

Universidad de Costa Rica  
Escuela de Estadística  
Maestría en Población y Salud  
Proyecto de Graduación

**“Factores Asociados a la Demanda Insatisfecha de  
Planificación Familiar en Guatemala, 1998-1999”**

Tutor: Dr. Luis Rosero Bixby  
Aída Carolina Reyna Méndez  
Costa Rica  
Julio, 2002

## Indice

	Página
1. Introducción	1-3
2. Antecedentes	3-5
2.1 Políticas y Programas de Población y Planificación Familiar	3-4
2.2 Características Demográficos	4
3. Concepto de la Demanda Insatisfecha	6-7
3.1 Desarrollo del concepto de la Demanda Insatisfecha de PF	6
3.2 Definición de la Demanda Insatisfecha de PF	6
3.2.1 Demanda Insatisfecha de PF para espaciar	7
3.2.2 Demanda Insatisfecha de PF para limitar	7
4. Marco Conceptual	7-11
4.1 Factor estructural	8
4.2 Autonomía de la mujer	8-9
4.3 Relaciones de Género	9-10
4.4 Aceptación de la Planificación Familiar	10-11
4.5 Factor Biológico	11
5. Objetivos	12
6. Datos y Métodos	12-17
6.1 Medición de la Demanda Insatisfecha	12-13
6.1.1 Algoritmo de la medición de la Demanda Insatisfecha	12-13
6.2 Operacionalización del Marco Conceptual	13-15
6.3 Fuente de Datos	15-16
6.4 Análisis Univariado	16
6.5 Análisis Multivariado	16-17
7. Resultados	17-23
7.1 Características de la mujer	17-18
7.2 Resultados análisis Univariado	18-20
7.3 Resultados análisis Multivariado	20-23
8. Discusión	23-26
9. Bibliografía	27-28
10. Anexos	
Algoritmo	
Marco Conceptual	
Cuadros	

## **1. Introducción**

Guatemala es un país pluricultural y multilingüe, en el cual habitan varios grupos descendientes de la raza maya: ladinos, xincas y garífunas. Se hablan 21 idiomas mayas, además del español, caribe (garífuna) y xinca. El 30 % de las mujeres encuestadas son indígenas, el mayor porcentaje de mujeres sin ningún nivel de educación son las indígenas 51 %, mientras que las ladinas solo el 14 % no tiene educación. Es un hecho conocido que el nivel de educación de las mujeres influye de manera preponderante en sus conocimientos, actitudes y prácticas con la salud de ellas, de sus hijos/as y de manera especial sobre el comportamiento reproductivo. Es aceptado también que el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica de los miembros del hogar. Esta a su vez determina la demanda de servicios de salud y de planificación familiar.(ENSMI-1995)

En la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil realizada en 1998/99 (ENSMI-1998/99), reportan datos sobre los cambios en los niveles de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Para la ENSMI-1995 la prevalencia era de 31 % aumentando a 38 % en 1998 en las mujeres unidas. A pesar del aumento de la prevalencia anticonceptiva en Guatemala, es uno de los países con niveles más bajos de América Latina, solo le superan Bolivia (25 %) y Haití (18 %). La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes. . Aunado a la baja prevalencia anticonceptiva, la fecundidad en Guatemala continúa siendo una de las más altas en América Latina (5.0 hijos por mujer), ligeramente superior a la de Haití (4.8 hijos).(ENSMI-1998/99)

Esta situación puede estar relacionada con las características del país como se expuso en el párrafo anterior, es una sociedad con diversidad cultural y étnica. Hay grupos con más desventaja tal es el caso de la mujer indígena donde se concentra el mayor porcentaje de analfabetismo y pobreza

La demanda insatisfecha de planificación familiar se refiere a las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años ) que desearían no tener más hijos o postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero no están usando un método de planificación familiar.

En Guatemala, no se ha evidenciado mayores logros en los niveles de demanda insatisfecha de planificación familiar (PF). Los porcentajes reportados por las encuestas de salud (DHS) realizadas en este país, oscilan entre 20 % a 24 % a partir de 1987 a 1998. El dato arrojado en la Encuesta de Salud Materno Infantil-1998/99 (ENSMI-1998/99) de demanda insatisfecha de PF fue de 23 %. Esto demuestra que los programas de planificación familiar en Guatemala, han centrado sus esfuerzos en el descenso de la fecundidad y al aumento de la práctica anticonceptiva y no explícitamente al de mejorar la demanda insatisfecha de planificación familiar.

Al identificar algunos factores que contribuyen a la necesidad insatisfecha de planificación familiar es posible facilitar la información a los programas de planificación familiar para que los consideren al establecer las estrategias. La complejidad de la necesidad insatisfecha de planificación familiar no está centrada en el solo hecho de que las mujeres que expresan el deseo de postergar o evitar el nacimiento de un/otro hijo use algún método anticonceptivo. También se debe considerar la importancia que tiene, que las usuarias de los servicios de planificación familiar se sientan satisfechas con la decisión de usar un método anticonceptivo de su elección.

El reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar, contribuye a disminuir el número de embarazos no deseados, el adecuado espaciamiento de los embarazos, a disminuir los casos de aborto; bajar las tasas de mortalidad infantil, en la niñez y materna, como a mejorar o evitar la mala nutrición de las madres y sus hijos.(Population Report, 2000). En el caso de Guatemala los datos reportados en la ENSMI-1998/99, la tasa de mortalidad infantil de 45 defunciones por 1,000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad en la niñez (mayores de 5 años) de 59 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad materna para 1995 era de 190 muertes por 100,000 nacidos vivos (la ENSMI-1998/99 no reportó información sobre mortalidad materna, porque el tamaño de la muestra no permitió elaborar estimaciones adecuadas); y el porcentaje de desnutrición crónica de 42 por ciento. Considerando estos datos la situación de salud en Guatemala es alarmante, afectando en mayor medida a los niños menores de 5 años y a las mujeres en edad reproductiva.

Resumiendo, los planificadores de los programas de salud y específicamente de planificación familiar, deben tener presente que al reducir los niveles de demanda insatisfecha de PF se contribuye a mejorar las condiciones de salud de los niños menores de cinco años y de las mujeres en edad reproductiva.

En el ámbito mundial se han realizado diversidad de estudios sobre la demanda insatisfecha. Algunos están enfocados a mejorar la medición de la demanda insatisfecha de planificación familiar y otros estudios son dirigidos a los factores que contribuyen a la demanda insatisfecha de planificación familiar. En Guatemala no se ha hecho un análisis de los factores que contribuyen a mantener los niveles de demanda insatisfecha de planificación familiar.

## **2. Antecedentes**

Es importante hacer una breve mención del desarrollo de las Políticas y Programas de Población y Planificación Familiar en Guatemala.

### 2.1 Políticas y Programas de Población y Planificación Familiar

El 31 de mayo de 1985, la Constitución Política de Guatemala, reconoció el Derecho Constitucional a que “las parejas decidan libremente el número y espaciamiento de sus hijos....” (ENSMI-1987)

A pesar de este marco legal, los servicios que las instituciones de salud gubernamentales (OGs) y no gubernamentales (ONGs) han prestado desde hace varios años, no cubren la demanda y las necesidades de la población. El Ministerio de Salud Pública, antes de 1998 había tenido poca participación en los programas de salud sexual y reproductiva, delegando esta responsabilidad a las ONG's de salud. (Foro Sobre Mujeres realizado en el 2000)

A partir de los Acuerdos de Paz firmados en 1996, se ha observado un mayor involucramiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los programas de salud sexual y reproductiva. A pesar de esto, existe la gran limitante, que su aporte ha sido dirigido específicamente a la oferta y demanda de métodos anticonceptivos, dejando de

lado la información, educación y comunicación a la población beneficiaria. (Foro Sobre Mujeres realizado en el 2000)

En el mes de octubre del 2001 se declaró la ley de Desarrollo Social y Población. Se espera que con la declaración de nuevas leyes y políticas en población, los programas de salud sexual y reproductiva (conocidos como planificación familiar que al inicio se limitaban a cumplir metas en el uso de métodos anticonceptivos y actualmente han ampliado los servicios y atención a la salud integral de la mujer). Con la aprobación de estas nuevas leyes se espera una mejor intervención gubernamental en el ámbito nacional en beneficio de la sociedad guatemalteca, preservando la salud y mejorando la calidad de vida de los guatemaltecos.

## 2.2 Características Demográficas

De acuerdo a las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el mes de marzo de 1999, la población guatemalteca era de 11 millones de habitantes.

El crecimiento poblacional se ha concentrado en la ciudad capital, en donde se estima que residen más de 2,5 millones de habitantes. Este incremento en el número de personas ha provocado que las áreas precarias o marginales aumenten de manera considerable. Si bien no se cuenta con una cifra exacta, se considera que alrededor de la ciudad existen más de 700 asentamientos humanos. (ENSMI-1998/99).

