



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

GUATEMALA

SEGMENTACIÓN DEL MERCADO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA



NOTA TÉCNICA

AGOSTO 2006

Esta publicación fue producido para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Esta publicación fue preparado por Luigi Jaramillo y Ricardo Valladares y fue revisado por Rodrigo Bustamante por USAID/Calidad en Salud bajo el contrato GHS-I-02-03-00029-00. Las opiniones de los autores en esta publicación no necesariamente reflejan las de USAID.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
ENFOQUE METODOLÓGICO	1
FUENTES DE INFORMACIÓN	2
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS	2
RESULTADOS	3
TAMAÑO DEL MERCADO	3
COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA	4
LA OFERTA DE SERVICIOS	4
DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA	5
Balance Oferta – Demanda: La demanda insatisfecha	6
Demanda insatisfecha para limitar	6
Demanda insatisfecha para espaciar	7
Acceso a información sobre planificación familiar	7
SEGMENTACIÓN BASADA EN CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA	8
SEGMENTACIÓN BASADA EN EL RIESGO PRECONCEPCIONAL	9
DISCUSIÓN	10
COMPOSICIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL	10
ESTRUCTURA DEL MERCADO POTENCIAL DE ANTICONCEPTIVOS	11
COMPOSICIÓN INSTITUCIONAL DE LA OFERTA DE ANTICONCEPTIVOS ..	11
DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA	11
LA DEMANDA INSATISFECHA	11
Segmentos basados en demanda insatisfecha	12
Segmentos basados en riesgo preconcepcional	12
IMPLICACIONES DE POLÍTICA	12

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido posible gracias a las entidades que proporcionaron información sobre su oferta de métodos: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Asociación Pro Bienestar de la Familiar, Importadora de Productos Farmacéuticos S.A. y la Organización Panamericana de Mercadeo Social. El borrador del informe se benefició de los comentarios de Tisna Veldhuyzen van Zanten de URC, de Baudilio López de USAID Guatemala, y de Alejandro Silva del MSPAS.

RESUMEN

Este estudio analiza las diferencias en el acceso y uso de métodos anticonceptivos en diferentes segmentos de la población de mujeres en edad fértil, de acuerdo con sus características demográficas, geográficas y culturales. Para tales fines se emplearon dos conjuntos de datos: la encuesta de salud materno infantil (ENSMI) de 2002 y los datos de servicios entregados por las cinco organizaciones que constituyen la oferta de planificación familiar: el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Asociación Pro-Bienestar de la Familia, la Importadora de Productos Farmacéuticos, S.A. (IPROFASA) y la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés). Los datos indican que, aunque de hecho existe una diferenciación de la oferta en cuanto a métodos entregados y poblaciones atendidas, la demanda insatisfecha está compuesta de segmentos poblacionales con una cobertura limitada o inadecuada para las características, preferencias y las necesidades de la demanda potencial.

Palabras claves: planificación familiar; anticonceptivos; segmentación; mercado.

INTRODUCCIÓN

Guatemala se cuenta entre los países con más alta tasa de fecundidad en América Latina.¹ Como reflejan las encuestas nacionales de salud materno infantil (ENSMI), esto no se debe solamente al deseo de las parejas de tener más hijos, sino a las necesidades no atendidas de planificación familiar.²

La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos se ha incrementado en los últimos años, en el promedio nacional, sin embargo, existen grandes disparidades entre grupos socioeconómicos y étnicos, entre zonas geográficas y entre poblaciones urbanas y rurales.

Las poblaciones que comparten las características relacionadas con la exclusión social son al mismo tiempo las que

presentan más alta tasa de natalidad, mayores tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil, y menor acceso a la planificación familiar (OPS, 2003).

Gran parte de los progresos obtenidos en la prevalencia de anticonceptivos se debe al fuerte apoyo ofrecido por los donantes en años anteriores. Sin embargo, este financiamiento ha comenzado a disminuir, y en Guatemala, como en otros países, se experimenta una transición hacia el financiamiento nacional y autosostenibilidad de los anticonceptivos (Gribble, Jennings y Nikula, 2004).

Sin embargo, las restricciones presupuestarias del sector público, la cobertura limitada de la seguridad social y el énfasis urbano de las acciones de las organizaciones públicas y privadas, así como las barreras económicas y geográficas que para la mayoría de población pobre significan los precios de los anticonceptivos del sector privado, despiertan preocupaciones importantes acerca de las posibilidades reales de alcanzar la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) en Guatemala entre el corto y el mediano plazo.

La segmentación del mercado de anticonceptivos es considerada una de las más eficaces estrategias para identificar brechas en la entrega de servicios y asegurar que los insumos proporcionados por el sector público se distribuyan entre quienes más los necesitan (POLICY, 2002).

En países como Nicaragua y Paraguay, los estudios han mostrado que el financiamiento y la distribución que el sector público hace de anticonceptivos no se enfocan en las poblaciones con mayor necesidad y menores recursos económicos, y concluyen en que la segmentación actual no es sostenible en el largo plazo (DELIVER, 2002).



Aunque se ha definido que la DAIA se logra cuando las personas tienen la capacidad de escoger, obtener y utilizar anticonceptivos y condones cuando los necesiten (DAIA Estambul), existe un serio cuestionamiento de si el “enfoque de cafetería” en el sector público es sostenible en vista de los recursos disponibles (GTP, 2000, p. 3). De hecho, tanto los países desarrollados como los subdesarrollados presentan sesgos hacia uno u otro método, al grado que se puede inferir el peso de las condiciones, capacidades y preferencias de las instituciones que ofertan los métodos sobre la mezcla de métodos utilizados (Tabla 1).

Es muy importante para Guatemala analizar la distribución actual de la oferta de anticonceptivos y explorar la segmentación más adecuada desde la perspectiva de la demanda insatisfecha, por que de esta manera se puede desarrollar estrategias más efectivas y alcanzar un uso más racional de los escasos recursos públicos destinados a los servicios de planificación familiar (Sharma, Gribble y Menotti, 2005).

ENFOQUE METODOLÓGICO

En la perspectiva del mercadeo de anticonceptivos, la segmentación consiste en la agrupación de un mercado en grupos más pequeños, homogéneos a su interior, pero diferentes entre sí en cuanto a sus

1 Según el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2004, p. 153-155), Guatemala tiene la tasa más alta de fecundidad global en América Latina (4.4 hijos por mujer), superando a Haití (4.0), Bolivia (3.8), Nicaragua (3.7) y Honduras (3.7).

2 El tamaño ideal promedio de la familia, según la ENSMI 2002, es de 3.4 miembros, menor que la fecundidad observada de 4.4 hijos por mujer (USAID, 2004).

TABLA 1. MEZCLA DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1998-2002

País	Condón	AQV-F	AQV-M	Inyecciones	Orales	DIU	Tradicionales	Total
Sudáfrica	3.0%	28.1%	3.7%	41.3%	18.9%	3.2%	1.8%	100.0%
Nueva Zelanda	15.3%	19.5%	26.1%	2.4%	27.7%	4.5%	4.5%	100.0%
Alemania	5.9%	1.2%	0.0%	0.9%	78.6%	8.0%	5.4%	100.0%
Uzbekistán	1.0%	2.1%	0.1%	1.9%	3.9%	83.9%	7.1%	100.0%
India	6.5%	71.4%	4.0%	0.0%	4.4%	3.3%	10.4%	100.0%
Puerto Rico	8.2%	58.5%	4.5%	1.7%	12.5%	1.3%	13.3%	100.0%
Gambia	1.5%	1.5%	0.0%	59.1%	0.0%	12.1%	25.8%	100.0%
Japón	58.2%	4.0%	0.8%	0.0%	1.1%	2.0%	33.9%	100.0%

Fuente: Population Reference Bureau Data Finder; <http://www.prb.org/datafind/datafinder7.htm>

características y preferencias, y por ende, en sus respuestas a las estrategias de mercadeo.

Los segmentos no se definen de manera arbitraria, antes bien, se reconoce que el mercado está estructurado en sub-mercados, llamados segmentos, y el éxito en identificarlos depende de que sean homogéneos al interior; heterogéneos entre segmentos, medibles e identificables, que se tenga acceso a ellos y se pueda actuar sobre ellos, pero también importa que su tamaño sea suficiente para que resulte ventajoso actuar sobre el segmento (MacKenna, 1988).

Además de contribuir a diseñar estrategias más efectivas de mercadeo, la segmentación puede tener otros propósitos, como el de favorecer la accesibilidad mediante la diferenciación de precios y la focalización de los subsidios. Así, la segmentación del mercado puede conducir a un fin socialmente valioso, como en el caso de los medicamentos (OMS/OMC, 2001) y de los productos anticonceptivos (GTP, 2000, p. 2).

FUENTES DE INFORMACIÓN

La información sobre las mujeres en edad fértil proviene de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 2002. Esta encuesta se realiza aproximadamente cada cinco años, y contiene información demográfica, de salud, fecundidad y el historial de eventos de salud reproductiva de las mujeres en edad fértil (MEF) entre 15 y 49 años de edad. La

muestra está compuesta por 9,155 mujeres de las ocho regiones del país.

