

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA PROFESIONAL EN POBLACIÓN Y SALUD

GUATEMALA: DETERMINANTES DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES EN UNIÓN DE 15 A 49 AÑOS, 1998-1999

**Trabajo Final de Graduación presentado a la Escuela de Estadística,
para optar al grado de Máster en Población y Salud**

**Nanci Anaité Franco Luin
Costa Rica, 2002**

Resumen

La prevalencia anticonceptiva en Guatemala –38.2%– es una de las más bajas de Latinoamérica. Si se toma a cada grupo étnico por separado, se encuentra que entre las mujeres ladinas la prevalencia es de 50%, mientras que entre las indígenas es de sólo 13%.

El objetivo de la presente investigación es identificar los factores determinantes del uso de anticonceptivos en las mujeres guatemaltecas en unión (15 a 49 años).

La metodología empleada es la regresión logística, con el uso/no uso de anticonceptivos como variable dependiente, y las siguientes variables independientes: edad y escolaridad de la mujer, número de hijos vivos, hijos muertos, religión, trabajo, tiempo vivido en unión, exposición a mensajes de planificación familiar vía medios de difusión, y educación de la pareja. Cuatro de estas variables resultaron significativas para todas las mujeres, y son: religión, trabajo, exposición a mensajes de planificación familiar y educación de la pareja.

Las razones principales que las mujeres mencionan para no utilizar métodos anticonceptivos son: el embarazo, las preocupaciones de salud o el temor a efectos secundarios, los motivos relacionados con la fecundidad (menopausia, postparto, lactancia, deseo de más hijos) y la oposición al uso por parte de la pareja, de la misma mujer, de otras personas o de la religión. Entre las mujeres indígenas del área rural la principal razón es la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, o del lugar donde obtenerlos.

I. Introducción

Parte de las diferencias culturales, económicas y sociales que existen en Guatemala se reflejan en la brecha que se observa en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos entre los dos grupos étnicos principales: las mujeres indígenas y las ladinas¹ -13% y 50%, respectivamente-. Guatemala es el segundo país de América Latina con la más baja prevalencia anticonceptiva -38%-, precedida por Haití -28%-.

La población ladina se caracteriza por hablar el idioma español, tener un estilo de vida más occidentalizado y en general, por ser económica, social y políticamente dominante, mientras que la población indígena -descendiente de la civilización maya- suele hablar alguno de los 23 idiomas mayas en casa, emplea su traje tradicional y se encuentra en desventaja en cuanto a los aspectos mencionados².

Este trabajo tiene como base la Encuesta de Salud Materno Infantil, ENSMI, realizada en Guatemala entre noviembre de 1998 y mayo de 1999. Es una encuesta de cobertura nacional con representatividad urbano-rural. De las mujeres de la muestra, el 43% viven en el área urbana y el 57% en el área rural; el 32% son indígenas y el 68% ladinas.

Con respecto a la planificación familiar, ésta llegó al país en 1969, a través de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca, APROFAM, de iniciativa privada. Aunque el gobierno ha ofrecido proveer servicios para espaciar los embarazos, no lo ha hecho de forma decidida. No fue sino hasta septiembre del año 2001 que fue aprobada la Ley de Desarrollo Social, la cual reconoce que los servicios de salud reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública. Corresponde ahora al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, garantizar el acceso efectivo de las personas a la provisión y promoción de estos servicios, incluida la planificación familiar.

¹ En el cuestionario individual, la pregunta relacionada con la etnia de la entrevistada es respondida con base en la observación de la entrevistadora e incluye solamente las categorías “indígena”, “ladina” y “otras”.

² Bertrand, Guerra, Mazariegos et al. Promoting birthspacing among the maya-quiché of Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 24 (4), diciembre 1999.

El objetivo de la presente investigación es identificar los factores que determinan el uso de anticonceptivos en las mujeres guatemaltecas en unión, de 15 a 49 años. Dado que la planificación familiar brinda a la mujer la posibilidad de cuidar mejor su salud al espaciar los embarazos y tener a sus hijos en el momento que considere más oportuno, este estudio se justifica ya que la prevalencia anticonceptiva en Guatemala es baja (38%), mientras que la mortalidad materna e infantil son de las más altas de la región.

El método de análisis utilizado fue la regresión logística. Como resultado, fueron identificados cuatro factores determinantes del uso de anticonceptivos, comunes entre los cuatro grupos de mujeres: la educación de la pareja, el trabajo de la mujer, la religión y el contacto con mensajes de planificación familiar vía medios de difusión. Otros factores determinantes son la educación y la edad de la mujer, tener cuatro o más hijos vivos, haber perdido algún hijo o hija, y el tiempo vivido en unión.

II. Marco conceptual

a. Justificación

Guatemala, un país con 13 millones de habitantes, tiene una de las tasas de fecundidad más altas de Centroamérica, con 4,8 hijos por mujer³. En un periodo de 50 años, la tasa global de fecundidad (TGF), ha pasado de 7.1 en los años 50 a 4.8 para el año 2000.⁴ Mientras, en otros países de la región la TGF ha disminuído de seis hijos por mujer durante los años 60 a menos de tres en 1999.

Guatemala está dividida en 22 departamentos. En la ciudad capital, Guatemala, es donde se ha concentrado el crecimiento poblacional, lo cual ha provocado que las áreas precarias o marginales aumenten de manera considerable. El país muestra enormes contrastes en cuanto a condiciones de vida, esperanza de vida al nacer y educación, entre otros. Un alto porcentaje de la población enfrenta condiciones desfavorables, como limitaciones en el acceso a los servicios públicos y aumento de la pobreza⁵.

La población guatemalteca se divide en dos grupos étnicos principales –ladinos e indígenas-. Los ladinos se caracterizan por hablar el idioma español y tener un estilo de vida más occidentalizado. Mientras, la población maya o indígena consiste en 22 grupos principales, diferentes lingüística y culturalmente de la sociedad ladina. Tanto en los indicadores de salud, económicos y sociales, los mayas están muy por detrás de la población ladina.⁶

Acerca del uso de anticonceptivos, en América Latina el promedio de la prevalencia anticonceptiva pasó de menos de 15% en los años 60, a 68% en 1999, cuando en Guatemala fue de sólo 38% para 1998-1999. La diferencia se acentúa si se toma en cuenta la

³ Population Reference Bureau, PRB, Cuadro de la Población Mundial 2001. Washington DC: PRB, 2001.

⁴ CELADE, Boletín demográfico, No. 68, julio 2001. Santiago de Chile, 2001.

⁵ Instituto Nacional de Estadística, INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999. Guatemala, INE, 1999.

⁶ Bertrand, Seiber y Escudero, Contraceptive dynamics in Guatemala 1978-1998. International Family Planning Perspectives, 27 (3) 2001.

etnicidad, ya que sólo el 13% de las mujeres mayas en unión usan anticonceptivos, comparado con un 50% de las mujeres ladinas.⁷

Es ampliamente reconocido que el uso de anticonceptivos es uno de los más importantes determinantes próximos de la fecundidad, y el que más incide en la disminución de la fecundidad en la mayoría de países. Los determinantes próximos de la fecundidad son aquellos factores que influyen directamente en el nivel de fecundidad que muestra una población. Otros determinantes próximos son la edad a la primera unión, la duración de la lactancia y el aborto.⁸

La práctica de la planificación familiar permite a las mujeres cuidar su salud y la de sus hijos, al espaciar los nacimientos y tener a sus hijos en el momento que consideren más conveniente. Esto es particularmente importante en Guatemala, donde la mortalidad materna es de 270 por cada 100 mil nacidos vivos, una de las cifras más altas de Centroamérica. También la mortalidad infantil es la más alta de la región, con 50 por cada 1000 nacidos vivos⁹.

Aunque el gobierno guatemalteco opina que la tasa de natalidad es demasiado alta, ha carecido del interés y de la voluntad política para promover la planificación familiar. El servicio de espaciamiento de embarazos ha sido ofrecido principalmente a través de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca, APROFAM (desde 1965), y por otras organizaciones no gubernamentales.

En los años 70, el Ministerio de Salud ofreció proveer servicios de planificación familiar, pero al menos hasta finales de la década de los 90, no lo hizo de manera decidida¹⁰.

⁷ Instituto Nacional de Estadística, INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala, INE, 1999.

⁸ United Nations. Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1998. New York, United Nations, 2000.

⁹ Population Reference Bureau, op cit.

¹⁰ Bertrand, Seiber y Escudero. Contraceptive dynamics in Guatemala. International Family Planning Perspectives, 27 (3) Sept. 2001.

La actual Constitución Política de la República de Guatemala reconoce el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.¹¹ El Código de Salud y la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer establecen que el Estado desarrollará acciones para promover la salud de la mujer, incluyendo la salud reproductiva. Los Acuerdos de Paz –firmados en 1996- incluyen compromisos relacionados con el tema de población.

No fue sino hasta septiembre del año 2001 que el Congreso de la República decretó la Ley de Desarrollo Social (Decreto Número 42-2001), la cual tiene como objetivo crear un marco jurídico que permita llevar a cabo las acciones encaminadas al desarrollo de la persona humana, que incluye, entre otros, la promoción de la salud reproductiva. Esta ley presenta como un aspecto de la paternidad y maternidad responsables, el derecho de las personas a decidir libremente y de manera informada el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, así como el momento para tenerlos, de una forma responsable.

La Ley de Desarrollo Social se refiere a la creación del Programa de Salud Reproductiva, que de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población –aún pendiente de formular- deben diseñar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, y el Ministerio de Educación, MINEDUC. El programa mencionado considera a la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional, por lo que se promoverán acciones para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil. Una de las estrategias para lograr este objetivo es haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres, así como divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías, y las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.

Los servicios de salud reproductiva son reconocidos en la Ley de Desarrollo Social como parte integral de los servicios de salud pública, por lo que el MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

¹¹ Constitución Política de la República de Guatemala, artículo 47.

Con respecto a la Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca, APROFAM, esta organización abrió en 1965 la primera clínica de planificación familiar en Guatemala, bajo los auspicios de la International Planned Parenthood Federation, IPPF. Hasta la fecha, APROFAM sigue siendo el principal proveedor de métodos anticonceptivos en el país¹².

Dado que en Guatemala las condiciones de salud de la población y en especial de la mujer y el niño/a han mejorado muy poco, APROFAM le da prioridad a la cobertura de salud materno infantil y salud sexual y reproductiva.

En relación con los anticonceptivos, APROFAM pone a disponibilidad de las usuarias tanto métodos naturales como artificiales. Dentro de los primeros, incluye el método del ritmo o calendario, el de Lactancia-Amenorrea (MELA), Billings y eyaculación fuera. Dentro de los métodos artificiales, ofrece los definitivos –vasectomía y laparoscopia- y los temporales –condón o preservativo, pastilla oral, tableta vaginal, Dispositivo Intra Uterino (DIU) e inyectables¹³. Recientemente empezaron a introducir el implante subdermal Norplant, pero únicamente en la ciudad capital y en los departamentos de Quetzaltenango, Zacapa y Jutiapa. APROFAM cuenta con 28 clínicas, 90 educadores, 15 docentes, 2 unidades móviles de salud y 4 mil promotores voluntarios en todo el país, de acuerdo con información proporcionada vía correo electrónico por el licenciado Juan Ramón Jiménez, encargado del área de Mercadeo Social y de la Estadística Institucional de APROFAM.

Finalmente, considerando la estrecha relación existente entre el uso de métodos anticonceptivos y los niveles de fecundidad, que a su vez repercuten en la salud de la mujer y su familia, esta investigación se justifica ya que pretende identificar los factores que determinan tanto el uso como el no uso de anticonceptivos en las mujeres guatemaltecas. Los resultados de la investigación pueden ser útiles para crear o evaluar programas de planificación familiar, a fin de hacerlos más adecuados a las necesidades y motivaciones de las usuarias.

¹² Bertrand, Seiber y Escudero. Contraceptive dynamics in Guatemala: 1978-1998. *International Family Planning Perspectives*, 27 (3) septiembre 2001.

¹³ Información obtenida en la página en internet de esta organización, www.aprofam.org.gt

b. La prevalencia anticonceptiva

La prevalencia anticonceptiva se refiere al número de mujeres en edad reproductiva que están usando algún método anticonceptivo, por cada 100 mujeres en la misma edad. Esta medida es un indicador del número de mujeres que están en menor riesgo de concebir, en un momento determinado.¹⁴ La prevalencia anticonceptiva está asociada a los niveles de fecundidad, los cuales son también influidos por otros factores tales como la nupcialidad, la frecuencia de relaciones sexuales, la lactancia y la mortalidad intrauterina.

