

Desigualdades por grupo étnico en el uso de servicios modernos de salud reproductiva en Guatemala

Por Kanako Ishida, Paul Stupp, Reina Turcios-Ruiz, Daniel B. Williams y Evelyn Espinoza

Kanako Ishida es Miembro del Oak Ridge Institute for Science and Education, Paul Stupp es estadístico, Reina Turcios-Ruiz es epidemióloga médica y Daniel B. Williams es demógrafo, todos en la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA, EEUU. Evelyn Espinoza es conferencista en la Universidad del Valle de Guatemala.

CONTEXTO: Guatemala tiene unos de los índices más bajos de salud reproductiva y las más grandes disparidades en salud en América Latina, particularmente entre las mujeres indígenas y las ladinas. Para reducir estas disparidades, es necesario comprender la forma en que las desventajas lingüísticas, socioeconómicas y residenciales de las mujeres indígenas se relacionan con su subutilización de los servicios de salud reproductiva.

MÉTODOS: Se usaron análisis de regresión logística de una muestra representativa de mujeres en edades de 15–49 de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008–2009 para estimar las disparidades étnicas en el uso que hacen las mujeres de los servicios prenatales y de parto, así como en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos. Con base en probabilidades predichas, estimamos hasta qué punto dichas disparidades entre mujeres indígenas y ladinas eran atribuibles a las barreras del lenguaje que enfrentan las indígenas, así como a su desventaja socioeconómica y residencial.

RESULTADOS: La diferencia por grupo étnico en el uso de servicios institucionales de atención prenatal fue pequeña; sin embargo, una proporción mucho menor de las mujeres indígenas que las mujeres ladinas dieron a luz en una institución de salud (36% vs. 73%); asimismo, fue importante la diferencia en la proporción con necesidad de anticonceptivos modernos satisfecha (49% vs. 72%). El hecho de no hablar español explicó la mayor parte de estos diferenciales étnicos. La deficiente escolaridad de las mujeres indígenas y su residencia en el medio rural explicaron una menor parte del diferencial étnico en el uso de anticonceptivos modernos comparado con su desventaja económica.

CONCLUSIÓN: El hecho de que una alta proporción de mujeres indígenas usan los servicios de atención prenatal sugiere que una mayor integración de los tres servicios—prenatales, durante el parto y de planificación familiar—puede aumentar el nivel de partos que ocurren en instituciones de salud y el uso de los anticonceptivos modernos. Incorporar personas que hablen los idiomas mayas locales al personal de las instituciones de salud podría también ayudar a aumentar el uso de estos servicios.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2013, pp. 14–24, doi: 10.1363/SP01413

Guatemala va a la zaga de mayoría de los países de América Latina que han experimentado transiciones demográficas y epidemiológicas en la fecundidad y en la mortalidad materna e infantil.¹ Guatemala también tiene uno de los más altos niveles de desigualdad en materia de salud en América Latina:² diversos estudios han mostrado consistentemente que las mujeres indígenas usan los servicios de salud sexual y reproductiva con menor frecuencia que las ladinas, las mujeres hispanohablantes con una mezcla de herencia hispana e indígena.^{3–6}

Aunque algunas personas sugieren que las desventajas socioeconómicas y asociadas a la residencia son los factores más importantes en la subutilización de servicios modernos de salud entre las indígenas;³ otras sostienen que ninguno de estos factores explica completamente la disparidad por grupo étnico en el uso de los servicios relacionados con el embarazo⁴ o la anticoncepción.^{5,6} Según resultados de investigaciones cualitativas, las personas indígenas en Guatemala enfrentan discriminación en las instituciones de salud que tienen personal predomina-

temente ladino; desconfían de los servicios modernos de salud y los evitan; y prefieren alternativas tradicionales a los servicios institucionales de atención prenatal y parto.⁷

En este estudio, usamos datos representativos a nivel nacional de la más reciente Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala (ENSMI), conducida en 2008–2009, para estimar la magnitud de la desigualdad étnica en el uso de servicios institucionales de atención prenatal y del parto, y en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos en las mujeres guatemaltecas. También estimamos el grado en el que esta desigualdad fue atribuible a: barreras del idioma; diferencias en nivel de educación, diferencias en quintil del bienestar (o de riqueza) de los hogares o en las características del lugar de residencia; así como factores desconocidos (residuales).

Indicadores y disparidades de salud reproductiva

Una comparación transnacional de los indicadores de salud de cuatro países de América Central puso de relieve el bajo nivel de los indicadores de salud reproductiva, materna

CUADRO 1. Distribución porcentual de los embarazos y partos, por características seleccionadas de la madre, según su origen étnico, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 2008–2009

Característica	Indígena (N=6,390)	Ladina (N=4,577)
Fluidez en el idioma español		
Sí	47.0	na
No	53.0	na
Años de escolaridad***		
0	40.5	14.5
1–5	38.0	32.9
6	11.2	17.1
7–11	7.0	20.4
≥12	3.2	15.2
Riqueza del hogar (quintil)***		
Más bajo	41.7	13.9
Segundo	26.6	19.1
Tercero	18.0	21.4
Cuarto	9.9	27.7
Más alto	3.8	18.0
Lugar de residencia***		
Rural	69.7	46.6
Urbano	21.4	27.0
Capital	9.0	26.3
Hogares con electricidad (tercil)***		
Más bajo	55.8	31.2
Medio	30.2	42.2
Más alto	14.0	26.6
Total	100.0	100.0

***p<.001. Notas: N=embarazos y partos que resultaron en nacidos vivos en un periodo de 60 meses previos a la encuesta. Se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson para identificar las asociaciones entre los embarazos y los partos de madres indígenas y ladinas y las características seleccionadas. na=no aplicable.

de infantil en Guatemala.¹ Aunque la tasa global de fecundidad (TGF) del país—el número de nacimientos que se esperaría que una mujer tuviera a lo largo de su vida, dadas las actuales tasas específicas de edad—disminuyó de 5.6 en 1987 a 4.4 en 2002; tanto la TGF como las disparidades en ella relacionadas con la condición económica, continuaron siendo las más grandes en América Latina. De manera similar, la tasa anual de mortalidad infantil en Guatemala (30 muertes por 1,000 nacidos vivos) y en niños menores de cinco años (42 por 1,000 nacidos vivos), así como los diferenciales relacionados con la condición económica en estas tasas, continuaron siendo los más altos en esos cuatro países Centroamericanos.

