

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

INFORME OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

5.1 Razón de mortalidad materna:

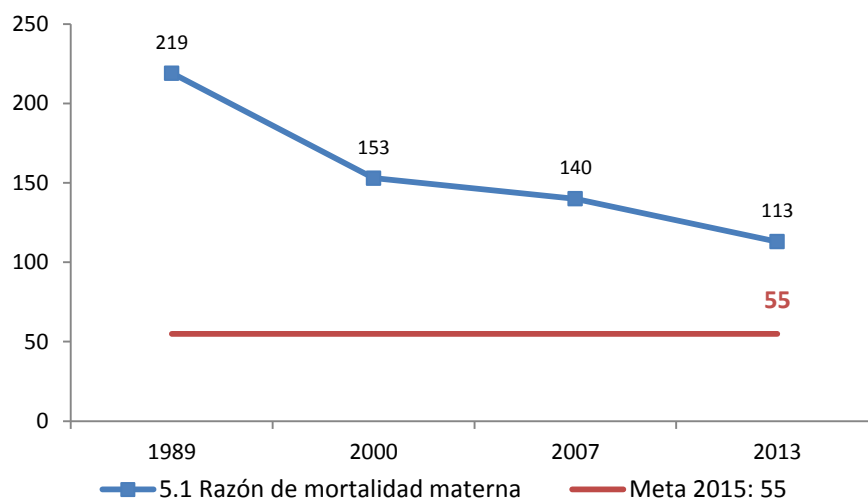
5.1.1 Descripción, evolución y análisis agregado del indicador:

- **Descripción del indicador:**

- Indicador de desarrollo humano, representa riesgo obstétrico y respuesta del Sistema Nacional de Salud; refleja inequidad. No detecta cambios en el corto plazo y muchas veces es utilizado con fines de abogacía, promoción y defensa pública. (MSPAS, Plan estratégico para reducir la mortalidad materna).

- **Evolución del indicador:**

- Tres estudios nacionales de fuente comparable: Medina (1989), Línea basal (2000) y Estudio de MM (2007).
- Las fuentes de información que poseen datos a partir de 2007 para Guatemala son: el registro de estadísticas vitales de INE, la vigilancia de defunciones en MEF del MSPAS, las estimaciones de la RMM que se han hecho para Guatemala y la ENSMI 2014/15.
- Razones para la elección del dato de la vigilancia del MSPAS.

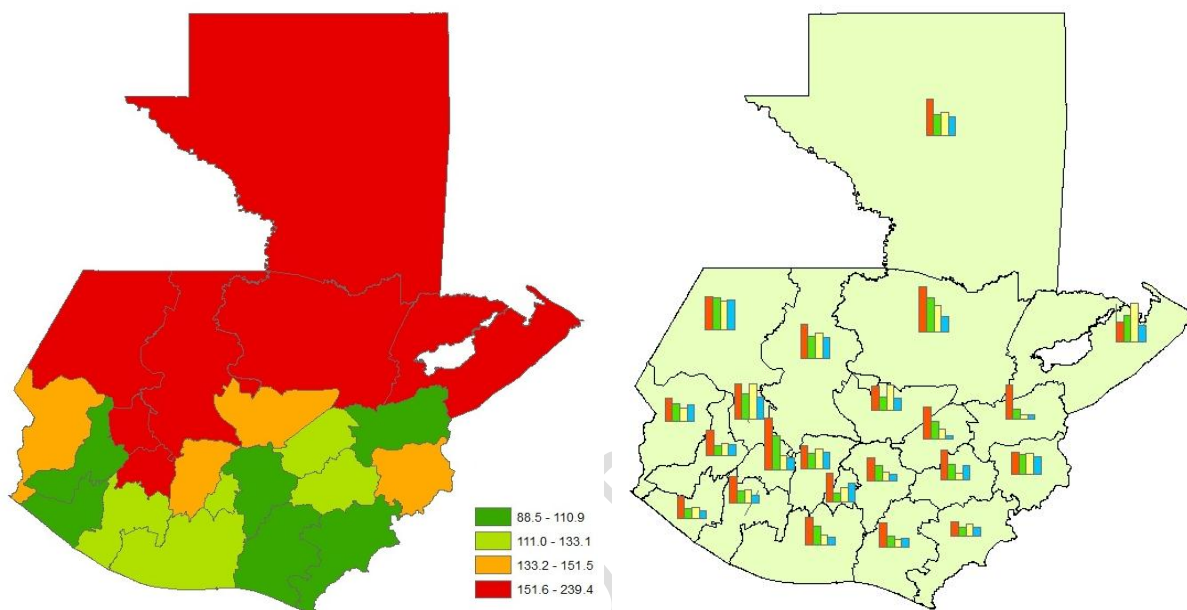


- A lo largo de los años el descenso del indicador ha tenido variaciones. Durante la década de los años noventa en promedio la razón desciende 2.7% cada año. Entre el año 2000 y el año 2013 el promedio anual de descenso alcanza un 2.0%.
- En el III Informe de Avances en el Cumplimiento de los ODM para Guatemala, se consideraba ya que la tendencia hacia el logro de esta meta en el país era al “no cumplimiento”.
- Consenso en relación a que la salud materna representa aún una tarea pendiente en el país.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- Razones del ritmo de descenso: dos de las cuatro intervenciones que aseguran una maternidad saludable (OMS) se han incrementado: acceso a planificación familiar y atención de parto

5.1.2 Análisis territorial (diferencias entre departamentos del país):



- Antecedentes de la RMM:

- Los departamentos del país con RMM más altas se ubican en la parte norte del territorio nacional. Los siete departamentos con promedio de RMM más alto durante el período, hasta antes del dato de 2013, presentaron cifras superiores a la RMM nacional.
- Características de estos departamentos: alta ruralidad (promedio 64%), concentración importante de población indígena (promedio 93%), mayores índices de pobreza, menor infraestructura física y menor presencia institucional del Estado.
- Los departamentos con menor RMM promedio en el país, se distribuyen en distintas regiones del territorio.
- En estos departamentos las condiciones son muy distintas: son más urbanos (promedio 50%), poseen población predominantemente ladina (promedio 85%), tienen población con menores niveles de pobreza y poseen mayor presencia de instituciones del Estado.
- Apreciamos que la RMM es un indicador que sensiblemente nos muestra los extremos de las condiciones generales de vida en que se encuentran dos segmentos de la población del país.