Los datos sobre la oferta de insumos anticonceptivos fueron obtenidos directamente de las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que importan, distribuyen y proveen servicios anticonceptivos, quienes reportaron los distintos métodos que proveen por departamento atendido durante 2002, con lo cual se tiene concordancia con los datos de ENSMI 2002.

PROCEDIMIENTOS ANÁLISIS

Como punto de partida se elaboró un mapa conceptual para definir la composición de las MEF en las categorías de demanda: demanda satisfecha, insatisfecha para limitar, demanda insatisfecha para espaciar y las que no demandan. Este cuadro facilitó la identificación de variables de la ENSMI que debían ser agrupadas para fines de identificación de los segmentos de demanda, utilizando el marco de análisis de necesidades no atendidas desarrollado por Westoff y ampliado por Nortman (Population Reports, 1996; (J) 43). Sin embargo, a diferencia del criterio empleado en la ENSMI 2002, fueron incluidas en el análisis de la demanda las mujeres no unidas y sexualmente activas que eran susceptibles al embarazo.

La base de datos de la ENSMI 2002 fue obtenida en formato del programa CSPRO. En este programa se prepararon las

tablas de salida y se realizó el filtrado de datos para la agrupación de las mujeres atendiendo cuatro órdenes de clasificación:

- Exposición y susceptibilidad al embarazo:** el total de mujeres en edad fértil fue agrupado según hubieran o no iniciado relaciones sexuales, según estuvieran o no activas sexualmente y según fueran o no fértiles.
- Utilización de métodos anticonceptivos:** Las mujeres susceptibles a embarazo fueron agrupadas según usaran o no métodos anticonceptivos.
- Deseo de más hijos:** las mujeres susceptibles a embarazo que no utilizan métodos anticonceptivos fueron agrupadas por el deseo de más hijos, pronto, más tarde o no más hijos; las embarazadas o amenorréicas fueron agrupadas dependiendo de si el embarazo fue intencional, inoportuno o no deseado. Esta agrupación permitió dimensionar las categorías de demanda insatisfecha para espaciar y para limitar.
- Características de segmentación:** para el análisis de la demanda satisfecha e insatisfecha, de acuerdo con los segmentos de mercado, fue realizada una agrupación por características demográficas, de región y área de residencia, religión, etnia y nivel educativo.

Las características de segmentación fueron sometidas a un análisis de significación utilizando la prueba de homogeneidad Chi cuadrado, la cual permitió destacar aquellas variables con mayor sensibilidad a las diferencias entre grupos (con más alto valor de p) respecto a la decisión de tener más hijos ahora, más tarde o no más hijos (Tabla 2); también fueron calculadas correlaciones de Pearson (ver Anexo).

El análisis de significación de los segmentos y su correlación con las variables de uso de anticonceptivos y deseo de tener más hijos se realizó utilizando el software SPSS® 12.0 para Windows®.

TABLA 2. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE HOMOGENEIDAD CHI CUADRADO PARA VARIABLES DE SEGMENTACIÓN DE LA DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Variable	Valor de la prueba	Grados de libertad	p
Edad	7.12E-80	2	1.00
Escolaridad	1.94E-01	2	0.91
Región	2.83E-01	7	1.00
Etnia	2.76E-02	1	0.87
Área de Residencia	1.01E-03	1	0.97
Religión	1.87E-01	2	0.91
En unión o no	2.26E-03	2	1.00
Tiene TV o no	1.39E-01	2	0.93

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENSMI 2002.

Para el análisis de los datos de la oferta de anticonceptivos se efectuaron tres tipos de transformaciones de datos, atendiendo a las características de la información disponible:

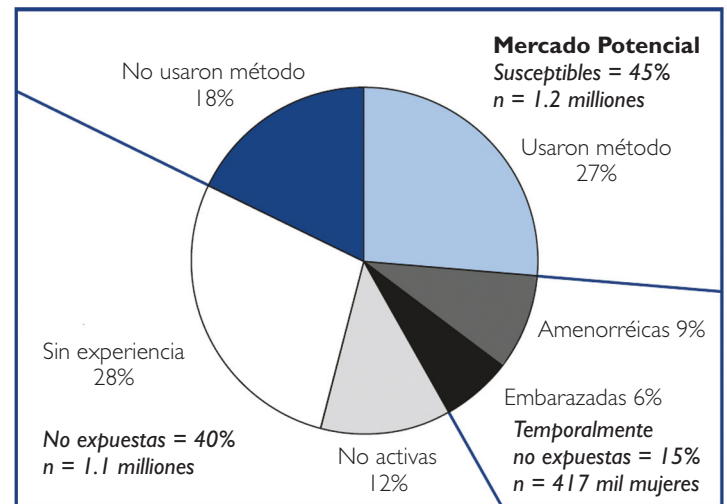
Conversión a años de protección pareja (APP): Los valores absolutos de métodos entregados fueron multiplicados por el factor apropiado para obtener el equivalente de la protección de una pareja durante un año, de acuerdo con los criterios vigentes (Stover, Bertrand y Shelton, 2000). Esto sirve a la estandarización de datos, ya que los APP constituyen una medida común para agregar los diferentes métodos.

TABLA 3. FACTORES DE CONVERSIÓN ESTÁNDAR DE MÉTODOS A AÑOS DE PROTECCIÓN PAREJA PARA CENTROAMÉRICA

Método	Factores de Conversión	
Condón	120	condones por APP
Orales	15	orales por APP
Inyectables	4	inyectables por APP
DIU	3.5	APPs por DIU
AQVs	10	APPs por AQV

Fuente: Factores de conversión estándar para Centroamérica en: Stover, Bertrand y Shelton (2000).

ILUSTRACIÓN I. GUATEMALA, 2002. COMPOSICIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN EXPOSICIÓN AL EMBARAZO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

- Regionalización de los APP entregados:** Los departamentos del país fueron agrupados en tres regiones: *indígena*, que agrupa los departamentos con predominio de población indígena, *no indígena*, que agrupa los departamentos donde predomina la población no indígena (exceptuando el departamento de Guatemala) y la *región metropolitana*, que equivale al departamento de Guatemala.
- Diferenciales de entrega de APPS por regiones:** Se elaboraron tablas y gráficos con el propósito de mostrar la segmentación institucional (desde la oferta) que tienen diferentes organizaciones y comparar el resultado en términos de la cobertura de las regiones en que se agruparon los departamentos del país, para fines del presente análisis.

RESULTADOS

TAMAÑO DEL MERCADO

Las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) representan el 46% de la población femenina del país y sumaban en 2002, algo más de 2.7 millones de personas.

Dos quintas partes de las mujeres en edad fértil no están expuestas a embarazo, sea por que aún no tienen experiencia sexual, por que no están unidas ni sexualmente activas o por que, en estado de unión, han dejado de estar activas sexualmente. El 60% restante está compuesto por mujeres sexualmente activas y por tanto, expuestas a embarazo.

Las expuestas a embarazo pueden ser categorizadas en susceptibles o no susceptibles. Sea por embarazo o amenorrea post parto, el 15 por ciento de las mujeres en edad fértil no está susceptible a embarazo. El 45% restante, compuesto por las mujeres susceptibles, constituye a corto plazo el mercado potencial de los servicios de planificación familiar.³ De acuerdo con las proyecciones de CELADE para el año 2002 en que se aplicó la ENSMI, el mercado potencial alcanzaba un total de 1.2 millones de mujeres. De este total, alrededor de 529 mil mujeres reportaron no utilizar métodos de planificación familiar. En otros términos, y sin considerar las preferencias reproductivas de las mujeres, el mercado efectivo puede crecer hipotéticamente del 26% actual hasta un 45% de las mujeres en edad fértil.

³ En el mediano plazo, una definición más completa del mercado potencial es la que incluye también a las mujeres temporalmente no susceptibles por embarazo o amenorrea post parto.

COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA

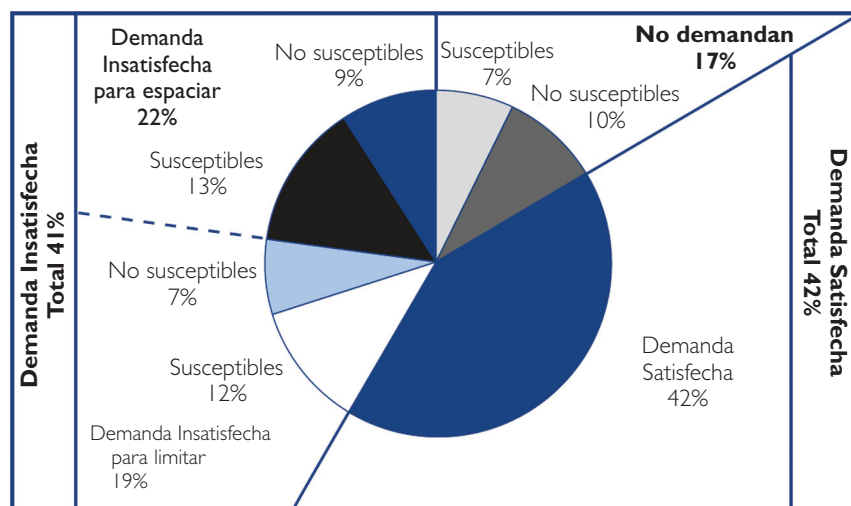
La *demanda satisfecha* está compuesta por aquellas mujeres que no desean quedar embarazadas y para ello utilizan algún método anticonceptivo. Por su parte, las mujeres que no están utilizando métodos anticonceptivos y no desean tener hijos, independientemente de si han buscado o no servicios de planificación familiar, constituyen la *demanda insatisfecha*. La demanda insatisfecha *para espaciar* se refiere a mujeres que desean tener más hijos pero desean tenerlos más tarde. La demanda insatisfecha *para limitar* ocurre cuando las mujeres ya no desean tener más hijos y no están usando métodos anticonceptivos. En cada uno de estos grupos se incluyen las mujeres susceptibles a embarazo y las temporalmente no susceptibles, sea por embarazo actual o amenorrea post parto. Finalmente, el grupo de mujeres que *No demandan* servicios de planificación familiar está compuesto por las que no utilizan métodos y desean tener un hijo pronto. En este grupo también se incluyen las embarazadas o amenorréicas post parto que deseaban tener un hijo al momento de embarazarse.

De acuerdo con los resultados de la ENSMI 2002, de cada cinco mujeres sexualmente activas, solamente una desea tener un hijo pronto, y de las cuatro que no desean tener hijos, solamente dos tienen acceso a servicios de planificación familiar (Ilustración 2). Para el 2002, esto significaba alrededor de 750 mil mujeres expuestas a embarazos no deseados.

LA OFERTA SERVICIOS

Diversas instituciones participan en la entrega de métodos anticonceptivos a la población. Del sector público, destacan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). La entrega de métodos por estas dos instituciones se realiza en forma gratuita. En el sector privado no lucrativo destaca la participación de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM), que entrega diversos métodos de planificación familiar a precios bajos. El sector privado lucrativo,

ILUSTRACIÓN 2. COMPOSICIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEXUALMENTE ACTIVAS SEGÚN DEMANDA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SATISFECHA O INSATISFECHA



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

compuesto por una gran diversidad de unidades económicas, dentro o fuera del sector salud, comercializa insumos anticonceptivos de distinto origen. Interesa para este trabajo considerar los métodos canalizados al sector privado lucrativo por medio de las organizaciones de Mercadeo Social, entre las que sobresalen IPROFASA y PASMO.

En el año 2002, un total de 776,786 años de protección pareja fueron distribuidos por las instituciones arriba mencionadas. La mayoría de los APPS fueron obtenidos por medio de AQV femenina e inyectables.

Los métodos que contribuyeron menos al total alcanzado de APPS fueron la AQV masculina y el DIU (Tabla 4).

La tabla también muestra que el MSPAS contribuyó con un 40.9% de los APPS entregados y, notablemente, el 61.9% de los inyectables y el 39.8% de las AQV femeninas. APROFAM es el segundo mayor prestador de servicios de planificación familiar y aporta más de un tercio de los APPS entregados; sin embargo, debe notarse que produce dos terceras partes de los APPS por AQV masculina, la mitad de los APPS por orales y un 44%

TABLA 4. GUATEMALA, 2002. AÑOS DE PROTECCIÓN PAREJA ENTREGADOS POR INSTITUCIÓN SEGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método	MSPAS		APROFAM		IGSS		Mercadeo Social		Total	
	APP	%	APP	%	APP	%	APP	%	APP	%
Condón	13,977	24.2%	11,796	20.5%	4,264	7.4%	27,605	47.9%	57,643	100.0%
Orales	16,940	21.2%	40,054	50.1%	4,104	5.1%	18,785	23.5%	79,883	100.0%
Inyectables	124,768	61.9%	52,881	26.2%	21,564	10.7%	2,431	1.2%	201,644	100.0%
DIU	12,768	30.5%	18,750	44.8%	8,775	21.0%	1,547	3.7%	41,840	100.0%
AQVF	148,480	39.8%	145,264	38.9%	79,696	21.3%	-	0.0%	373,440	100.0%
AQVM	1,056	4.7%	16,608	74.4%	4,672	20.9%	-	0.0%	22,336	100.0%
Total	317,989	40.9%	285,353	36.7%	123,075	15.8%	50,368	6.5%	776,786	100.0%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por las instituciones.

de los APPS por DIU. El IGSS aporta a la producción de APPS con un 15.8%, principalmente con AQV femenina y las organizaciones de mercadeo social con el 6.5% restante, cerca de la mitad de los cuales se obtiene con la distribución de condones.

DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA

En Guatemala, cerca del 16% de la población reside en la región metropolitana, la cual concentra la mayor parte de la actividad comercial, industrial y político administrativa del país. Las otras siete regiones pueden ser agrupadas de acuerdo con el predominio de población indígena (norte, nor-occidental y sur-occidental) y no indígena (central, nor-oriente, sur-oriente y Petén). La población indígena enfrenta condiciones más precarias, reside principalmente en zonas rurales, tiene menor acceso a servicios públicos y una mayor fecundidad global. La oferta de métodos anticonceptivos sigue este patrón de concentración metropolitana y postergación indígena, con algunas excepciones (Tabla 5).

Los métodos de planificación familiar como el condón, el DIU y la AQV masculina se concentran en la región metropolitana. En las regiones con predominio de población no indígena, destaca la oferta de anticonceptivos orales y AQV femenina. La mayor cantidad de APPS basados en anticonceptivos inyectables se entrega en las regiones con predominio de población indígena.

El MSPAS entrega similar cantidad de APPS en las tres regiones, excepto para métodos como el condón, los anticonceptivos orales y la AQV masculina. Las regiones con predominio indígena reciben el 60% de los anticonceptivos inyectables que entrega el MSPAS. En los establecimientos de primer y segundo nivel del MSPAS predomina la entrega de condones, inyecciones y anticonceptivos orales, pero no se cuenta con evidencia de que esto se deba a sesgos del proveedor.

El IGSS tiene una mayor presencia en la región metropolitana y en las regiones con población predominantemente no indígena,

TABLA 5. GUATEMALA, 2002. DISTRIBUCIÓN DE MÉTODOS EN REGIONES CON PREDOMINIO DE POBLACIÓN INDÍGENA, NO INDÍGENA Y METROPOLITANA, SEGÚN MÉTODO E INSTITUCIÓN PROVEEDORA

	Metropolitana	%	Indígena	%	No indígena	%	Total	%
Condón	32,700	57%	12,536	22%	12,407	22%	57,643	100%
MSPAS	5,313	38%	4,537	32%	4,127	30%	13,977	100%
APROFAM	6,604	56%	2,549	22%	2,644	22%	11,796	100%
IGSS	3,369	79%	488	11%	408	10%	4,264	100%
Mercadeo Social	17,414	63%	4,963	18%	5,228	19%	27,605	100%
Orales	27,657	35%	17,019	21%	35,207	44%	79,883	100%
MSPAS	2,639	16%	6,472	38%	7,829	46%	16,940	100%
APROFAM	8,882	22%	8,799	22%	22,373	56%	40,054	100%
IGSS	3,003	73%	178	4%	922	22%	4,104	100%
Mercadeo Social	13,132	70%	1,571	8%	4,083	22%	18,785	100%
Inyectables	52,438	26%	94,629	47%	54,576	27%	201,644	100%
MSPAS	17,449	14%	73,298	59%	34,021	27%	124,768	100%
APROFAM	17,521	33%	18,967	36%	16,393	31%	52,881	100%
IGSS	16,511	77%	1,451	7%	3,602	17%	21,564	100%
Mercadeo Social	957	39%	914	38%	561	23%	2,431	100%
DIU	23,930	57%	8,764	21%	9,146	22%	41,840	100%
MSPAS	4,211	33%	4,452	35%	4,106	32%	12,768	100%
APROFAM	11,162	60%	3,871	21%	3,717	20%	18,750	100%
IGSS	7,945	91%	126	1%	704	8%	8,775	100%
Mercadeo Social	613	40%	315	20%	620	40%	1,547	100%
AQVF	128,208	34%	113,856	30%	131,376	35%	373,440	100%
MSPAS	23,328	16%	64,128	43%	61,024	41%	148,480	100%
APROFAM	41,200	28%	45,712	31%	58,352	40%	145,264	100%
IGSS	63,680	80%	4,016	5%	12,000	15%	79,696	100%
Mercadeo Social	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%
AQVM	16,288	73%	3,616	16%	2,432	11%	22,336	100%
MSPAS	560	53%	400	38%	96	9%	1,056	100%
APROFAM	11,056	67%	3,216	19%	2,336	14%	16,608	100%
IGSS	4,672	100%	-	0%	-	0%	4,672	100%
OTROS	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%
Total	281,220	36%	250,420	32%	245,144	32%	776,786	100%

Fuente: Elaboración de los autores con datos proporcionados por las instituciones.

debido a que éstas concentran la mayor cantidad de trabajadores formales, afiliados al seguro social. Por tal razón, del total de APPS por cada método, entrega en la

región metropolitana el 79% en condones, el 73% de orales, el 77% de inyectables, el 91% de DIU, el 80% de AQV femenina y el 100% de AQV masculina.