## 2.3 Estudio de demanda insatisfecha de planificación familiar en Guatemala

Un estudio realizado el año de 1995 por un grupo de investigadores sobre demanda insatisfecha de planificación familiar, se llevó a cabo en una comunidad peri urbana, La Esperanza, de la Colonia EL Mezquital, Guatemala.

El estudio se realizó en tres fases con una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos para la recolección y análisis de datos.

Se encuestaron a 275 mujeres y a 60 de ellas se les aplicó una entrevista en profundidad y a 10 hombres compañeros o parejas de las mujeres entrevistadas, el tamaño de la muestra no fue a través de un marco muestral.

Este estudio tuvo como propósito dar recomendaciones sobre políticas que permitan mejorar el uso de servicios de salud reproductiva.

En este estudio, para la medición de la demanda insatisfecha de PF, se plantearon tres definiciones de demanda insatisfecha de PF (convencional la utilizada en las encuestas de salud). Modificada: incluyeron otras variables de la ENSMI-1995: mujeres que están usando un método de PF pero ella y/o su compañero está insatisfecha con ese método, y quiere tener un/otro hijo pronto (menos de dos años) pero quisieran hacer algo para prevenir un embarazo durante los próximos doce meses. En la definición refinada: incluyó preguntas que no están en la ENSMI-1995). Cada una de estas definiciones dieron resultados diferentes. (cuadro 1)

Cuadro 1. Guatemala: Porcentajes de demanda insatisfecha de planificación familiar, bajo las definiciones: convencional, modificada y refinada (1995)

Convencional %	Modificada %	Refinada %
29	31	39

Fuente: Estudio realizado en una comunidad peri urbana de la ciudad de Guatemala, 1995

Llama la atención que el dato reportado de demanda insatisfecha de planificación familiar por la Encuesta de Salud Materno Infantil 1995 (ENSMI-1995), fue de 24 % no coincidiendo con el reportado por este estudio, es de 29 %, bajo la definición convencional utilizada en las encuestas de salud (DHS). Lamentablemente no se tuvo acceso de cómo en este estudio aplicaron los datos de la encuesta por lo que no es posible identificar él por qué de esta discrepancia.

### **3. Concepto de Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar**

#### 3.1 Desarrollo del concepto de demanda insatisfecha de PF

Al inicio de las investigaciones de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, algunos estudios (NASA, M. 1982), tenían la limitante de que la categoría de la necesidad insatisfecha incluyó solo a mujeres que deseaban poner término a su función reproductiva. Charles Westoff (1988), en uno de sus artículos refiere que la Encuesta Mundial de Fecundidad tenía la limitante que no se recababa sistemáticamente información acerca de si la mujer deseaba posponer su próximo embarazo, por lo que los cálculos o mediciones se limitaban exclusivamente a la necesidad de anticonceptivos a efectos de evitar totalmente futuros embarazos.

En la actualidad las encuestas de salud con un formato internacional, permiten recabar información acerca de las preferencias en materia de espaciamiento de los embarazos.

Es importante considerar la distinción entre las que optan por espaciar los nacimientos y las que quieren prevenirlos. Esta diferenciación en los componentes de la demanda insatisfecha de PF (espaciar y limitar), tiene consecuencias importantes de política, ya que influye en el grado de esfuerzo que un programa de planificación familiar debe hacer, para satisfacer la demanda y los tipos de servicios anticonceptivos que debe ofrecer". (Nortman, D. 1983)

#### 3.2 Definición de la demanda insatisfecha

La definición de demanda insatisfecha (necesidad insatisfecha) de planificación familiar empleada en las encuestas de salud (DHS), basadas en la definición de Westoff y Bankole 1995, es: mujeres unidas (casadas y en unión consensual) que expresan que desearían no tener más hijos o postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero no están usando un método de planificación familiar. En esta definición se excluye a la mujer infértil, se incluye a la embarazada y amenorreica.

En el presente estudio se consideró una definición más amplia expresada por Anrudh Jain: mujeres sexualmente activas (casadas, unidas, no casadas ni unidas), que expresan que



desearían no tener más hijos o postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero no están usando un método de planificación familiar. (anexo, diagrama 1)

En el algoritmo (anexos, diagrama 1) que operacionaliza esta definición, se consideran las mujeres sexualmente activas que no usan métodos de planificación familiar. La demanda insatisfecha de PF se diferencia en dos componentes, demanda insatisfecha para espaciar y para limitar.

### 3.2.1 Demanda insatisfecha de planificación familiar para espaciar

- Mujeres embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo si fue deseado, pero más tarde (estas mujeres desean otro hijo pero no en el momento en que quedan embarazadas).
- Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorreicas, que manifestaron que si quieren más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años

### 3.2.2 Demanda insatisfecha de planificación familiar para limitar

Mujeres embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo no fue deseado (no querían otro hijo).

Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorreicas, que manifestaron que no desean más

## **4. Marco Conceptual**

En el presente estudio, para definir las variables que pueden contribuir a la demanda insatisfecha de planificación familiar, se agruparon en cinco factores.

(anexos, diagrama 2).

1. Factor estructural
2. Autonomía de la mujer
3. Relaciones de género
4. Disponibilidad y acceso a la planificación familiar
5. Factor biológico

#### 4.1 Factor estructural

Este factor se refiere a las características socioeconómicas (residencia, etnia, religiosidad, exposición a los medios de comunicación en general y condición económica) de las mujeres encuestadas en la ENSMI-1998/99 de Guatemala. Estas características se consideran que pueden contribuir a la demanda insatisfecha de PF.

En este factor se incluye la residencia de las mujeres de la encuesta. Westoff, 1998 refiere que las mujeres del área rural tienen una mayor demanda insatisfecha de PF.

Aspectos sociales como la cultura y la religión de alguna manera pueden contribuir a la demanda insatisfecha de PF. Muchas mujeres temen optar por el uso un método de planificación familiar por ser social, cultural y religiosamente inaceptable. (Radha Devi, D. 1996; Casterline, J. 1997).

Según la Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1989 realizada en Guatemala, se estimaba que el 79,9 % de la población era pobre y un 59,7 % vivía en extrema pobreza y son los indígenas que contribuyen con 71 % a este porcentaje de extrema pobreza. (ENSMI-1995). Por las condiciones de pobreza en la que se encuentra Guatemala se hace relevante incluir la variable, condición económica de las mujeres encuestadas en la ENSMI-1998/99. Bárbara Janowitz (1980), en su estudio resume que además de otros factores, la necesidad insatisfecha de planificación familiar se concentra entre las mujeres pobres.

#### 4.2 Autonomía de la mujer

En este estudio se consideraron algunas características de la mujer que le permiten tener cierto grado de autonomía esto significa la capacidad de la mujer de tomar sus propias decisiones

En este factor se considera el nivel de educación y la participación de la mujer en la actividad económica. A la mujer le es posible alcanzar algún grado de autonomía al mejorar el nivel de educación, al tener un ingreso económico propio y al mismo tiempo salir del hogar y tener contacto con otras personas. Esto le posibilita conocer y llegar a tener conciencia de sus derechos sexuales, reproductivos y humanos a los que es acreedora. El logro de autonomía, a la mujer le permite negociar con el compañero o esposo sobre el

uso de planificación familiar y tomar una decisión en beneficio de ella misma y de sus hijas/os.

Como se refiere en la literatura, la demanda insatisfecha es desproporcionadamente alta en las mujeres menos instruidas, con ninguna o baja escolaridad, que solo completaron la educación primaria. (Westoff, C. 1998)

Se ha considerado el trabajo actual de la mujer debido a los cambios económicos, sociales y culturales que se han dado en Guatemala. Esta condición de la mujer influye en el número de hijos, en la integración del hogar y en su propia salud. (ENSMI-1998/99).

#### 4.3 Relaciones de género

En el presente estudio se toma por relaciones de género al poder que ejerce el hombre en las decisiones de la mujer (Carcedo, A. 2001)

Radha Devi, D. 1996 refiere que además de considerar las características socioeconómicas de la mujer, se debe tomar en cuenta el aporte del hombre en la demanda insatisfecha de PF. El hombre puede influir en la demanda insatisfecha de PF como un obstáculo, por sus preferencias de fecundidad y su percepción en los costos de la anticoncepción. (Casterline, J. 1997)

En el estudio realizado por Nortman, D.(1983), refiere que “el papel y la condición de la mujer en las sociedades en vías de desarrollo no son conducentes a que el juicio, la decisión y la acción sean independientes en la cuestión del control de la fecundidad, como en otras esferas de la vida. En esas sociedades es la mujer muy poco común –la mujer urbana, instruida, diestra o con un esposo excepcional- que puede poner en práctica su deseo de espaciar y limitar los alumbramientos. La motivación para controlar la fecundidad no existe en un vacío, sino que está viciada por la situación inferior de la mujer con respecto al hombre, por el temor a la mortalidad infantil, por la incertidumbre en cuanto a otros eventos futuros, por el temor a los efectos secundarios de la anticoncepción, y por toda una pléyade de otros factores psicosociales y económicos”.