- Tendencia departamental:

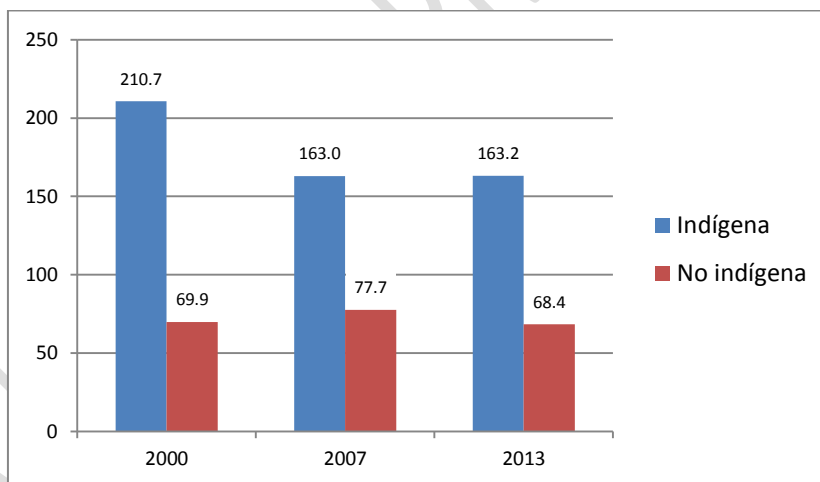
- Tres categorías: descenso, irregular e incremento.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- Departamentos con descenso: dos o más mediciones consecutivas de disminución en el indicador. En esta categoría se ubican nueve departamentos: Alta Verapaz, El Progreso, Escuintla, Guatemala, Jalapa, San Marcos, Santa Rosa, Sololá y Zacapa.
- Comportamiento irregular se definió como aquella en donde las mediciones han tenido constantes variaciones, con incrementos y descensos continuos. En ella se encuentran la mayor parte de los departamentos del país: Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Huehuetenango, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Quiché, Retalhuleu, Suchitepéquez y Totonicapán. En algunos de estos departamentos las variaciones se dan con niveles altos del indicador y en otras en niveles más bajos.
- Departamentos con incremento de la RMM -ha aumentado en por lo menos dos mediciones consecutivas-: Izabal y Sacatepéquez.

5.1.3 Análisis por condición étnica (población indígena y no indígena)

- Una de las categorías que a lo largo de los años ha mostrado claras diferencias es la relacionada a pertenencia étnica.
- En el año 2000 el riesgo de defunción materna en mujeres indígenas era tres veces superior al registrado en mujeres no indígena. En las mediciones posteriores, de 2007 y 2013, la relación desciende levemente a 2.1 y 2.4, respectivamente.



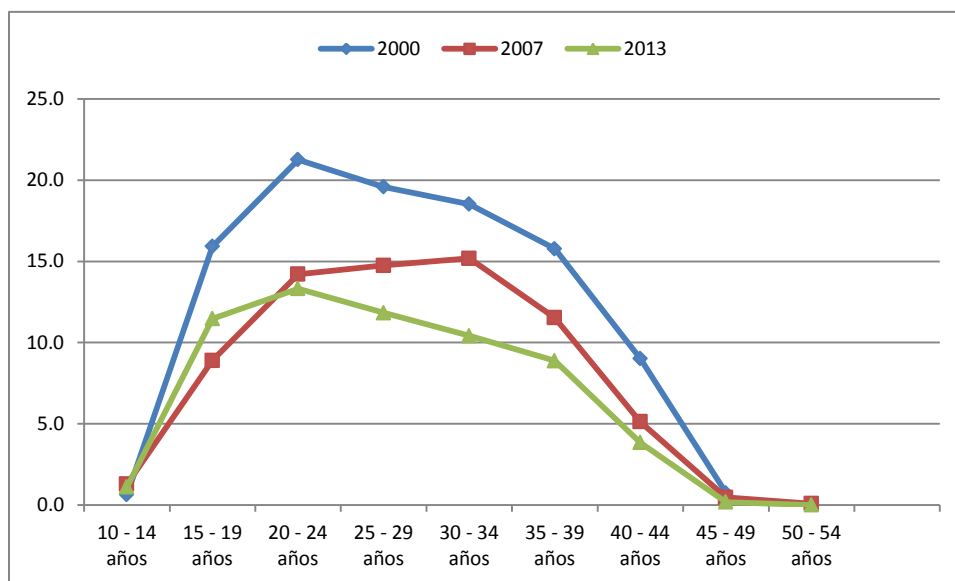
- Esta situación representa un reto para el Estado en su conjunto y para el sector salud de forma más directa.

5.1.4 Análisis de la mortalidad materna por grupo de edad

- Se utilizó la proporción de mortalidad materna, relacionando las defunciones maternas de un grupo específico con el correspondiente número de mujeres en edad fértil (MEF).

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- Simulan una U invertida, en donde grupos con mayores tasas de fecundidad registran mayores valores de mortalidad proporcional; los grupos cercanos a los extremos de la edad fértil son menores las RMM.
- Entre los años 2000 y 2007 los descensos mayores se produjeron en adolescentes entre 15 y 19 años y mujeres de 20 a 29 años.



- En el año 2013 los descensos son más marcados entre los 25 y 34 años de edad.
- La mortalidad materna proporcional parece descender a lo largo de los años de manera más consistente en mujeres mayores de 35 años de edad.

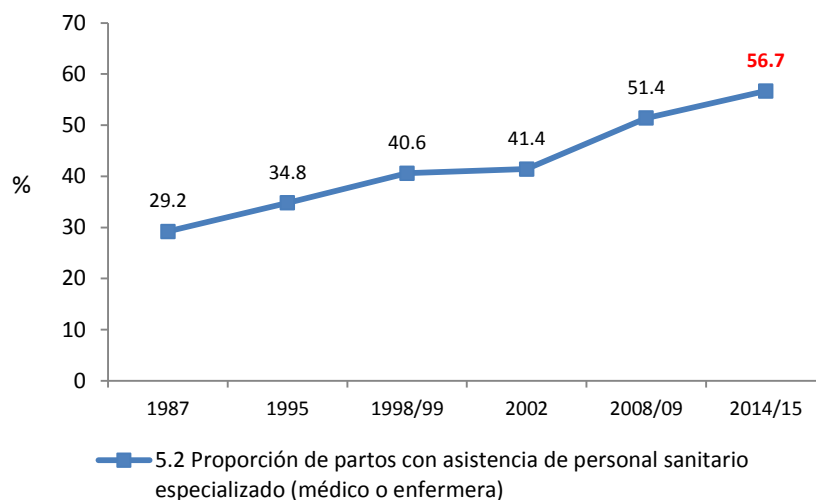
5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado (médico o enfermera)

5.2.1 Descripción, evolución y análisis agregado del indicador:

- Descripción del indicador:

- La presencia de personal capacitado en el momento del parto es crucial para identificar y tratar algunas complicaciones que difícilmente se pueden prevenir a lo largo del embarazo. El personal de salud que posee conocimiento y entrenamiento apropiados para atender estas emergencias puede salvar la vida de madres y niños durante el parto.
- Junto con personal capacitado se deben habilitar instalaciones y dotar del equipo e insumos que la atención de un parto requieren, sin lo cual no puede garantizarse una atención óptima.
- Algunos servicios de atención hospitalaria también cuentan con otros servicios de apoyo, como por ejemplo: quirófanos, banco de sangre y casas maternas.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA



- Evolución del indicador:

