemala, en: Stonich S, ed., *I Am Destroying the Land: The Political Ecology of Poverty and Environmental Destruction*, Boulder, CO, EEUU: Westview Press, 1993, págs. 75–101.
3. Santiso R y Bertrand JT, The stymied contraceptive revolution in Guatemala, Nueva Orleans, LA, EEUU: MEASURE Evaluation Project, 2001.
4. Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM) y U.S. Centers for Disease Control (CDC), *Encuesta Nacional de Fecundidad, Planificación y Comunicación de Guatemala–1978*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: APROFAM, 1978; y APROFAM y CDC, *Family Planning and Maternal/Child Health Survey: Guatemala, 1983*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: APROFAM, 1983.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1987*, Columbia, MD, EEUU: Institute for Resource Development/Westinghouse, 1989; Instituto Nacional de

Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1995/96*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1996; e INE et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1998–1999*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1999.

6. Cabarrus C, *La Cosmovisión K'ekchi en Proceso de Cambio*, San Salvador, El Salvador: UCA Editores, 1979.
7. Bertrand JT et al., La promoción del espaciamiento de los nacimientos entre los Maya-Quiché de Guatemala, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2000, págs. 23–31.
8. Haeussler R, Demanda total y necesidad no satisfecha de planificación familiar en Guatemala y su diferenciación étnica, ponencia preparada para el Taller de Planificación Familiar: Necesidades Actuales y Perspectivas Futuras, Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago, Chile, 27 de enero hasta 28 de marzo, 1992.
9. INCAP et al., *Salud Materno Infantil en Cuatro Departamentos del Altiplano, Resultados de la Encuesta de Proveedores de Salud*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1999.
10. Santiso R y Bertrand JT, 2001, op. cit. (véase referencia 3).
11. Bertrand JT et al., 2000, op. cit. (véase referencia 7).
12. Population Council, *Findings and Lessons Learned in Delivery of Reproductive Health Care to the Rural Mayan Population of Guatemala, from Operations Research and Diagnostic Studies, 1994–1997*, Nueva York: Population Council, 1998; Population Council, *NGO Strengthening Program, Processes and Lessons Learned*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Population Council, 1999; y Castrillo M y Evans M, *Baseline Information of Four NGO Projects in the Guatemalan Altiplano*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Population Council, 1998.

Reconocimientos

Los autores agradecen a Telma Duarte, de APROFAM, y a Edward Scholl de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, en Guatemala, por la información suministrada para la interpretación de estos resultados.

Para comunicarse con la autora: jbertrand@jhuccp.org