La oferta de APROFAM cubre preferentemente la región metropolitana en el caso de métodos como el condón (56%), el DIU (60%) y la AQV masculina (67%), y las regiones no indígenas con anticonceptivos orales (56%) y AQV femenina (40%). Al igual que el MSPAS, la entrega de anticonceptivos inyectables es mayor en las regiones con predominio de población indígena (36%).

Las organizaciones de mercadeo social proveen más de la mitad de la oferta de total condones y orales en el país, aunque la entrega de éstos en la región metropolitana alcanza, respectivamente, el 63% y el 70% de los APPS. En relación con los inyectables, tienen una participación pequeña que cubre en proporciones similares a la región metropolitana (39%) y regiones con predominio indígena (38%). La entrega de APPS con DIU también es muy limitada y se concentra en las regiones metropolitanas (40%) y con predominio no indígena (40%).

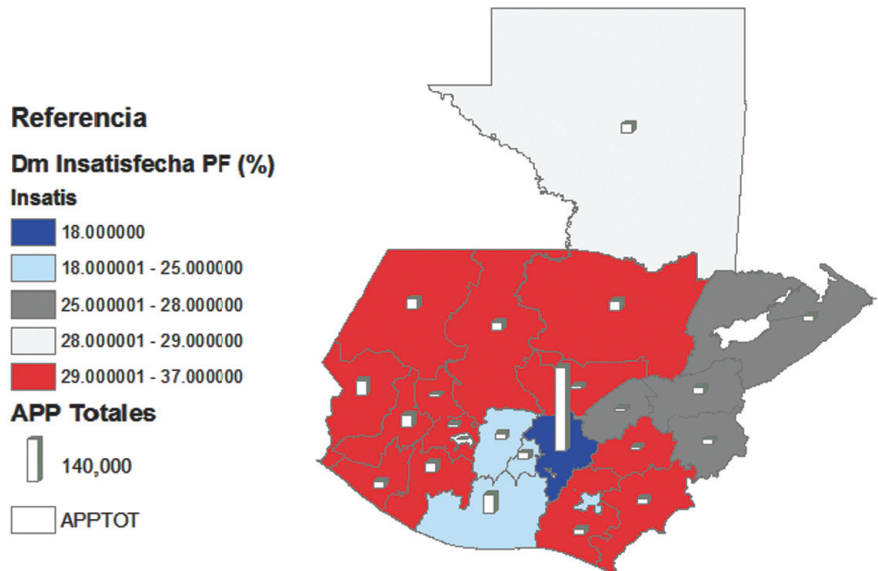
BALANCE OFERTA – DEMANDA: LA DEMANDA INSATISFECHA

La demanda insatisfecha alcanza un 30% en la mayoría del país, aún en departamentos donde el número de APPS entregados es relativamente alto (Ilustración 3). Si bien desde una perspectiva de mercado la parte de la demanda que no alcanza a ser cubierta por la oferta se denomina demanda insatisfecha, en el tema particular de la planificación familiar la situación es más compleja. La demanda insatisfecha representa un 41% del total de mujeres expuestas a embarazo. En este grupo, hay mujeres que no desean hijos pronto o ya no desean más hijos, sin embargo, prefieren no utilizar métodos de planificación familiar. Otras mujeres desean utilizarlos, pero afrontan barreras de acceso a ellos.

DEMANDA INSATISFECHA PARA LIMITAR

El 60.1% de las mujeres que no desean más hijos indicó en la ENSMI 2002 que no piensa usar un método anticonceptivo; de éstas, el 3% estaba embarazada y el 56.5% no lo estaba. A consecuencia de esta decisión, se esperarían embarazos

ILUSTRACIÓN 3. GUATEMALA, 2002. AÑOS DE PROTECCIÓN PAREJA ENTREGADOS Y DEMANDA INSATISFECHA POR DEPARTAMENTO



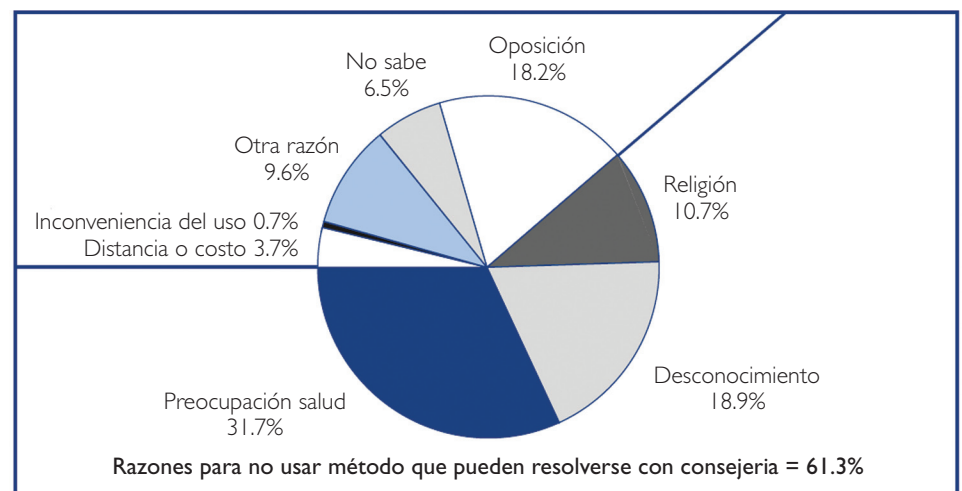
Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

no deseados en tres quintas partes de las mujeres que ya no desean más hijos. ¿Cuál es la razón principal de las mujeres que no desean más hijos para no usar métodos?

Como se aprecia en la ilustración 4, las barreras geográficas o económicas no son la razón más importante (3.7%); ni siquiera la percepción de que los métodos interfieren en la sexualidad o su uso es

inconveniente (0.7%). Puede ocurrir que haya oposición en la pareja que exista oposición de otras personas (18.2%). Pero las principales razones, que representan el 61.3% en las mujeres que no desean más hijos, se pueden resolver con una consejería efectiva. Existen métodos apropiados para mujeres que tienen motivos religiosos (10.7%), se puede orientar a las que

ILUSTRACIÓN 4. COMPOSICIÓN DE LAS MUJERES QUE NO DESEAN MÁS HIJOS SEGÚN LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO PIENSAN UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

desconocen qué método usar o dónde obtenerlo (18.9%) y también es posible ayudar a las parejas a informarse sobre los efectos secundarios de los diferentes métodos y a vencer otras preocupaciones por la salud (31.7%).

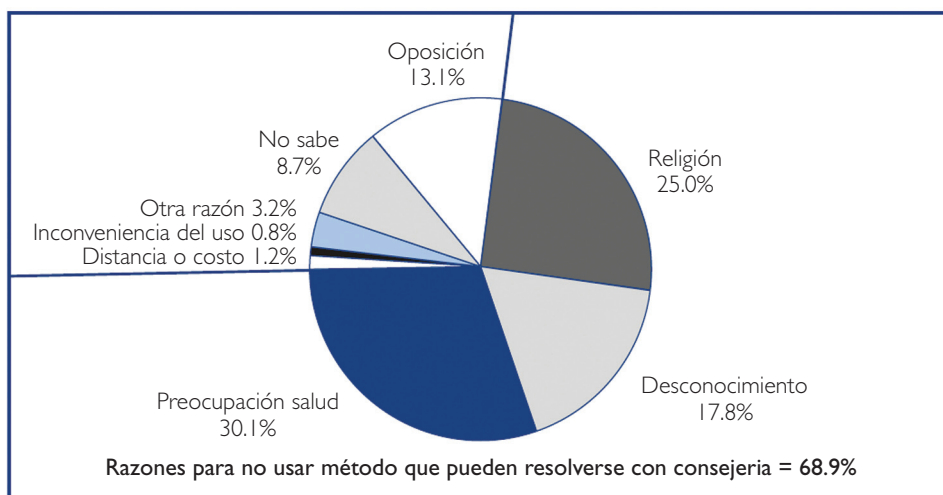
DEMANDA INSATISFECHA PARA ESPACIAR

La decisión de no utilizar métodos anticonceptivos abarca una mayor proporción entre las mujeres que desean espaciar los embarazos (Ilustración 5). El 75% de las mujeres que no desean hijos pronto no piensa utilizar métodos anticonceptivos, incluyendo 5.4% de mujeres embarazadas y 69.6% de no embarazadas. En el caso de estas mujeres, el 69% de sus barreras a la planificación familiar puede resolverse con consejería, incluyendo el desconocimiento (18%), la religión (25%) y las preocupaciones de salud por el uso de métodos (30%).

ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las razones expuestas para no utilizar métodos anticonceptivos, incluso cuando las mujeres desean limitar o espaciar los embarazos, sugieren la existencia de grupos de población con poca cobertura de información, educación y comunicación sobre planificación familiar.