La tasa de prevalencia anticonceptiva proporciona una visión inmediata del comportamiento de una población con respecto a la práctica anticonceptiva, en el momento en que se realice una encuesta para obtener esta información. Puede ser calculada para todas las mujeres o para un subgrupo, por lo general, compuesto por mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, en uniones sexuales relativamente estables -incluido matrimonio legal y uniones de hecho-¹⁵. En la presente investigación, la prevalencia anticonceptiva se refiere a las mujeres en unión y en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años.

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres en unión que usa métodos anticonceptivos (tradicionales y modernos) es de 60%, cifra que asciende a 73% para los países desarrollados, y que oscila entre 57% y 47% para los países en desarrollo. Entre estos últimos se dan enormes variaciones, como de 6% en Mozambique (Africa Occidental) y 83% en China.¹⁶

En América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 70%, porcentaje que sube a 74% para Sudamérica y desciende a 64% para Centroamérica. De todos los países de la región (con datos disponibles), los de más baja prevalencia anticonceptiva son Haití (28%), seguido por Guatemala (38%) y Bolivia (48%).

¹⁴ Population Reference Bureau, PRB. Population Handbook. Washington DC, PRB, 2000.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud, OPS. La prevalencia y el uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. Washington DC, OPS, sf.

¹⁶ Population Reference Bureau, PRB. Women of our world. Washington DC, PRB, 2002.

c. Los métodos anticonceptivos

La prevalencia anticonceptiva depende, entre otros factores, de los métodos anticonceptivos que se encuentran disponibles. Estos pueden agruparse en dos categorías: métodos naturales y métodos modernos. Los primeros son los que no requieren elementos químicos o mecánicos, siendo los más comunes el ritmo, la abstinencia y la interrupción.¹⁷ Para su uso efectivo pueden requerir consejería de personal en salud u otras personas con conocimiento práctico de estos métodos.

Los métodos modernos –que incluyen los químicos y los mecánicos- requieren suministros o ser proporcionados por personal de salud. Comprenden el dispositivo intrauterino –DIU–, la píldora, los inyectables y el implante subcutáneo (métodos químicos), y la esterilización femenina y masculina, el preservativo masculino o femenino, y la esponja (métodos mecánicos). A nivel mundial, la esterilización femenina, el DIU y la píldora son los métodos más usados.¹⁸

La efectividad de los distintos métodos puede ser descrita como la probabilidad de embarazo en el primer año de uso, tanto si el método se emplea de forma común o de manera correcta y consistente. El primer caso se refiere a la probabilidad promedio de embarazo tomando en cuenta a todos los usuarios como grupo. El segundo caso es la probabilidad mínima de embarazo reportada en estudios confiables¹⁹.

A excepción del condón o preservativo, la responsabilidad de utilizar los demás métodos anticonceptivos reversibles recae en la mujer. Si los emplea de forma común, son muy eficaces (de 0 a 1 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso) los implantes subdermales, los inyectables, el DIU y los anticonceptivos orales sólo de progestágeno durante la lactancia. Si son usados de forma consistente, son también muy eficaces el Método Lactancia-Amenorrea (MELA) y los anticonceptivos orales combinados. Son eficaces (de 2 a 9 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud, op cit.

¹⁸ United Nations. Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1998. New York, United Nations, 2000.

¹⁹ Programa de Información en Población de Johns Hopkins. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, 1999.

meses de uso) con uso correcto y consistente, los condones, el diafragma con espermicida, los condones femeninos, los espermicidas y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. La eficacia de estos últimos métodos es moderada (de 10 a 30 embarazos) si se usan de forma común, es decir, no bajo condiciones controladas en un laboratorio.²⁰

d. Variables de estudio

El uso de anticonceptivos es influenciado por varios factores, tanto en la oferta como en la demanda. En la oferta, se pueden mencionar los relacionados con la disponibilidad de servicios de planificación familiar, tales como el número y tipo de fuentes de estos servicios, la calidad del servicio disponible, entre otros. Mientras, los factores que influyen en la demanda incluyen características demográficas y sociales, la exposición a ideas modernas a través de los medios de comunicación, y la experiencia reproductiva individual de la persona.²¹

Con base en la literatura revisada se tomó la decisión de considerar las siguientes características sociodemográficas que pueden influir en el uso de anticonceptivos: la edad de la mujer, su nivel de educación, trabajo fuera del hogar, número de hijos vivos, número de hijos muertos, educación de la pareja, religión y exposición a medios de comunicación. Serán consideradas como variables control: el lugar de residencia –urbano o rural- y la etnicidad –indígena o ladina-.

1. **Edad de la mujer:** conocer el uso de anticonceptivos por edad es importante, debido en parte a la relación de la edad con la fecundidad. En términos generales, la capacidad de concebir se adquiere alrededor de los 12-15 años, alcanza el máximo a los 20 y empieza a declinar después de los 35. Puesto que la fertilidad (capacidad física de procrear) declina con la edad, la planificación familiar tendrá un mayor efecto si la practican las mujeres con más alto potencial de fecundidad²². Además, el uso de métodos

²⁰ Ibid.

²¹ Bertrand, Guerra, Mazariegos et al. Promoting birthspacing among the maya-quiché of Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 25 (4), Diciembre 1999.

²² Organización Panamericana de la Salud, OPS. La prevalencia y el uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. Washington DC, OPS, sf.

anticonceptivos también varía de acuerdo con la etapa de la vida por la que atraviese la mujer.

2. **Educación:** numerosos estudios indican que el uso de los métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el grado de educación²³. En la mayoría de países en desarrollo, a mayor grado en la educación de la mujer se asocia también una mayor reducción en la fecundidad²⁴. Por tales razones, mejorar los niveles de educación de la mujer ha sido considerado uno de los elementos importantes para lograr una mayor apertura a la práctica anticonceptiva.²⁵ Como ejemplos de algunos estudios acerca del tema, se puede mencionar uno realizado en Chiapas²⁶, donde se encontró que la probabilidad de no uso de métodos anticonceptivos, fue más elevada entre las mujeres con el nivel educativo más bajo. Otro estudio llevado a cabo en Kuwait mostró que las mujeres analfabetas tenían de manera significativa menos propensión a usar anticonceptivos que las mujeres con educación.²⁷ En el contexto de Guatemala, una investigación encontró que las mujeres mayas con educación secundaria, tenían 5.8 veces más probabilidades de usar algún método anticonceptivo, que aquellas sin escolaridad.²⁸
3. **Trabajo fuera del hogar:** en Guatemala, la investigación mencionada arriba encontró que uno de los determinantes del uso de anticonceptivos es que la mujer tenga un trabajo fuera de casa. Por tal razón se decidió incluir esta variable. Generalmente se cree que un empleo remunerado probablemente redunde en un uso mayor de métodos anticonceptivos más eficaces. Sin embargo, en otras investigaciones se menciona que la participación de la mujer en la fuerza laboral no tiene un efecto significativo en el uso

²³ Organización Panamericana de la Salud, OPS. La prevalencia y el uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. Washington DC, OPS, sf.

²⁴ Shah, Shah y Radovanovic. Patterns of desired fertility and contraceptive use in Kuwait. *International Family Planning Perspectives*, 24 (3), Sept. 1998.

²⁵ Fikree, Khan, Kadir et al. What influences contraceptive use among young women in urban squatter settlements of Karachi, Pakistan? *International Family Planning Perspectives*, 27 (3), Sept. 2001.

²⁶ Nazar-Beutelspacher, Molina, Salvatierra et al. Educación y el no uso de anticonceptivos entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1999.

²⁷ Shah, Shay y Radovanovic, op cit.

²⁸ Bertrand, Seiber y Escudero. Contraceptive dynamics in Guatemala: 1978-1998. *International Family Planning Perspectives*, 27 (3) Sept. 2001.

actual de anticonceptivos.²⁹ Tomar en cuenta el trabajo de la mujer como un determinante del uso de anticonceptivos parte generalmente del supuesto de que participar en una actividad generadora de ingresos, da a la mujer más autonomía y un mayor sentido de control en decisiones importantes que las afectan a ellas y a sus familias. Les da a la vez más confianza en sí mismas y la habilidad para planificar el futuro. En este sentido, planificar se puede referir a tomar las medidas necesarias –por ejemplo, usar anticonceptivos- para poder lograr otras metas, como conservar un trabajo, realizar estudios, entre otros. Al respecto, en un estudio realizado por Miles-Doan y Brewster, se menciona que el empleo, por sí mismo, no motiva a usar los servicios de planificación familiar u otros servicios de salud. Es el grado de autonomía que una mujer experimenta en su trabajo, el que parece estar asociado con una mayor probabilidad de comportamiento autónomo. Así, tener un trabajo que permite mayor autonomía está asociado con una mayor probabilidad de usar métodos anticonceptivos y servicios de salud, caso contrario a lo que ocurre si el trabajo ofrece un pobre control sobre el horario y ritmo de trabajo.³⁰ Sin embargo, otro estudio, que no profundiza en los detalles del tipo de trabajo, muestra que las mujeres que no trabajan fuera de su hogar, eran 2.1 veces más proclives a no usar anticonceptivos, en comparación con quienes sí trabajaban³¹.

4. **Número de hijos vivos:** un estudio realizado en Guatemala en 1999, encontró que existía una relación significativa entre el número de hijos vivos y el uso de anticonceptivos.³² Esta variable ha sido tomada en cuenta también en otros estudios, y es mencionado en la literatura como uno de los factores que inciden en la prevalencia anticonceptiva.³³

²⁹ Shah, Shay y Radovanovic, op cit.

³⁰ Miles-Doan y Brewster. The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu, the Philippines.

³¹ Nazar-Beutelspacher, Molina, Salvatierra et al. Educación y el no uso de anticonceptivos entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999.

³² Bertrand, Guerra, Mazariegos et al. Promoting birthspacing among the maya-quiché of Guatemala. International Family Planning Perspectives, 25 (4), Dic. 1999.

³³ Organización Panamericana de la Salud, OPS. La prevalencia y el uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. Washington DC, OPS, sf.

5. **Número de hijos muertos:** la probabilidad de no usar anticonceptivos es significativa entre las mujeres que han perdido al menos dos hijos, en comparación con quienes nunca han experimentado la muerte de un hijo.³⁴ La mortalidad infantil es un factor importante en el proceso de decidir usar o no algún método anticonceptivo, razón por la cual se incluirá en este estudio la variable “número de hijos muertos”.

6. **Educación de la pareja:** en algunos estudios se menciona el nivel educativo de la pareja como predictor del uso de anticonceptivos en la mujer. Esto sugiere que el esposo ejerce influencia en el comportamiento anticonceptivo de su pareja, efecto aún mayor en una sociedad machista.³⁵ Con frecuencia, las decisiones fundamentales sobre el tema reproductivo son tomadas por el hombre³⁶. La aceptación de los métodos anticonceptivos también es mayor en las mujeres cuya pareja tiene más de seis años de educación³⁷.

7. **Religión:** el papel que tiene la religión como determinante del comportamiento reproductivo ha sido objeto de considerable discusión. Algunos afirman que tiene poco impacto en las creencias reproductivas, las cuales –al igual que las prácticas religiosas– son consecuencia de factores sociales y económicos. Otros sostienen que la religión determina las creencias y prácticas de alta fecundidad.³⁸ Algunos estudios incluyen la variable de afiliación religiosa, como uno realizado en Uganda, donde no se encontró diferencia en cuanto al uso de anticonceptivos de acuerdo con la religión de la mujer. En el caso de Guatemala, dada la influencia que la Iglesia ha ejercido en los asuntos relacionados a la planificación familiar, es una variable que se tomará en consideración.

³⁴ Nazar-Beutelspacher, Molina, Salvatierra et al, op cit.

³⁵ Shah, Shah y Radovanovic. Patterns of desired fertility and contraceptive use in Kuwait. *International Family Planning Perspectives*, 24 (3), Sept. 1998.

³⁶ Información obtenida en la página electrónica de la International Planned Parenthood Federation, <http://ippfnet.org>, acerca del perfil de Guatemala.

³⁷ El-Rafie, M. Determinants of family planning acceptance in a low socioeconomic group of women. *Egyptian Population and Family Planning Review* 3(1), Junio 1973.

³⁸ Adongo, Phillips y Binka. The influence of traditional religion on fertility regulation among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 29 (1) Marzo 1998.