Las diferencias en indicadores de salud por nivel de riqueza se superponen con las diferencias por origen étnico, debido a que la gente indígena en Guatemala está sobre-representada en el estrato socioeconómico más bajo. Las diferencias étnicas en estos indicadores de salud fueron grandes en la ENSMI de 2008–2009: la TGF fue de 4.5 hijos en mujeres indígenas y de 3.1 en mujeres ladinas; y la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años fue de 51 muertes por 1,000 nacidos vivos para las mujeres indígenas y 33 por 1,000 para las mujeres ladinas.⁸

Un factor importante en la mala condición de salud de

madres y niños de Guatemala, especialmente en la población indígena, ha sido el bajo nivel de gasto público en atención a la salud.² En 2008, se estima que el gobierno guatemalteco gastó el equivalente a US\$97 per cápita en atención a la salud; el gasto total en salud representó solamente el 28% de todos los gastos del gobierno. Ambas cifras fueron más bajas que las de cualquier otro país de América Latina o el Caribe (excepto Haití), para el cual hubo datos disponibles.⁹ La baja prioridad que el gobierno ha dado a la atención de la salud materna durante las últimas décadas ha tenido un efecto particularmente adverso en las mujeres indígenas, quienes son desproporcionadamente pobres y viven principalmente en áreas rurales. Mientras que las mujeres de las clases media y alta en Guatemala, la mayoría de las cuales son ladinas, tienen capacidad para recibir servicios de salud reproductiva en clínicas y hospitales privados caros (que generalmente se ubican en las ciudades), las mujeres indígenas, si es que usan alguno de los servicios modernos de salud, tienden a usar los servicios de las instituciones de salud del gobierno, mismos que son gratuitos o fuertemente subsidiados.

Además, las personas indígenas, que generalmente hablan algún idioma maya local como lengua materna, pueden enfrentar barreras de lenguaje en las instituciones de salud, las cuales generalmente están dotadas exclusivamente de profesionales de salud ladinos que solamente hablan español, aun cuando atienden a comunidades indígenas.^{10–12} La desventaja educativa de las mujeres indígenas¹³ puede también contribuir a su bajo nivel de utilización de los servicios de salud, debido a que el logro educativo de las pacientes se asocia con el conocimiento sobre los enfoques biomédicos de la reproducción, así como con su capacidad de comunicar sus preocupaciones de salud al personal médico.¹⁴

DATOS Y MÉTODOS

En este estudio, analizamos datos de la ENSMI 2008–2009,⁸ encuesta que recolectó datos de una muestra representativa a nivel nacional de 16,819 mujeres en edades de 15–49 años. La encuesta usó un diseño de muestreo por conglomerado en etapas múltiples derivada de sectores cartográficos creados para el censo de 2002. La muestra final consistió de 733 sectores cartográficos. El diseño de muestreo por conglomerado permitió la construcción de variables a nivel comunitario para el presente estudio. En cada sector cartográfico, se seleccionaron treinta hogares de manera aleatoria; y, de cada hogar, se seleccionó al azar una mujer en edad reproductiva. La tasa de respuesta por hogar fue del 94%; y la tasa de respuesta individual fue del 95%.⁸ A lo largo del análisis utilizamos ponderaciones de la muestra para ajustar por probabilidades desiguales de la selección de hogares y mujeres.

Variables

• *Variables dependientes.* Las variables dependientes fueron el uso reciente de servicios institucionales de atención prenatal y parto; y, también, el uso actual de un método

anticonceptivo moderno. Tanto para los servicios institucionales de atención prenatal como de parto, la unidad de análisis fue el embarazo o parto; y la muestra analítica estuvo compuesta por aquellos que habían resultado en nacidos vivos durante los cinco años previos a la entrevista. Definimos el uso de servicios institucionales de atención prenatal como el haber visitado una institución de salud—incluidos los hospitales, clínicas y los centros y puestos de salud públicos, privados y no gubernamentales—al menos una vez durante un embarazo que terminó en un nacido vivo. Definimos el uso de servicios institucionales de parto como el haber dado a luz en una de esas instituciones de salud.

Para el uso de anticonceptivos modernos, la unidad de análisis fue una mujer. Para captar la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, la muestra analítica se restringió a las mujeres no embarazadas pero fértiles que reportaron haber tenido una relación sexual en los 30 días anteriores y que no deseaban tener hijos en los próximos 11 meses, sin importar su estado conyugal. Definimos el uso actual de un método anticonceptivo moderno como haber usado uno de los siguientes métodos en los 30 días previos a la entrevista: píldora, inyección, implante, condón, espermicida, DIU y esterilización masculina o femenina.

• **Variables independientes.** Nuestra principal variable independiente fue el origen étnico (indígena o ladina), el cual determinamos por las respuestas de las mujeres a la pregunta, “¿Se considera usted indígena, ladina o de otro origen étnico?” y por su idioma nativo auto-reportado. Clasificamos como indígenas a las mujeres que se identificaron a sí mismas como indígenas o que reportaron un idioma maya como su lengua nativa, sin tomar en cuenta la forma en que ellas identificaron su origen étnico. Categorizamos como ladinas a las mujeres que se identificaron a sí mismas como ladinas, o cuya lengua nativa no era un idioma maya. Excluimos de nuestro análisis a las mujeres que no identificaron su origen étnico o que lo identificaron como distinto a indígena o ladina, a menos que hubieran reportado un idioma maya como su lengua nativa.

Seleccionamos cuatro características como determinantes del uso de los servicios modernos de salud. El primero fue la fluidez en el idioma español: determinamos si una mujer indígena hablaba fluidamente el español según el idioma que reportaba como su lengua nativa o que hablaba habitualmente en su hogar. Si uno de estos idiomas era el español, entonces las clasificábamos como hispanoparlantes. El segundo, fue los años de escolaridad, variable que categorizamos como: sin escolaridad (0 años), primaria incompleta (1–5 años), primaria completa (6 años), secundaria incompleta (7–11 años), y secundaria completa y mayor (12 o más años). La tercera característica, condición económica del hogar, se dividió en quintiles de riqueza según un puntaje ponderado que reflejaba la posesión de un grupo selecto de bienes del hogar (como automóviles y máquinas lavadoras) y materiales de construcción del hogar (techo, paredes y pisos) para representar la acumulación de riqueza a largo plazo. Las ponderaciones se de-

rivaron de un análisis de los componentes principales.¹⁵

Finalmente, para captar los obstáculos geográficos en la utilización de los servicios de salud, utilizamos dos variables a nivel comunitario: lugar de residencia y grado de urbanización. El lugar de residencia tuvo tres categorías, incluido el Departamento de Guatemala que contiene a la ciudad capital nacional, otra área urbana y área rural. El grado de urbanización se construyó en terciles, según el porcentaje de los hogares de mujeres que tenían electricidad.