ILUSTRACIÓN 5. COMPOSICIÓN DE LAS MUJERES QUE DESEAN ESPACIAR LOS EMBARAZOS SEGÚN LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO PIENSAN UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

La ENSMI 2002 contiene datos sobre mujeres que tuvieron acceso a información sobre planificación familiar por medios radiales, televisivos, escritos o por medio de grupos comunitarios. De acuerdo con la Tabla 6, existen importantes diferencias en el acceso a información sobre planificación familiar; de acuerdo con el área de residencia y la región. También muestra diferencias entre distintos medios.

El acceso a información es mayor en las regiones Metropolitana, Central, Sur Oriental y Nor Oriental. La cobertura es menor en las áreas rurales de las regiones con población predominantemente indígena: Norte, Sur Occidente, Nor Occidente. También hay pocas mujeres con acceso a información en la Región Petén. En estas regiones, los periódicos, afiches, folletos y grupos comunitarios con

TABLA 6. GUATEMALA, 2002. MUJERES QUE SI TUVIERON ACCESO INFORMACIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR REGIONES SEGÚN MEDIO Y ÁREA DE RESIDENCIA

Región	Radio		Televisión		Periódico o Revista		Afiches		Folletos		Grupos Comunitarios	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Metropolitana	60%	60%	63%	60%	50%	44%	43%	39%	43%	34%	19%	24%
Norte	41%	38%	27%	6%	22%	7%	22%	11%	23%	7%	19%	22%
Nor-Oriente	49%	36%	39%	23%	33%	18%	38%	18%	35%	18%	22%	16%
Sur-Oriente	53%	38%	48%	25%	42%	20%	34%	24%	41%	23%	21%	10%
Central	54%	46%	45%	36%	39%	27%	39%	30%	36%	24%	20%	15%
Sur Occidente	55%	41%	45%	26%	36%	16%	36%	17%	31%	12%	16%	11%
Nor Occidente	50%	29%	42%	13%	30%	9%	27%	8%	29%	9%	19%	8%
Petén	59%	50%	44%	10%	22%	10%	35%	18%	40%	19%	20%	13%
Total	56%	43%	54%	30%	42%	22%	39%	22%	39%	19%	19%	15%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

información sobre planificación familiar cubren menos del 20% de la población rural.

SEGMENTACIÓN BASADA EN CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

La distribución de la demanda insatisfecha por región y área de residencia muestra que la demanda insatisfecha en áreas rurales es de 74% para espaciar y 63% para limitar; también se aprecia que las necesidades de expansión de la oferta se encuentran en áreas rurales de las regiones Norte, Nor Occidente, Sur Occidente y Nor Oriente (Tabla 7); en cambio, en el área urbana metropolitana se concentra la demanda insatisfecha para limitar.

TABLA 7. GUATEMALA, 2002. DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA INSATISFECHA PARA ESPACIAR Y LIMITAR SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA POR REGIONES

Región	Espaciar		Limitar	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Metropolitana	55%	45%	72%	28%
Norte	13%	87%	25%	75%
Nor-Oriente	12%	88%	12%	88%
Sur-Oriente	22%	78%	25%	75%
Central	30%	70%	46%	54%
Sur Occidente	21%	79%	23%	77%
Nor Occidente	19%	81%	18%	82%
Petén	34%	66%	35%	65%
Total	26%	74%	37%	63%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

La composición por edades de la demanda insatisfecha (Tabla 8) no muestra diferencias entre zonas urbanas y rurales, pero sí entre mujeres que desean hijos más tarde y las que ya no desean hijos. La demanda insatisfecha para espaciar se concentra en los grupos de edad entre 15 y 29 años (77.7% en área urbana y 75.3% en área rural). La demanda insatisfecha para limitar está distribuida en proporciones similares, en torno a un sexto del total, a partir de

TABLA 8. GUATEMALA, 2002. COMPOSICIÓN POR EDADES DE LAS MUJERES QUE DESEAN ESPACIAR O LIMITAR EMBARAZOS Y NO UTILIZAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EN ÁREAS URBANAS Y RURALES

Edad	Espaciar		Limitar	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
15 - 19	19.1%	19.2%	4.8%	4.9%
20 - 24	30.7%	35.0%	15.9%	15.8%
25 - 29	27.9%	21.1%	15.9%	17.4%
30 - 34	9.2%	12.5%	17.0%	16.5%
35 - 39	9.2%	6.7%	15.2%	14.5%
40 - 44	3.6%	4.3%	13.4%	17.4%
45 - 49	0.4%	1.1%	17.7%	13.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

los 20 años de edad, con valores modales en los grupos de 30 a 34 y de 45 a 49 años de edad. Este hallazgo es consistente con la necesidad de ofrecer información completa y acceso a una variedad de métodos a las usuarias; sin embargo, expresa también la importancia de reforzar los protocolos para referir a usuarias que desean limitar embarazos a los establecimientos con la capacidad de ofrecer estos servicios.

La demanda insatisfecha está compuesta por mujeres con nivel primario de educación, principalmente en zonas rurales; en las zonas urbanas es también importante

TABLA 9. GUATEMALA, 2002. COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA INSATISFECHA PARA ESPACIAR Y PARA LIMITAR SEGÚN ESCOLARIDAD EN ÁREAS URBANAS Y RURALES

Escolaridad	MEF	Espaciar		Limitar	
		Urbano	Rural	Urbano	Rural
Ninguno/Preescolar	2%	5%	3%	3%	6%
Primaria	58%	56%	83%	63%	83%
Secundaria	34%	36%	11%	29%	9%
Superior/Universitaria	5%	4%	4%	4%	1%
Alfabetización	0%	0%	0%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

la proporción con educación secundaria (Tabla 9). Las estrategias de comunicación y educación pueden adaptarse al 90% de la demanda insatisfecha en estos niveles educativos.

De acuerdo con la ENSMI 2002, entre el 85% y el 90% de las mujeres que no desean más hijos o no los desean pronto, y no están utilizando métodos de planificación familiar son católicas o evangélicas (Tabla 10). La religión católica tiene un ligero predominio sobre la evangélica en todos los grupos, aunque es mayor en la demanda insatisfecha para limitar que reside en áreas rurales. Las organizaciones que promueven la planificación de la familia pueden sobre esta base dar la orientación apropiada.

TABLA 10. GUATEMALA, 2002. COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA INSATISFECHA PARA ESPACIAR Y PARA LIMITAR SEGÚN RELIGIÓN EN ÁREAS URBANAS Y RURALES

Religion	Espaciar		Limitar	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Católica	49%	48%	46%	51%
Evangélica	40%	37%	44%	34%
Costumbrista	0%	1%	0%	1%
Ninguna	12%	14%	8%	14%
Otra	0%	0%	2%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

TABLA 11. GUATEMALA, 2002. COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA INSATISFECHA PARA ESPACIAR Y LIMITAR SEGÚN TENENCIA DE RADIO Y TELEVISIÓN, EN ÁREAS URBANAS Y RURALES

Acceso a medios	Espaciar		Limitar	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Radio				
Si	74%	69%	76%	70%
No	26%	31%	24%	30%
Total	100%	100%	100%	100%
Televisión				
Si	74%	37%	73%	34%
No	26%	63%	27%	66%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

Las proporciones de mujeres dentro de la demanda insatisfecha que no cuentan con aparato receptor de radio (Tabla 11) son muy inferiores a la proporción que no ha escuchado mensajes de planificación familiar por la radio (Tabla 6)). La radio ofrece un potencial no explotado para concienciar, informar y educar. En cuanto a la televisión, su disponibilidad es muy limitada en las áreas rurales, pero aún así, por este medio se podía cubrir un tercio o más de las mujeres que no desean tener más hijos o no desean tenerlos pronto, y no están utilizando métodos de planificación familiar.

SEGMENTACIÓN BASADA EN EL RIESGO PRECONCEPCIONAL

El riesgo reproductivo preconcepcional se define como la probabilidad que tiene una mujer de sufrir daño, la gestante o su producto, si decide involucrarse en el proceso reproductivo (Cabeza E. 1998, pp 5-7). Bajo esta definición, se reconoce la existencia de grupos vulnerables frente a factores de riesgo biológicos, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas o factores socioambientales. La atención preconcepcional consiste en la evaluación y orientación de las mujeres,

antes del embarazo, para permitir una decisión responsable sobre el momento más oportuno para asumir un embarazo seguro (Durán M. y González M., 2002). En presencia de factores de riesgo, la planificación familiar permite controlar la fecundidad para que la gestación ocurra en el momento más favorable para la madre, el niño y la familia (OMS, 2004).

El propósito del presente apartado consiste en dimensionar los grupos humanos vulnerables frente a factores de riesgo preconcepcional, específicamente, las mujeres que son susceptibles a embarazo, no están utilizando métodos anticonceptivos y están sujetas a riesgo preconcepcional.

Edades tempranas y tardías

Tanto el embarazo precoz (en mujeres con menos de 20 años) como el tardío (en mujeres con más de 35) representan riesgos para la salud de la madre y el niño. De acuerdo con la ENSMI 2002, alrededor del 47% de las mujeres que no usan anticonceptivos (Ilustración 6) se encuentran en edades de riesgo.