Se destaca en la relación de género, especialmente la objeción de los esposos hacia la planificación familiar, desaprobación del esposo y el consentimiento de la mujer, es un importante factor explicativo de la necesidad insatisfecha. Se reporta la división de género,

donde la anticoncepción y el tamaño de la familia no son discutidos explícitamente, o al ser discutido el compañero expresa su desacuerdo. (Population Briefs, 1995). Además, los esposos de mujeres con necesidad insatisfecha se ocupan de ver la anticoncepción como inaceptable socialmente y potencialmente perjudicial para la salud de la mujer.

Un reciente estudio en las Filipinas indica la importancia del componente de género. Compara las preferencias de fecundidad de esposos y esposas. Significativamente, más mujeres que deseaban posponer tienen el siguiente nacimiento, pero no estaban usando anticonceptivos, son casadas y el esposo quería otro hijo. Esto describe que los esposos están controlando las decisiones acerca de la fecundidad y la anticoncepción.

En Guatemala, por ejemplo, algunas mujeres dicen que ellas prefieren no tener más hijos, para tener más tiempo para sí mismas y la gran contradicción es que dicen que quieren tener más hijos para complacer a su compañero o pareja. (Population Reports) Su preferencia no coincide con la práctica. En un estudio del Population Council, refiere que algunas mujeres están sujetas a complacer al compañero en sus deseos o preferencias reproductivas para que el no sospeche de infidelidad.

#### 4.4 Aceptación de la planificación familiar

En los servicios de planificación familiar además de la disponibilidad y acceso, que en este estudio no fue posible analizar, debido a que la encuesta no tiene preguntas respecto al acceso a los servicios de PF. Los servicios de PF también incluyen el intercambio de información entre los proveedores y las personas interesadas en obtener anticonceptivos. Estos aspectos pueden favorecer o limitar la práctica anticonceptiva. Como resultado, la demanda insatisfecha de PF se considera un indicador de los programas de PF (Janowitz, B. Jain, A. 1999). En este estudio solo se han incluido variables con relación al conocimiento de métodos, fuente de distribución, promoción de la PF por los diversos medios de comunicación, el dialogo con una amiga/o y aceptación de la PF.

#### 4.5 Factor biológico

Este factor se refiere a las características físicas de la mujer y para el presente estudio solo se consideró la edad de la mujer. En el caso de las mujeres de 15 a 19 años de edad, se enfrentan a las barreras de los servicios de planificación familiar. Algunos proveedores de PF no recomiendan métodos anticonceptivos a este grupo de mujeres debido a que son menores de edad. Las mujeres jóvenes que residen en países en desarrollo con frecuencia enfrentan obstáculos insalvables cuando procuran servicios de atención de salud reproductiva. Estas clínicas tienden a atender principalmente a la población de más edad, generalmente mujeres casadas, y por lo general no son el primer lugar donde acuden las solteras jóvenes, que quizás se encuentran viviendo los tumultuosos años de sus primeras experiencias sexuales y tienen vergüenza de acudir a estos centros. (Potts, M. 1999) En uno de sus estudios (Westoff, C. 1998) reporta que la necesidad insatisfecha disminuye con la edad, pero cabría esperar patrones de edad opuestos. lo que se observa en cuanto a la necesidad insatisfecha para espaciar o limitar los embarazos. La mayor parte de la demanda potencial de espaciamiento se da entre las menores de 25 años, mientras que la demanda potencial de limitación, aunque distribuida a lo largo de todas las edades, tiende a aumentar levemente pasados los 25 años. Bárbara Janowitz (1980), concluye en su estudio que son las mujeres de mayor edad las que tienen mayor demanda insatisfecha de planificación familiar.

Hay otros factores que en el estudio no se han considerado, no por eso son menos importantes. El temor a los efectos secundarios (Jain, A., 1999; Robey, B. 1996; Population Briefs, 1995), en la ENSM<sup>1</sup> 1998/99 reportan que es una de las principales razones de no uso o discontinuación de uso de métodos anticonceptivos que se podría atribuir a la desinformación social (por otras personas) o a la calidad de los servicios de planificación familiar (Casterline, J. 1997). En el presente estudio no fue posible incluir estas variables ya que en el cuestionario de la encuesta no existen estas preguntas, con relación al acceso y calidad de los servicios de PF.

## **5. Objetivos**

- Identificar algunos factores que contribuyen a la Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar en Guatemala, en 1998/99.
- Definir un concepto de necesidad insatisfecha que incluya a todas las mujeres sexualmente activas independientemente de su estado civil.
- Definir un marco teórico para facilitar la identificación de los factores.

## **6. Datos y Métodos**

### 6.1 Medición de la demanda insatisfecha y sus componentes

La definición utilizada de la demanda o necesidad insatisfecha de planificación familiar utilizada en el presente estudio es: mujeres sexualmente activas (casadas, unidas y no casadas ni unidas), que expresan que desearían no tener más hijos o postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero no están usando un método de planificación familiar. Se consideran como mujeres sexualmente activas las que declararon haber tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta.

La demanda insatisfecha total se diferencia en dos componentes: demanda insatisfecha para espaciar (mujeres que expresan que desean postergar el nacimiento de un/otro hijo) y demanda insatisfecha para limitar (mujeres que expresan que no quieren el nacimiento de un/otro hijo) y no están usando un método anticonceptivo. La demanda insatisfecha total es la suma de la necesidad insatisfecha para espaciar más la necesidad insatisfecha para limitar.

#### 6.1.1 Algoritmo de la demanda insatisfecha de planificación familiar

Se realiza la medición de la demanda insatisfecha de planificación familiar con base al algoritmo de Westoff y Bankole, 1995, (diagrama, algoritmo), con la definición empleada en el presente estudio, mujeres sexualmente activas. Se incluye a las mujeres embarazadas y/o amenorreicas, y de las mujeres no embarazadas ni amenorreicas se excluyen a las que se declaran infértiles. No están usando métodos de planificación familiar.

- Necesidad insatisfecha para espaciar: mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo si fue deseado, pero más tarde (desean otro hijo pero no en el momento que quedaron embarazadas querían esperar más tiempo) y mujeres fértiles que no están embarazadas ni amenorreicas que si desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.
- Necesidad insatisfecha para limitar: mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorreicas que no desean más hijos.

## 6.2 Operacionalización del marco conceptual

### La variable dependiente

Demanda insatisfecha de planificación familiar total y sus dos componentes demanda insatisfecha para espaciar y limitar, es una variable dicotómica, que expresa la presencia o ausencia de demanda insatisfecha con valores 1 y 0.

### Las variables independientes o predictoras

En cada factor hay variables dicotómicas y categóricas Las variables dicotómicas que asumen dos categorías (presencia o ausencia del atributo). Se asignó el valor 0 a la categoría con mayor número de observaciones. Para las variables categóricas, son las variables que tienen más de dos categorías, el valor 0 se le asignó a la categoría con mayor número de observaciones y en algunos casos a la categoría de interés para comparación en el modelo de regresión.

### Factores Estructurales

#### Dicotómicas

- Urbanización: rural y urbana
- Etnicidad: ladina e indígena
- Exposición a los medios de comunicación periódico
- Escucha radio
- Mira televisión

#### Categóricas

- Asistencia a la iglesia: frecuentemente, poco frecuente y nunca
- Condición económica: baja, media y alta. Esta variable se generó con base a la distribución de tenencia de bienes, agua, sanitario y electricidad. (Encuesta Nacional de Salud Familiar, República de El Salvador, 1998)

#### Autonomía de la Mujer

Dicotómica

- Trabajo actual

Categorías

- Educación: ninguna, primaria incompleta, primaria completa, secundaria y más

#### Relaciones de género

Dicotómicas

- Diálogo con la pareja
- El compañero está de acuerdo con la planificación familiar

Categorías

- Deseo de hijos por parte del compañero: ambos quieren el mismo número de hijos, él quiere más hijos que ella, él quiere menos hijos que ella, no sabe no responde.
- Diferencia de edades entre la mujer y su compañero: él mayor de 1 a 19 años, él mayor de 20 a 45 años, ella mayor, la misma edad, no sabe la edad.
- Educación del compañero: ninguna, primaria, secundaria y superior

#### Aceptación de la planificación familiar

Dicotómicas

- Conocimiento de métodos de planificación familiar
- Conocimiento de fuente de distribución de métodos anticonceptivos
- Ve mensajes de PF en la televisión
- Escucha mensajes de PF por la radio
- Ve mensajes de PF en el periódico
- Ve mensajes de PF en afiches
- Ve mensajes de panfletos



- Visita domiciliaria por personal de salud de PF
- Visita domiciliaria por personal de salud comunitaria
- El personal de salud le ha proporcionado material informativo sobre PF
- Dialoga sobre PF con una amiga/o
- Acepta mensajes de PF por la radio
- Acepta mensajes de PF por televisión.