Estrategia analítica

Condujimos nuestro análisis en tres pasos. Primero, analizamos la distribución de las características descritas anteriormente entre las mujeres ladinas e indígenas, con el fin de explorar la proporción de mujeres indígenas con desventaja lingüística, socioeconómica o residencial. Posteriormente, evaluamos en forma separada para las mujeres indígenas y ladinas, las asociaciones bivariadas entre cada una de estas características y cada uno de los tres servicios de salud reproductiva.

En el segundo paso, construimos seis modelos de regresión logística. Los primeros cinco modelos están diseñados para evaluar la medida en que las diferencias étnicas

CUADRO 2. Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas, por características seleccionadas, según su origen étnico, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 2008–2009

Característica	Indígena (N=3,633)	Ladina (N=3,896)
Fluidez en el idioma español		
Sí	54.1	na
No	45.9	na
Años de escolaridad***		
0	37.4	12.0
1–5	37.3	30.1
6	12.3	17.3
7–11	8.4	19.9
≥12	4.6	20.7
Riqueza del hogar (quintil)***		
Más bajo	32.0	7.9
Segundo	25.8	10.1
Tercero	20.4	19.9
Cuarto	14.7	27.4
Más alto	7.1	30.8
Lugar de residencia***		
Rural	63.8	38.2
Urbano	25.2	28.6
Capital	11.1	33.2
Hogares con electricidad (tercil)***		
Más bajo	49.6	25.8
Medio	33.2	46.4
Más alto	17.3	27.8
Total	100.0	100.0

***p<.001. Notas: N=mujeres no embarazadas pero fértiles que habían tenido relaciones sexuales dentro de los 30 días previos a la encuesta y que no querían tener hijos dentro de los siguientes 11 meses. Se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson para identificar asociaciones en la distribución de mujeres indígenas y ladinas por características seleccionadas. na=no aplicable.

en la distribución de cada característica podrían explicar las diferencias étnicas en el uso que hacen las mujeres de los tres servicios de salud reproductiva. El modelo de base (modelo 1) está formado por el indicador dicotómico de origen étnico y las variables de control. En los modelos 2–5, añadimos al modelo base las cuatro características seleccionadas, una a la vez. De esta forma, añadimos fluidez en el idioma español al modelo 2; años de escolaridad al modelo 3; quintil de riqueza del hogar al modelo 4; y las dos variables residenciales al modelo 5. El modelo final (modelo 6) incluyó todas las variables, con el fin de evaluar el efecto residual de ser indígena en la probabilidad de que las mujeres usaran cada uno de los tres servicios de salud, así como la importancia relativa de cada característica como determinante del uso de esos servicios. Además, probamos la significancia de las interacciones entre el origen étnico y cada una de las características, con el objeto de determinar si el origen étnico afectaba diferencialmente el uso de los servicios de salud; sin embargo, debido a que encontramos pocas interacciones que fueran significativas, no las incluimos en nuestros modelos finales.

En el tercer y último paso, usamos las estimaciones de coeficientes obtenidas en el modelo 6 para calcular las probabilidades predichas del uso de servicios y separamos los diferenciales étnicos en las cuatro características y el residual que esas características no pueden explicar. Calculamos entonces la probabilidad predicha de que las mujeres indígenas usaran cada servicio al aplicar los promedios ponderados para cada una de las características de las mujeres indígenas de la muestra. En este punto, otras variables de control se ajustaron a sus respectivos promedios ponderados para toda la muestra. Cada valor fue reemplazado secuencialmente por el promedio ponderado para cada una de las variables de la muestra de mujeres ladinas, con el fin de calcular la probabilidad predicha de que las mujeres indígenas habrían usado el servicio si hubieran tenido la característica que era típica de las mujeres ladinas. El residual representa la estimación del coeficiente de ser indígena en el modelo 6; y consiste en características desconocidas asociadas con este hecho y que no pueden ser explicadas por las variables incluidas en el modelo.

Los análisis controlaron por la edad de la madre al momento del parto (solamente para servicios relacionados con el embarazo), la edad actual (solamente para el uso de anticonceptivos)^{16,17} la paridad¹⁸ y el actual estado conyugal.

RESULTADOS

Resultados descriptivos

En general, las mujeres indígenas tuvieron menor escolaridad y proporciones mayores vivían en los quintiles de riqueza más bajos, que las mujeres ladinas; y proporciones más grandes de mujeres indígenas que de mujeres ladinas vivían en áreas rurales y en comunidades con poco acceso a la electricidad.

De los embarazos (o partos) de las mujeres indígenas, 41% ocurrieron en las mujeres que carecían de escolaridad,

CUADRO 3. Porcentaje de embarazos que recibieron servicios institucionales de atención prenatal, porcentaje de partos que tuvieron lugar en una institución y porcentaje de mujeres con una demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, según características seleccionadas, por origen étnico de la mujer, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 2008–2009

Característica	Servicios institucionales de atención prenatal		Servicios institucionales de parto		Demanda satisfecha de anticonceptivos modernos	
	Indígena	Ladina	Indígena	Ladina	Indígena	Ladina
Todas	74.0	86.0	36.0	73.0	48.9	72.2
Fluidez en el idioma español						
Sí	80.1	na	55.1	na	59.6	na
No	68.5	na	19.0	na	36.4	na
Años de escolaridad						
0	65.8	69.7	21.0	42.6	40.4	58.1
1–5	74.9	79.4	35.4	61.1	48.0	70.3
6	82.9	89.8	52.2	78.2	60.6	72.5
7–11	90.8	95.2	76.4	91.9	68.3	79.3
≥12	97.5	99.1	88.7	97.8	59.1	75.9
Riqueza del hogar (quintil)						
Más bajo	67.0	70.5	17.0	33.2	36.0	52.1
Segundo	73.7	79.6	32.6	55.3	42.4	66.6
Tercero	77.9	82.8	50.5	73.8	56.4	66.5
Cuarto	89.2	92.3	78.6	89.6	66.6	80.4
Más alto	93.2	98.7	88.6	96.3	73.4	76.3
Lugar de residencia						
Rural	70.2	79.1	24.6	56.0	42.0	67.0
Urbano	80.1	91.9	53.4	85.3	56.9	75.9
Capital	88.5	92.1	82.6	90.6	70.6	74.9
Hogares con electricidad (tercil)						
Más bajo	68.4	78.9	22.5	53.0	42.1	66.5
Medio	80.4	89.2	48.8	81.1	53.1	74.8
Más alto	82.1	89.1	62.5	83.5	60.6	73.0

Nota: Según la prueba Chi cuadrada de Pearson, los porcentajes de mujeres dentro de cada grupo étnico que usan cada servicio difiere por característica: a p=.003 para el uso de anticonceptivos modernos por parte de las mujeres ladinas, por condición de la electricidad en el hogar; y a p<.001 para todas las otras características. na=no aplicable.

dad, comparadas con 15% entre sus contrapartes ladinas (Cuadro 1, página 15). Cuarenta y dos por ciento de los embarazos (o partos) de las mujeres indígenas ocurrieron en mujeres que vivían en el quintil más bajo de riqueza del hogar, comparado con 14% de las mujeres ladinas; 70% de los embarazos (o partos) de las mujeres indígenas ocurrieron en áreas rurales, en comparación con 47% de los embarazos (o partos) de mujeres ladinas. Finalmente, 56% de los embarazos (o partos) de las mujeres indígenas ocurrieron en comunidades con los más bajos porcentajes de hogares dotados de electricidad, en comparación con el 32% de los en las mujeres ladinas.