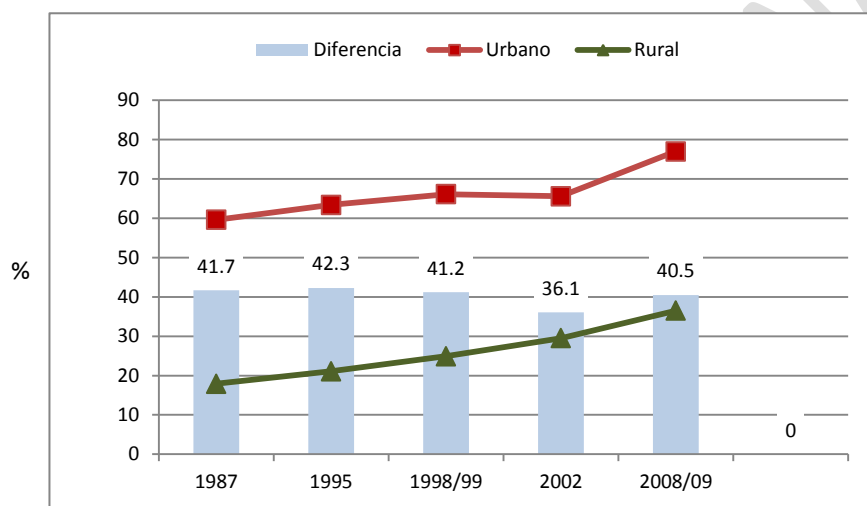
- A lo largo de la serie histórica este indicador no ha descendido, solo ha cambiado el ritmo de ascenso.
- Entre 1987 y 2014/15 la atención de parto por personal sanitario especializado ha aumentado un total de 27.5 puntos porcentuales.
- En promedio cada año el indicador se incrementó aproximadamente 1% a lo largo de toda la serie; durante la primera década el promedio anual fue de 1.0%, en la segunda 1.1% - motivado por el incremento logrado en el segundo lustro-; y en lo que va de la presente década el promedio anual ha sido de 0.9%.
- El comportamiento del indicador puede estar influenciado por factores externos y otros propios del sector salud.
- Factores externos: lenta pero paulatina urbanización, incremento en niveles de alfabetismo y escolaridad que se ha registrado en la población general y particularmente en la mujer, mejoramiento del acceso terrestre a través del aumento de la red vial y el mayor acceso a medios de comunicación y transporte.
- Factores propios del sector salud: servicios para los tres niveles de atención.
 - Primer nivel: control prenatal, el trabajo de capacitación y coordinación con comadronas tradicionales y la referencia de casos.
 - Segundo nivel: fortalecimiento por medio de CAP y CAIMI
 - Tercer nivel: mejores condiciones de infraestructura, equipo y personal con mayores capacidades para el manejo de partos complicados.

5.2.2 Análisis territorial (diferencias entre el área urbana y rural):

- Indicador del ODM5 que registra la mayor brecha entre área urbana y rural.
- A lo largo de más de 25 años se han mantenido las diferencias.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- El ritmo de crecimiento del indicador por área geográfica ha sido similar. En el área urbana el indicador ha crecido 17.4 puntos y en el área rural 18.6 puntos porcentuales.
- El crecimiento en el área rural, a pesar de ser sostenido, es insuficiente. El nivel del indicador en 2008 era bastante menor al observado en zonas urbanas en 1987. Los niveles de atención de parto en áreas rurales, en comparación con los existentes en las áreas urbanas, poseen muchas décadas de rezago.
- En las áreas rurales hay mayor fecundidad y menor infraestructura de servicios de salud. Entre 2005 y 2008 la tasa global de fecundidad en áreas urbanas era de 2.9 hijos, mientras en áreas rurales alcanzaba 4.2. Esto responde a varios factores sociodemográficos, culturales y de acceso a servicios de salud.



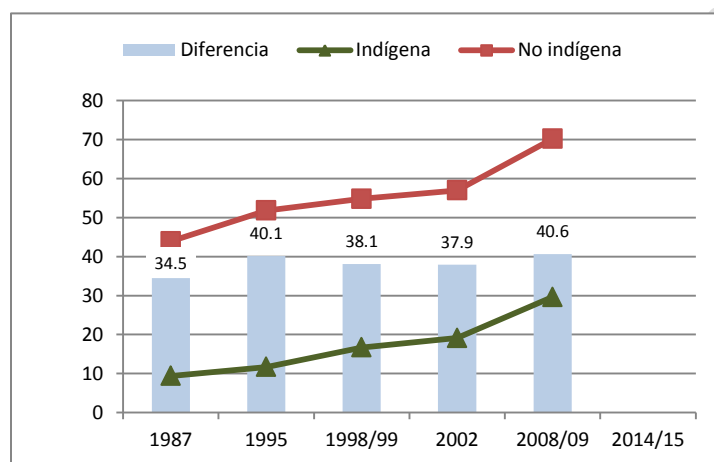
- Factores sociodemográficos: elevada ruralidad que entre 1994 y 2011 ha pasado de 65.0 a 52.0 (Censo INE 1994 y Encovi 2011); en zonas rurales hay mayor proporción de mujeres jóvenes y es a más temprana edad, en comparación a mujeres de zonas urbanas, que se produce la primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento. Los niveles de educación son menores en hombres y mujeres de zonas rurales.
- Factores culturales: la preferencia por atención con comadrona, la negativa a salir de un contexto familiar y comunitario propio, hacia otro con distintos valores y prácticas.
- Acceso a los servicios de salud: provisión de métodos de planificación familiar y a servicios con capacidades instaladas para la atención de parto.

5.2.3 Análisis por condición étnica (población indígena y no indígena)

- Hay alguna similitud en la magnitud y comportamiento de la brecha por condición étnica y la descrita según área geográfica. Mientras la atención de parto por personal especializado según área geográfica se ha mantenido sin mayores cambios, según la condición étnica las diferencias han aumentado.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- En 1987 el 9% de las mujeres indígenas eran asistidas durante el parto por un médico o enfermera. Aunque veinticinco años después la asistencia especializada del parto a este grupo se había triplicado, el indicador es aún menor al que la población no indígena poseía en 1987.
- A lo largo de las distintas mediciones la atención del parto por comadrona entre mujeres indígenas es alta: promedio 68.66%. Para 2008/09 la razón entre mujeres indígenas y no indígenas de atención de parto por comadrona era de 2 a 1.
- Importancia que posee la comadrona como agente de salud sobretodo en comunidades y poblaciones indígenas.



- El MSPAS ha creado la Unidad de Atención a los Pueblos Indígenas, ha implementado intervenciones como la atención de parto vertical en varios Centros de Atención Permanente y el hospital amigo de la comadrona en varios centros asistenciales.

5.3 Prevalencia de uso de anticonceptivos

5.3.1 Descripción, evolución y análisis agregado del indicador:

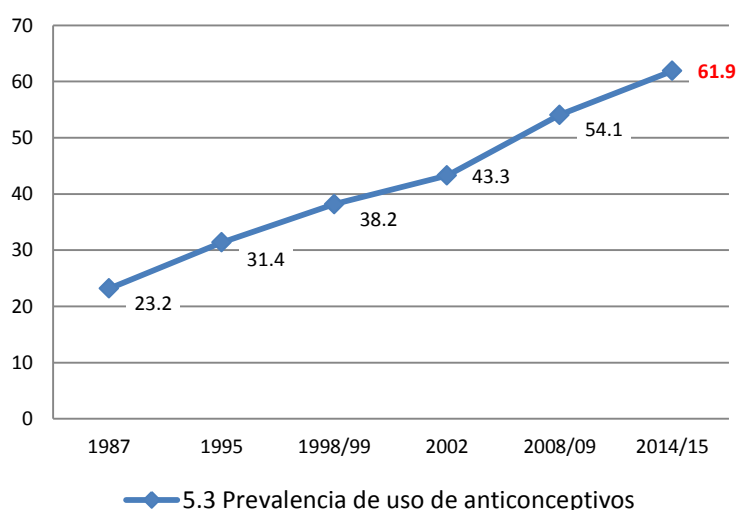
- Descripción del indicador:

- Orienta sobre el número de mujeres que corren un riesgo más bajo de concebir en un momento determinado. Individuos y parejas tienen el derecho a decidir, libre y responsablemente, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos, además de disponer de información y los medios necesarios para ello.
- El acceso a información, la disponibilidad de diferentes métodos anticonceptivos y de servicios de planificación familiar de alta calidad facilitan a mujeres y hombres el ejercicio del derecho a planificar los nacimientos.
- La planificación familiar incluye intervenciones en educación, promoción, orientación y atención que contribuyan a ejercer los derechos reproductivos.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- **Evolución del indicador:**

- o En 1987 el 23.2% de las mujeres entre 15 y 44 años refería utilizar métodos de planificación familiar, para 2014/15 más del 60% de las mujeres entre 15 y 49 años referían hacerlo.
- o Durante un período superior a los 25 años el indicador se ha incrementado cerca de 39 puntos porcentuales.
- o Es el indicador del ODM5 con mayor ritmo de crecimiento, el promedio anual de crecimiento alcanzó 1.4%. Durante la primera década el promedio anual de crecimiento fue de 1.2%, en la segunda 1.6% y en lo que va de la presente década el promedio anual ha sido de 1.3%.



- **Analizando dos generaciones:** Tomando en cuenta que en Guatemala la procreación del primer hijo es muy temprana (antes de los 20 años), las mujeres de 15 a 19 años encuestadas en 2008/09 representan una generación distinta a las jóvenes de la misma edad entrevistadas en 1987.
 - o El 9.6% de las mujeres menores de 20 años en 1987 refería usar algún método de planificación familiar; el 7.5% de las mujeres menores de 20 años refería hacerlo en 2008/09. Recordemos que para finales de la década pasada las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años representaban el 10.8% del total de mujeres del país. (Proyecciones INE)

Edad de la madre	Tasas específicas de fecundidad			
	1988-1993	1993-1998	1998-2003	2003-2008
15-19	129	139	133	101
20-24	264	266	240	189
25-29	269	254	217	181

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- El uso de métodos de planificación familiar en mujeres jóvenes no ha tenido el mismo comportamiento que en el total de mujeres. Las mujeres adolescentes es el grupo etario en donde menos cambios se han registrado en la fecundidad.

Característica	Tasa global de fecundidad según características seleccionadas				
	1987	1995	1998/99	2002	2008/09
Área					
Urbana	4.1	3.8	4.1	3.4	2.9
Rural	6.5	6.2	5.8	5.2	4.2
Grupo étnico					
Indígena	6.8	6.8	6.2	6.1	4.5
No indígena	5.0	4.3	4.6	3.7	3.1
Total	5.6	5.1	5.0	4.4	3.6

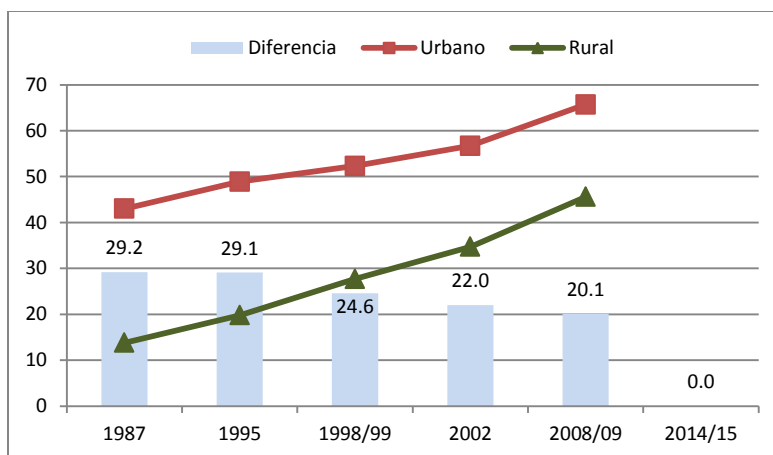
- **Impactos de la PF:** descenso en la fecundidad, ésta según la tasa de fecundidad -TF- (número anual de nacimientos por mil mujeres en edad fértil) y tasa global de fecundidad (promedio de hijos/as nacidos vivos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva, si las tasas específicas de fecundidad actuales se mantuvieran constantes).
 - En 1987 la TF era superior a 250 en los dos quinquenios reproductivos de mayor fecundidad en el país (20 a 24 y 25 a 29 años), en 2008/09 la fecundidad en ambos grupos había descendido un promedio de 30.6%.
 - La TGF pasa de 5.6 hijos por MEF en 1987 a 3.6 en 2008/09, desciende 35.7%.
 - Ambos indicadores están estrechamente relacionados con un descenso en la tasa global de fecundidad deseada y un aumento en el intervalo intergenésico. Entre 1987 y 2008/09 la proporción de mujeres que espaciaba sus embarazos con intervalos de 24 meses y más, pasó de 69.8% a 76.1%.
- **Factores que han contribuido al incremento del acceso a métodos de planificación:**
 - Marco legal específico: internacional y nacional.
 - Incremento en los niveles de educación: relación directa entre mayores niveles de educación y uso de métodos anticonceptivos.
 - Acceso a los métodos de PF: desde 2002 se mejora acceso a servicios de PF en primero y segundo nivel de atención.

5.3.2 Análisis territorial (diferencias entre el área urbana y rural):

- La brecha entre zonas urbanas y rurales progresivamente se ha reducido. La brecha se ha reducido de manera sostenida más de un 30%.
- En áreas rurales el comportamiento ascendente del indicador ha sido más sostenido que el mostrado en áreas urbanas.
- En zonas rurales ha aumentado hasta el 2008 31.8 puntos porcentuales, aumento mayor al mostrado en zonas urbanas (22.7).

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- Departamentos que poseen las áreas rurales con más baja tasa de uso de métodos anticonceptivos son: Quiché (25.2%), Huehuetenango (33.3%), Totonicapán (33.4%), Chiquimula (35.9%) y Sololá (38.0%).

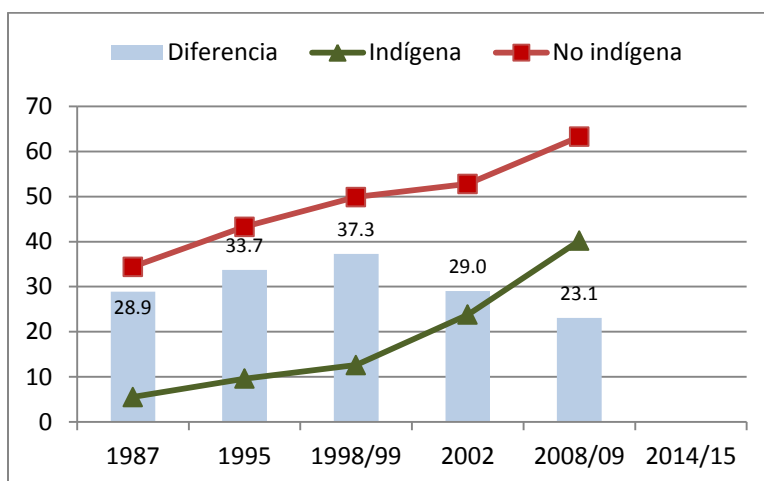


- Dos factores que parecen haber tenido una fuerte influencia en la disminución de la brecha son: el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el acceso a un proveedor público.
- En 1987 el 63.7% de las mujeres entrevistadas en áreas rurales conocía algún método anticonceptivo, ya para el año 2008/09 esta cifra alcanzaba al 96.0%.
- Las mujeres refieren acudir con mayor frecuencia a un servicio público de salud como fuente de suministro de anticonceptivos modernos; sin embargo, este comportamiento es mucho más marcado en zonas rurales, en donde 71% de mujeres dice acudir a un proveedor público de salud.
- Los dos servicios de salud pública con mayor proporción de suministro son los hospitales y los centros de salud. Es probable que en áreas rurales, los establecimientos más utilizados sean los puestos de salud y los centros comunitarios.