### Factor biológico

#### Categorías

- Edad de la mujer: 15 a 19 años, 20 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años

### 6.3 Fuente de datos

Para el análisis de la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI-98/99) realizada en Guatemala en 1998/99, la base de datos fue proporcionada por la Dirección Ejecutiva de la Encuesta de Salud Materno Infantil.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) pudo realizar la Encuesta de Salud Materno Infantil-1998/99, gracias a la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y al apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La muestra de la ENSMI-98/99 es una sub-muestra del marco muestral del Censo Poblacional 1994. Esta encuesta es de cobertura nacional con representatividad urbano-rural y a nivel de regiones. Por primera vez se incluye en una Encuesta de Salud Materno Infantil al departamento del Petén.

La población total de mujeres que cubrió la ENSMI-98/99 fue de 6,756 mujeres elegibles. La tasa de respuesta en mujeres elegibles a nivel nacional fue de 89 por ciento (91 por ciento en el área rural y 85 por ciento en el área urbana). En total se obtuvo información para 6,021 mujeres de 15 a 49 años. La muestra es probabilística, multi-etápica,

estratificada y con fracciones de muestreo variable. Los números ponderados reflejan el ajuste que se requiere para llevar las cifras a la real participación de las regiones en la población del país.

Para la recolección de los datos la ENSMI-1998/99 utilizó 3 cuestionarios: un cuestionario de hogar. Un cuestionario individual para mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años, y un cuestionario sobre migración y utilización de recursos naturales en el Petén.

Para el actual estudio solo se utiliza la información del cuestionario individual de mujeres, y comprende los siguientes grandes temas:

- Antecedentes de la mujer entrevistada
- Reproducción e historia de nacimientos
- Anticoncepción
- Embarazo de las mujeres 15-49 y lactancia para los hijos menores de 5 años
- Vacunación y salud para los hijos menores de 5 años
- Nupcialidad
- Preferencias de fecundidad
- Antecedentes del marido, residencia y trabajo de la mujer
- Peso y talla para las madres y los niños menores de 5 años.
- Anemia para mujeres y niños

#### 6.4 Análisis univariado

Se identifican los porcentajes y sus niveles, entre cada variable y sus categorías con la demanda insatisfecha y cada uno de sus componentes. Se examina la variación de cada variable según la demanda insatisfecha de planificación familiar y sus dos componentes para espaciar y limitar, mediante tabulaciones simples, sin ningún control estadístico.

#### 6.5 Análisis multivariado

Se utilizó el modelo de regresión logística multivariable, para el análisis multivariado. Los datos se procesaron con el paquete estadístico Stata (versión 7).

Se corrieron tres modelos de regresión logística multivariable, (la variable dependiente demanda insatisfecha de PF total y los dos componentes, demanda insatisfecha para espaciar y limitar), con todas las variables del marco conceptual.

Seguido del análisis univariado se continúa con el análisis multivariado para identificar que variables contribuyen a la demanda insatisfecha de planificación familiar y sus componentes, para espaciar y limitar, el análisis se hizo con base a los resultados de la razón de ventaja de aumentar o disminuir la demanda insatisfecha de PF (Odds Ratio), de las variables significativas al 5 % ( $P > |z| = 0,05$ )

## **7. Resultados**

### **7.1 Características de las mujeres**

De las 6021 mujeres de 15 a 49 años de edad, el 55 % viven en el área rural, y el 30 % del total de la muestra son indígenas. El nivel de educación el total de las mujeres de la encuesta 25.3 no tiene educación y el 49 % tienen nivel de primaria completa. Las mujeres del grupo indígena 51 % no tienen educación y las del grupo ladino el 14.2 % no tienen educación. (anexos, cuadro 2)

El estado civil de las mujeres entrevistadas, el 26 % son solteras, el 40 % casadas y el 26 % de ellas viven en unión libre.(ENSMI-1998/99)

Es relevante mencionar que la población que vive en extrema pobreza (59,7 %) está conformada con un alto porcentaje por los indígenas (71 %). (ENSMI-1995)

El número total de mujeres sexualmente activas es de 3,242 distribuidas de acuerdo a su estado civil, nunca casada el 0.28 %, casadas el 60,4; las mujeres en unión consensual el 38,3 %, viuda 0,12 %, divorciada 0,03 y no vive en unión 0,89 %.(cuadro 3)

En el presente estudio para la medición de la demanda insatisfecha se incluyó a las mujeres sexualmente activas. De las 3,242 mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años de edad entrevistadas en la ENSMI-1998/99 de Guatemala, el 56 % declararon que no usan métodos

anticonceptivos, de estas mujeres el 27 % se consideran que tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar. Este porcentaje de necesidad insatisfecha está distribuido en forma casi igual, en necesidad para espaciar los nacimientos (14 %). El porcentaje de demanda insatisfecha de PF para espaciar se obtuvo de la siguiente manera, de las mujeres embarazadas o amenorreicas que desean más hijos pero más tarde (5 %); mujeres no embarazadas ni amenorreicas que desean hijos más tarde (8.9 %). Para limitar los nacimientos (13 %) mujeres embarazadas o amenorreicas que no desean más hijos (3 %), mujeres no embarazadas ni amenorreicas que no desean más hijos (10 %).

(anexo diagrama 1 ).

Comparando el resultado de demanda insatisfecha de planificación familiar de este estudio con la reportada en la ENSMI-1998/99 (23 %), se observa que al incluir a todas las mujeres sexualmente activas, aumentan los niveles de demanda insatisfecha de PF. La diferencia se debe a que en las encuestas de salud (DHS) realizadas en Guatemala para la medición de la demanda insatisfecha de PF, solo se incluye a las mujeres en unión (casadas y en unión consensual). Esta diferencia posiblemente sea atribuida a que en el presente estudio se está considerando a todas las mujeres sexualmente activas independientemente de su estado civil.

## 7.2 Resultados del análisis univariado

En el cuadro 4 se presentan las relaciones de cada variable predictora según la demanda insatisfecha de planificación familiar y sus componentes para espaciar y limitar. Los resultados se presentan separadamente por cada factor.

Solamente se describen las variables con categorías por arriba del 30 % con demanda insatisfecha de planificación familiar total. Se detallarán, los resultados de los componentes de la demanda insatisfecha de PF para espaciar y para limitar cuando se dan diferencias.

En su estudio Westoff, Charles 1998, refiere que la demanda insatisfecha se observa principalmente en las mujeres del campo, mujeres jóvenes, las menos instruidas y las más pobres . Similar situación se presenta en Guatemala en donde las mujeres con mayores

porcentajes de demanda insatisfecha de planificación familiar son las que pertenecen a la etnia indígena, las que viven en el área rural, las que no tienen ningún nivel de escolaridad o no han completado la primaria y las de condición económica baja. Aunado a esta situación en el caso de Guatemala los servicios de PF están concentrados en su mayoría en el área urbana. Sin embargo existe la presencia de ONGs (APROFAM y otras) en el área rural que a pesar de tener una cobertura nacional no es suficiente. La mayor barrera para acceder a estos servicios es que en el caso de APROFAM todo servicio que brinda tiene un costo. En el caso de las organizaciones gubernamentales los servicios son gratuitos pero no es hasta con la firma de los Acuerdos de Paz 1996 que estas OGs empezaron a involucrarse en los programas de PF. (no hay literatura que apoye este comentario, solo he plasmado en estas palabras mi experiencia laboral en el programa de salud sexual y reproductiva Reyna. C. 2001) (cuadro 4).

Otras características de las mujeres en donde se observan elevados porcentajes de demanda insatisfecha, son las mujeres que no participan de ninguna actividad económica (31 %). y las mujeres más jóvenes. Con relación a la edad es importante describir las diferencias que se dan entre la demanda insatisfecha para espaciar (26 %) mientras que para limitar solo es del 5 %, para las mujeres de 15 a 19 años. Todo lo contrario se observa en las mujeres de mayor edad de 40 a 49 años donde los más altos porcentajes se presentan en la demanda insatisfecha para limitar (15 %) mientras que para espaciar es del 5 %. (cuadro 4) El hecho que una mujer trabaje fuera del hogar la pone en ventaja con relación a la mujer que solo trabaja en el hogar. La mujer que trabaja fuera del hogar tiene la oportunidad de alcanzar cierto grado de independencia y de interactuar con otras personas, adquiriendo otros conocimientos. Respecto a la edad en Guatemala son las mujeres más jóvenes las de mayor demanda insatisfecha de PF. Potts, M. 1999 refiere que los servicios de PF a atender principalmente a la población de más edad.

En las relaciones de género se presentan los mayores porcentajes de demanda insatisfecha de planificación familiar, al igual que los elevados porcentajes de demanda insatisfecha de PF que presenta las mujeres en la aceptación de la planificación familiar. Las mujeres con altos porcentajes de demanda insatisfecha de PF son las que no discuten o dialogan sobre PF con el compañero (31 %) y las que el compañero está en desacuerdo con la planificación

familiar (37 %). Otra condición del hombre que hace que la mujer tenga altos porcentajes de demanda insatisfecha de PF es cuando el hombre no tiene ningún nivel de escolaridad (36 %). Se observan diferencias de demanda insatisfecha de PF con relación a sus componentes en donde los mayores porcentajes son concentrar en la demanda insatisfecha para limitar. (cuadro 4). Estos resultados reflejan las condiciones de roles de género. Relaciones de poder que ponen en desventaja a las mujeres.