Entre las mujeres sexualmente activas que no tenían intenciones de embarazarse en los siguientes 11 meses, 37% de las indígenas, pero solamente 12% de las ladinas, reportaron no tener escolaridad (Cuadro 2). Treinta y dos por ciento de las mujeres indígenas sexualmente activas vivían en el quintil más bajo de riqueza del hogar, en comparación con 8% de las mujeres ladinas. De las mujeres indígenas sexualmente activas que no buscaron embarazarse, 64% vivían en áreas rurales, en comparación con 38% de las mujeres ladinas. Finalmente, la proporción de

estas mujeres que vivían en comunidades con el más bajo porcentaje de hogares dotados de electricidad, fue casi el doble en las indígenas, en comparación con las ladinas (50% vs. 26%).

En ambos grupos étnicos, los porcentajes de embarazos (o partos) en mujeres que vivían en el quintil de riqueza más baja y en áreas rurales, fueron más altos que los porcentajes de mujeres sexualmente activas (y que buscaron evitar el embarazo) de las mismas características.

Resultados bivariados

Mientras que la gran mayoría de los embarazos de las mujeres tanto indígenas como ladinas recibieron servicios institucionales de atención prenatal (74% y 86%, respectivamente—Cuadro 3, página 17), se observaron grandes disparidades étnicas en el recibo de los servicios institucionales de parto (36% vs. 73%) y en el porcentaje con demanda satisfecha de anticonceptivos modernos (49% vs. 72%).

Mayores proporciones de los embarazos de mujeres indígenas que hablaban español, que de aquellas que no lo hablaban, recibieron tanto los servicios institucionales de atención prenatal como de parto; además, entre las mujeres indígenas que no deseaban hijos en los siguientes 11 meses, una mayor proporción de las que hablaban español que de las que no lo hablaban, usaban anticonceptivos modernos. En ambos grupos étnicos, la proporción de embarazos para los cuales las mujeres usaron servicios institucionales de atención prenatal y parto, así como la proporción de mujeres que usaron anticonceptivos modernos, aumentaron con la escolaridad, el quintil de riqueza del hogar y el acceso a la electricidad. Las proporciones en las áreas rurales fueron menores que en las áreas urbanas.

Por ejemplo, el 66% de los embarazos de mujeres indígenas carentes de escolaridad recibieron atención prenatal, en comparación con el 98% de los embarazos en mujeres indígenas que habían completado la escuela secundaria. En todos los niveles de condición socioeconómica y las

CUADRO 4. Coeficientes derivados de los modelos de regresión logística que identifican las asociaciones entre características seleccionadas de las mujeres y la probabilidad de que su embarazo reciba servicios institucionales de atención prenatal

Variable	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Indígena	-0.66***	-0.37***	-0.34***	-0.33**	-0.45***	-0.13
Edad de la madre al momento del parto						
15-19	-0.63***	0.60***	-0.50***	-0.40***	-0.47***	-0.38**
20-29 (ref)	na	na	na	na	na	na
≥30	-0.12	-0.10	-0.12	-0.05	-0.08	-0.07
Paridad						
1	1.64***	1.57***	1.05***	1.20***	1.42***	0.97***
2-3	0.75***	0.68***	0.40***	0.46***	0.58***	0.32***
≥4 (ref)	na	na	na	na	na	na
Estado conyugal						
Casada (ref)	na	na	na	na	na	na
Unión consensual	-0.44***	0.46***	-0.35***	-0.36***	-0.42***	-0.36***
Unión formal	-0.41*	-0.45**	-0.44**	-0.42*	-0.49**	-0.48**
Nunca en unión	-0.81***	0.88***	-0.77**	-0.71**	-0.83**	-0.77**
Fluidez en el idioma español						
	na	0.53***	na	na	na	0.20
Años de escolaridad						
0	na	na	-3.05***	na	na	-2.33***
1-5	na	na	-2.68***	na	na	-2.07***
6	na	na	-2.15***	na	na	-1.70***
7-11	na	na	-1.39***	na	na	-1.16***
≥12 (ref)	na	na	na	na	na	na
Riqueza del hogar (quintil)						
Más bajo	na	na	na	-2.33***	na	-0.91**
Segundo	na	na	na	-2.04***	na	-0.84**
Tercero	na	na	na	-1.90***	na	-0.96**
Cuarto	na	na	na	-1.10***	na	-0.51
Más alto (ref)	na	na	na	na	na	na
Lugar de residencia						
Rural	na	na	na	na	-0.78***	-0.31
Urbano	na	na	na	na	-0.31	-0.12
Capital (ref)	na	na	na	na	na	na
Hogares con electricidad (tercil)						
Más bajo	na	na	na	na	-0.40**	-0.15
Medio	na	na	na	na	0.05	0.16
Más alto (ref)	na	na	na	na	na	na
Constante	1.63***	1.13***	4.14***	3.38***	2.31***	4.38***

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. Notas: N=10,967 embarazos. na=no aplicable, porque la variable no fue incluida en el modelo o sirvió de referencia.