8. **Exposición a mensajes de planificación familiar a través de medios de difusión.** Se han realizado numerosos estudios acerca del impacto que los medios de comunicación pueden tener sobre el comportamiento anticonceptivo de la mujer. En algunos de ellos se ha encontrado que, en efecto, la exposición de la mujer a medios de comunicación que ofrecían mensajes de planificación familiar, estaba asociada con un mayor uso de anticonceptivos, especialmente métodos modernos. Tal aseveración debe tomarse con cierta reserva, ya que convertirse en una usuaria regular de métodos anticonceptivos modernos conlleva un proceso gradual y complejo, que no puede atribuirse a un solo determinante. En el caso de los medios de comunicación, pocas mujeres empiezan a usar anticonceptivos inmediatamente después de haber estado expuestas a algún mensaje acerca del tema, pero la exposición continua a diferentes medios, puede llegar a cambiar sus conocimientos y actitudes.³⁹ Otro estudio, esta vez llevado a cabo en Santa Lucía, menciona cómo un programa radial educativo y de entretenimiento (que incluía entre otros información acerca de la planificación familiar) estimuló en gran medida la conversación acerca del tema, lo cual se considera un importante mecanismo de cambio de comportamiento.⁴⁰
9. **Tiempo vivido en unión:** la decisión de utilizar anticonceptivos, así como la elección del método, pueden estar asociados con el tiempo que la mujer haya vivido en unión, ya que en este lapso no sólo cambia la fecundidad de la mujer sino que también puede alcanzar el número deseado de hijos. La duración de la unión ha resultado ser significativa en predecir el uso de métodos⁴¹. También se ha encontrado que existe relación entre ésta y la decisión de utilizar un método moderno o tradicional⁴², o tener motivación para usar anticonceptivos⁴³.

³⁹ Jato, Simbakalia, Tarasevich et al. The impact of multimedia family planning promotion on the contraceptive behavior of women in Tanzania. *International Family Planning Perspectives*, 25 (2) Junio 1999.

⁴⁰ Vaughan, Regis y St. Catherine. Effects of an entertainment-education radio soap opera on family planning and HIV prevention in St. Lucia. *International Family Planning Perspectives*, 26 (4) Dic. 2000.

⁴¹ Gaminiratne, K. Cultural, social and economic determinants of contraceptive method choice in Sri Lanka. Lieja, Bélgica, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). En *International Population Conference*, Montreal, 1993.

⁴² Stewart, M. Access to family planning workers facilitates choice of modern over traditional methods in Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 21(2), Junio 1995.

⁴³ Leridon, H., Sardon, J. Contraception in France in 1978: an INED-INSEE survey. Pt. 1. Diffusion of contraceptive methods. *Population*, 34(Special No), diciembre 1979

10. **Razones para no uso de métodos:** a causa de la baja prevalencia anticonceptiva en Guatemala, es importante para comprender el fenómeno incluir como variables explicativas las razones por las que una mujer no usa algún método anticonceptivo.
11. **Residencia:** en Guatemala existen grandes diferencias sociales, económicas y culturales entre las áreas urbanas y las rurales. De la muestra de mujeres en unión entre 15 y 49 años en la cual se basa esta investigación, el 43% vive en el área urbana y el 57% en el área rural. Por lo general, en la zonas urbanas el acceso a la educación, al empleo, la atención de la salud y otros, son mayores que en las zonas rurales.⁴⁴ Se ha encontrado que las mujeres que residen en zonas rurales son más proclives a no practicar la anticoncepción, en comparación con las residentes en zonas urbanas.⁴⁵
12. **Etnicidad:** como se mencionó anteriormente, la población guatemalteca se encuentra dividida en dos grupos étnicos principales, los indígenas y los ladinos. La baja prevalencia anticonceptiva en el país puede explicarse en parte por las marcadas diferencias en cuanto a las tasas de uso de anticonceptivos entre indígenas –32% del total de mujeres en unión incluidas en la muestra- y ladinas –68%-. Además, el lenguaje (la población indígena habla sus propios idiomas) sigue siendo una de las principales barreras para que los indígenas utilicen los servicios de salud, ya que la mayoría de centros son atendidos por personal que habla español.⁴⁶ Existen varios estudios en los cuales la etnicidad ha sido considerada como una de las variables explicativas del uso de anticonceptivos.⁴⁷

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud, OPS. La prevalencia y el uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. Washington DC, OPS, sf.

⁴⁵ Nazar-Beutelspacher, Molina, Salvatierra et al. Educación y el no uso de anticonceptivos entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999.

⁴⁶ Bertrand, Guerra, Mazariegos et al. Promoting birthspacing among the maya-quiché of Guatemala. International Family Planning Perspectives, 25 (4) Dic. 1999.

⁴⁷ Shah, Shah y Radovanovic. Patterns of desired fertility and contraceptive use in Kuwait. International Family Planning Perspectives, 24 (3), Sept. 1998, y Bertrand, Seiber y Escudero. Contraceptive dynamics in Guatemala: 1978-1998. International Family Planning Perspectives, 27 (3), Sept. 2001.

El uso de anticonceptivos no está determinado únicamente por las variables mencionadas, pero se considera que éstas son algunas de las más importantes, con base en la literatura revisada. Debe además tomarse en consideración la existencia de efectos indirectos entre las variables. Hay muchos otros factores que pueden influir en el uso de anticonceptivos, tales como el acceso a los servicios de salud, la calidad de los mismos, los roles de género y el contexto sociopolítico. Aunque se reconoce relevante, en esta investigación no se tomó en cuenta el acceso a los servicios de planificación familiar, ya que la encuesta utilizada como base de datos no se incluyó dicha variable.

e. Prevalencia anticonceptiva en las mujeres guatemaltecas

De acuerdo con el informe de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, ENSMI, 1998-1999, publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala, el 27% de todas las mujeres (unidas y no unidas) se encuentra usando algún método de planificación familiar. La prevalencia de uso es de 38% entre las mujeres unidas. El uso aumenta con la edad, desde el 15% entre las mujeres de 15 a 19 años, hasta poco más del 50% entre las de 35 a 39 años.

El método preferido por las guatemaltecas es la esterilización femenina, que fue seleccionado como anticonceptivo por el 17% de las mujeres en unión. El porcentaje oscila entre 24% y 30% para las mujeres de 30 a 49 años. El segundo método de elección es la píldora (7 a 8% entre las mujeres de 20 a 34 años), seguida por la inyección, con un nivel relativamente importante de uso entre las mujeres menores de 30 años (4 a 8%).⁴⁸

El uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en los últimos años, como se observa en el Cuadro 1:

Cuadro 1
Guatemala: Proporción de mujeres en unión que están utilizando métodos anticonceptivos, por tipo de método, según varias encuestas.

Tipo de método	ENSMI 87	ENSMI 95	ENSMI 98-99
Métodos modernos	19.1	27.2	30.9
Otros métodos	4.1	4.7	7.2
Total	23.2	31.9	38.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala, INE, 1999.

Existen diferencias importantes en el uso de métodos anticonceptivos para los distintos subgrupos poblacionales. Por ejemplo, el 27% de las mujeres residentes en el área rural utilizan algún método, comparadas con el 52% de las mujeres del área urbana. Las mujeres que menos usan los métodos anticonceptivos son quienes residen en el área rural, pertenecen al grupo indígena y no tienen ningún nivel de educación.⁴⁹

⁴⁸ Instituto Nacional de Estadística, op cit.

⁴⁹ Instituto Nacional de Estadística, INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala, INE, 1999, p. 43

La característica que más diferencia el uso de anticonceptivos es el nivel de educación. Si se compara con las mujeres sin educación, aquellas que tienen educación secundaria o superior triplican el uso de métodos (19 y 68 por ciento, respectivamente). El uso de métodos también aumenta con el número de hijos vivos, desde el 10% entre las mujeres sin hijos, hasta el 56% en aquellas con tres hijos.⁵⁰

Existe una marcada diferencia en el uso de anticonceptivos al comparar las mujeres indígenas en unión –13%- y las ladinas en unión –50%-. Esta diferencia no obedece únicamente a razones étnicas. Aunque la sociedad guatemalteca en conjunto ha sido afectada por la violencia política y un continuo deterioro económico, es la población indígena la que ha sufrido las mayores consecuencias, lo cual ha incidido en un rápido deterioro de su calidad de vida. La visión predominante es que las profundas diferencias socioeconómicas y culturales resultan en una baja demanda de métodos anticonceptivos entre las mujeres mayas.⁵¹

III. Objetivos

El objetivo general de la presente investigación es determinar los factores sociodemográficos que explican el uso/no uso de anticonceptivos en las mujeres guatemaltecas en unión, de 15 a 49 años.

Los objetivos específicos son:

- Determinar cuáles factores explican el uso/no uso de métodos anticonceptivos en cada uno de los siguientes grupos poblacionales:
 - Mujeres indígenas del área urbana
 - Mujeres indígenas del área rural
 - Mujeres ladinas del área urbana
 - Mujeres ladinas del área rural

⁵⁰ Instituto Nacional de Estadística, op cit.

⁵¹ Seiber y Bertrand. Access as a factor in differential contraceptive use between mayans and ladinos in Guatemala. New Orleans, Tulane University, 2002.

- Conocer el aporte de las siguientes variables como determinantes del uso/no uso de anticonceptivos: edad y educación de la mujer, trabajo, número de hijos vivos, hijos muertos, educación de la pareja, religión, exposición a mensajes de planificación familiar vía medios de difusión, tiempo vivido en unión.
- Identificar las razones para no uso de métodos anticonceptivos, para cada uno de los cuatro grupos poblacionales mencionados.

IV. Metodología

a. Fuente de información

Se utilizará la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI- la cual fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística, INE, del 18 de noviembre de 1998 al 2 de mayo de 1999. Este trabajo fue parte del Programa Internacional de Encuestas sobre Demografía y Salud coordinadas por Macro International Inc., y conocido ahora como DHS+5. Además, se contó con la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional –USAID- de Estados Unidos, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- y el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-.

La ENSMI 98-99 tiene cobertura nacional con representatividad urbana-rural y a nivel de regiones. Las regiones abarcadas son ocho: Metropolitana (Guatemala), Norte (Alta Verapaz y Baja Verapaz), Nor-Oriente (El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula), Sur-Oriente (Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa), Central (Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla), Sur-Occidente (Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos), Nor-Occidente (Huehuetenango y Quiché) y el departamento de Petén.

La población que cubrió la ENSMI 98-99 fue de 6,652 hogares y 6,756 mujeres elegibles. Finalmente, se obtuvo información para 5,587 hogares, 6,021 mujeres de 15 a 49 años, y 4,545 niños menores de cinco años.

Se utilizaron dos cuestionarios, uno de hogar, y otro individual de mujeres. Para el presente trabajo se tomará en cuenta únicamente el último, que comprende los siguientes temas: antecedentes de la mujer entrevistada, reproducción e historia de nacimientos, anticoncepción, embarazo y lactancia, nupcialidad, preferencias de fecundidad, antecedentes del marido, residencia y trabajo de la mujer, peso y talla para las madres y los niños menores de cinco años, vacunación y salud de los hijos menores de cinco años, anemia para mujeres y niños.

En la ENSMI 98-99 se utilizó una muestra probabilística seleccionada en dos etapas. En la primera se seleccionaron las áreas o sectores censales (Unidades Primarias de Muestreo) y en la segunda, los hogares. En un primer nivel de ordenamiento, los sectores censales fueron estratificados como urbano o rural; en un segundo nivel se agruparon en cada una de las regiones (ya mencionadas: metropolitana, norte, nor-oriente, sur-oriente, central, sur-occidente, nor-occidente y Petén). El tercer nivel de ordenamiento fue el departamento dentro de la región, y el cuarto, el municipio. El quinto y último, la sección.