5.3.3 Análisis por condición étnica (población indígena y no indígena)

- El comportamiento de las diferencias en el uso de anticonceptivos entre población indígena y no indígena a lo largo de los años se ha revertido.
- Hasta fines de la década del 90 las diferencias tendían a incrementarse.
- A partir de 2002 progresivamente las diferencias tienden a disminuir. Al final la serie muestra un balance de disminución en las diferencias en el uso de anticonceptivos por condición étnica.
- Se han descrito dos tipos de factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos entre población indígena: factores socioeconómicos y los relacionados con el acceso a servicios de salud que los proveen. (Dinámica de la Anticoncepción en Guatemala: 1978–1998)

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA



- Factores socioeconómicos: cambios en niveles de educación, acceso a medios de comunicación (radio y televisión) y su incorporación, cada vez mayor, al trabajo fuera del hogar.
- Acceso a servicios de planificación familiar parece tener una influencia mayor y ser determinante en su uso.
 - En la década de los ochenta APROFAM era el principal proveedor
 - En la década del noventa existía ya una red de ONG's que promovía y brindaba este servicio en algunas comunidades indígenas del país.
 - A partir de 2002 se registra un mayor acceso a métodos de planificación familiar en servicios públicos. De acuerdo con la ENSMI 2008/09 el 72% de las mujeres indígenas que usaban algún método de planificación familiar lo obtenía de servicios públicos de salud.
- Estudios cualitativos han explorado las barreras en el uso de métodos anticonceptivos: la presión social ejercida principalmente por líderes religiosos y la fuerte influencia del esposo, son obstáculos frecuentes que afrontan las mujeres mayas en comunidades indígenas. **(Exploring sociocultural barriers to family planning among Mayans in Guatemala)**
- Estudios específicos que exploran las desigualdades étnicas en el uso de métodos anticonceptivos también han sugerido que una mayor integración de servicios maternos (acciones en control prenatal, atención del parto y métodos de planificación familiar) puede aumentar la atención de partos institucionales y el uso de métodos anticonceptivos.
- Otra intervención que puede ayudar a incrementar el uso de anticonceptivos es la incorporación a servicios de salud de personal que hable idiomas mayas. **(Ethnic inequality in Guatemalan women's)**

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

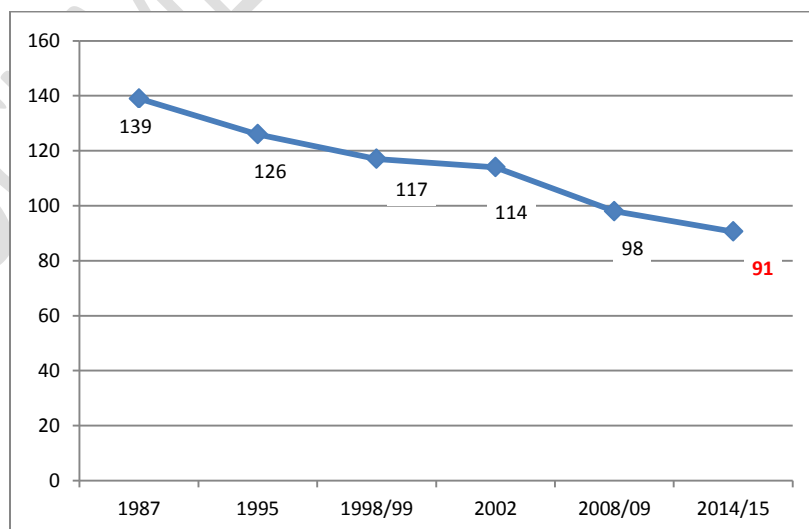
5.4 Tasa de fecundidad entre adolescentes de 15 a 19 años de edad:

5.4.1 Descripción, evolución y análisis agregado del indicador:

- Descripción del indicador:

- Refleja como una población vulnerable (mujeres adolescentes), que aún se encuentra en una etapa de desarrollo de todas sus capacidades y habilidades, está expuesta a embarazos tempranos.
- Tiene serias implicaciones y puede ser determinante en la vida de una mujer, afectándola emocional, familiar y socialmente.
- El nivel de fecundidad a una edad tan temprana nos puede indicar las acciones que realiza un país para la protección y el goce de una salud sexual y reproductiva plena dentro de este grupo de edad.
- La salud reproductiva de las adolescentes es importante por las consecuencias sociales, económicas y de salud que implica un embarazo no deseado o un aborto. Un embarazo a muy temprana edad constituye un mayor riesgo de mortalidad para la madre y el infante.
- El país atraviesa por una transición demográfica rezagada: altas cifras de fecundidad, mortalidad (infantil y general), población joven y de dependencia demográfica, se conjugan con bajos niveles de urbanización, escolaridad, y altas cifras de deserción y repitencia escolar y pobreza, provocando crecimiento demográfico dentro de perfiles epidemiológicos complejos. **(¡Como hemos cambiado! Transición demográfica en Guatemala).**
- Guatemala gozará en los siguientes 30 a 40 años del bono demográfico: desciende el índice de dependencia infantil y aumenta la población económicamente activa. **(ICEFI, Boletín de estudios fiscales)**

- Evolución del indicador:

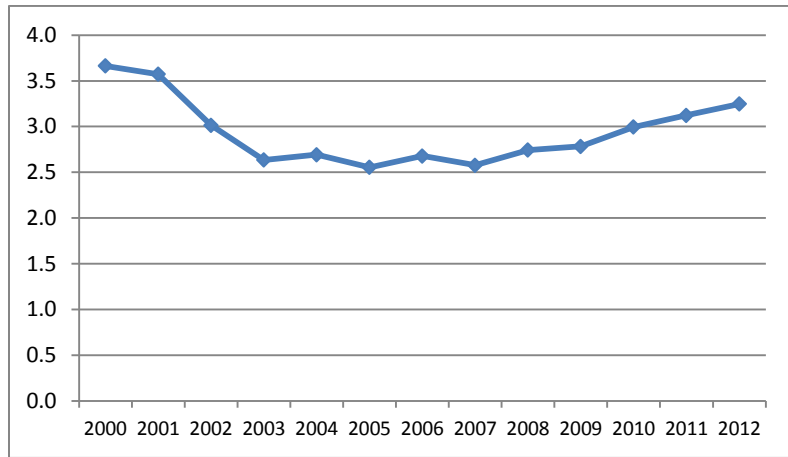


DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- En 1987 la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años a nivel nacional era de 139 por cada mil mujeres de este grupo etario; para 2014/15 la tasa había descendido a 91, una disminución de 34.5% durante todo el período (promedio anual 1.2%).
- Durante la década de 1990 el descenso fue de 15.8%, en la década de 2000 16.2% y en la actual de 7.1%. Vemos que de manera similar a lo que sucede en otros indicadores de este ODM, las variaciones anuales en este caso también son muy pocas.
- En el grupo adolescente se ubican las medianas de edad en las cuales las mujeres del país refieren haber tenido su primera relación sexual y llevar a cabo su primera unión.
- En este grupo se registraron importantes carencias acerca de temas de educación sexual: solo el 14% sabe cuándo la mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada y el 35% de ellas no cree que una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.
- En las adolescentes ha mejorado paulatinamente el nivel educativo.
- Cuenta cada vez con mayor acceso a medios de comunicación, tanto escrito como electrónico.
- Durante los últimos años también se ha incrementado su incorporación a actividades laborales.
- Grupo de población que posee condiciones que facilitan el diseño e implementación de programas integrales de educación sexual que tomen en cuenta temas de salud sexual y reproductiva, como la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) -incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- y embarazos no planificados.