CUADRO 5. Coeficientes derivados de los modelos de regresión logística que identifican las asociaciones entre características seleccionadas de las mujeres y la probabilidad de que su parto tenga lugar en una institución

Variable	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Indígena	-1.49***	-0.75***	1.12***	-0.96***	-1.17***	-0.48***
Edad de la madre al momento del parto						
15-19	1.02***	-0.97***	0.86***	-0.66***	-0.74***	-0.57***
20-29 (ref)	na	na	na	na	na	na
≥30	0.49***	-0.47***	0.50***	-0.39***	-0.47***	-0.42***
Paridad						
1	2.06***	2.00***	1.28***	1.33***	1.75***	1.15***
2-3	1.34***	1.23***	0.87***	0.85***	1.09***	0.69***
≥4 (ref)	na	na	na	na	na	na
Estado conyugal						
Casada (ref)	na	na	na	na	na	na
Unión consensual	-0.12	-0.15	0.03	0.11	-0.04	0.08
Unión formal	0.23	0.15	0.26	0.27	0.11	0.15
Nunca en unión	-0.05	-0.24	0.05	0.15	-0.03	0.01
Fluidez en el idioma español						
	na	1.57***	na	na	na	0.87***
Años de escolaridad						
0	na	na	3.19***	na	na	-1.76***
1-5	na	na	2.57***	na	na	-1.51***
6	na	na	1.96***	na	na	-1.39***
7-11	na	na	0.96***	na	na	-0.77***
≥12 (ref)	na	na	na	na	na	na
Riqueza del hogar (quintil)						
Más bajo	na	na	na	-3.41***	na	-1.41***
Segundo	na	na	na	-2.61***	na	-1.08***
Tercero	na	na	na	-1.92***	na	-0.83***
Cuarto	na	na	na	-0.78***	na	-0.21
Más alto (ref)	na	na	na	na	na	na
Lugar de residencia						
Rural	na	na	na	na	-1.90***	-1.18***
Urbano	na	na	na	na	-1.00***	-0.75***
Capital (ref)	na	na	na	na	na	na
Hogares con electricidad (tercil)						
Más bajo	na	na	na	na	-1.14***	-0.55***
Medio	na	na	na	na	-0.24	-0.04
Más alta (ref)	na	na	na	na	na	na
Constante	0.52***	0.99***	2.93***	2.58***	2.45***	3.08***

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. Notas: N=10,967 embarazos. na=no aplicable, porque la variable no fue incluida en el modelo o sirvió de referencia.

categorías residenciales, el nivel de uso de los servicios fue menor en las mujeres indígenas que en las ladinas. Por ejemplo, el 21% de los partos de las mujeres indígenas sin escolaridad tuvieron lugar en una institución de salud, en comparación con el 43% de los partos de las ladinas sin escolaridad. La disparidad étnica en la atención institucional del parto fue particularmente grande en mujeres situadas en los más bajos quintiles de riqueza del hogar, en áreas rurales, así como en comunidades con el acceso más limitado a la electricidad.

Entre las mujeres carentes de escolaridad, el 40% de la demanda de métodos modernos en las mujeres indígenas fue satisfecha, en comparación con el 58% en las ladinas. Dicha demanda fue satisfecha en el 36-42% de las mujeres indígenas que eran más pobres o vivían en áreas rurales o en comunidades con el menor acceso a la electricidad, en comparación con el 52-67% de sus contrapartes ladinas.

Resultados multivariados

Finalmente, usamos una serie de modelos de regresión logística para identificar asociaciones entre el uso de los servicios y las características seleccionadas de las mujeres indígena y ladinas. Para los servicios institucionales de atención prenatal (Cuadro 4), la comparación entre el modelo 1 y los modelos 2-5 indica que la mayor reducción del coeficiente de origen étnico (ser indígena) ocurrió en los modelos 3 y 4 (de -0.66 en el modelo 1 a -0.34 y en el modelo 3 [con la adición de escolaridad] y a -0.33 [con la adición del quintil de riqueza] en el modelo). Los resultados completamente ajustados (modelo 6) muestran que la educación y el quintil de riqueza se asociaron con la probabilidad de usar servicios institucionales de atención prenatal, pero la fluidez en el idioma español y las variables residenciales no estaban así asociados. El coeficiente de origen étnico de indígena permanece negativo, pero ya

CUADRO 6. Coeficientes derivados de los modelos de regresión logística que identifican las asociaciones entre características seleccionadas de las mujeres y la probabilidad de que tengan satisfecha su demanda de anticonceptivos modernos

Variable	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Indígena	-0.96***	-0.56***	-0.74***	-0.63***	-0.79***	-0.41***
Edad de la madre al momento del parto						
15-19	-0.32	-0.27	-0.24	0.05	-0.16	-0.02
20-29 (ref)	na	na	na	na	na	na
≥30	-0.08	-0.02	-0.04	0.15	0.02	0.13
Paridad						
0	1.40***	-1.41***	-1.86***	-1.90***	-1.60***	-1.94***
1	0.17	0.08	-0.25*	-0.32*	-0.05	-0.39**
2-3	0.39***	0.30***	0.11	0.05	0.22**	-0.02
≥4 (ref)	na	na	na	na	na	na
Estado conyugal						
Casado (ref)	na	na	na	na	na	na
Unión consensual	0.09	0.08	0.17*	0.19*	0.12	0.18*
Unión formal	0.53	0.47	0.58	0.55	0.48	0.52
Nunca en unión	1.21***	1.09***	1.17***	1.13***	1.12***	1.06***
Fluidez en el idioma español	na	0.89***	na	na	na	0.51***
Años de escolaridad						
0	na	na	-0.95***	na	na	-0.30
1-5	na	na	-0.52***	na	na	-0.11
6	na	na	-0.16	na	na	0.04
7-11	na	na	0.24	na	na	0.23
≥12 (ref)	na	na	na	na	na	na
Riqueza del hogar (quintil)						
Más bajo	na	na	na	-1.33***	na	-0.85***
Segundo	na	na	na	-0.90***	na	-0.59***
Tercero	na	na	na	-0.57***	na	-0.37*
Cuarto	na	na	na	0.05	na	0.10
Más alto (ref)	na	na	na	na	na	na
Lugar de residencia						
Rural	na	na	na	na	-0.61***	-0.16
Urbano	na	na	na	na	-0.20	-0.04
Capital (ref)	na	na	na	na	na	na
Hogares con electricidad (tercil)						
Más bajo	na	na	na	na	-0.33***	0.08
Medio	na	na	na	na	-0.04	0.06
Más alto (ref)	na	na	na	na	na	na
Constante	0.80***	-0.06	1.25***	1.28***	1.28***	0.74***

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. Notas: N=7,529 mujeres. na=no aplicable, porque la variable no fue incluida en el modelo o sirvió de referencia.

no es significativo en este modelo final.

Para los servicios institucionales de parto (Cuadro 5, página 19), las más grandes reducciones en el coeficiente de origen étnico ocurrieron entre el modelo 1 y los modelos 2 y 4 (de -1.49 en el modelo 1 a -0.75 en el modelo 2 [con la adición de fluidez en el idioma español] y a -0.96 en el modelo 4 [con la adición de quintil de riqueza]). Según el modelo final, la probabilidad de usar servicios institucionales de parto está asociada con la capacidad de hablar español con fluidez, el nivel educativo, el nivel de riqueza del hogar y el lugar de residencia.