La muestra en cada estrato de asignación muestral incluye dos etapas: la primera fue una selección sistemática del número de sectores censales con probabilidad proporcional a su tamaño (ppt) dentro de cada estrato. La segunda fue una actualización del listado de hogares en cada uno de los sectores seleccionados. Luego el procedimiento de selección dependió de si el sector estaba localizado en área urbana o rural. En el primer caso, se realizó un muestreo sistemático dentro del área censal, y en el segundo, se seleccionaron grupos compactos.

b. Descripción de las variables

La variable dependiente dicotómica es el uso/no uso de anticonceptivos, en mujeres en unión de 15 a 49 años. Las variables independientes son:

1. Edad de la mujer, en años simples.
2. Educación de la mujer, en años simples.

3. Número de hijos vivos: originalmente la variable incluye hasta 14 hijos o hijas. Para fines de investigación⁵² se creó una nueva variable, que divide el grupo anterior en dos categorías: “3 o menos” (=0) y “4 o más” (=1) hijos o hijas vivos.
4. Número de hijos muertos: a causa de que la encuesta incluía por separado a las hijas y a los hijos muertos, se creó una nueva variable, resultado de la suma de las anteriores. Esta tiene dos categorías: 0 para quien no ha tenido ningún hijo o hija muerto, y 1 para quien ha tenido algún hijo o hija muerto.
5. Religión: esta variable tenía inicialmente cinco categorías, pero fue recodificada en cuatro: “católica”, “evangélica”, “ninguna” y “otras”.
6. Trabajo fuera del hogar: esta variable tiene únicamente dos categorías, “sí” y “no”.
7. Tiempo vivido en unión en años simples: se refiere al tiempo transcurrido desde la primera unión hasta la fecha de la entrevista, sin considerar si la mujer permanece unida a su primera pareja. La variable incluye de 0 hasta 38 años de unión.
8. Educación de la pareja en años simples. La categoría “no sabe” fue recodificada como un valor faltante, ya que el número de casos era muy reducido y no significativo.
9. Exposición a mensajes de planificación familiar en medios de difusión: para conocer si la entrevistada ha estado expuesta a mensajes de planificación familiar a través de distintos medios de difusión, se formula la misma pregunta (¿ha escuchado usted acerca de la planificación familiar en los últimos meses?), con respecto a la radio, televisión, periódicos, poster y folletos. Para la presente investigación únicamente se tomó en cuenta únicamente el contacto con los tres primeros. Se creó una nueva variable con dos categorías: 0 si la persona no ha escuchado mensajes por ninguno de los tres medios, y de 1 si los ha escuchado por cualquiera de los tres.
10. Razón de no uso: esta variable incluye 21 posibles respuestas. Todas fueron tomadas en cuenta y finalmente, recodificadas en cinco categorías, las que representaban el mayor número de casos. Las nuevas categorías son, refiriéndose a las razones de no uso de métodos anticonceptivos: embarazo (0), no conoce el método o la fuente para obtenerlo (1), preocupaciones de salud, temor a efectos secundarios o a que el método interfiera con el cuerpo (2); causas relacionadas con la fecundidad, que incluye la

⁵² La división en grupos se realizó con base en revisión de la literatura, en particular una investigación realizada por Bertrand, Guerra, Mazariegos et al.

menopausia, infecundidad, postparto, lactancia, relaciones sexuales infrecuentes, deseo de tener más hijos (3), oposición al uso de parte de la usuaria, de la pareja, de otras personas o por prohibición religiosa (4) y otras razones (5).

11. Etnicidad: con dos categorías, indígenas y ladinas, recodificadas como 0 y 1, respectivamente.

12. Residencia: también con dos categorías, urbano y rural, 0 y 1.

c. Regresión logística

El análisis de regresión logística es un modelo matemático cuyo propósito es estimar o predecir la probabilidad de ocurrencia de un suceso, dada una variable dependiente que asume el valor de uno (1) cuando ocurre el suceso, y cero (0) en ausencia del mismo. La predicción o estimación se realiza en función de un conjunto de variables independientes con capacidad explicativa respecto a la variable dependiente⁵³.

Los modelos de regresión pueden usarse con dos objetivos: predictivo, cuando el interés del investigador es predecir lo mejor posible la variable dependiente, usando un conjunto de variables independientes, y estimativo, en el que el interés se centra en estimar la relación de una o más variables independientes con la variable dependiente. Este segundo objetivo es frecuente en estudios en los que se trata de encontrar factores determinantes de una enfermedad o un proceso⁵⁴.

El objetivo primordial de la regresión logística es entonces el de “determinar la existencia o ausencia de relación entre una o más variables independientes y la variable dependiente; medir la magnitud de dicha relación y estimar o predecir la probabilidad de que se produzca un suceso $Y=1$ en función de los valores que adopten las variables independientes X_i ”⁵⁵. En la presente investigación, la variable dependiente es uso (1) y no uso (0) de anticonceptivos, y las variables independientes: edad y educación de la mujer, número de hijos vivos, hijos muertos, trabajo, religión, exposición a mensajes de planificación familiar

⁵³ Vivanco, Manuel. Análisis estadístico multivariable. Chile, Editorial Universitaria, 1999.

⁵⁴ Información obtenida en la página electrónica (www.hrc.es/bioest/Reglog5.html#Hosmer) de la Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal.

⁵⁵ Jovell, 1995, citado por Vivanco, op cit.

vía medios de difusión (radio, televisión y prensa escrita), tiempo vivido en unión y educación del hombre. Como se incluyen más de dos variables independientes, se emplea la regresión logística multivariable. El modelo de regresión a estimar es el siguiente:

$$\text{Logit}(Y_{ij}) = \alpha + a_{ij}\beta_1 + b_{ij}\beta_2 + c_{ij}\beta_3 + d_{ij}\beta_4 + e_{ij}\beta_5 + f_{ij}\beta_6 + g_{ij}\beta_7 + h_{ij}\beta_8 + k_{ij}\beta_9 + \varepsilon_{ij}$$

- i Etnia
- j Lugar de residencia
- Y_{ij} Posibilidad de que el individuo ij use o no use anticonceptivos (y)
- α Constante, estimada por la regresión
- β Vector de efectos de las variables correspondientes (edad de la mujer, escolaridad de la mujer, número de hijos vivos, hijos muertos, religión, trabajo, tiempo vivido en unión, exposición a mensajes de planificación familiar, educación de la pareja).
- ε Factor de error

d. Variables

Las variables pueden clasificarse en cuantitativas y cualitativas, compuestas a su vez de valores asignados a sus distintas propiedades. En las cuantitativas, los elementos de variación son números y en las cualitativas, atributos o cualidades. Puesto que la metodología empleada para la estimación del modelo logístico se basa en la utilización de variables cuantitativas, es incorrecto que en él intervengan variables cualitativas⁵⁶.

Una forma de considerar una variable cualitativa en este modelo son las variables dicotómicas, que asumen dos categorías que expresan la presencia (1) o la ausencia (0) del atributo. Las variables politómicas son una forma de variable dicotómica, que se caracterizan por presentar más de dos categorías y se componen de las llamadas variables *dummy* (variable indicadora, diseño o interna). Estas asumen el valor de uno para un atributo y el valor de cero para los demás atributos de la variable no representados en el

⁵⁶ Molinero, L. La regresión logística. En página en internet (www.seh-lelha.org/rlogis1.htm) de la Asociación Española de Hipertensión y de la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.

valor uno⁵⁷. Deben crearse tantas variables *dummy* como número de respuestas menos uno tenga la variable de interés.

En esta investigación, a causa de las diferencias que se observan entre el uso y no uso de anticonceptivos, de acuerdo con el lugar de residencia y a la etnicidad (variables control) fueron creadas las siguientes cuatro clases de interacción: mujer indígena/área urbana (n=394), mujer indígena/área rural (n=962), mujer ladina/área urbana (n=1399), mujer ladina/área rural (N=1310).

Odds ratio

La regresión logística permite conocer el odds ratio, que es un parámetro de cuantificación del riesgo. El odds asociado a un suceso es el cociente entre la probabilidad de que ocurra frente a la probabilidad de que no ocurra. Cuantifica cuánto más probable es la aparición de un suceso (por ejemplo, uso de anticonceptivos) cuando está presente o no otro suceso (por ejemplo, si se trabaja respecto a cuando no se trabaja).

El valor de referencia para interpretar el odds ratio es uno. Valores superiores a uno indican que incrementos en los valores de la variable independiente generan aumento en la probabilidad que ocurra el suceso (factor de riesgo). Valores inferiores a uno indican que incrementos en la variable independiente generan disminución en la probabilidad que ocurra el suceso (factor de protección).

⁵⁷ Vivanco, op cit.

V. Resultados

La muestra analizada comprende 6,021 observaciones, de las cuales 3,964 corresponden a las mujeres en unión. De ellas, usan anticonceptivos el 38% (1515) y no usan el 62% (2449). La mayoría –2271 o 57%- vive en el área rural, y el resto –1693 o 43%- en el área urbana. Con respecto a la etnicidad, el 32% son indígenas (1254) y el 68% son ladinas (2709).

a. Caracterización de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos

Las diferencias que existen entre las usuarias y las no usuarias de métodos anticonceptivos, se pueden observar el siguiente cuadro:

Cuadro 2
Guatemala: Determinantes del uso de anticonceptivos
en las mujeres, 1998-1999^a

Variables	Mujeres en unión que usan anticonceptivos N = 1515	Porcentaje 38.2	Mujeres en unión que no usan anticonceptivos N= 2449	Porcentaje 61.8
Edad		100.0		100.0
15 a 19	46	3.0	270	11.0
20 a 24	186	12.3	540	22.1
25 a 29	301	19.9	468	19.1
30 a 34	345	22.8	338	13.8
35 a 39	314	20.7	302	12.3
40 a 44	192	12.7	244	10.0
45 a 49	130	8.6	286	11.7
Educación		100.0		100.0
Sin educación	238	15.7	989	40.4
Primaria	757	50.0	1215	49.6
Secundaria	451	29.7	231	9.4
Superior	69	4.6	14	0.6
Educación de la pareja		100.0		100.0
Sin educación	138	9.1	677	27.9
Primaria	658	43.5	1426	58.7
Secundaria	605	39.9	283	11.7
Superior	113	7.5	42	1.7
Hijos vivos		100.0		100.0
3 o menos	959	63.3	1345	54.9
4 o más	555	36.7	1104	45.1

Continúa en la página siguiente

Continuación del Cuadro 2
Guatemala: Determinantes del uso de anticonceptivos
en las mujeres, 1998-1999^a

Variables	Mujeres en unión que usan anticonceptivos	Porcentaje	Mujeres en unión que no usan anticonceptivos	Porcentaje
	N = 1515	38.2	N= 2449	61.8
Ha perdido hijo/hija		100.0		100.0
Sí	244	16.1	624	25.5
No	1271	83.9	1825	74.5
Religión		100.0		100.0
Católica	752	49.6	1335	54.5
Evangélica	469	30.9	735	30.0
Ninguna	249	16.4	349	14.2
Otros	45	3.0	30	1.2
Trabaja		100.0		100.0
Sí	641	42.3	526	21.5
No	872	57.6	1919	78.3
Tiempo vivido en unión (años)				
0 a 4	218	14.4	641	26.2
5 a 9	318	21.0	543	22.2
10 a 14	348	23.0	354	14.4
15 a 19	271	17.9	329	13.4
20 a 24	217	14.3	263	11.8
25 a 29	116	7.6	205	8.4
30 y más	28	1.8	114	4.7
Ha recibido mensajes de planificación familiar		100.0		100.0
Sí	1233	81.4	1144	46.7
No	280	18.5	1304	53.3
Etnicidad		100.0		
Indígena	161	11.7	1093	44.6
Ladina	1353	89.3	1356	55.4
Residencia		100.0		100.0
Urbana	885	58.4	807	33.0
Rural	629	41.6	1642	67.0

a. La diferencia que se observa al sumar algunos casos, se debe a valores faltantes.

El cuadro anterior muestra que la mayoría de las usuarias: son ladinas (89%), y viven en el área urbana (58%). En las no usuarias, la diferencia en cuanto a la etnia es mucho menos marcada (45% indígenas y 55% ladinas), pero la mayoría vive en el área rural (67%).

Acerca de la edad, el mayor porcentaje de usuarias (23%) tiene de 30 a 34 años, muy próximo a la edad (35 años) cuando la fecundidad empieza a declinar, mientras que entre las no usuarias, el mayor porcentaje (22) tiene de 20 a 24 años, precisamente cuando la capacidad reproductiva alcanza su máximo potencial.

A excepción del nivel primario, también hay diferencias en el nivel educativo entre usuarias y no usuarias. De las primeras, el 16% no tiene educación, porcentaje que sube a 40 entre las segundas. Ocurre lo mismo con la educación media, donde se observa que el 34% de las usuarias tienen educación secundaria o superior, mientras que sólo el 10% de las no usuarias alcanzan dichos niveles. Esto concuerda con la literatura revisada, en la que se encuentra que el uso de los métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el grado de educación⁵⁸.

En cuanto a la educación del hombre, el 53% de las parejas de mujeres usuarias carece de educación o tiene sólo la primaria (876% si se trata de no usuarias), mientras que el 47% tienen educación secundaria o superior (13% para no usuarias).

Con respecto a la religión, la prohibición de la fe católica para usar métodos anticonceptivos no naturales se refleja en el hecho de que el mayor porcentaje de no usuarias (54%) son católicas. Sin embargo, el mayor porcentaje de usuarias son también católicas (50%). Esta última cifra podría explicarse porque más de la mitad de las mujeres de la muestra (53%) son de dicha religión, que también profesa la mayoría de la población guatemalteca.