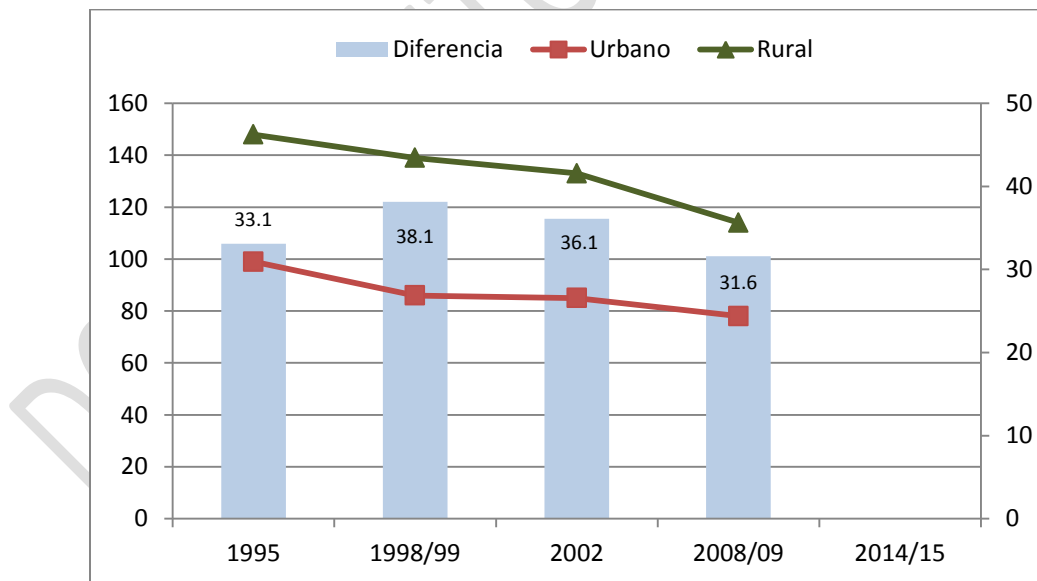
	1995	1998/99	2002	2008/09
Educación				
Sin educación	14.4	12.8	12.3	7.0
Primaria	52.2	51.4	50.7	47.1
Secundaria	32.4	35.2	36.3	44.3
Superior	1.0	0.6	0.7	1.0
Acceso a medios de comunicación				
Ninguno	11.4	10.4	5.7	2.1
Leen periódico	55.6	57.0	64.3	74.0
Ven televisión	61.0	65.1	71.8	74.6
Escuchan radio	79.1	76.6	82.2	76.1
Los tres medios	39.0	39.8	47.9	49.8
Trabajó en los últimos 12 meses				
No está trabajando	77.0	72.4	74.2	62.1
Trabaja actualmente	23.0	27.5	25.8	37.8

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA



- Las estadísticas vitales del INE han registrado el incremento sostenido entre 2008 y 2012 en la fecundidad entre niñas de 10 a 14 años de edad. En 2012 se rebasa el nivel de fecundidad reportado en 2002, una década atrás. Esta tasa de fecundidad muestra un comportamiento distinto -con tendencia contraria- al observado en las adolescentes de 15 a 19 años. Sin duda alguna esto debiera ser un signo de profunda preocupación para toda la sociedad, probable reflejo de una crisis social, familiar y de ausencia de protección efectiva a la niñez.

5.4.2 Análisis territorial (diferencias entre el área urbana y rural):



- o Se muestran diferencias proporcionales importantes entre las tasas de fecundidad adolescente en área urbana y rural.
- o Las diferencias prácticamente se han mantenido a lo largo del período. Esto puede ser un reflejo de los pocos cambios que han habido en el país en las brechas entre lo urbano y

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

rural, también puede tener relación con los roles que desempeña la mujer dentro de la sociedad.

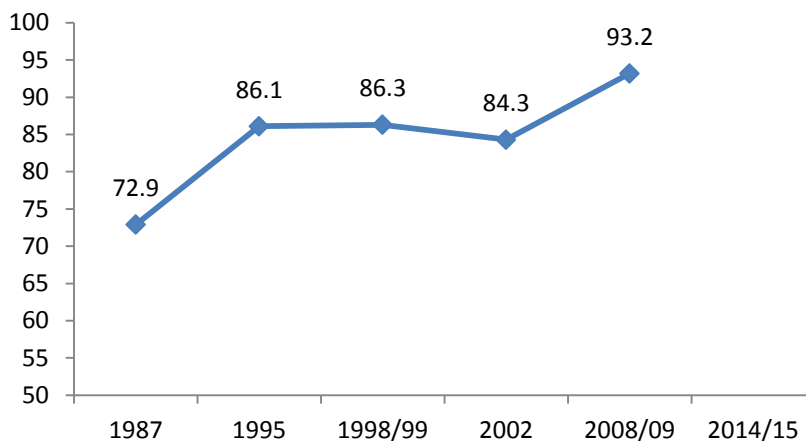
- Las tasas de fecundidad han disminuido en similar proporción: en área urbana 21.2% y área rural 23.0%.
- Características de la mujer adolescente rural son:
 - En las zonas rurales existen menos oportunidades de educación, empleo y, en general, de desarrollo para los adolescentes.
 - Los roles que se desempeñan tienden a estar más relacionados con labores domésticas.
 - Hay mayor desintegración de hogares motivada principalmente por fenómenos de migración.
 - En mujeres del área rural se registra más tempranamente la primera relación sexual y la primera unión.
 - Al momento de la primera relación sexual el uso de métodos anticonceptivos es bajo.
 - Más de la tercera parte (37.8%) de las mujeres entre 15 y 19 años del área rural, no quería tener su hijo en ese momento (no lo quería tener en ese momento o lo quería tener después).