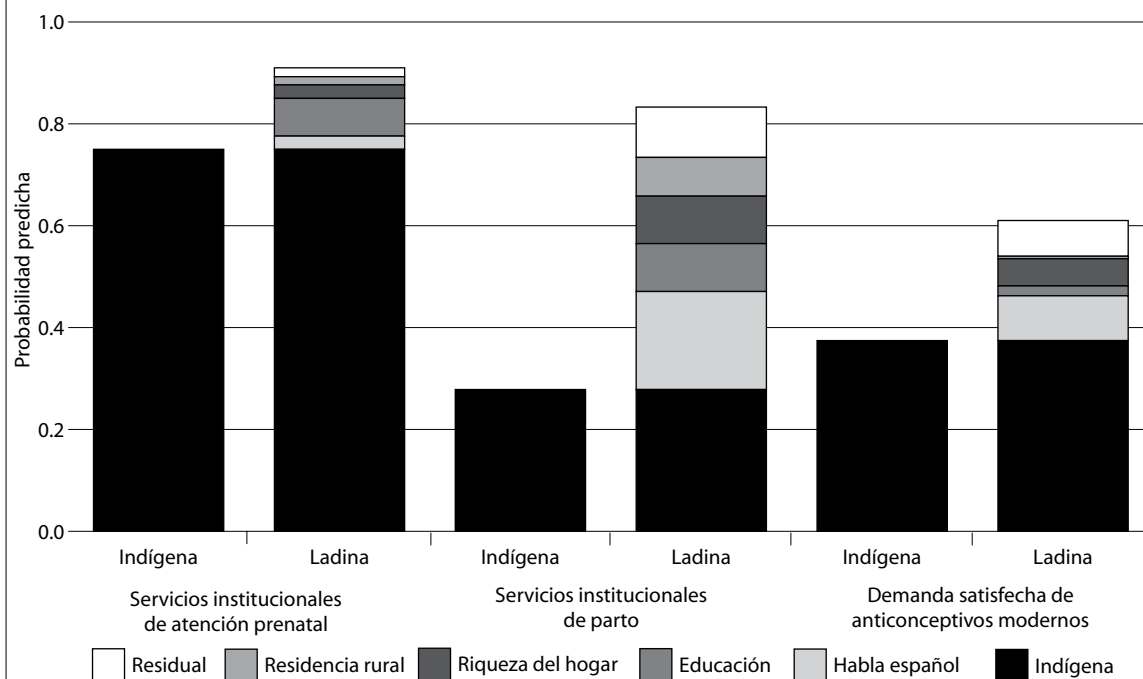
Para la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos (Cuadro 6), las mayores reducciones en el coeficiente de origen étnico ocurrieron entre el modelo 1 y los modelos 2 y 4 (de -0.96 en el modelo 1 a -0.56 en el modelo 2 [con la adición de la fluidez en el idioma español] y a -0.63 en el modelo 4 [con la adición del quintil de riqueza]).

Estos resultados indican que una barrera de lenguaje y la pobreza fueron los dos factores más fuertemente asociados con el hecho de que las mujeres indígenas tuvieran menor probabilidad de usar estos servicios. En el modelo 6, solamente la fluidez en el uso del idioma español y el quintil de riqueza del hogar permanecieron asociadas con la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos.

Los hallazgos aquí presentados en que el origen étnico permaneció asociado de manera significativa en los modelos finales para el recibo de servicios de parto y el tener satisfecha la demanda de anticoncepción, sugieren que la desigualdad étnica no se explica enteramente por diferencias lingüísticas, socioeconómicas y residenciales entre las mujeres indígenas y las ladinas.

Finalmente, para destacar las desigualdades étnicas en el uso de estos servicios de salud reproductiva, las separamos por las características seleccionadas y la residual

GRÁFICO 1. Probabilidades predichas de usar servicios institucionales de atención prenatal, tener un parto institucional y tener una demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, según origen étnico



(factores desconocidos), usando probabilidades predichas (Gráfico 1). Calculamos dos probabilidades predichas para cada uno de los tres variables dependientes: la primera corresponde a una típica mujer indígena que no habla español; y la segunda, a una típica mujer ladina. “Típica” significa que la mujer tiene los valores promedio ponderados en la muestra de su grupo étnico para años de escolaridad, quintil de riqueza y características del lugar de residencia. Separamos las diferencias entre mujeres indígenas y ladinas en cinco áreas: fluidez en el idioma español, años de escolaridad, quintil de riqueza del hogar, lugar de residencia rural y la residual. Por ejemplo, si una mujer indígena habla español, pero por otro lado posee las características que son típicas de otras mujeres indígenas, entonces su probabilidad predicha es la suma de las áreas que corresponden a “indígena” y “hablar español.” Si, además de hablar español, una mujer indígena tiene los mismos años promedio de escolaridad que prevalecen en la muestra de ladinas, entonces su probabilidad predicha es la suma de las áreas que corresponden a “indígena,” “hablar español” y “años de escolaridad.” Si una mujer indígena habla español y tiene los mismos valores promedio para todas las características seleccionadas en la muestra de mujeres ladinas y su probabilidad de uso de los servicios no es igual a la de una mujer ladina típica, esta diferencia está representada por el área llamada “residual.”

Como se comentó previamente, la mayor disparidad étnica correspondió a haber dado a luz en una institución, seguido por tener la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos y haber recibido los servicios institucionales de atención prenatal. Para el uso de servicios institucionales

de parto y tener la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, la falta de fluidez en el idioma español representó la mayor parte de la diferencia étnica. Mientras que los tres factores restantes—años de escolaridad, quintil de riqueza y lugar de residencia rural—y el residual contribuyeron igualmente a la disparidad étnica en el uso de los servicios institucionales de parto; por su parte, las diferencias étnicas en educación y residencia rural hicieron contribuciones sustancialmente menores que las otras características y el factor residual hacia la menor probabilidad de que las mujeres indígenas tuvieran demanda satisfecha de anticonceptivos modernos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que aunque la proporción de mujeres indígenas que usan servicios institucionales de atención prenatal ha crecido en años recientes,⁴ las proporciones de las que usan los servicios institucionales de parto y los anticonceptivos modernos todavía están muy por debajo de las proporciones observadas entre las mujeres ladinas. Nuestros resultados también sugieren que la barrera de lenguaje es el obstáculo más importante entre las mujeres indígenas. En comparación con otras características que contribuyen al diferencial étnico en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, el lugar de residencia rural y la educación son menos importantes que no tener fluidez en el español. El hecho de que la residencia en el medio rural es una menor barrera para satisfacer la demanda de anticonceptivos modernos entre las indígenas, es consistente con otros estudios que mostraron que el acceso a los anticonceptivos no difiere en forma

significativa por origen étnico,⁵ gracias a los programas de planificación familiar y mensajes a través de medios masivos que por décadas han estado dirigidos a la población maya rural.⁶