El trabajo de la mujer también difiere: el 42% de las usuarias trabaja, mientras que sólo lo hace el 21% de las no usuarias. Por otra parte, el haber recibido mensajes de planificación familiar por medio de radio, televisión o prensa escrita, es mayor entre usuarias (81%) que en no usuarias (47%).

⁵⁸ Miles-Doan y Brewster. The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu, the Phillipines. *Studies in Family Planning*, 29 (1) marzo 1998.

Etnicidad

Las diferencias entre mujeres indígenas y mujeres ladinas, usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 3
Guatemala: Determinantes del uso de anticonceptivos en mujeres guatemaltecas en unión, por etnia, 1998-1999.

	Usan anticonceptivos				No usan anticonceptivos			
	N= 1515		N= 2449		N= 2449		N= 2449	
	<i>Indígena*</i>		<i>Ladina*</i>		<i>Indígena</i>		<i>Ladina</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	161	10.7	1353	89.3	1093	44.6	1357	55.4
Educación		100.0		100.0		100.0		100.0
Sin educación	74	46.0	164	12.1	665	60.8	325	23.9
Primaria	80	49.7	676	50.0	412	37.7	803	59.2
Secundaria	7	4.3	444	32.8	15	1.4	216	15.9
Superior			69	5.1	1	0.1	13	1.0
Educ. cónyuge		100.0		100.0		100.0		100.0
Sin educación	39	24.2	98	7.2	418	38.4	258	19.3
Primaria	98	60.9	561	41.5	624	57.4	802	59.9
Secundaria	23	14.3	582	43.0	42	3.9	241	18.0
Superior	1	0.6	112	8.3	4	0.4	38	2.8
Hijos vivos		100.0		100.0		100.0		100.0
3 o menos	67	41.4	893	66.0	500	45.7	845	62.3
4 o más	95	58.6	460	34.0	593	54.3	511	37.7
Ha perdido hijo/hija		100.0		100.0		100.0		100.0
Sí	56	34.6	189	14.0	364	33.3	260	19.2
No	106	65.4	1165	86.0	729	66.7	1096	80.8
Ha recibido mensajes de planificación familiar		100.0		100.0		100.0		100.0
Sí	97	39.4	1136	84.0	315	28.8	828	61.1
No	63	60.6	217	16.0	777	71.2	527	38.9
Trabaja		100.0		100.0		100.0		100.0
Sí	75	46.6	566	41.9	218	20.0	308	22.8
No	86	53.4	786	58.1	873	80.0	1045	77.2

*Diferencias significativas al 1%

El mayor porcentaje de mujeres sin educación corresponde a las indígenas, ya sea que usen (46%) o no (62%) anticonceptivos. Quienes tienen un nivel educativo más elevado – secundaria o superior-, son las mujeres ladinas que usan (38%) o no (17%) anticonceptivos.

Las parejas de las mujeres ladinas son las que tienen un mayor nivel educativo (secundaria y superior), y son menos los que carecen de educación, al compararlos con las parejas de las mujeres indígenas, tanto usuarias como no usuarias de métodos anticonceptivos.

Acerca del número de hijos vivos, más del 60% de las mujeres ladinas, usuarias o no usuarias, tiene tres hijos o menos, mientras que más de la mitad de las mujeres indígenas – ya sea que usen o no usen anticonceptivos- tienen cuatro hijos o más. Entre quienes han perdido algún hijo o hija, son más las indígenas usuarias o no usuarias, que las ladinas.

Con respecto a los mensajes de planificación familiar, son grandes las diferencias: quienes más los han recibido son las mujeres ladinas usuarias (y también las no usuarias), y quienes menos los han recibido, son las mujeres indígenas no usuarias, seguidas por las también indígenas usuarias. Aunque la mayoría de mujeres no trabaja, se observa un mayor porcentaje de mujeres trabajadoras entre las usuarias –indígenas o ladinas- de métodos anticonceptivos.

Residencia

Las características de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos también varían de acuerdo con el lugar de residencia –área urbana o rural-, como se muestra en este cuadro:

Cuadro 4
Guatemala: Determinantes del uso de anticonceptivos en mujeres guatemaltecas en unión, por lugar de residencia, 1998-1999.

	Usan anticonceptivos				No usan anticonceptivos			
	N= 1515				N= 2449			
	Urbano*		Rural*		Urbano		Rural	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Etnicidad								
Indígena	64	7.2	97	15.4	229	28.4	864	52.6
Ladina	821	92.8	532	84.6	578	71.6	778	47.4
Educación		100.0		100.0		100.0		100.0
Sin educación	92	10.4	146	23.2	215	26.6	774	47.2
Primaria	421	47.6	336	53.3	417	51.6	798	48.6
Secundaria	308	34.8	143	22.7	164	20.3	67	4.1
Superior	64	7.2	5	0.8	12	1.5	2	0.1

Continúa en la página siguiente

Continuación del Cuadro 4
Guatemala: Determinantes del uso de anticonceptivos en mujeres
guatemaltecas en unión, por lugar de residencia, 1998-1999.

	Usan anticonceptivos				No usan anticonceptivos			
	N= 1515				N= 2449			
	<i>Urbano*</i>		<i>Rural*</i>		<i>Urbano</i>		<i>Rural</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	885	58.4	629	41.6	807	33.0	1642	67.0
Educ. cónyuge		100.0		100.0		100.0		100.0
Sin educación	51	5.8	86	13.7	144	18.1	533	32.6
Primaria	321	36.3	337	53.6	435	54.8	990	60.6
Secundaria	413	46.7	192	30.5	191	24.1	92	5.6
Superior	100	11.3	14	2.2	24	3.0	18	1.1
Ha perdido hijo/hija		100.0		100.0		100.0		100.0
Sí	134	15.1	111	17.6	160	19.8	464	28.3
No	752	84.9	519	82.4	647	80.2	1178	71.7
Ha recibido mensajes de planificación familiar		100.0		100.0		100.0		100.0
Sí	746	84.4	487	77.4	495	61.3	649	39.5
No	138	15.6	142	22.6	312	38.7	992	60.5
Trabaja		100.0		100.0		100.0		100.0
Sí	403	45.6	238	37.8	237	29.4	289	17.6
No	481	54.4	391	62.2	570	70.6	1349	82.4

* Diferencias significativas al 1%.

En las usuarias de métodos anticonceptivos que viven en área urbana, se registran los niveles educativos más altos, seguidas por las también usuarias del área rural, y las no usuarias del área urbana. Quienes tienen menos educación, son las no usuarias del área rural. Ocurre lo mismo con la educación de la pareja.

De todas las mujeres que tienen cuatro hijos o más, el mayor porcentaje (50%) corresponde a las no usuarias del área rural, y son también ellas las que en mayor porcentaje han perdido algún hijo o hija (28%). Quienes más han recibido mensajes relacionados con la planificación familiar son las usuarias que viven en el área urbana, y quienes menos reportan haberlos recibido, son las no usuarias del área rural.

El menor porcentaje de mujeres que trabajan se encuentra en el grupo de no usuarias que viven en el área rural, y el mayor porcentaje, en las usuarias que viven en el área urbana.

Factores sociodemográficos determinantes del uso de anticonceptivos

En esta investigación se incluyeron los siguientes factores como variables independientes o explicativas del uso/no uso de métodos anticonceptivos: edad y escolaridad de la mujer, trabajo fuera del hogar, número de hijos vivos, hijos muertos, religión, exposición a mensajes de planificación familiar vía medios de difusión –radio, televisión y prensa escrita-, y escolaridad del cónyuge. La etnicidad (indígena-ladina) y el lugar de residencia (urbano-rural) son variables control.

El método de análisis utilizado fue la regresión logística multivariable. Se encontró que el ajuste de los cuatro modelos fue adecuado ($p = 0.0000$). Los resultados se presentan a continuación.

1. Edad de la mujer

Esta variable fue significativa únicamente para las mujeres ladinas de las áreas urbana y rural. La edad promedio en las usuarias de anticonceptivos es de 33 años, próxima a la edad en que empieza a declinar la fecundidad, cuando la mujer ha alcanzado el número de hijos que desea. La planificación familiar tendría un mayor efecto si la practicaran mujeres más jóvenes, quienes tienen un más alto potencial de fecundidad.

En las mujeres del área urbana, la posibilidad de usar métodos anticonceptivos disminuye con la edad –el coeficiente es negativo y el odds ratio menor que 1- (Cuadro 7). Con respecto a las mujeres ladinas del área rural, aquellas de 30 años o más tienen 3 veces más posibilidades de usar algún método anticonceptivo, que las de 29 años o menos (Cuadro 8). El método más utilizado es la esterilización femenina, en el 45% de los casos.

2. Educación de la mujer

Esta variable fue significativa únicamente para las mujeres ladinas. Esto podría explicarse por la gran diferencia en cuanto al nivel educativo que existe en ambos grupos étnicos (indígenas o ladinas). Por ejemplo, en las usuarias de anticonceptivos, el 46% de las indígenas carecen de educación (12% en las ladinas), mientras que tienen educación

secundaria sólo el 4% de las indígenas (33% en las ladinas). La diferencia también es notoria en las mujeres no usuarias de anticonceptivos: el 61% de las indígenas no tienen educación (24% en las ladinas), y tiene la secundaria únicamente el 1% de las indígenas (16% en las ladinas). Así, las mujeres ladinas con educación y que viven en el área urbana, tienen 0.04 más posibilidades de usar métodos anticonceptivos que aquellas que carecen de educación; la posibilidad aumenta a 0.08 en las ladinas que viven en el área rural (Cuadro 8). Como ya se indicó, esta variable no resultó significativa para las mujeres indígenas.

Para determinar si en estas últimas el efecto de la educación de la mujer podría estar siendo desviado por la exposición a mensajes de planificación familiar, se realizaron cuatro regresiones logísticas más, eliminando en primer lugar la educación de la mujer: el resultado fue que la variable “exposición a mensajes de planificación familiar” siguió siendo significativa. Luego se eliminó esta última y se conservó la educación de la mujer, que también siguió siendo significativa.

3. Número de hijos vivos e hijos muertos

Las variables relacionadas con los hijos o hijas fueron significativas únicamente para las mujeres que viven en el área rural. En el caso de las indígenas (Cuadro 6), quienes tienen 4 o más hijos vivos tienen 0,96 veces más posibilidades de usar algún método que quienes tienen 3 o menos hijos vivos. Esto podría explicarse por el hecho de que tener un número elevado de hijos, es lo que motiva a la mujer a utilizar algún método anticonceptivo.

Mientras, las mujeres ladinas (Cuadro 8) que han perdido un hijo tienen 0.52 menos posibilidades de usar algún anticonceptivo, que quienes no han perdido ningún descendiente. En este caso, el deseo de reemplazar al hijo fallecido es lo que puede motivar a la madre a no protegerse de un posible embarazo.

4. Religión

En este estudio se encontró que la religión es significativa como determinante del uso de anticonceptivos, pese a que la influencia de la religión en el comportamiento reproductivo ha sido objeto de discusión. Para apreciar mejor la importancia que pueda tener esta

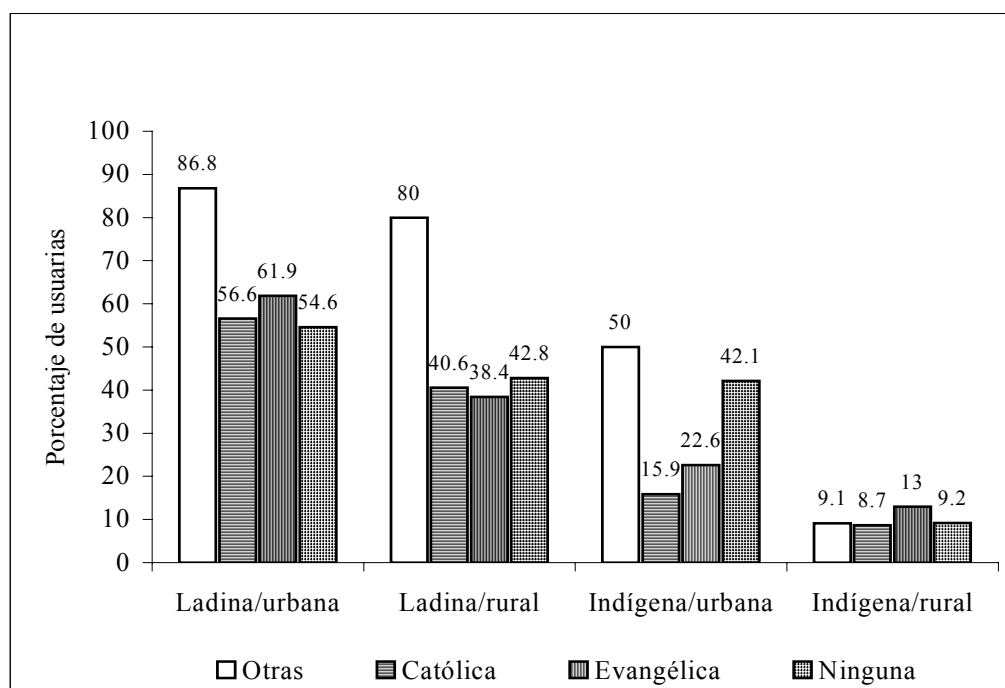
variable, debe tomarse en cuenta que las prácticas religiosas son consecuencia de factores sociales y económicos. Por tanto, aunque haya resultado significativa en este estudio, es posible que a través de ella se manifieste la influencia de otros factores.