Más de cien mil jóvenes, de entre 15 y 19 años, y 346 mil mujeres de 35 años o más componen estos dos segmentos; en conjunto representan casi medio millón de mujeres que actualmente no reciben

servicios de planificación familiar; y menos aún la categoría más amplia de atención preconcepcional, pese a que se encuentran en riesgo reproductivo debido a edades tempranas o tardías para la gestación.

Número de hijos

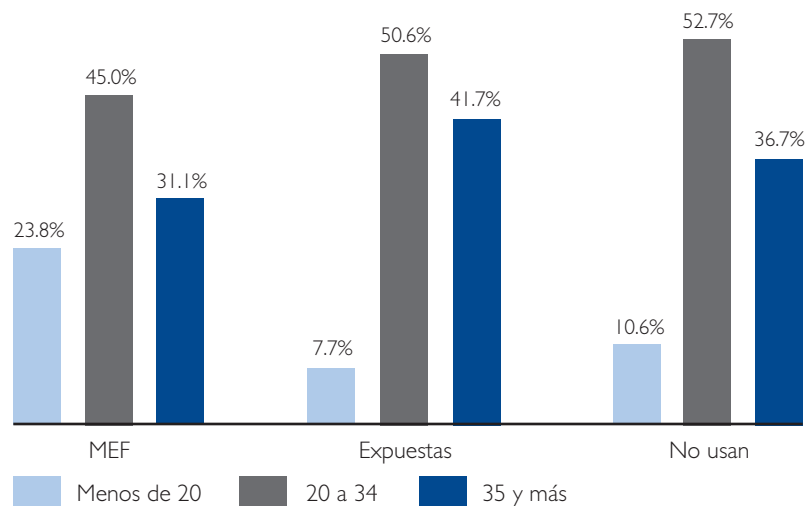
Las mujeres multíparas, con más de cuatro hijos, por lo general son también añosas y tienen un grado mayor de vulnerabilidad frente al riesgo reproductivo. De las mujeres expuestas a embarazo que no están usando métodos anticonceptivos, un 36% tiene 5 o más hijos (Tabla 12).

TABLA 12. GUATEMALA, 2002. PORCENTAJE DE MUJERES EXPUESTAS A EMBARAZO QUE NO ESTÁN USANDO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EDAD Y NÚMERO DE HIJOS

Número de hijos	Edad de Riesgo			Total
	Menos de 20	20 a 34	35 y más	
Ninguno	38%	8%	3%	9%
1 a 4	62%	69%	33%	55%
5 a 9	1%	23%	46%	29%
10 y más	0%	0%	19%	7%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

ILUSTRACIÓN 6. COMPOSICIÓN POR EDADES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF), LAS MUJERES EXPUESTAS A EMBARAZO Y LAS MUJERES QUE NO USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

La proporción aumenta al 64% entre las mujeres de 35 años y más. Casi la cuarta parte de las mujeres de 20 a 34 años que no están usando métodos tiene entre 5 y 9 hijos. En relación a la población del 2002, el número de mujeres con 5 o más hijos representaba un 12% de las mujeres en edad fértil, casi 337 mil mujeres.

La proporción de mujeres multiparas que no están utilizando métodos anticonceptivos es mayor en algunas regiones que en otras (Ilustración 7), lo cual sugiere que los mayores esfuerzos de ampliación de la cobertura son necesarios en las regiones Norte, Nor Occidente, Sur Occidente y Petén.

Estas diferencias entre regiones están relacionadas con una tendencia a la multiparidad mayor en las áreas rurales (39%) que en las urbanas (27%).

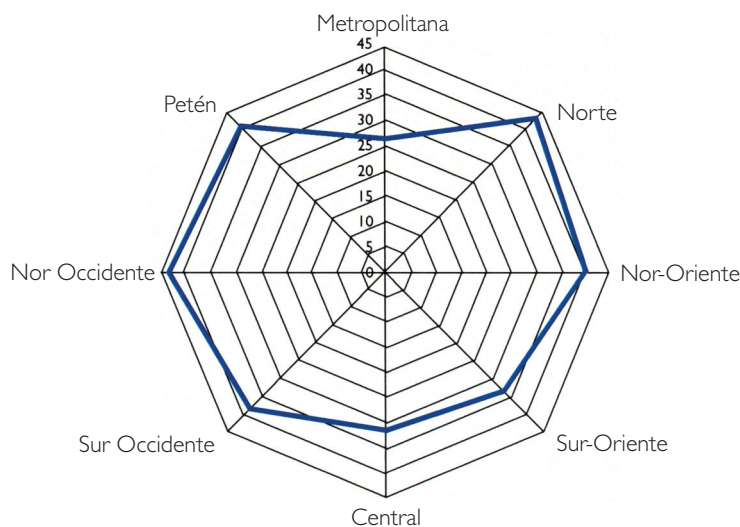
Como fuera presentado en el análisis de la oferta, las regiones con predominio de población rural e indígena tienen menor cobertura y mayores necesidades, y esto se confirma con la distribución regional de las multiparas.

Antecedentes obstétricos

Las pérdidas y abortos son antecedentes obstétricos que aumentan el riesgo de complicaciones y daños para la gestante y su producto, de llegar a embarazarse, y por tanto, caben en la definición de riesgo preconcepcional. De acuerdo con la ENSMI 2002, un 20% de las mujeres que no usan métodos anticonceptivos ha sufrido pérdidas. El análisis por regiones muestra que en aquellas con predominio de población no indígena (Nor-Oriente, Sur-Oriente, Central y Petén) la proporción de mujeres que han sufrido pérdidas es mayor que el promedio nacional.

Por otra parte, y como cabe esperar, el porcentaje es mayor en mujeres de 35 años y más (28%) y menor entre las de menos de 20 años (6%). Entre las más jóvenes, los porcentajes superan al promedio nacional en las regiones Nor-oriente (11%) y Metropolitana (10%), mientras que en las mayores de 35 años, la proporción de mujeres que han sufrido pérdidas y abortos es mayor en las regiones Petén (37%),

ILUSTRACIÓN 7. DISTRIBUCIÓN POR REGIONES DE MUJERES EXPUESTAS A EMBARAZO QUE NO UTILIZAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y TIENEN 5 HIJOS O MÁS



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE HAN TENIDO PÉRDIDAS Y ABORTOS, POR REGIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD

Región	Menos de 20	20 a 34	35 y más	Total
Metropolitana	10%	14%	28%	20%
Norte	3%	14%	15%	13%
Nor-Oriente	11%	18%	31%	22%
Sur-Oriente	0%	24%	34%	26%
Central	6%	19%	35%	24%
Sur Occidente	4%	17%	29%	20%
Nor Occidente	4%	12%	24%	16%
Petén	5%	19%	37%	22%
Total	6%	17%	28%	20%

Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

Central (35%), Sur-oriente (34%) y Nor-oriente (31%).

DISCUSIÓN

COMPOSICIÓN DE LAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

En Guatemala, las mujeres en edad fértil representan el 46% de la población

femenina del país. De cada veinte mujeres, ocho no están expuestas al embarazo por no haber iniciado la actividad sexual o por haber dejado de estar activas sexualmente; tres están temporalmente no susceptibles a embarazo por embarazo o amenorrea, y nueve están expuestas y susceptibles a embarazo. De las susceptibles, cinco están usando métodos anticonceptivos y cuatro no están usando. En otros términos, el

mercado potencial para los anticonceptivos equivale al 60% de las mujeres en edad fértil, en el mediano plazo, y al 45% a corto plazo.

ESTRUCTURA DEL MERCADO POTENCIAL DE ANTICONCEPTIVOS

Examinando las preferencias y prácticas de las mujeres que componen este mercado potencial, se encuentra que un 17% desea hijos pronto y, por tanto, no demanda métodos anticonceptivos. Del resto, un 83% que desea hijos más tarde o ya no desea más hijos, la mitad está usando métodos (demanda satisfecha) y la mitad no tiene acceso a ellos. Así, del total de mujeres en edad fértil sexualmente activas, un 22% constituye demanda insatisfecha para espaciar embarazos, y un 19% para limitarlos.