Sin embargo, nuestros resultados multivariados también sugieren que una porción estadísticamente significativa de las diferencias étnicas en el uso de servicios institucionales y en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos no puede ser explicada por la barrera de lenguaje o por diferencias étnicas en condición socioeconómica y residencia rural. En estudios cualitativos, los contextos sociales y culturales son factores importantes en las persistentes diferencias en el uso que hacen las mujeres guatemaltecas indígenas y ladinas de los servicios médicos modernos. En Guatemala, la labor de las comadronas tradicionales y la atención moderna relacionada con el embarazo se ven frecuentemente como acciones complementarias.^{11,19} Como resultado de los esfuerzos gubernamentales para integrar a las comadronas tradicionales en el sistema formal de atención a la salud,¹² muchas mujeres indígenas que acuden a las comadronas tradicionales también reciben servicios institucionales de atención prenatal, y muchas veces son referidas por las comadronas mismas. Aproximadamente, el 40% de los embarazos de mujeres indígenas que recibieron servicios institucionales de atención prenatal, también recibieron atención de una comadrona tradicional.

Sin embargo, el parto está altamente ritualizado en las comunidades indígenas, en donde las comadronas muchas veces asumen roles simbólicos y místicos; y proveen no solamente atención física, sino también atención social y espiritual.^{20,21} Es más, las mujeres indígenas continúan prefiriendo a las comadronas tradicionales para que les asistan en el parto.^{12,22-23} Desafortunadamente, aun las comadronas capacitadas muchas veces carecen de conocimientos sobre técnicas asépticas básicas, no reconocen rápidamente los signos de peligro y no están preparadas para manejar las complicaciones del parto. Estas deficiencias son consideradas como factores que contribuyen a la relativamente alta morbilidad y mortalidad materna e infantil en las áreas rurales e indígenas de Guatemala.²¹

El significado místico atribuido a la fecundidad también contradice la idea de que la fecundidad puede ser determinada o controlada. En lugar de considerar el embarazo y maternidad como aspectos de salud o temas biomédicos, los pueblos indígenas tienden a pensar que la fecundidad está predeterminada por Dios¹⁰ y asocian el uso de anticonceptivos con el acto de “asesinar.”²⁴ En un análisis auxiliar, el 13% de las mujeres indígenas, comparado con el 4% de las ladinas, consideraron que el número ideal de hijos es “tantos como Dios quiera.”

La tendencia de las mujeres indígenas guatemaltecas a evitar la atención médica moderna ha sido reforzada por la permanente discriminación de las personas ladinas en contra de las personas indígenas. Tal discriminación se puso de manifiesto en el casi siempre brutal trato que los pueblos indígenas recibieron a manos de tropas del gobier-

no, que aniquilaron 440 poblados indígenas durante las décadas de la guerra civil guatemalteca de 1960 a 1996. El número de víctimas indígenas desproporcionadamente alto refleja la profundamente enraizada discriminación étnica en Guatemala. Aunque la guerra civil terminó en 1996, la permanente desconfianza de los pueblos indígenas hacia el gobierno ladino puede hacerles renuentes a buscar servicios de salud en las instituciones administradas por el gobierno, cuyo personal es predominantemente ladino.^{25,26} Los pueblos indígenas tienen sospechas particularmente fuertes de los programas de planificación familiar dirigidos por el gobierno, los cuales pueden percibirse como parte de la “conspiración” ladina para disminuir la población indígena.²⁴

Nuestro estudio tiene al menos dos implicaciones importantes. Primero, nuestros hallazgos acerca de que una gran parte de la diferencia étnica en el uso de servicios institucionales de parto y de anticonceptivos modernos sea atribuible a la falta de fluidez en el idioma español entre las mujeres indígenas, sugiere que el aumentar el número de miembros del personal de salud que hable el idioma maya local puede elevar el uso de servicios por las personas indígenas. Una mejor comunicación debe facilitar la provisión de información imparcial sobre los beneficios de usar servicios modernos de atención, incluido las ventajas del tratamiento para las consecuencias adversas del embarazo y las complicaciones del parto, así como los beneficios del espaciamiento adecuado entre los hijos.²⁷

Segundo, la relativamente grande proporción de mujeres indígenas que usan servicios institucionales de atención prenatal, sugiere que el uso de los otros servicios institucionales estudiados—la atención del parto y de anticoncepción moderna—podría aumentarse al integrar aún más los tres servicios. Las madres que acuden a los servicios de salud modernos relacionados con el embarazo tienen mayor probabilidad que las mujeres que no lo hacen, de usar anticonceptivos modernos.²⁸⁻³¹ Además, esos servicios y los programas de planificación familiar usualmente están integrados dentro de una misma institución para fomentar que las clientas hagan un uso integral de los servicios, así como para mejorar la logística y eficiencia financiera de la prestación de servicios.^{32,33}

En un esfuerzo de dedicar recursos escasos de atención a la salud a las personas que más los necesitan, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala depende de las comadronas tradicionales para referir a las mujeres con riesgos obstétricos a las instituciones de salud que ofrecen atención obstétrica emergencia y neonatal; sin embargo, este enfoque requiere especial cuidado porque las comadronas pueden no estar preparadas para valorar todos los riesgos biomédicos o trabajar con el sistema de salud formal para garantizar la rápida atención a los problemas.^{23,34} En cambio, usar a las comadronas tradicionales como un recurso social, sí puede aumentar la aceptación de las referencias entre las mujeres embarazadas. Por ejemplo, Casa Materna, una casa de espera materna en el departamento de Huehuetenango, es un programa

de salud integrado, administrado en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de Asistencia Social, UNICEF y una asociación local de comadronas. El programa incluye servicios de atención prenatal, postnatal e infantil, de planificación familiar y tamizaje de salud de la mujer sana (toma de Pap); su principal función es cuidar y monitorear a las mujeres en riesgo con embarazos avanzados, quienes dan a luz en el hospital del gobierno adyacente a la casa.²⁷ Emplear comadronas tradicionales como promotoras de estos servicios ha sido un factor clave para su éxito en este sistema de hacer referencias entre instituciones, ya que ellas desempeñan un rol central para alentar a las mujeres a que acepten las referencias a servicios hospitalarios cuando sean necesarios.