Para finalizar con la descripción del análisis univariado, las mujeres que no aceptan que se transmitan mensajes por la radio (35%), ni por la televisión (36 %) tienen demanda insatisfecha de PF. De todas las características incluidas en el estudio las mujeres con los más altos porcentajes de demanda insatisfecha de PF son las que declararon que no conocen ningún método de PF moderno y las que no conocen ninguna fuente de suministros de métodos de PF.(39 %). (cuadro 4)

### 7.3 Resultados del análisis multivariado

Los resultados que se exponen son las variables asociadas a la demanda insatisfecha de PF y sus componentes para espaciar y limitar.

La condición económica de las mujeres tiene un efecto en la demanda insatisfecha total y cada uno de sus componentes para espaciar y limitar. La mujer de condición económica de nivel medio, tiene una razón de ventaja de disminuir en 29 % la demanda insatisfecha de planificación familiar total, que sí fuera de un nivel económico bajo. La mujer de condición económica alta tiene una razón de ventaja de disminuir 68 % la demanda insatisfecha total, y 65 % la demanda insatisfecha para espaciar y para limitar, que si tuviera un nivel económico bajo. Esto significa que las mujeres pobres están en desventaja con relación a las mujeres de nivel económico medio y alto. (cuadro5) Esto puede deberse a que estas mujeres tienen menos escolaridad y menos oportunidad de acceso a los servicios de PF especialmente si para ellas tiene un costo económico.

El hecho que una mujer asista poco frecuente a la iglesia tiene una razón de ventaja de aumentar en 1,5 veces la demanda insatisfecha de planificación familiar para espaciar, que

si asistiera frecuentemente a la iglesia. Esto significa que las decisiones de estas mujeres no dependen del discurso religioso. (cuadro5)

La educación de la mujer siempre va a contribuir aumentando o disminuyendo la demanda insatisfecha. La mujer con primaria incompleta tiene una razón de ventaja de aumentar en 1,3 veces la demanda insatisfecha de PF para espaciar, que si no tuviera ningún nivel de educación. Como reportan varios estudios (Westoff, C. 1998) las mujeres menos instruidas tienen mayor demanda insatisfecha de PF. El resultado de este estudio difiere de lo que está reportado en la literatura, y no debe considerarse raro, puede ser que a más nivel de instrucción, a la mujer le surjan más dudas sobre el efecto, ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos. También tienen mayor conciencia sobre que significa otro embarazo (cuadro 5)

El hecho que una mujer trabaje fuera del hogar (independientemente del tipo de trabajo), le proporciona cierto grado de independencia y mayor autonomía económica. Logra salir de su casa y le da la oportunidad de interactuar con otras personas. Cuando la mujer trabaja, tiene una razón de ventaja de disminuir la demanda insatisfecha de PF total (25 %) y para limitar (26 %), que si no tuviera trabajo.(cuadro 5)

En las relaciones de género el hombre (pareja o compañero), puede intervenir como un obstáculo para el uso de los servicios de planificación familiar por la mujer. (Casterline, J. 1997). A continuación se presentan las variables asociadas a la demanda insatisfecha de planificación familiar. Se observa que la mujer que dialoga con el compañero, tiene una razón de ventaja de disminuir en 32 % la demanda insatisfecha para limitar los embarazos, que si no dialoga con su compañero sobre PF. (cuadro 5)

Lo mismo sucede cuando el compañero esta de acuerdo con la planificación familiar, la mujer tiene una razón de ventaja de disminuir la demanda insatisfecha de PF total (46 %) y para limitar (58 %), que si su compañero no estuviera de acuerdo con la PF. (cuadro 5)

La mujer que su compañero tiene un nivel de educación primaria, tiene una razón de ventaja de disminuir la demanda insatisfecha total (20 %) y para limitar (24 %). Y la mujer que su compañero tiene un nivel de educación superior, tiene una razón de ventaja de

disminuir en 63 % la demanda insatisfecha para limitar los embarazos, que si su compañero no tuviera ningún nivel de educación. Esto significa que a mayor educación del compañero la mujer va a reducir los niveles de demanda insatisfecha de planificación familiar.

(cuadro 5). La edad del compañero, es también un factor que contribuye en la demanda insatisfecha de PF. El compañero que es mayor que la mujer 20 a 45 años, la mujer tiene una razón de ventaja de aumentar en 1,4 veces la demanda insatisfecha de PF total y en aumentar 1,7 veces la demanda insatisfecha de PF para limitar.. Con esto se evidencia la importancia de las relaciones de género. Las decisiones de la mujer pareciera que están sujetas a ciertas características del hombre.

En Guatemala son las organizaciones no gubernamentales de salud las mayores proveedoras de servicios de planificación familiar, APROFAM es la más importante, sin embargo tiene la limitante que sus servicios son pagados por la población usuaria. Los resultados que se presentan a continuación reflejan la pobre participación de las instituciones gubernamentales de salud en los programas de planificación familiar. La mujer que no conoce un lugar donde distribuyen métodos anticonceptivos tiene una razón de ventaja de aumentar la demanda insatisfecha de PF total (1,5 veces) y para espaciar (1,9 veces), que si conociera un lugar de distribución de métodos de PF. (cuadro 5)

Para la demanda potencial de PF para limitar, es muy importante brindar una información no solo de persona a persona. Para lograr que la mujer que desea limitar la familia opte por este método, es necesario dar mensajes por escrito, para dejar claras todas las dudas. La mujer que tiene el acceso a panfletos con mensajes de PF, tiene una razón de ventaja de disminuir en 42 % la demanda insatisfecha de PF para limitar, que si no tiene acceso a panfletos con mensajes de PF. (cuadro 5)

La mujer que no acepta, que los mensajes de PF se transmitan por la radio, tiene una razón de ventaja de aumentar la demanda insatisfecha de PF total (1,5 veces) y para limitar (2 veces) que si acepta que los mensajes de PF se transmitan por la radio. (cuadro 5)



Cuando hay comunicación entre amigas/os, sobre planificación familiar (difusión), puede tener un efecto positivo en la demanda insatisfecha de PF. Lo que es evidente en el siguiente resultado: la mujer que dialoga con una amiga/o sobre PF tiene una razón de ventaja de disminuir en 34 % la demanda insatisfecha de PF para limitar, que si no tiene una amiga con quien dialogar sobre PF.

La edad de la mujer tiene un efecto que es importante tomar en cuenta y va a depender a cual de los componentes de la demanda insatisfecha de PF nos estamos refiriendo. En los estudios revisados reportan que las mujeres que tienen mayor demanda insatisfecha para PF son las menores de 25 años de edad. En la demanda insatisfecha para limitar son las mujeres mayores de 25 años. (Westoff, C. 1998). En el presente estudio se demuestra esta situación, con la diferencia que están incluidas las mujeres de 20 a 24 años de edad. Esto se debe al agrupamiento de la edad.

La mujer de 20 a 29 años de edad tiene una razón de ventaja de aumentar en 2 veces, la de 30 a 39 años, 4 veces y la de 40 a 49 años, 3 veces la demanda insatisfecha de PF para limitar, que si tuviera de 15 a 19 años de edad. La mujer de 30 a 39 años de edad tiene una razón de ventaja de 58 % y la mujer de 40 a 49 años de edad de 83 % de disminuir la demanda insatisfecha para espaciar, que si tuviera 15 a 19 años de edad.

## **8. Discusión**

En los análisis del presente estudio, desde la primer encuesta de salud (DHS) 1987 a la última realizada en 1998, la demanda insatisfecha de PF en Guatemala, se ha mantenido en niveles estables entre 20 % a 24 %. Si bien es cierto esta demanda insatisfecha de PF no ha aumentado, también es evidente que estos niveles no se han reducido. La razón por la cual en este estudio la demanda insatisfecha de planificación familiar es mayor que la reportada en la ENSMI-1998/99; se debe a que se considera una definición de demanda insatisfecha más amplia, en la que se incluyen a todas las mujeres sexualmente activas independientemente del estado civil, mientras que las encuestas de salud (DHS), solo incluyen a las mujeres en unión.

Las características de las mujeres como la de vivir en el área rural, pertenecer al grupo indígena, tener una condición económica baja son de gran importancia. Las mujeres indígenas son parte de la población donde se concentra el mayor porcentaje de guatemaltecas que viven en extrema pobreza. Esta situación es relevante para el actual estudio, debido a que la condición económica de la mujer está fuertemente asociada a la demanda insatisfecha de PF. Cuando las personas viven en condiciones precarias extremas, su mayor preocupación es la de satisfacer las necesidades básicas (por ejemplo, la alimentación como una prioridad). Esta situación hace que sea difícil pero no imposible para un programa de planificación familiar a través de estrategias dirigidas a estas poblaciones, lograr la participación de esta población en el uso de servicios de PF, a pesar que las prioridades de estas mujeres sean otras.