COMPOSICIÓN INSTITUCIONAL DE LA OFERTA DE ANTICONCEPTIVOS

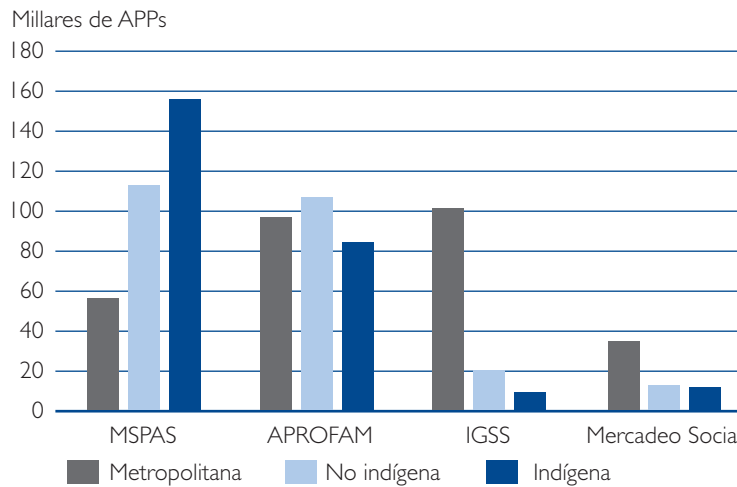
Las entidades que ofrecen métodos anticonceptivos con un fin social incluyen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Asociación Guatemalteca Pro Bienestar de la Familia, y las entidades de Mercadeo Social (I PROFASA y PASMO). Durante el año bajo estudio, el MSPAS ofreció el 40.9% de los APPs totales, APROFAM aportó el 36.7%, el IGSS el 15.8% y el 5% restante lo proveyeron las entidades de Mercadeo Social.

DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA

En la región Metropolitana del país se concentra el 16% de la población y es allí donde se entrega el 36% de los APPs ofertados. Sin embargo, la región concentra los APPs producidos con tres métodos: condones (57%), DIU (57%) y AQV masculina (73%).

Las siete regiones restantes pueden ser divididas de acuerdo con el predominio de población indígena y no indígena. Aunque

ILUSTRACIÓN 8. DISTRIBUCIÓN DE APPS ENTREGADOS POR LAS ENTIDADES QUE OFERTAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CON FINES SOCIALES SEGÚN EL TIPO DE REGIÓN



Fuente: Elaboración de los autores con datos de la ENSMI 2002

el porcentaje de APPs entregados es igual entre ambos grupos de regiones (32%), en las regiones con predominio indígena se entrega el 47% de los producidos con inyectables, y en aquellas con predominio no indígena se concentra la oferta de APPs por métodos orales (44%) y AQV femenina (35%).

El MSPAS entrega el 61.9% de los APPs generados por inyectables, y lo dirige principalmente a regiones con predominio indígena (59%). APROFAM es el principal proveedor de APPs con orales (50.1%) principalmente dirigidos a población no indígena (56%) y la región Metropolitana (22%); además, provee el 44.8% de APPs generados con DIU, el 60% de ellos en la región Metropolitana. APROFAM también produce el 74% de APPs con AQV masculina, y del total que provee, un 73% se queda en la región Metropolitana. En cuanto al IGSS, no destaca como proveedor principal en ninguno de los métodos, aunque produce la mayor parte de sus APPs con AQV femenina, dirigida en un 80% a la región metropolitana y 15% a las regiones con predominio no indígena. Las organizaciones de Mercadeo Social producen la mayor parte de APPs por condones (49.9%), de los cuales se entrega en la región metropolitana el 63% y 19% en las regiones con predominio no indígena.

Estos resultados muestran una diferenciación de hecho entre instituciones. Con excepción del MSPAS, la oferta se concentra en la región Metropolitana y en las regiones con predominio no indígena. La población indígena de Guatemala enfrenta las condiciones más precarias, reside principalmente en zonas rurales, tiene menor acceso a servicios públicos y la fecundidad global es mayor en este sector de la población. La oferta de métodos anticonceptivos sigue este patrón de concentración metropolitana y postergación indígena, con pocas excepciones y principalmente basado en la oferta de inyectables.

LA DEMANDA INSATISFECHA

Del contraste entre oferta y demanda emerge la demanda insatisfecha, aunque esta noción de mercado es más compleja en el tema particular de la planificación familiar. La demanda insatisfecha representa un 41% del total de mujeres expuestas a embarazo. En este grupo, compuesto por mujeres que no desean hijos pronto o ya no desean más hijos, 3 de cada 5 mujeres expresaron que no piensan usar métodos anticonceptivos.

Las razones principales, expresadas por más del 60% de las usuarias, son la

religión, el desconocimiento de métodos y las preocupaciones por la salud y los efectos secundarios de los métodos. Sin embargo, existen métodos apropiados para mujeres que tienen motivos religiosos, se puede orientar a las que desconocen qué método usar y cómo, así como ayudar a las parejas a informarse sobre los efectos secundarios y escoger el más apropiado a sus preferencias. En resumen, para mejorar el balance entre demanda y oferta de métodos anticonceptivos, parece necesario fortalecer la calidad y la cobertura de la consejería sobre planificación familiar.

Esto se confirma con el análisis de la exposición a información sobre planificación familiar por regiones. De nuevo, la cobertura más baja se da en las áreas rurales y en las poblaciones con predominio indígena. En las zonas rurales de las regiones Norte, Nor-Occidente y Sur-Occidente, así como la región Petén, se encuentran los menores porcentajes de acceso a información; en estas regiones, los periódicos, afiches, folletos y grupos comunitarios con información sobre planificación familiar cubren menos del 20% de la población rural. En zonas rurales, la cobertura de mensajes por medio de la radio oscila entre 29% (Nor-Occidente) y 60% (Metropolitana) de las mujeres, mientras que los mensajes sobre planificación familiar televisados alcanzaron entre 6% (Norte) y 60% (Metropolitana) de las mujeres.

SEGMENTOS BASADOS EN DEMANDA INSATISFECHA

Las mayores necesidades de expansión de la oferta de anticonceptivos se encuentran en la población rural de las regiones Norte, Nor Occidente, Sur Occidente y Nor Oriente. En estas regiones, no basta con hacer disponibles los insumos anticonceptivos y capacitar al personal en su entrega; es necesario desarrollar una estrategia de Información, Educación y Comunicación, y fortalecer la consejería en planificación familiar.

Las mujeres entre 15 y 29 años conforman un segmento de la demanda insatisfecha para espaciar los embarazos, y entre las

de 30 a 49 años se encuentra la mayor proporción de la demanda para limitarlos.

En la demanda insatisfecha predominan las mujeres con educación primaria (56% en áreas urbanas y 83% en áreas rurales). Pueden ser católicas o evangélicas, en proporción similar; y juntas hacen hasta un 90% de la demanda insatisfecha.

El acceso a medios de comunicación es mucho mayor que la exposición a mensajes sobre planificación familiar. En áreas rurales, dos terceras partes tienen radio y un tercio tiene televisión.

SEGMENTOS BASADOS EN RIESGO PRECONCEPCIONAL

Existen condiciones o factores que aumentan la probabilidad de daño para la mujer o su producto, si decide embarazarse. La atención preconcepcional consiste en evaluar, clasificar y aconsejar a la mujer para que tome una decisión informada antes de embarazarse, y de ser necesario, escoja el método de planificación familiar que mejor se adapta a sus necesidades y preferencias.

La ENSMI 2002 permite explorar algunos de estos factores. Del total de mujeres que no usan métodos anticonceptivos, 10.6% tienen menos de 20 años y 36.7% tienen más de 35. Estos segmentos representan casi medio millón de mujeres expuestas a riesgo de embarazos precoces o tardíos, y que no cuentan con servicios de planificación familiar; y menos aún la categoría más amplia de atención preconcepcional.

El riesgo aumenta para las multíparas, en especial cuando han tenido más de cuatro hijos. Un 36% de las mujeres expuestas a embarazo que no usan métodos anticonceptivos son multíparas, y en el grupo de edad de 35 años y más, la proporción alcanza el 65%. En otros términos, multiparidez y edad tardía para el embarazo son riesgos que encaran dos terceras partes de las mujeres de 35 años y más que no usan anticonceptivos. Las multíparas son más del 40% de las mujeres que no usan métodos en las regiones Norte, Nor Occidente, Sur Occidente y

Petén, lo cual es consistente con una mayor tendencia a la multiparidad sin acceso a métodos en áreas rurales (39%) que en las urbanas (27%).

El antecedente de pérdidas o abortos es también una condición de riesgo, que se presenta en un 20% de las mujeres que no están usando métodos anticonceptivos. Las proporciones son más altas en la población de 35 años y en las regiones con predominio no indígena: Nor Oriente (31%), Sur Oriente (34%), Central (35%) y Petén (37%).

IMPLICACIONES DE POLÍTICA

La oferta de métodos anticonceptivos presenta algún grado de diferenciación por métodos y regiones del país. Los esfuerzos institucionales han permitido que muchas mujeres encuentren respuesta a sus necesidades de planificación familiar y protección contra embarazos no deseados en todas las regiones de país, pero principalmente en la región Metropolitana. Sin embargo, el análisis de la demanda insatisfecha muestra que existe un potencial de crecimiento de la oferta en las otras regiones del país, notablemente en aquellas con predominio indígena.

También muestra la importancia de dirigir los servicios de información, orientación y entrega de métodos hacia los grupos humanos donde las necesidades son apremiantes, tanto desde una perspectiva socioeconómica (áreas rurales) como desde el análisis del riesgo preconcepcional (por edad, paridez o antecedentes obstétricos).

Para cerrar las brechas, el desafío inicial consiste en formular e instrumentar una política de disponibilidad asegurada de anticonceptivos, con la participación de las diferentes instituciones, que establezca condiciones apropiadas para el cumplimiento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo a la Planificación Familiar (Decreto 87-2005, ley publicada por Acuerdo No. 30-2006).

