



Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
República de Guatemala

Guatemala. Segeplan

Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio. Objetivo 5: Mejorar la salud materna
Guatemala: Serviprensa, 2010.

77 p. ; (Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio; 5)

ISBN

1. Indicadores sociales- Guatemala. 2. Indicadores de desarrollo –Guatemala.
3. Datos estadísticos. 4. Derechos humanos I. Título

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

9 calle 10-44 zona 1, Guatemala, Centro América

PBX: 2232 6212

www.segeplan.gob.gt

ISBN

Edición: Isabel Aguilar Umaña

Diseño de portada e interiores: Paulo Villatoro

Diagramación: Joanne Carolina López Villanueva

Mapas: Francisco Rodas Maltez

Coordinación proceso editorial: Jovita Bolaños Solares

Impreso en Serviprensa

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, siempre que no se alteren los contenidos ni los créditos de autoría y edición.



Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
República de Guatemala

TERCER INFORME DE AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO



Objetivo 5

Mejorar la salud materna

Guatemala, noviembre de 2010

Equipo conductor:

Karin Slowing Umaña

Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia

Ana Leticia Aguilar

Subsecretaria de Políticas Públicas

Ekaterina Parrilla

Directora Ejecutiva

Dora Coc

Directora de equidad étnica y de género

Victoria Chanquín

Directora de estudios del desarrollo

Equipo primera fase:

Alma Gladys Cordero (nota conceptual)

Ana Silvia Monzón (coordinadora primera fase y asesora en equidad de género)

Edmundo Vásquez (asesor en metodología)

Especialista temático a cargo del capítulo:

Lisandro Morán



Índice general

Mensaje del Presidente	7
Reconocimientos	9
Presentación	11
1. Tendencia y situación actual del avance de los indicadores	15
1.1 Meta 5: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	15
1.1.1 Razón de muerte materna: la reducción de la mortalidad materna, un camino lento y difícil hacia 2015	16
1.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal médico y/o enfermeras: una de las condiciones indispensable e impostergable para la salud materna	19
1.2 Meta 5B: lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva	21
1.2.1 Tasa de uso de anticonceptivos: una puerta de entrada hacia la salud reproductiva	22
1.2.2 Tasa de fecundidad entre las adolescentes: riesgos y peligros del embarazo adolescente	24
1.2.3 La cobertura de la atención prenatal y el aseguramiento del embarazo saludable	25
1.2.4 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	26
2. Análisis territorial del cumplimiento de las metas	28
2.1 Razón de mortalidad materna	28
2.2 Proporción de partos con asistencia de personal médico y de enfermería	33
2.3 Distinciones en el uso de anticonceptivos a nivel territorial	38
2.4 El escenario territorial en la fecundidad adolescente	40
2.5 Cobertura de atención prenatal	42
2.6 Necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar	43
3. El cumplimiento de la meta desde el enfoque de la equidad de género	45

4. El cumplimiento de la meta desde el enfoque de la equidad étnica	47
5. Análisis prospectivo de tendencia	49
6. Políticas públicas vinculadas con el cumplimiento del ODM.....	53
Referencias bibliográficas	55
Siglas y acrónimos	57
Índice de gráficas.....	59
Índice de cuadros	59
Índice de mapas	60
Anexo metodológico.....	61
Anexo estadístico	65



Intervención del Presidente de Guatemala, Álvaro Colom Caballeros, ante la Reunión Plenaria de Alto Nivel Sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio

(Nueva York, 20 de septiembre de 2010)

Señores co-presidentes, Distinguidos delegados:

Para nosotros, la *Declaración del Milenio*, en el año 2000, y su posterior codificación en los *Objetivos de desarrollo del milenio*, fue uno de los grandes logros históricos de las Naciones Unidas. Constituye una clarinada para cumplir con una de las finalidades de la *Carta*, como lo es «promover el progreso económico y social de todos los pueblos» y, a la vez, ofrece una hoja de ruta para alcanzarlas.

Por ello, al dirigirme a esta augusta Asamblea, no puedo dejar de reconocer que Guatemala avanza, pero que su ritmo de avance es todavía insuficiente y, en algunas categorías, insatisfactorio para lograr estos estándares mínimos de desarrollo. Ciertamente, tenemos que congratularnos de que 29 de los 49 indicadores muestran una tendencia positiva hacia el cumplimiento. Pero hay otros 15 indicadores en los que hemos avanzado poco, y tenemos otros 5 donde más bien se advierte una involución. La información detallada aparece en el documento que hemos circulado en esta ocasión.