Aunado a la condición de pobreza en la que se encuentra la mayor población guatemalteca, los niveles de educación también son preocupantes. El elevado porcentaje de mujeres sin “ningún” nivel de educación, se concentra en las mujeres indígenas. El mejorar los niveles de educación de las mujeres guatemaltecas, puede contribuir a que estas mujeres opten por una ocupación laboral mejor remunerada y puedan lograr su autonomía. El que una mujer participe de la actividad económica con su trabajo, es un factor fuertemente asociado a la demanda insatisfecha de PF total y para limitar. También es importante agregar que el nivel de educación de las mujeres influye en sus conocimientos, actitudes y prácticas con la salud de ellas, de sus hijos/as y de manera especial sobre el comportamiento reproductivo.

En la edad es donde en mayor medida se evidencia la diferencia de demanda insatisfecha para espaciar y para limitar. Las mujeres jóvenes tienen mayor demanda insatisfecha de PF para espaciar, mientras que las mujeres más adultas tienen mayor demanda insatisfecha para limitar. Este factor está fuertemente asociado a la demanda insatisfecha de PF. Esto significa que los programas de planificación familiar en Guatemala no deben de excluir a ningún grupo de edad, para mejorar los niveles de demanda insatisfecha de PF.

Las relaciones de género especialmente referente al diálogo con el compañero sobre PF, la aprobación de la PF por parte del compañero, y la educación del compañero están

fuertemente asociados con la demanda insatisfecha de PF. En menor medida pero siempre está asociada con la demanda insatisfecha de PF, la diferencia de edades entre ambos, cuando el hombre es mucho mayor que su compañera.

Esto evidencia que el hombre tiene una participación indirecta en la planificación familiar, a través de la decisión de su compañera de utilizar los servicios de PF. La sociedad guatemalteca al igual que muchas otras sociedades de América Latina, está inmersa en un sistema social patriarcal. Quien ejerce el mayor poder desde el hogar hasta los ámbitos más elevados de la sociedad es el hombre y por consiguiente las mujeres participan en ese sistema. El que una mujer tome una decisión por iniciativa propia respecto a su fecundidad y sexualidad está visto como una actitud incorrecta y es expuesta a las críticas sociales. Solo aquellas mujeres con cierta autonomía, que tienen un nivel superior de instrucción, logran actuar por sus propias convicciones, enfrentándose en muchos casos a su compañero y a la sociedad. Lo ideal no son los enfrentamientos entre los géneros, es lograr consensos, para que las decisiones que se tomen como pareja en materia de salud sexual y reproductiva, sean las más apropiadas especialmente en beneficio de la mujer y sus hijos/as.

Con relación a los programas de planificación familiar, el mayor problema es que hasta hace algunos años, el gobierno delegaba la ejecución de estos programas a las organizaciones de salud no gubernamentales (ONGs). La cobertura de algunas ONGs especialmente APROFAM es a nivel nacional. En los resultados se observa que el factor relacionado con el conocimiento que tiene la mujer de la fuente o lugar, donde se pueden obtener métodos de planificación familiar, está asociado a la demanda insatisfecha total y para espaciar los embarazos. A pesar de las deficiencias de los programas de planificación familiar gubernamentales, vale la pena reconocer los esfuerzos y logros alcanzados por las organizaciones de salud no gubernamentales.

La recomendación para las políticas y programas de planificación familiar en Guatemala, es la emergente necesidad de involucrar al hombre en los programas de salud sexual y reproductiva. Se les deben ofrecer servicios de calidad que debe ser específico para hombres. Se deben buscar estrategias que incentiven la participación activa de este. En una sociedad como la de Guatemala la mujer aún no ha alcanzado la autonomía necesaria para ser capaz

de tomar sus propias decisiones en cuanto a sus preferencias reproductivas y uso de la planificación familiar. Pareciera que la mujer está sujeta a la aprobación o desaprobación del hombre en cuanto al cuidado de su salud sexual y reproductiva.

También se hace necesario crear estrategias para lograr la participación en pro de la salud sexual y reproductiva de las instituciones religiosas, educativas y de la sociedad civil en general, para trabajar por la salud de hombres, mujeres y niños/as de Guatemala.

## Bibliografía

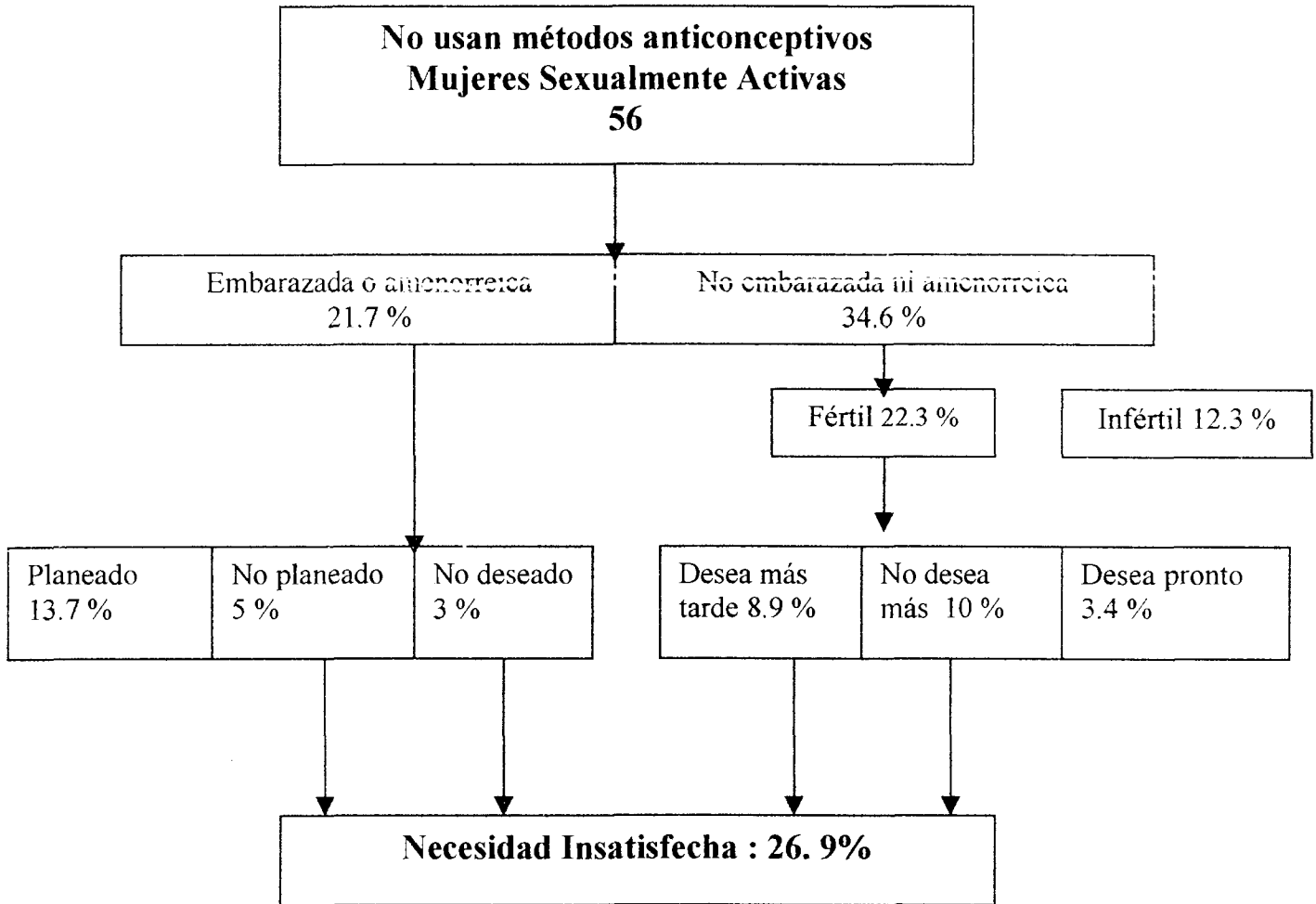
- Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). (1998). Encuesta Nacional de Salud Familiar.
- Asturias de Barrios, L. e. al. (1998). Unmet Need for Family Planning in a Peri-Urban Community of Guatemala City. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Carcedo, A., Molina, G. Mujeres contra la violencia: una rebelión radical. CEFEMINA. 2001.
- Casterline, J. P. A. a. B. A. (1997). Factors Underlying Unmet Need for Family Planning in the Philippines. Studies in Family Planning, 28(3), 173-191.
- Casterline, J. S. S. (2000). Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. Studies in Family Planning, (135), 1-44.
- Day, R. (1996). Como escribir y publicar trabajos científicos. Organización Panamericana De La Salud, (558).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (1995). Guatemala Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (1987). Guatemala Encuesta de Salud Materno Infantil.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (1998). Guatemala Encuesta de Salud Materno Infantil.
- Jain, A. (1999). Debería seguir siendo una prioridad la eliminación de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos? Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar, (Número especial), 36-36.
- Janowitz, B. A. J. M. L. e. al. (1980). La disponibilidad de Servicios y la Necesidad Insatisfecha Relativas a la Anticoncepción y a la Esterilización en el Estado de Sao Paulo, Brasil. Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar, (Especial), 10-20.
- Klijzing, E. (2000). Are There Unmet Family Planning Needs in Europe? Family Planning Perspectives, 32(2), 74-81 & 88.
- Nortman, D. (1983). La Medición de la Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción para Espaciar y Limitar los Nacimientos. Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar, (Especial).
- Population Council. (1995). Gender Relations and Unmet Need. Population Briefs, 1(2).