La variable religión incluye: católica, evangélica, otras, y ninguna religión. En las mujeres indígenas, quienes viven en área urbana y no practican ninguna religión tienen casi el triple de posibilidades de las católicas, de utilizar algún método anticonceptivo. Las que viven en el área rural y son evangélicas, tienen 0.87 veces más posibilidades que las católicas, de usar anticonceptivos.

Con respecto a las mujeres ladinas del área urbana, fueron significativas la religión católica, evangélica y otras. Las evangélicas tienen 0.3 veces más posibilidades de usar anticonceptivos, y quienes manifiestan ser practicantes de otra religión, tienen 5 veces más posibilidades que las mujeres católicas.

En el caso de las mujeres ladinas que residen en el área rural, pertenecer a la religión católica o a otras, o no practicar ninguna, fueron significativas. En el caso de otras, la persona tiene 0.5 veces más posibilidades de usar anticonceptivos; si es ninguna la religión, tiene 10 veces más posibilidades que las mujeres católicas. El porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos de acuerdo con las distintas religiones, puede observarse en el Gráfico 1, que presentamos en la página siguiente:

Gráfico 1
Guatemala: Proporción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos según religión,
para cada uno de los grupos de estudio, 1998-1999.



Aunque el mayor porcentaje de usuarias se da en aquellas que practican otra religión (categoría que incluye la costumbrista maya), el número de casos para este grupo es muy reducido. Los mayores porcentajes se dan en aquellas que practican la religión evangélica o ninguna.

5. Trabajo

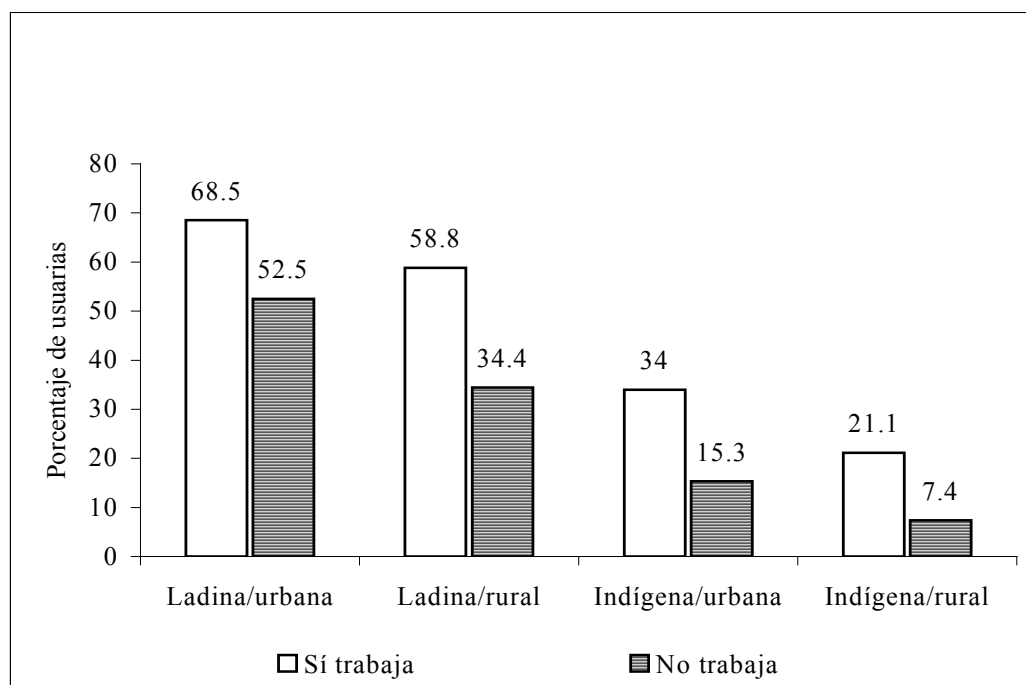
Los cambios económicos, sociales y culturales de la sociedad guatemalteca han condicionado que la mujer tenga que trabajar fuera del hogar, lo cual influye en la integración del hogar, en el crecimiento de los hijos y en la propia salud de la mujer⁵⁹.

El hecho de trabajar también repercute en los intereses y necesidades de la mujer, lo cual a su vez puede motivarla a tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, concretamente, el uso de métodos para espaciar los embarazos.

⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística, op cit.

Aunque la mayoría de mujeres en unión que fueron objeto de este estudio no trabajan, sí se encontró que el hecho de laborar es uno de los factores determinantes del uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres indígenas que trabajan tienen el doble de posibilidades de usar métodos anticonceptivos que aquellas que no trabajan. En las mujeres ladinas la posibilidad es menor, de 1.3 para quienes viven en área urbana (Cuadro 7), y de 1.4 en el área rural (Cuadro 8). Para más detalles obsérvese el Gráfico 2:

Gráfico 2
Guatemala: Proporción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos según si trabajan, para cada uno de los grupos de estudio, 1998-1999.



El porcentaje de usuarias de anticonceptivos es siempre mayor en las mujeres que trabajan, incluso para las indígenas del área rural –que registra la más baja prevalencia anticonceptiva-.

6. Tiempo vivido en unión

Esta variable fue significativa únicamente para las mujeres ladinas del área urbana. Así, quienes tienen un año o más de unión, tienen 0.09 más posibilidades de usar algún anticonceptivo, que quienes tienen menos de un año de unión. Conforme avanza el tiempo,

no sólo cambia la fecundidad de la mujer sino que también puede alcanzar el número de hijos deseado, lo cual aumenta la posibilidad de que busque la manera de controlar su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo.

7. Educación del hombre

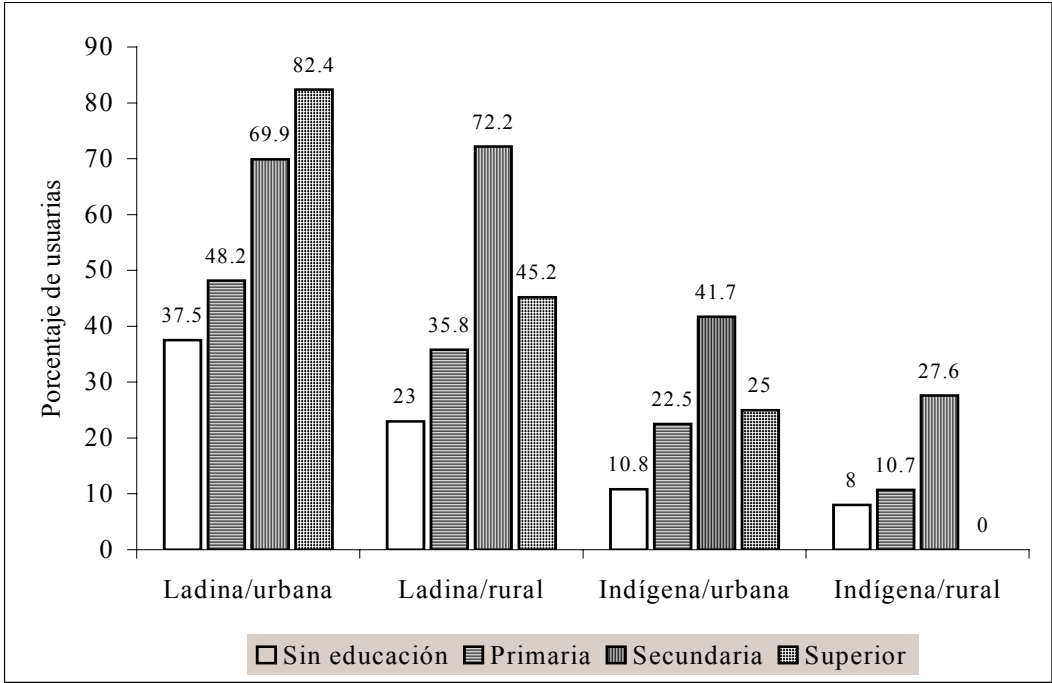
Si el hombre tiene educación, su pareja –si es ladina o indígena y vive en área urbana- tiene 0.13 más posibilidades de usar algún anticonceptivo, que la pareja de un hombre sin educación. La posibilidad es de 0.10 para las ladinas y de 0.17 para las mujeres indígenas del área rural.

En la población indígena los niveles educativos, tanto del hombre como de la mujer son bajos, pero aún más los de ella: en el área urbana, el hombre tiene en promedio 3.6 años de educación, mientras que la mujer, 2.0. En el área rural, el hombre tiene un promedio de 2.1 años de educación, y la mujer 1.2. Esta diferencia, sumado al poder de decisión que en una sociedad machista ejerce el hombre sobre la vida de la mujer, podría explicar por qué el nivel educativo que él tiene, es un factor determinante para el uso de anticonceptivos en su pareja. En efecto, si se observan las razones que las mujeres indígenas tienen para no utilizar anticonceptivos, la oposición (de parte de la pareja, de otras personas, de la mujer misma y de la religión) es uno de los motivos más frecuentemente mencionados.

En las mujeres ladinas del área urbana, los hombres tienen un promedio de 7.2 años de educación, y las mujeres, de 6.1. En el área rural, el promedio de educación de los varones es de 4.6 años, y de las mujeres, 3.5. Si se compara con las mujeres indígenas, se observa que incluso las parejas indígenas que viven en el área urbana, tienen menos educación que las ladinas que viven en área rural. Esta diferencia podría repercutir en el hecho de que si bien en las mujeres ladinas la educación del hombre es significativa como determinante del uso de anticonceptivos, la educación de la mujer también lo es.

En el Gráfico 3 se observa cómo al incrementarse el nivel educativo del hombre, aumenta el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos. La educación secundaria es particularmente importante, al menos para las mujeres ladinas rurales y las indígenas, ya que cuando el hombre tiene este nivel educativo, es mayor el porcentaje de usuarias de anticonceptivos (incluso mayor que con la educación superior).

Gráfico 3
Guatemala: Proporción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos según educación de la pareja, para cada uno de los grupos de estudio, 1998-1999.



8. Exposición a mensajes de planificación familiar

El acceso a los medios de comunicación es importante porque complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal y permite además la transmisión de conocimientos sobre aspectos de salud y planificación familiar.⁶⁰

Las mujeres que han recibido mensajes de planificación familiar vía medios de información, tienen el doble de posibilidades de usar algún método anticonceptivo, que aquellas que no han estado expuestas a los mismos.

Los medios pueden influir de manera directa en lo que la gente sabe y hace, pero también pueden repercutir indirectamente en el proceso social alrededor del cual se toman decisiones. El contenido de los medios de comunicación puede servir como un estímulo para la discusión, en la cual un grupo de personas expuestas a un mismo mensaje, desarrollan una respuesta compartida⁶¹. También es posible que una persona expuesta a mensajes a través de los medios, transmita los conocimientos que ha adquirido a otras personas dentro de su red social.