Finalmente, como es el caso en otros países latinoamericanos,^{35,36} un análisis auxiliar muestra que una tercera parte de los partos que ocurrieron en una institución en Guatemala fueron cesáreas. La asociación potencial entre los partos institucionales y las cesáreas puede agravar el miedo que tienen las mujeres indígenas en torno a los servicios biomédicos.²³ Por consiguiente, mediante la asignación efectiva de los recursos limitados de atención a la salud, el aumentar la capacidad institucional para atención de partos y reducir el número de cesáreas que no se necesitan (y sus efectos potencialmente adversos), Guatemala puede ayudar a reducir la barrera entre las mujeres indígenas y los servicios de salud reproductiva que ellas necesitan. Los estudios futuros deben continuar monitoreando la asociación entre disparidades étnicas y el uso de estos servicios por parte de las mujeres guatemaltecas.

REFERENCIAS

1. Stupp PW, Daniels D y Ruiz A, *Reproductive, Maternal and Child Health in Central America: Health Equity Trends*, Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2007.
2. Gragnolati M y Marini A, Health and poverty in Guatemala, *World Bank Policy Research Working Paper*, Washington, DC: Banco Mundial, 2003, No. 2966.
3. De Broe S y Hinde A, Diversity in fertility patterns in Guatemala, *Population, Space and Place*, 2006, 12(6):435-459.
4. Gleit DA y Goldman N, Understanding ethnic variation in pregnancy-related care in rural Guatemala, *Ethnicity & Health*, 2000, 5(1):5-22.
5. Seiber EE y Bertrand JT, Access as a factor in differential contraceptive use between Mayans and ladinos in Guatemala, *Health Policy and Planning*, 2002, 17(2):167-177.
6. Bertrand JT, Seiber E y Escudero G, Dinámica de la anticoncepción en Guatemala: 1978-1998, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2002, pp. 10-19.
7. Rohloff P, Diaz AK y Dasgupta S, "Beyond development": A critical appraisal of the emergence of small health care nongovernmental organizations in rural Guatemala, *Human Organization*, 2011, 70(4):427-437.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), *Informe Preliminar: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2008-2009*, Guatemala, Ciudad de Guatemala: MSPAS, 2009.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Health Observatory Data Repository, Ginebra: OMS, 2011, <<http://apps.who.int/ghodata/#>>, consultado el 18 de abril, 2011.
10. Metz B, Politics, population, and family planning in Guatemala:

Ch'orti' Maya experiences, *Human Organization*, 2001, 60(3):259-271.

11. Cosminsky S y Schrimshaw M, Medical pluralism on a Guatemalan plantation, *Social Science & Medicine, Part B: Medical Anthropology*, 1980, 14B(4):267-278.
12. Hurtado E y Sáenz de Tejada E, Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala, en: Huber BR y Sandstrom AR, eds., *Mesoamerican Healers*, Austin, TX, EEUU: University of Texas Press, 2001, pp. 211-242.
13. Hallman K et al., Indigenous girls in Guatemala: poverty and location, en: Lewis M y Lockhead M, eds., *Exclusion, Gender and Education: Case Studies from the Developing World*, Washington, DC: Center for Global Development, 2007, pp. 145-175.
14. Elo IT, Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women's education, *Health Transition Review*, 1992, 2(1):1-20.
15. Filmer D y Pritchett LH, Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India, *Demography*, 2001, 38(1):115-132.
16. Burgard S, Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa, *Social Science & Medicine*, 2004, 59(6):1127-1146.
17. Conde-Agudelo A, Belizán JM y Lammers C, Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 192(2):342-349.
18. Navaneetham K y Dharmalingam A, Utilization of maternal health care services in Southern India, *Social Science & Medicine*, 2002, 55(10):1849-1869.
19. Pebley AR, Goldman N y Rodríguez G, Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter? *Demography*, 1996, 33(2):231-247.
20. Cosminsky S, Maya midwives of Southern Mexico and Guatemala, en: Huber BR y Sandstrom AR, eds., *Mesoamerican Healers*, Austin, TX, EEUU: University of Texas Press, 2001, pp. 179-210.
21. Maupin JN, Remaking the Guatemalan midwife: health care reform and midwifery training programs in highland Guatemala, *Medical Anthropology*, 2008, 27(4):353-382.
22. Hughes J, *Gender, Equity and Indigenous Women's Health in the Americas*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
23. Berry NS, Kaqchikel midwives, home births, and emergency obstetric referrals in Guatemala: contextualizing the choice to stay at home, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(8):1958-1969.
24. Ward VM, Bertrand JT y Puac F, Exploring sociocultural barriers to family planning among Mayans in Guatemala, *International Family Planning Perspectives*, 1992, 18(2):59-65.
25. Shiffman J y Garcés del Valle AL, Political history and disparities in safe motherhood between Guatemala and Honduras, *Population and Development Review*, 2006, 32(1):53-80.
26. Santiso-Galvez R y Bertrand JT, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57-67.
27. Schooley J et al., Factors influencing health care-seeking behaviours among Mayan women in Guatemala, *Midwifery*, 2009, 25(4):411-421.
28. Ahmed S y Mosley WH, Simultaneity in the use of maternal-child health care and contraceptives: evidence from developing countries, *Demography*, 2002, 39(1):75-93.
29. Warren CW et al., Use of maternal-child health services and contraception in Guatemala and Panama, *Journal of Biosocial Science*, 1987, 19(2):229-243.
30. Potter JE, Mojarro O y Nuñez L, The influence of health care on contraceptive acceptance in rural Mexico, *Studies in Family Planning*, 1987, 18(3):144-156.
31. Seiber EE et al., Maternal and child health and family planning

service utilization in Guatemala: implications for service integration, *Social Science & Medicine*, 2005, 61(2):279-291.

32. Kunii C, How integration of family planning and maternal and child health should be initiated and developed, *JOICFP Review*, 1984, No. 7, pp. 15-19.

33. Lush L, Integración de servicios: panorama de los adelantos en las políticas, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2002, pp. 29-35.

34. de Bernis L et al., Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care, *British Medical Bulletin*, 2003, 67(1):39-57.

35. Villar J et al., Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America, *Lancet*, 2006, 367(9525):1819-1829.

36. Belizán JM, Althabe F y Cafferata ML, Health consequences of the increasing caesarean section rates, *Epidemiology*, 2007, 18(4): 485-486.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Edgar Sajquim por sus útiles comentarios. Los hallazgos y conclusiones de este estudio son exclusivos de los autores y no representan necesariamente la posición oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Contacto con la autora: kishida@cdc.gov