- Population Council. (2000). Sexuality, power and fertility choice. State of the Phillipine Population Report .
- Population Council. (1995). Unmet Need for Contraception. Population Briefs, 1(2).
- Potts, M. R. J. y. Y. H. B. (1999). Cómo mejorar la planificación familiar y salvar vidas mediante un enfoque basado en las diferentes etapas de la vida reproductiva. Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar, (especial), 37-40.
- Radha Devi, D. R. S. R. a. R. R. D. (1996). Unmet Need for Family in Uttar Pradesh. National Family Health Survey Subject Reports, (1).
- Robey, B. R. J. B. I. e. a. (1996). Unmet Need and Family Planning Programs. Population Reports, 24(1).
- Shah, N. A. T. (1982). La Necesidad Insatisfecha de los Servicios Anticonceptivos en Paquistán: Un Examen de las Metas del Programa. Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar, 8(1). 24-30.
- State of the Phillipine Population Report 2000. (2000). Assesing the Damege from Unmet Need. Population Report.
- Westoff, C. (1988). La Demanda Potencial de Planificación Familiar: Nuevo Cómputo de la Necesidad Insatisfecha y Estimaciones para Cinco Países Latinoamericanos. Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar, (Especial), 2-11.

# ANEXO

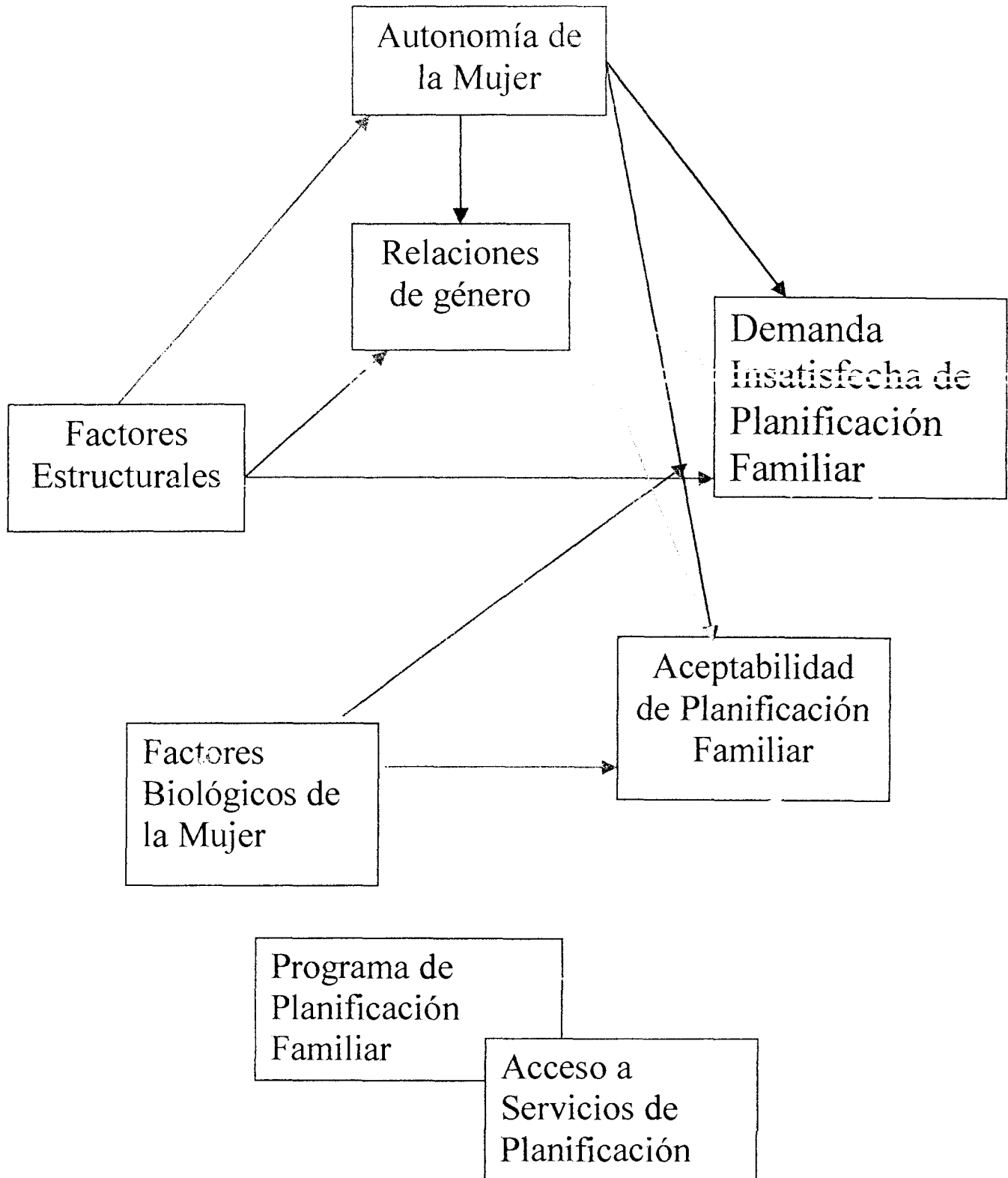
**Diagrama 1 : Guatemala: Algoritmo de la Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar . (1998/99)**

Mujeres sexualmente activas que expresan que no desearían tener más hijos o postergarían el nacimiento de un hijo por lo menos dos años pero no están usando un método de planificación familiar.





**Diagrama 2: Guatemala: Marco Conceptual de los Factores Asociados con la Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar . (1998/99).**



**Cuadro 2 Guatemala: Distribución relativa de las mujeres entrevistadas en la ENSMI. Según características generales-1998/99 .**

Característica	%
<b>Residencia</b>	<b>100</b>
Rural	55
Urbana	45
<b>Grupo étnico</b>	<b>100</b>
Indígena	30
Ladino	70
<b>Nivel de educación</b>	<b>100</b>
Sin educación	25
Primaria	49
Secundaria	22.4
Superior	3.5
<b>Sin educación</b>	
Indígena	51.1*
Ladino	14.2**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil-1998/99. Guatemala

\* Del 100 % de las mujeres indígenas el 51.1 % no tienen ningún nivel de educación

\*\* Del 100 % de las mujeres ladinas el 14.2 % no tienen ningún nivel de educación

**Cuadro3 Guatemala: Porcentaje de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años según estado civil. (1998/99)**

Estado Civil	Frecuencia	%
Nunca casada	19	0.28
Casada	1957	60.4
Unión Consensual	1242	38.3
Viuda	4	0.12
Divorciada	1	0.03
No vive en unión	29	0.89
<b>Total</b>	<b>3242</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil-1998/99. Guatemala

**Cuadro No. 4 Guatemala: Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años de edad que tienen demanda insatisfecha de planificación familiar para postergar o limitar el nacimiento de un/otro hijo, de acuerdo a las características seleccionadas. ENSMI-1998/99.**

Características	Demanda insatisfecha de planificación familiar			
	Frecuencia	Total	Espaciar	Limitar
Total	N	%	%	%
	3242	27	14	13
<b>Factores estructurales</b>				
Urbanización (región donde vive)				
Rural	2247	32	16	16
Urbano	995	18	11	7
Etnia (grupo étnico al que pertenece)				
Ladina	2070	23	12	11
Indígena	1172	34	17	17
Exposición a los medios de comunicación				
Lee periódico o revista				
No	2126	31	15	16
Si	1116	19	12	7
Escucha radio				
Si	2149	25	13	12
No	1093	31	16	15
Mira televisión				
No	1739	35	17	18
Si	1503	18	11	7
Religiosidad (asiste a la iglesia)				
Frecuentemente	2193	27	14	13
Poco frecuente	501	27	17	10
Nunca	548	27	12	15
Condición económica				
Baja	1876	34	17	17
Media	1099	19	11	8
Alta	267	6	4	2
<b>Autonomía de la mujer</b>				
Educación				
Ninguna	1159	33	14	19
Primaria Incompleta	1266	28	16	12
Primaria Completa	360	22	14	8
Secundaria y más	457	12	9	3
Actividad económica (trabaja actualmente)				
No	2388	31	16	15
Si	854	18	10	8

continua

**Continuación Cuadro No. 4 Guatemala: Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años de edad que tienen demanda insatisfecha de planificación familiar para postergar o limitar el nacimiento de un/otro hijo, de acuerdo a las características seleccionadas. ENSMI-1998/99**