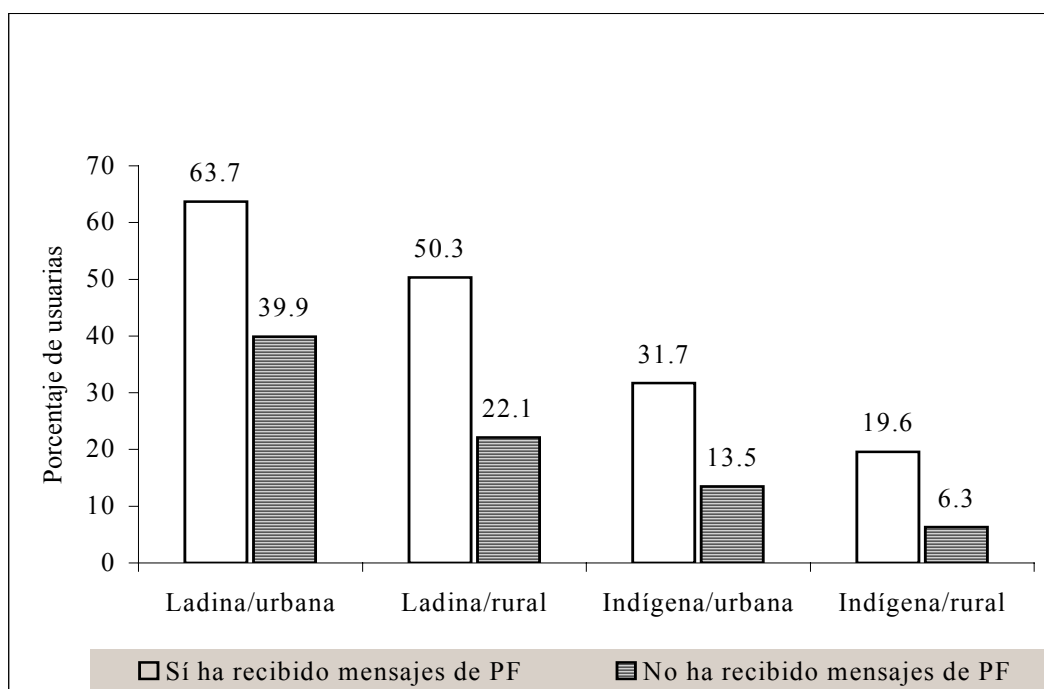
El efecto entonces de la exposición a mensajes de planificación familiar puede ser de formas distintas, no inmediatas sino que a mediano o largo plazo. En este trabajo no es posible determinar cuáles y cómo han sido los efectos de dicha exposición, sino que únicamente se toma en consideración si la mujer ha recibido por la radio, televisión o prensa escrita, los mensajes del tema indicado.

A continuación, en el Cuadro 4, se puede observar la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con la exposición a mensajes de planificación familiar:

⁶⁰ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998-1999. Guatemala.

⁶¹ Hornik, R. y McAnany, E. Mass media and fertility change. En Diffusion process and fertility transition. Editado por John B. Casterline. Washington D.C., National Academy of Sciences, 2001.

Gráfico 4
Guatemala: Proporción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos
según hayan recibido o no mensajes de planificación familiar,
para cada uno de los grupos de estudio, 1998-1999.



El grupo de mujeres que más ha estado expuesta a mensajes de planificación familiar son las ladinas del área urbana, seguidas por las del área rural, luego por las indígenas del área urbana, y finalmente, las indígenas del área rural. Este patrón descendente se observa también en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con la exposición a los mensajes indicados.

9. Razones de no uso de métodos anticonceptivos

El embarazo, las preocupaciones de salud; la menopausia, lactancia, periodo postparto o deseo de más hijos, así como la oposición al uso, son las razones comunes mencionadas por los cuatro grupos de mujeres –indígenas del área urbana y rural, ladinas del área urbana y rural-, en distintos porcentajes. Los detalles pueden observarse en el Cuadro 13:

Cuadro 13
Guatemala: Razones de no uso de métodos anticonceptivos,
según etnia y lugar de residencia, 1998-1999

<i>Razón de no uso</i>	Indígena/urbana		Indígena/rural		Ladina/urbana		Ladina/rural	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Embarazo	56	24.7	127	14.8	121	21.1	139	18.0
No conoce método	26	11.2	351	40.8	19	3.2	87	11.3
Preocupaciones de salud	38	16.7	103	12.0	118	20.4	142	18.3
Menopausia, postparto, lactancia, más hijos.	38	16.5	102	11.9	187	32.4	214	27.5
Oposición al uso	39	17.3	154	17.9	80	13.8	144	18.5
Otros	31	13.5	23	2.7	52	9.0	50	6.4
Valores faltantes	1		2		2		2	
Total	229	100.0	864	100.0	578	100.0	778	100.0

Nótese el elevado porcentaje (41%) de mujeres indígenas que viven en el área rural, que mencionan el hecho de no conocer los métodos anticonceptivos o la fuente para obtenerlos, como una de las principales razones para no utilizarlos. Las mujeres también indígenas pero que viven en el área urbana, y las ladinas que viven en el área rural, manifiestan la misma razón en igual porcentaje (11%).

Con excepción de las mujeres ladinas del área urbana, la oposición al uso de métodos anticonceptivos –por parte de la pareja, de la mujer, de otras personas o de la religión-, es la segunda razón más frecuentemente mencionada.

VI. Conclusiones

El uso de métodos anticonceptivos puede estar determinado por factores relacionados tanto con la oferta como con la demanda de los mismos. La demanda comprende variables sociodemográficas tales como edad, trabajo fuera de casa, educación, lugar de residencia, así como la etnicidad⁶². La oferta –que no es objeto de este estudio- está relacionada con el acceso a los lugares donde se ofrecen servicios de planificación familiar. Así, el objetivo del presente trabajo era identificar los factores determinantes del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres guatemaltecas en unión, de 15 a 49 años. Además de las variables relacionadas con la demanda, ya mencionadas, se consideraron el número de hijos vivos, los hijos muertos, tiempo vivido en unión, religión y exposición a mensajes de planificación familiar vía medios de difusión.

Parte de las diferencias económicas, sociales y de salud existentes entre la población indígena –que comprende 22 grupos mayas- y ladina, así como entre los residentes en las áreas urbana y rural, se ven reflejadas en la prevalencia anticonceptiva⁶³: el 50% de las mujeres ladinas usa anticonceptivos, mientras que sólo lo hace el 13% de las indígenas. Con respecto al lugar de residencia, el 52% de las mujeres residentes en el área urbana usan métodos anticonceptivos, lo que hacen únicamente el 28% de quienes viven en área rural. Disparidades como estas se han venido observando en estudios realizados desde los años 70.

Pese a las diferencias, en esta investigación se encontraron -para las mujeres indígenas y ladinas, de las áreas urbana y rural- al menos cuatro factores determinantes del uso de métodos anticonceptivos: la educación del hombre, la exposición a mensajes de planificación familiar vía medios de difusión (radio, televisión o prensa escrita), el trabajo de la mujer, y la religión.

⁶² Bertrand, J., Seiber, E y Escudero G. Contraceptive dynamics in Guatemala: 1978-1998. *International Family Planning Perspectives*, 27 (3), septiembre 2001.

⁶³ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, 1999.

Aunque en varios estudios se menciona la educación de la mujer como uno de los más importantes determinantes, ésta resultó significativa únicamente para las mujeres ladinas, de las áreas urbana y rural. Tal diferencia podría explicarse por el hecho de que este grupo de mujeres tiene niveles educativos más altos que las contrapartes indígenas (aunque siempre más baja que la de los hombres de su mismo grupo), o bien porque la N es pequeña en las ladinas educadas.

Acerca de la influencia de los medios de difusión, se encontró que la exposición a mensajes de planificación familiar era significativa como determinante del uso de anticonceptivos entre todas las mujeres. Ya en una investigación realizada en Guatemala⁶⁴, entre población indígena, se encontró que quienes habían visto o escuchado mensajes de planificación familiar, tenían más posibilidad de usar anticonceptivos, que quienes no habían estado expuestas a dicha información.

Respecto a la educación, los hombres tienen -en promedio-, más educación que las mujeres. A mayor nivel educativo aumenta el uso de anticonceptivos, al menos hasta la educación secundaria. Este resultado sugiere la importancia que tiene el hombre cuando se trata de influir –en este caso- sobre la decisión de emplear métodos anticonceptivos en la pareja. Ante esta situación, se debe mencionar que generalmente los programas de planificación familiar se dirigen a la mujer, pero no se analiza quién en la relación de pareja puede tener más poder de decisión.

Las mujeres indígenas del área rural que tienen 4 o más hijos vivos, tienen dos veces más posibilidades de usar anticonceptivos, que quienes tienen menos hijos. Tal resultado coincide con el de un estudio realizado en Guatemala⁶⁵, en el que se encontró que las mujeres indígenas del área rural que tenían de 3 a 4 hijos vivos, tenían casi tres veces más posibilidades de usar anticonceptivos, que aquellas con menos hijos. Sin embargo, este efecto no se encontró en quienes tenían más de 4 hijos.

⁶⁴ Bertrand, J., Guerra, S., Mazariegos, L et al. Promoting birthspacing among the maya quiché of Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 25 (4), diciembre 1999.

⁶⁵ *Ibidem*.

Por una parte, alcanzar el número deseado de hijos puede motivar a la mujer a utilizar anticonceptivos (demanda). Pero en el caso de las mujeres indígenas del área rural, hay que tomar en cuenta que en algunos centros que ofrecen la planificación familiar, existen criterios restrictivos –por ejemplo, tener un determinado número de hijos- para proporcionar métodos como el Dispositivo Intra Uterino (DIU), los inyectables y la píldora, además de la esterilización. Este limitante en el acceso se observa más en los servicios próximos a las mujeres indígenas que a las ladinas⁶⁶. El hecho de que el número de hijos vivos sea determinante del uso de anticonceptivos para las mujeres indígenas del área rural, podría estar relacionado con que una elevada paridez es –con frecuencia- un requisito para tener acceso a dichos métodos.

Tener algún hijo muerto fue significativo únicamente para las mujeres ladinas que viven en el área rural, quienes tienen 0.52 menos posibilidades de usar algún anticonceptivo que quienes no han perdido ningún descendiente. Esto sugeriría que el deseo de reemplazar al hijo fallecido es lo que motivaría a la madre a no prevenir un posible embarazo.

La edad de la mujer fue significativa únicamente para las mujeres ladinas. Entre aquellas que viven en el área urbana, la posibilidad de usar métodos anticonceptivos disminuye con la edad. Mientras, para las residentes en área rural, tener más edad aumenta en 0.06 la posibilidad de usar anticonceptivos. Esta diferencia puede observarse en la distribución del porcentaje de usuarias de anticonceptivos de acuerdo con la edad: en el área urbana, el 18% de las mujeres entre 15 y 24 años usan anticonceptivos, comparado con el 12% de la misma edad y que residen en área rural. Al llegar y pasar los 35 años, el porcentaje se invierte: usan más anticonceptivos quienes viven en área rural –44%- que urbana –41%-.

En las mujeres ladinas del área urbana la posibilidad de usar métodos anticonceptivos se incrementa en 0.09 conforme aumenta el tiempo vivido en unión, pero alrededor de los 10 a 14 años de unión disminuye el porcentaje de usuarias. Si se vincula este resultado con el mencionado en el párrafo anterior (a más edad, menos uso de anticonceptivos para las

⁶⁶ Seiber, E y Bertrand, J. Access as a factor in differential contraceptive use between mayans and ladinos in Guatemala. New Orleans, Tulane University School of Public Health & Tropical Medicine, 2002.

mujeres ladinas del área urbana), se podría coincidir con que a la edad de 35 años (cuando pueden haber transcurrido 15 o más años de unión, si la unión se produjo alrededor de los 20 años) empieza a disminuir también el uso de métodos anticonceptivos.

La religión fue significativa como determinante del uso de anticonceptivos para todas las mujeres. Quienes practican la religión evangélica, otras (incluye la costumbrista maya) o ninguna, tienen más posibilidades de usar anticonceptivos que las mujeres católicas. Esta última religión prohíbe el uso de métodos anticonceptivos que no sean naturales, mientras que la evangélica sí lo permite. Conviene también considerar que las manifestaciones religiosas son consecuencia de determinantes exógenos (sociales y económicos)⁶⁷, por tanto, aunque resultaron significativas en este estudio, es posible que a través de ellas se manifieste la influencia de otros factores.

Del trabajo, aunque en este estudio se encontró que la mayoría de mujeres no laboran, quienes sí lo hacen –indígenas o ladinas- tienen más posibilidades de usar métodos anticonceptivos. El hecho de trabajar también repercute en los intereses y necesidades de la mujer, lo cual a su vez puede motivarla a tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, concretamente, el uso de métodos para espaciar los embarazos.

Las razones de no uso de métodos anticonceptivos (Cuadro 13) más frecuentemente mencionadas por todas las mujeres son el embarazo, las preocupaciones de salud; los motivos relacionados con la fecundidad (menopausia, lactancia, periodo postparto o deseo de más hijos), así como la oposición al uso -por parte de la pareja, de otras personas, de la misma mujer y de la religión-.

En las mujeres ladinas, predominan las razones relacionadas con la fecundidad (32% para el área urbana y 28% para el área rural), y en las indígenas, el embarazo (25% para el área urbana) y el hecho de no conocer los métodos anticonceptivos o la fuente para obtenerlos (41% en el área rural). El elevado porcentaje que registra este último caso sugeriría que la

⁶⁷ Adongo, P., Phillips, J y Binka, F. The influence of traditional religion on fertility regulation among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Studies in Family Planning*

baja prevalencia anticonceptiva entre las mujeres indígenas (13%) estaría relacionada con el desconocimiento de métodos anticonceptivos o del lugar para obtenerlos.