5.5 Cobertura de atención prenatal:

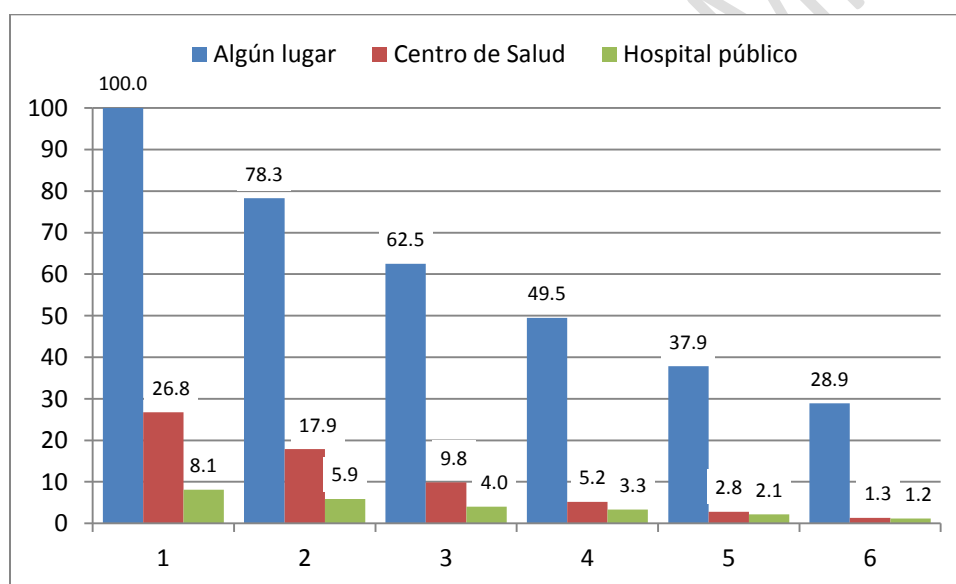
5.5.1 Descripción, evolución y análisis agregado del indicador:

- **Descripción del indicador:**
 - Permite conocer el acceso a servicios de atención prenatal que tienen las mujeres durante un embarazo.
 - La atención prenatal contribuye a reducir mortalidad y morbilidad materna e infantil, a través de acciones e información sobre cuidados del embarazo, parto y puerperio. Por ello es un indicador asociado a mortalidad materna e infantil, ya que una oportuna y adecuada atención puede contribuir a la disminución de la defunción de madre e hijo;
 - Hace referencia a la capacidad del sistema de salud para satisfacer la demanda de servicios de esta naturaleza a un binomio considerado vulnerable.
 - Los objetivos del cuidado prenatal son identificar y tratar complicaciones existentes y prevenir problemas obstétricos y neonatales.
 - El MSPAS busca que cada mujer tenga cuidado prenatal adecuado que incluye por lo menos cuatro visitas a proveedor de salud antes del parto.
- **Evolución del indicador:**
 - El nivel y evolución del indicador está relacionado con la forma en que se define y mide.
 - Desde al año base inicia la serie con un nivel alto (72.9%), indicador del ODM5 con nivel de arranque más alto.
 - Junto al indicador de necesidades básicas insatisfechas, el comportamiento ha sido irregular.
 - Ha tenido dos ascensos importantes, el primero en 1995 y el segundo en 2008/09

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA



- Embarazadas en control prenatal:



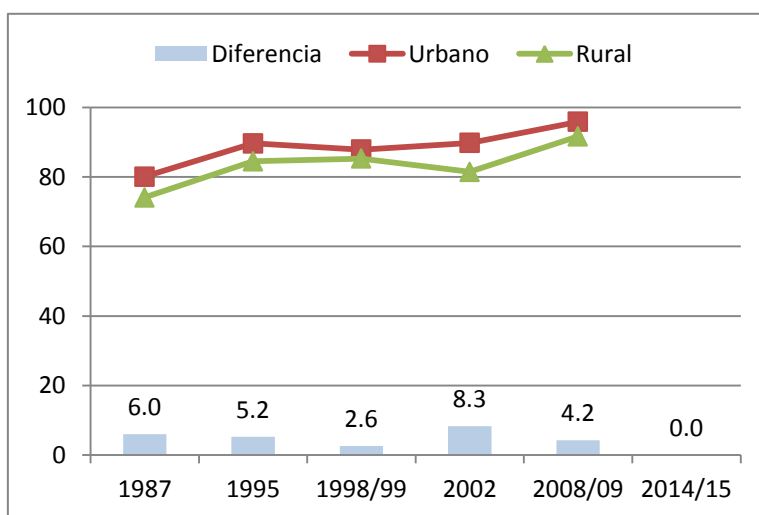
- Al analizar al grupo de embarazadas al momento de la encuesta 2008/09 (n=759), el 100% había acudido al menos a un control prenatal a algún lugar, 26.8% al Centro de Salud y 8.1% al Hospital público.
- Cerca de la mitad de las mujeres embarazadas había realizado al menos cuatro visitas de control prenatal a algún lugar, 5.2% al Centro de Salud y 3.3% al Hospital público.

5.5.2 Análisis territorial (diferencias entre el área urbana y rural):

- Durante las últimas mediciones, el porcentaje para áreas urbanas y rurales ha sido superior al 80%
- Indicador del ODM5 con menores diferencias entre zonas urbanas y rurales. El promedio de las diferencias registradas ascienden a 5.3 puntos porcentuales. En las últimas mediciones se mantiene una diferencia menor al promedio.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- Niveles tan altos del indicador para dos áreas geográficas tan distintas, pueden responder a una búsqueda consciente de atención por parte de la mujer y su entorno.

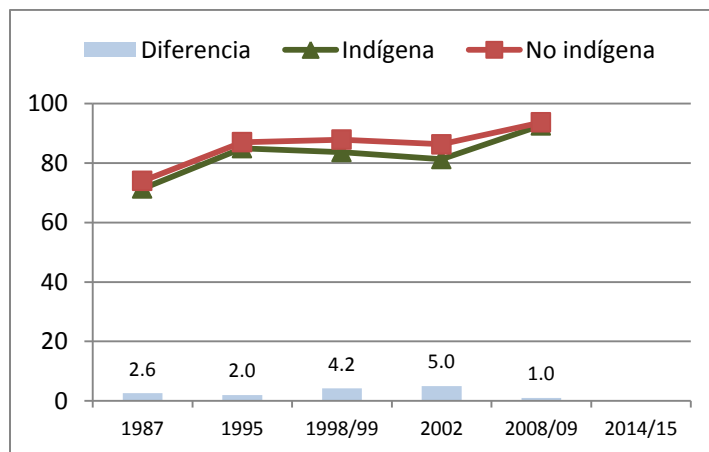


- Las diferencias se muestran al analizar información por tipo de proveedor, oportunidad y calidad del control prenatal brindado.
 - En 2002, 64.4% de las mujeres del área urbana y 44.5% de las del área rural asistieron a control durante el primer trimestre del embarazo. En 2008/09 el control durante el primer trimestre subió a 70.6% y 54.5%.
 - Analizando solo al grupo de mujeres embarazadas que refirió haber asistido a control prenatal, se encuentra que sólo 22.7% manifestó haber asistido a control prenatal con médico o enfermera. El 85% de las mujeres del área rural refirió haber asistido a control prenatal con comadrona; muchas de estas mujeres reciben el control prenatal en su propia casa.
 - Un indicador que no presenta diferencias entre zonas urbanas y rurales es la administración de vacuna Tda.

5.5.3 Análisis por condición étnica (población indígena y no indígena):

- De forma similar al análisis según área geográfica, analizar el control prenatal de acuerdo a condición étnica presenta muy bajas diferencias.
- El promedio en este caso a lo largo de las distintas encuestas es aún más bajo: 3.0. Esto pareciera indicar que la condición étnica influye menos en la búsqueda de atención prenatal que el lugar de residencia. Para ambos grupos (indígenas y no indígenas) sólo en la primera encuesta el indicador fue menor al 80%, luego de ese año se ha mantenido por encima de ese nivel.