Características	Frecuencia	Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar		
		Total	Espaciar	Limitar
<b>Relaciones de género</b>				
Dialoga sobre PF con su pareja				
Si	1640	23	11	12
No	1602	31	17	14
Su pareja está de acuerdo con la PF				
Desacuerdo	1485	37	18	19
Acuerdo	1757	18	10	8
Deseo de hijos por la pareja				
El mismo número de hijos que usted quiere	2186	25	13	12
Más hijos de los que usted quiere	490	32	14	18
Menos hijos de los que usted quiere	265	26	14	12
No sabe, no responde	301	35	18	17
Diferencia de edades entre la mujer y su pareja				
El mayor 1 a 19 años	2044	26	14	12
El mayor 20 a 45 años	354	32	12	20
Ella mayor	424	25	13	12
La misma edad	279	30	17	13
La mujer desconoce la edad de la pareja	141	23	10	13
Educación de la pareja				
Ninguna	864	36	15	21
Primaria	1784	27	15	12
Secundaria	502	14	9	5
Superior	92	5	3	2
<b>Aceptación de planificación familiar</b>				
Conocimiento de métodos				
Si	2656	24	12	12
No	586	39	21	18
Conocimiento de fuente				
Si	2131	21	10	11
No	1111	39	22	17

continúa

**Continuación Cuadro No. 4. Guatemala: Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años de edad que tienen demanda insatisfecha de planificación familiar para postergar o limitar el nacimiento de un/otro hijo, de acuerdo a las características seleccionadas. ENSMI-1998/99.**

Características	Demanda insatisfecha de planificación familiar			
	Frecuencia	Total	Espaciar	Limitar
Exposición a mensajes de PF				
Escucha mensajes de PF en radio				
No	1751	31	17	14
Si	1491	23	11	12
Escucha mensajes de PF en la televisión				
No	2203	32	17	15
Si	1039	16	8	8
Lee mensajes de PF en periódico				
No	2629	30	15	15
Si	613	14	9	6
Lee mensajes de PF en afiches				
No	2738	29	15	14
Si	504	16	10	6
Lee mensajes de PF en panfletos				
No	2633	30	15	15
Si	609	14	9	5
Visita Domiciliaria del personal de salud				
Visita por personal de salud en PF				
No	3148	27	14	13
Si	94	24	11	13
Visita por personal de salud comunitario				
No	2175	30	15	15
Si	1067	21	11	10
Recibió material de planificación familiar por el personal de salud que la visitó				
No	2858	28	14	14
Si	384	19	11	8
Comunicación con otras personas sobre PF				
Dialoga con una amiga/o de PF				
No	2526	30	15	15
Si	716	16	9	7

continúa

**Continuación Cuadro No. 4 Guatemala: Distribución de porcentajes de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años de edad que tienen demanda insatisfecha de planificación familiar para postergar o limitar el nacimiento de un/otro hijo, de acuerdo a las características seleccionadas. ENSMI-1998/99.**

Características	Frecuencia	Demanda insatisfecha de planificación familiar		
		Total	Espaciar	Limitar
Aceptación de mensajes de planificación familiar				
Por la radio				
Si	2363	24	12	12
No	879	35	20	15
Por la televisión				
Si	2168	22	11	11
No	1074	36	20	16
<b>Biológicas de la mujer</b>				
Edad				
15-19	318	31	26	5
20-29	1195	31	20	11
30-39	1064	27	10	17
40-49	665	20	5	15

**Cuadro No. 5 Guatemala: Resultado de los modelo de regresión logística de la  
demanda insatisfecha de planificación familiar  
ENSMI-1998/99**

Variables independientes	Demanda insatisfecha de planificación familiar					
	Total		Espaciar		Limitar	
	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z
<b>Lugar de residencia</b>						
Rural	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	1.00
Urbana	0.93	0.588	1.176	0.286	0.76	0.088
<b>Etnia</b>						
Ladina	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Indígena	1.04	0.728	0.98	0.875	1.07	0.597
<b>Exposición a los medios de comunicación</b>						
Lee periódico o cartas	0.93	0.529	1.06	0.710	0.78	0.142
Escucha radio	1.03	0.757	1.03	0.794	1.01	0.925
Mira televisión	0.92	0.545	1.13	0.469	0.73	0.088
<b>Religiosidad (asiste iglesia)</b>						
Frecuentemente	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Poco frecuente	1.17	0.186	1.49	0.005*	0.81	0.204
Nunca	1.00	0.977	0.79	0.126	1.29	0.084
<b>Condición económica</b>						
Baja	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Media			0.77	0.104	0.75	0.099
Alta						
<b>Educación</b>						
Ninguna	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Primaria incompleta	1.13	0.246			0.97	0.830
Primaria completa	1.26	0.190	1.47	0.076	1.00	0.998
Secundaria y superior	1.02	0.924	1.48	0.144	0.52	0.073
<b>Actividad económica</b>						
Trabaja actualmente			0.83	0.193		

\* significativas al 5 %

continua

**Continuación Cuadro No. 5 Guatemala: Resultados de los modelos de regresión  
logística de la demanda insatisfecha de planificación familiar total, para  
espaciar y limitar. ENSMI-1998/99**

Variables independientes	Demanda insatisfecha de planificación familiar					
	Total		Espaciar		Limitar	
	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z
<b>Relaciones de Género</b>						
<b>Comunicación con el compañero</b>						
Dialoga con su compañero sobre PF	0.84	0.109	1.08	0.584	0.68	0.109
Su compañero está de acuerdo con la PF	0.54	0.000*	0.84	0.241	0.42	0.000*
<b>Deseo de hijos por parte de su compañero</b>						
El mismo número que ella	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
El quiere más hijos que ella	1.19	0.121	1.06	0.698	1.27	0.101
El quiere menos hijos que ella	1.17	0.314	1.18	0.411	1.11	0.604
<b>Diferencia de edad entre la pareja</b>						
El mayor 1 a 19 años	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
El mayor 20 a 45 años	1.35	0.022*	0.94	0.740	1.70	0.001*
Ella mayor	1.18	0.200	1.34	0.080	0.99	0.943
La misma edad	1.21	0.204	1.30	0.147	1.06	0.788
<b>Educación del compañero</b>						
Ninguna	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Primaria	0.80	0.023*	0.94	0.652	0.76	0.026*
Secundaria	0.71	0.068	0.75	0.218	0.83	0.470
Superior	0.37	0.051*	0.34	0.091	0.58	0.479
<b>Aceptación de Planificación Familiar</b>						
Conocimiento de métodos de PF	0.85	0.232	0.87	0.401	0.91	0.596

\* significativas al 5 %

continúa



**Continuación Cuadro No. 5 Guatemala: Resultados de los modelos de regresión  
logística de la demanda insatisfecha de planificación familiar .  
ENSMI-1998/99**

Variables independientes	Demanda insatisfecha de planificación familiar					
	Total		Espaciar		Limitar	
	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z
Conocimiento de fuente de suministro de métodos de PF	1.05	0.807	1.05	0.000*	1.03	0.834
<b>Exposición a los medios de comunicación sobre PF</b>						
Escucha mensajes de PF por la radio	1.09	0.418	1.09	0.542	1.06	0.666
Escucha mensajes de PF por la televisión	0.93	0.613	0.70	0.060	1.32	0.152
<b>Información escrita sobre PF</b>						
Lee en el periódico mensajes de PF	0.87	0.415	0.79	0.303	1.02	0.941
Lee en el periódico mensajes de PF	1.29	0.164	1.33	0.212	1.16	0.575
Lee en el periódico mensajes de PF	0.77	0.147	1.01	0.951	0.58	0.568
<b>Visita domiciliaria por personal de salud</b>						
La ha visitado persona de salud de PF	1.11	0.690	1.04	0.913	1.11	0.761
La ha visitado persona de salud de PF	0.78	0.000*	0.79	0.088	0.84	0.239
El personal de salud le ha proporcionado material informativo sobre PF	1.06	0.752	1.16	0.495	0.90	0.666
<b>Acepta recibir mensajes por los diferentes medios de comunicación</b>						
Acepta que los mensajes de PF por la televisión	1.19	0.242	1.13	0.524	1.16	0.418
Acepta que los mensajes de PF por la radio	0.81	0.000*	0.93	0.736	0.81	0.000*

\* significativas al 5 %

continua

**Continuación Cuadro No. 5 Guatemala: Resultados de los modelos de regresión  
logística de la demanda insatisfecha de planificación familiar  
ENSMI-1998/99**

Variables independientes	Demanda insatisfecha de planificación familiar					
	Total		Espaciar		Limitar	
	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z	Odds ratio	P>z
Dialoga con alguna amiga/o sobre PF	0.84	0.162	1.09	0.574	1.00	0.999
<b>Factor Biológico</b>						
<b>Edad de la mujer</b>						
15 a 19 años	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
20 a 29 años	1.22	0.179	0.84	0.270	1.00	0.999
30 a 39 años	1.11	0.494	1.00	Ref.	1.00	0.999
40 a 49 años	0.61	0.005*	1.00	Ref.	1.00	0.999

\* significativas al 5 %