VII. Anexo

A continuación se pueden observar los resultados de la aplicación de la regresión logística para cada uno de los diferentes grupos de mujeres.

Cuadro 5
Resultados de la aplicación de la regresión logística
en mujeres indígenas del área urbana¹

Variable	Coeficiente	Valor de p	Odds Ratio	Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Hijos vivos	0.0207	0.9609	1.021	0.4459	2.3374
Hijos muertos	0.2968	0.4303	1.3456	0.6435	2.8137
Mensajes p.f.	0.8693	0.0105	2.3852	1.2259	4.6409
Religión católica		0.1065			
Evangélica	0.2241	0.5329	1.2512	0.6187	2.5304
Ninguna	0.9896	0.0313	2.6902	1.0929	6.6219
Otras	1.5296	0.1293	4.6164	0.6397	33.3118
Educ. hombre	0.1246	0.0086	1.1327	1.0322	1.243
Educ. mujer	0.002	0.9745	1.002	0.8859	1.1333
Tiempo unión	-0.035	0.5069	0.9656	0.8707	1.0708
Trabajo	0.9072	0.0046	2.4774	1.322	4.6426
Edad	0.0476	0.3339	1.0487	0.9522	1.155
Constante	-4.0605	0.0001			

1. El modelo clasifica correctamente el 79% de los todas las observaciones.

Cuadro 6
Resultados de la aplicación de la regresión logística
en mujeres indígenas del área rural²

Variable	Coeficiente	Valor de p	Odds Ratio	Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Hijos vivos	0.6760	0.0325	1.9660	1.0581	3.6532
Hijos muertos	0.2078	0.4267	1.2310	0.7374	2.0551
Mensajes p.f.	1.0472	0.0000	2.8495	1.7874	4.5429
Religión católica		0.0792			
Evangélica	0.6303	0.0121	1.8782	1.1482	3.0723
Ninguna	0.5583	0.1900	1.7477	0.7584	4.0275
Otras	0.1680	0.8393	1.1830	0.2331	6.0025
Educ. hombre	0.1654	0.0003	1.1798	1.0783	1.2908
Educ. mujer	0.0651	0.2705	1.0673	0.9505	1.1984
Tiempo unión	-0.0128	0.7126	0.9873	0.9223	1.0568
Trabajo	0.8688	0.0004	2.3841	1.4763	3.8501
Edad	0.0385	0.2285	1.0392	0.9761	1.1064
Constant	-5.2102	0.0000			

2. El modelo clasifica correctamente el 89.2% de todas las observaciones.

Cuadro 7
Resultados de la aplicación de la regresión logística
en mujeres ladinas del área urbana³

Variable	Coeficiente	Valor de p	Odds Ratio	Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Hijos vivos	-0.0745	0.6474	0.9282	0.6744	1.2774
Hijos muertos	0.0116	0.9482	1.0117	0.7123	1.4370
Mensajes p.f.	0.5855	0.0001	1.7958	1.3439	2.3996
Religión católica		0.0018			
Evangélica	0.2914	0.0332	1.3383	1.0235	1.7498
Ninguna	0.2345	0.1911	1.2643	0.8896	1.7969
Otras	1.6874	0.0008	5.4056	2.0084	14.5486
Educ. hombre	0.1275	0.0000	1.1360	1.0939	1.1797
Educ. mujer	0.0474	0.0173	1.0486	1.0084	1.0903
Tiempo unión	0.0951	0.0000	1.0997	1.0615	1.1394
Trabajo	0.3044	0.0178	1.3558	1.0540	1.7439
Edad	-0.0482	0.0024	0.9529	0.9237	0.9830
Constante	-1.0885	0.0024			

3. El modelo clasifica correctamente el 68.9% de las observaciones.

Cuadro 8
Resultados de la aplicación de la regresión logística
en mujeres ladinas del área rural⁴

Variable	Coeficiente	Valor de p	Odds Ratio	Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Hijos vivos	-0.2728	0.1011	0.7613	0.5495	1.0547
Hijos muertos	-0.7147	0.0001	0.4893	0.3411	0.7021
Mensajes p.f.	1.0249	0.0000	2.7867	2.0788	3.7357
Religión católica		0.0051			
Evangélica	0.1274	0.3990	1.1359	0.8448	1.5273
Ninguna	0.4414	0.0106	1.5549	1.1085	2.1810
Otras	2.2661	0.0073	9.6419	1.8391	50.5493
Educ. hombre	0.1040	0.0000	1.1096	1.0654	1.1556
Educ. mujer	0.0793	0.0008	1.0826	1.0337	1.1337
Tiempo unión	0.0196	0.3130	1.0198	0.9817	1.0593
Trabajo	0.3723	0.0141	1.4510	1.0778	1.9534
Edad	0.0592	0.0012	1.0610	1.0237	1.0995
Constante	-3.9980	0.0000			

4. El modelo clasifica correctamente el 71.4% de todas las observaciones.

Cuadro 9
Guatemala: Proporción de mujeres indígenas del área urbana que utilizan
métodos anticonceptivos, según variables significativas, 1998-1999

Variable	Usa anticonceptivos	
	Porcentaje	N
	21.9	64
Ha recibido mensajes de planificación familiar		
Sí	31.7	44
No	13.5	21
Religión		
Católica	15.9	25
Evangélica	22.6	21
Ninguna	42.1	16
Otras	50.0	2
Educación del hombre		
Sin educación	10.8	9
Primaria	22.5	38
Secundaria	41.7	15
Superior	25.0	1
Mujer trabaja		
Sí	34.0	35
No	15.3	29

Cuadro 10
Guatemala: Proporción de mujeres indígenas del área rural que utilizan
métodos anticonceptivos, según variables significativas, 1998-1999

Variable	Usa anticonceptivos	
	Porcentaje	N
	10.1	97
Número de hijos vivos		
3 o menos	6.6	27
4 o más	12.6	70
Ha recibido mensajes de planificación familiar		
Sí	19.6	54
No	6.3	43
Religión		
Católica	8.7	48
Evangélica	13.0	39
Ninguna	9.2	8
Otras	9.1	2
Educación del hombre		
Sin educación	8.0	30
Primaria	10.7	59
Secundaria	27.6	8
Superior	-	-
Mujer trabaja		
Sí	21.1	40
No	7.4	57

Cuadro 11
Guatemala: Proporción de mujeres ladinas del área urbana que utilizan
métodos anticonceptivos, según variables significativas, 1998-1999

Variable	Usa anticonceptivos	
	Porcentaje	N
	58.7	821
Ha recibido mensajes de planificación familiar		
Sí	63.7	703
No	39.9	118
Religión		
Católica	56.6	423
Evangélica	61.9	258
Ninguna	54.6	107
Otras	86.8	33
Educación del hombre		
Sin educación	37.5	42
Primaria	48.2	283
Secundaria	69.9	397
Superior	82.4	98
Educación de la mujer		
Sin educación	44.6	66
Primaria	54.1	387
Secundaria	65.7	303
Superior	85.3	64
Tiempo vivido en unión		
0-4	45.4	148
5-9	52.3	169
10-14	72.5	182
15-19	71.4	135
20-24	66.3	122
25-29	51.0	52
30 y más	52.2	12
Mujer trabaja		
Sí	68.5	368
No	52.5	452
Edad		
15-19	40.5	34
20-24	42.5	111
25-29	58.7	155
30-34	69.2	189
35-39	75.2	158
40-44	69.3	104
45-49	44.6	70

Cuadro 12
Guatemala: Proporción de mujeres ladinas del área rural que utilizan
métodos anticonceptivos, según variables significativas, 1998-1999

Variable	Usa anticonceptivos	
	Porcentaje	N
	40.6	533
Ha perdido algún hijo o hija		
Sí	29.5	74
No	43.3	458
Ha recibido mensajes de planificación familiar		
Sí	50.3	434
No	22.1	99
Religión		
Católica	40.6	256
Evangélica	38.4	151
Ninguna	42.8	118
Otras	80.0	8
Educación del hombre		
Sin educación	23.0	56
Primaria	35.8	278
Secundaria	72.2	184
Superior	45.2	14
Educación de la mujer		
Sin educación	28.5	97
Primaria	37.9	290
Secundaria	70.7	140
Superior	71.4	5
Mujer trabaja		
Sí	58.8	198
No	34.4	334
Edad		
15-19	7.6	9
20-24	25.4	54
25-29	41.4	111
30-34	54.1	124
35-39	54.0	116
40-44	49.6	70
45-49	39.2	49

Bibliografía

1. Adongo, P., Phillips, J. y Binka, F. *The influence of traditional religion on fertility regulation among the Kassena-Nankana of Northern Ghana*. Studies in Family Planning, 29 (1) marzo 1998.
2. Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca, APROFAM. *Información proporcionada vía correo electrónico por Juan Ramón Jiménez, encargado del área de Mercadeo Social de APROFAM y de la estadística institucional*.
3. Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca, APROFAM. *Página en internet www.aprofam.org.gt*
4. Bertrand, J., Guerra, S., Mazariegos, L. et al. *Promoting birthspacing among the maya-quiché of Guatemala*. International Family Planning Perspectives, 25 (4) 1999.
5. Bertrand, J., Seiber, E. y Escudero, G. *Contraceptive dynamics in Guatemala 1978-1998*. International Family Planning Perspectives, 27 (3) 2001.
6. CELADE. *Boletín demográfico*, No. 68, julio 2001. Santiago de Chile, 2001.
7. El-Rafie, M. *Determinants of family planning acceptance in a low socioeconomic group of women*. Egyptian Population and Family Planning Review 3(1), junio 1973.
8. Feyisetan, B., y Casterline, J. *Fertility preferences and contraceptive change in developing countries*. International Family Planning Perspectives, 26 (3), septiembre 2000.
9. Fikree, Khan, Kadir et al. *What influences contraceptive use among young women in urban squatter settlements of Karachi, Pakistan?* International Family Planning Perspectives, 27 (3), septiembre 2001.
10. Hornik, R. y McAnany, E. *Mass media and fertility change*. En Diffusion process and fertility transition. Editado por John B. Casterline. Washington D.C., National Academy of Sciences, 2001.
11. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999*. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, 1999.
12. International Planned Parenthood Federation, página en internet <http://ippfnet.org>
13. Jato, M., Simbakalia, C., Tarasevich, J. et al. *The impact of multimedia family planning promotion on the contraceptive behavior of women in Tanzania*. International Family Planning Perspectives, 25 (2), junio 1999.
14. Ley de Desarrollo Social, Decreto Ley No. 42-2001, Congreso de la República de Guatemala.

15. Lutalo, T., Kidugavu, M., Wawer, M et al. *Trends and determinants of contraceptive use in Rakai District, Uganda, 1995-98*. Studies in Family Planning, 31 (3) septiembre 2000.
16. Miles-Doan, R. y Brewster, K. *The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu, the Philippines*. Studies in Family Planning, 29 (1), marzo 1998.
17. Molinero, L. *La regresión logística*. En página en internet de la Asociación Española de Hipertensión y de la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (www.seh-lelha.org/rlogis1.htm)
18. Nazar-Beutelspacher, A., Molina-Rosales, D., Salvatierra-Izaba, B. et al. *Educación y el no uso de anticonceptivos entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas*. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999.
19. Organización Panamericana de la Salud, OPS. *La prevalencia y el uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas*. Washington DC, OPS, sf.
20. Population Reference Bureau, PRB, *Cuadro de la Población Mundial 2001*. Washington DC, PRB, 2001.
21. Population Reference Bureau, PRB. *Women of our world*. Washington DC, PRB, 2002.
22. Population Reference Bureau, PRB. *Population Handbook*. Washington DC, PRB, 2000.
23. Rahman, M. *The effect of child mortality on fertility regulation in rural Bangladesh*. Studies in Family Planning, 29 (3), septiembre 1998.
24. Rogers, E., Vaughan, P, Swalehe, R. et al. *Effects of an entertainment-education radio soap opera on family planning behavior in Tanzania*. Studies in Family Planning, 30 (3), septiembre 1999.
25. Seiber, E., Bertrand, J. *Access as a factor in differential contraceptive use between mayans and ladinos in Guatemala*. New Orleans, Tulane University School of Public Health & Tropical Medicine, 2002.
26. Shah, N., Shah, M. y Radovanovic, Z. *Patterns of desired fertility and contraceptive use in Kuwait*. International Family Planning Perspectives, 24 (3), septiembre 1998.
27. Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal. Información obtenida en la página electrónica de esta entidad (www.hrc.es/bioest/Reglog5.html#Hosmer).

28. United Nations. *Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1998*. New York, United Nations, 2000.
29. Vivanco, Manuel. *Análisis estadístico multivariable*. Chile, Editorial Universitaria, 1999.