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA



- Esta situación pareciera ser un signo alentador de la búsqueda de atención al momento del embarazo. Hay conciencia en la mujer y en las personas más cercanas a ella, de la importancia de buscar atención; es algo que debiera aprovecharse de mejor forma al momento de diseñar e implementar programas de prevención por parte de los servicios de salud.
- La casa de la comadrona es el lugar de mayor demanda para el control prenatal de mujeres embarazadas. La demanda de atención es elevada entre mujeres indígenas y no indígenas, mujeres sin educación y aquellas con educación secundaria, así como entre mujeres pertenecientes al menor y mayor quintil de ingresos.
- La búsqueda de atención prenatal por comadrona no parece estar fuertemente vinculada a condición étnica, educativa y económica de la mujer.
- Algunas condiciones de la mujer embarazada que se esperaría cambien con adecuado control prenatal, se reportan desfavorables para la mujer indígena. La proporción de mujeres indígenas embarazadas con anemia (24.9%) y aquellas que han recibido vacuna Tda (25.7%) son distintas a las registradas en población no indígena (19.0% y 26.7% respectivamente).

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar:

5.6.1 Descripción, evolución y análisis agregado del indicador:

- Descripción del indicador:

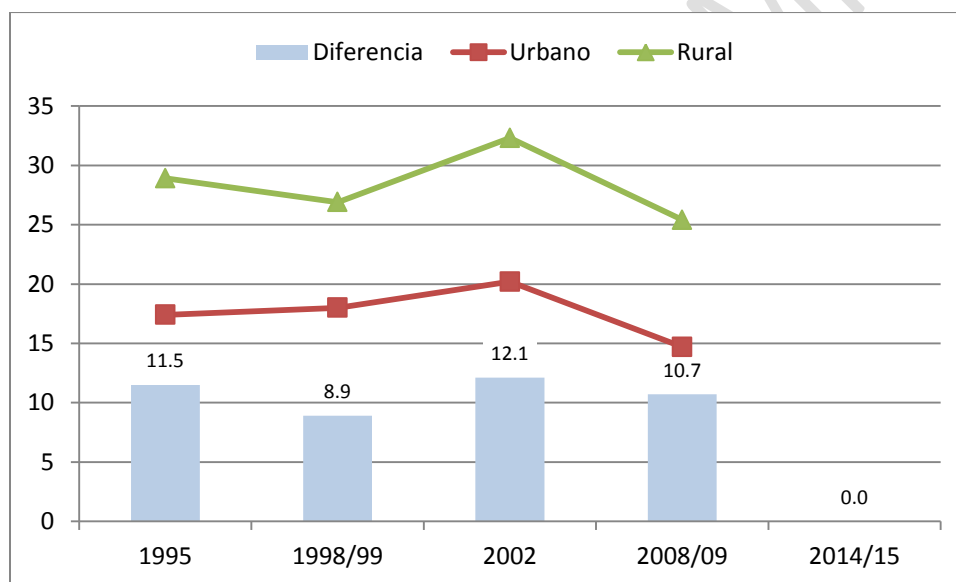
- Permite identificar la proporción de mujeres que no tiene satisfecha su demanda de métodos para planificar un embarazo. Expresa la capacidad de mujeres en edad reproductiva de acceder a medios que les permitan gozar una salud sexual y reproductiva plena, sin las consecuencias de un embarazo no deseado.
- Incluye a las mujeres unidas que no desean un embarazo, pero que por diversas razones no utilizan ningún método anticonceptivo para prevenirlo.
- Se debe diferenciar si la necesidad insatisfecha es para espaciar (mujeres que desean un embarazo después de 2 o más años) o para limitar los embarazos (mujeres que no desean tener más hijos).

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

- Al sumar necesidad insatisfecha y prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se conoce la demanda total de planificación familiar.

5.6.2 Análisis territorial (diferencias entre área urbana y rural):

- Las diferencias entre área urbana y rural no han sufrido variaciones importantes.
- Esto puede deberse a una conjunción de factores que han hecho que la mujer, rural y urbana, posea una fecundidad deseada menor y busque formas de limitar y espaciar más sus embarazos.
- Es posible que el valor rural este influenciado por la elevada demanda insatisfecha de zonas con alta ruralidad como las regiones noroccidente y norte.
- Esta demanda total de planificación familiar se ha incrementado paulatinamente a expensas de la prevalencia en el uso de anticonceptivos; esto mismo ha influido en la disminución de la demanda total entre zonas urbanas y rurales del país.

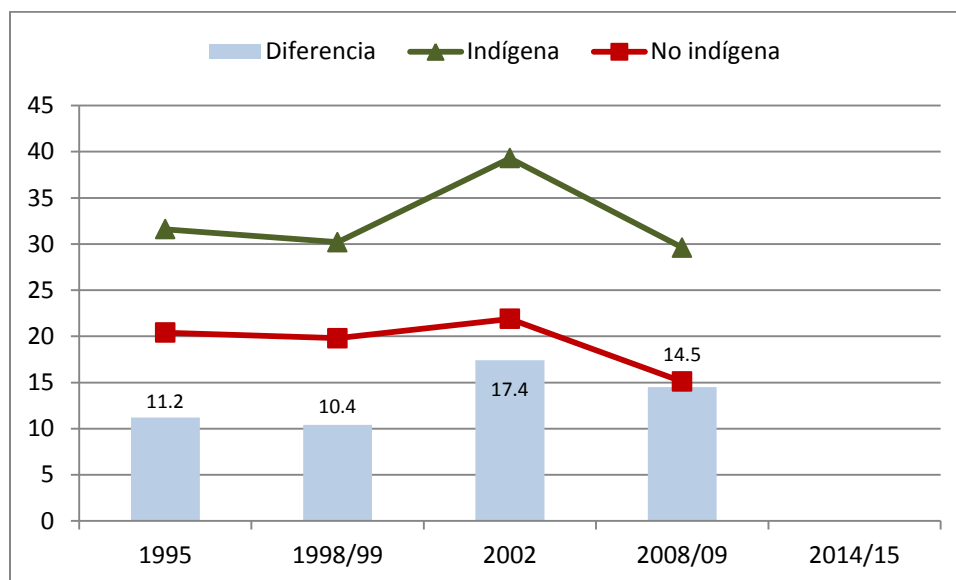


5.6.3 Análisis por condición étnica (población indígena y no indígena)

- El nivel de necesidad insatisfecha entre población indígena parece no haber sufrido grandes cambios entre 1995 (31.6%) y 2008/09 (29.6%).
- Durante este período la diferencia del indicador entre el grupo indígena y el no indígena se incrementó.
- En 2002, uno de los años en los cuales se dio mayor impulso a los programas de planificación familiar, la demanda insatisfecha sea alta. Es probable que durante dichos años mejoró la información y el conocimiento de la existencia de métodos de planificación familiar, sin embargo el acceso a este tipo de servicios aún era limitado. De ahí la importancia de que los programas de salud reproductiva no sólo tengan una elevada

DOCUMENTO PRELIMINAR SEGEPLAN GUATEMALA

difusión, esta debe acompañarse de la creación de suficientes capacidades locales para un efectivo acceso que atienda la demanda fomentada.



- La demanda total en población indígena se incrementa fuertemente a partir de 2002 (pasa de 42.8% a 63.1%). Luego en 2008/09 la demanda total se vuelve a incrementar hasta alcanzar un 69.8%; lo que significa que casi 7 de cada 10 mujeres indígenas usaba o demandaba un método de planificación familiar.