La estrategia nacional de lograr el acceso universal debe actuar simultáneamente en tres ámbitos. **A nivel nacional**, es importante crear un marco de resultados compartido entre las instituciones, que permita la distribución de responsabilidades con base en las fortalezas de cada institución, y un marco de monitoreo para el seguimiento y la documentación de logros en el esfuerzo coordinado de reducir las brechas de atención en las regiones menos atendidas.

La evidencia también sugiere la necesidad de desarrollar una estrategia conjunta de información, educación y comunicación, utilizando los medios con mayor penetración en las regiones menos atendidas y por medio de la consejería en planificación familiar. El grupo de interés prioritario es el compuesto por mujeres que quieren espaciar o limitar y presentan factores de riesgo preconcepcional pero tienen objeciones por motivos de religión, desconocimiento de métodos y temor a efectos secundarios.

En el ámbito de cada institución, es necesario investigar las razones por las cuales la oferta se concentra en la región metropolitana y en las regiones con predominio no indígena, así como en los métodos inyectables y la AQV femenina. Entre tales razones, cabe investigar y actuar sobre los aspectos siguientes:

- Establecer la existencia de posibles sesgos en los proveedores para no ofrecer orientación y métodos anticonceptivos u ofrecer sólo algunos de ellos;
- Identificar si los proveedores cuentan con las competencias y los insumos necesarios para la oferta de métodos diversos;
- Evaluar la existencia de posibles fallas en la calidad de los servicios, especialmente en dimensiones de la calidad tales como el acceso a servicios, el desempeño técnico, la eficacia y eficiencia, las relaciones interpersonales, la privacidad y confidencialidad, así como la seguridad y la posibilidad de elección por el o la usuaria.

En el ámbito del establecimiento de servicios, con acompañamiento de los programas

de nivel nacional, las recomendaciones incluyen:

- Fortalecer en los proveedores las competencias para la atención integrada a la salud de la mujer con énfasis en la atención preconcepcional adecuada; esto incluye el desarrollo de protocolos, algoritmos y otras guías de trabajo que faciliten la identificación de riesgos preconcepcionales y orienten sobre la mejor manera de compartir esta información con los y las usuarias, principalmente las expuestas a embarazos precoces o tardíos, las múltiparas y aquellas con antecedentes obstétricos que representan un factor de riesgo.
- Establecer coordinación entre establecimientos en el nivel local, que favorezca la referencia entre niveles de atención así como la derivación horizontal entre instituciones, de acuerdo con las fortalezas de cada cual y principalmente en las áreas donde la demanda insatisfecha es mayor;
- Establecer una cultura de calidad centrada en los y las usuarias de los servicios de planificación familiar; definiendo estándares de calidad, monitoreando su cumplimiento y desarrollando acciones para el mejoramiento continuo.

En el ámbito del fortalecimiento institucional:

El MSPAS es la institución con mayor orientación hacia la cobertura de regiones con predominio indígena, sin embargo la oferta se concentra en métodos inyectables y AQV femeninas. Debido al costo elevado de estos métodos, no parece viable que la expansión de la oferta se base en este tipo de métodos. Es necesario reforzar las capacidades institucionales para ofrecer una buena orientación en métodos como días fijos y DIU, que a muy bajo costo pueden contribuir a la disminución de la demanda insatisfecha y a la reducción de embarazos de riesgo evitable.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social atiende exclusivamente a los afiliados, quienes son trabajadores en el sector formal de la economía. Recientemente, el IGSS extendió a todos los departamentos

del país la cobertura de los programas de maternidad y enfermedad común. Por esta razón, aunque los datos muestran una concentración elevada de los APPs producidos por esta entidad en la región metropolitana y regiones con predominio no indígena, es importante asegurar que los servicios de planificación familiar también se extiendan a las nuevas regiones cubiertas.

APROFAM es una entidad no gubernamental que desarrolla sus actividades con un amplio abanico de métodos y cubriendo las diferentes regiones del país, si bien se observa una cobertura menor en regiones con predominio indígena. Es importante asegurar que los convenios de APROFAM con el MSPAS sirvan para el traslado de capacidades a las ONG de extensión de cobertura del MSPAS, especialmente en los aspectos relacionados con la consejería y la entrega de métodos a las usuarias.

Las entidades de Mercadeo Social han hecho una importante contribución para promover e incrementar la utilización de métodos anticonceptivos de abastecimiento periódico. Estas entidades entregan el 47.9% de los APPs por condones, pero solamente un 5% de los APPs totales; en consecuencia tienen un potencial de crecimiento muy importante, en especial en las regiones donde su presencia es muy limitada. En el marco de la coordinación interinstitucional, las entidades de Mercadeo Social pueden ofrecer un apoyo importante en el diseño y la difusión de la comunicación educativa sobre planificación familiar; así como en la creación de canales de distribución que incluyan al sector privado en las regiones Norte, Nor Occidente y Sur Occidente del país.

En el caso de todas las instituciones, es importante ampliar el concepto de oferta de métodos anticonceptivos hacia la entrega de orientación y servicios de planificación familiar; como una respuesta integrada en la salud de la mujer que contribuya a la maternidad segura y la supervivencia infantil en Guatemala.

REFERENCIAS

- Cabeza Cruz E. Riesgo Preconcepcional. Metodología y control en Procederes de Obstetricia y Ginecología para médicos de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998 .p. 5-7. Citado por: Gómez Jiménez, Carmen et al. 2006. Comportamiento de Riesgo Preconcepcional en el Municipio de Canillá, El Quiché, Guatemala.
- Deliver, 2002. Estudio Regional de Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos.
- Durán Santos, M.C. y M. González Teijeiro. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Medicina General 2002, 43: 252-262.
- Empirically-Based Conversion Factors for Calculating Couple-Years of Protection, in Evaluation Review 24(1): 3-46. Stover, J., J. Bertrand, J. Shelton February, 2000
- Gribble J, Jennings V y Nikula M., 2004. Ojo con la brecha: respuestas a la crisis mundial de financiamiento para la planificación familiar. JFPRHC, 30(3): 155-157.
- GTP, 2000. Financiamiento de los suministros de anticonceptivos en los países en desarrollo: resumen de los problemas, opciones y experiencias. JSI, PAI, PATH y Wallace Global Fund, pag. 3.
- GTP, 2000. Financiamiento de los suministros de anticonceptivos en los países en desarrollo: Resumen de los problemas, opciones y experiencias. Grupo de trabajo provisional sobre Garantía de Suministro de los Productos de Salud.
- GUATEMALA, 2006. Acuerdo Legislativo 30-2006 que ordena la publicación del Decreto No. 87-2005 Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa de Salud Reproductiva. Diario de Centroamérica, jueves 27 de abril de 2006.
- Hare, L., Hart, C., Scribner, S., Shepherd, C., Pandit, T. (ed.) y Bornbusch, A. (ed.). 2004. SPARHCS: Vía estratégica a la disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva. Baltimore, MD: INFO Project, Centro para Programas de Comunicación, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins.
- McKenna, R., 1988. Marketing in the age of diversity. Harvard Business Review, vol 66, September-October, 1988.
- OMS. Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. [serial online] 2004 octubre. Disponible en: URL: http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/sapnish/specials/newsid_3752000/37527033.stm
- OMS/OMC, 2001. Taller sobre fijación diferenciada de precios y financiamiento de medicamentos esenciales: Resumen del Informe. Secretarías de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Comercio. Noruega, abril de 2001.
- PNUD, 2004. Human Development Report.
- Policy, 2002. Aspectos de las políticas de seguridad anticonceptiva, pag. 8
- Sharma S, Gribble JN y Menotti EP, 2005. Creating options in family planning for the private sector in Latin America. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(1):37-44
- USAID, 2004. Country Health Statistical Report. PHNI / DDM. September 2004.

ANEXO I. CORRELACIÓN DE VARIABLES CON EL USO DE MÉTODOS DE SEDE DE OTRO HIJO O ESPERAR

Variable	Estadística	MP835.- Usaron método	MP702.- Desea tener otro o esperar
Área de Residencia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.193(**) 0 5500	0.008 0.547 5514
MPI03. - Edad en su ultimo cumpleaños?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.093(**) 0 5500	.127(**) 0 5514
MPI18. - Puede leer?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.256(**) 0 4246	.106(**) 0 4312
MPI21. - Mira televisión	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.297(**) 0 5498	.084(**) 0 5512
MPI20. - Escucha radio?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.085(**) 0 5497	-0.006 0.641 5510
MPI22. - Qué religión es?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.022 0.101 5487	-0.019 0.157 5502
MPI24V. - Grupo étnico?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.270(**) 0 5500	-.139(**) 0 5514

(**) Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



CALIDAD EN SALUD
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
5a Avenida 11-40, Zona 11, Colonia El Progreso 01011
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Tel: 502-2445-4390
502-2445-4408
502-2445-4414

El proyecto Calidad en Salud II es administrado por University Research Co., LLC (URC). Para más información, escriba al ljaramillo@calidad.com.gt.