Tres de los indicadores que marcan retrocesos tienen que ver con la sostenibilidad ambiental, justamente cuando el cambio climático exige más y no menos esfuerzos preventivos. La frecuencia e intensidad de desastres climáticos que hemos enfrentado son manifestaciones de esta combinación perversa de tendencias de origen interno y externo. Enfrentar esa vulnerabilidad se suma al desafío de proteger nuestra mega diversidad biológica, uno de nuestros grandes activos. Por ahora, sus efectos más dramáticos los estamos viviendo con el alza de los casos de desnutrición aguda en la niñez y el estancamiento en el indicador de desnutrición crónica.

De otra parte, la distribución territorial del cumplimiento de los Objetivos ha sido muy dispar en nuestro país. Hay municipios que cumplieron con creces varias de las metas e indicadores, mientras otros están seriamente rezagados. En el Informe también se establece con contundencia que es en la población indígena, en particular las mujeres y la niñez, donde hay que invertir fuertemente durante los próximos cinco años.

Las políticas de mi Gobierno van orientadas a consolidar los logros y redoblar esfuerzos para avanzar con mayor celeridad en el cumplimiento de aquellos indicadores que revelan rezagos e involución. Al mismo tiempo, estamos mejorando nuestra capacidad de medir resultados. Por ejemplo, en 2011 se estará realizando una nueva Encuesta nacional de condiciones de vida. Igualmente, se está reforzando el sistema de monitoreo y vigilancia comunitaria de los casos de desnutrición a efecto de mejorar la capacidad de detección e intervención temprana.

Mi Gobierno ha enfocado sus programas prioritarios a intervenir en variables directamente vinculadas con el cumplimiento de los ODM. Resalto, en particular, el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas «Mi Familia Progresa», la política de gratuidad de los servicios públicos de educación y salud y el Programa de Becas Solidarias.

Gracias a estos programas, el país está dando el salto más fuerte de los últimos 15 años en matriculación de niños y niñas en el ciclo de educación primaria, así como ampliación de acceso a la educación media. También se ha logrado ampliar la cobertura de atención prenatal y servicios de maternidad para las mujeres y de control de crecimiento y atención de enfermedades en la niñez, en particular en el área rural del país.

Con el mismo empeño, nos hemos volcado a trabajar para reducir la tasa de desnutrición crónica y enfrentar la crisis de desnutrición aguda, partiendo de un enfoque integral de seguridad alimentaria y nutricional, que vincule la atención a las emergencias nutricionales con aquellas intervenciones orientadas a mejorar el acceso, disponibilidad y aprovechamiento de los alimentos para la población. En este esfuerzo, hemos encontrado el apoyo incondicional de la comunidad internacional y esperamos continuar recibéndolo para acelerar el cumplimiento de este vital objetivo de desarrollo.

Asumimos el compromiso de sentar las bases para llegar a buen puerto en los cinco años que quedan para cumplir los ODM. Entendemos, asimismo, que es apremiante abordar las restricciones tributarias que históricamente enfrenta el sector público guatemalteco, así como profesionalizar nuestro servicio civil. En síntesis, asumiremos la responsabilidad que nos corresponde para impulsar nuestro propio desarrollo, y confiamos, en el espíritu del ODM 8, continuar contando con el respaldo de la comunidad internacional.

Por último, nuestros esfuerzos para abordar el desarrollo deben conjugarse con atender la emergencia que enfrentamos hoy. En ese sentido, en el mes de octubre compartiremos con la comunidad internacional de donantes los retos que enfrentamos para cumplir con los ODM y, a la vez, reconstruir el país. Es así como reitero la mejor disposición del Gobierno de Guatemala para seguir trabajando, de la mano con la comunidad de naciones, en el logro de esta importante empresa.

Muchas gracias



Reconocimientos

La elaboración del presente fascículo del *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio* contó con valiosas contribuciones de entidades de gobierno, organismos internacionales, organizaciones sociales, academia y del equipo técnico interno.

En tal sentido, la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan) expresa su reconocimiento a quienes contribuyeron de diversas maneras con este esfuerzo, a través de la discusión, reflexión crítica y la validación de la información en las diferentes etapas del proceso. Éste comprendió la realización de un diagnóstico situacional sobre cada uno de los ODM, así como la generación de un espacio de discusión sobre los desafíos que como Estado y sociedad corresponde asumir para el alcance de las metas hacia 2015.

A continuación se listan los nombres de las instituciones y personas que participaron:

Entidades del Gobierno

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Agradecimiento especial al Doctor Ludwig Ovalle Cabrera, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, por su valioso aporte en la facilitación de la información preliminar y la base de datos de la *Ensmi 2008-2009*, que sirvió de insumo para el reporte de este ODM y por su decidida orientación institucional para el desarrollo del Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007.

Pedro Rosales (Viceministro Técnico), Coralia Herrera, Lilian de España, Edgar González, Albina Guerra, Fernando Guzmán, Manolo Vicente Batz, María del Carmen Hernández, Fredy Velásquez, Arnaldo Bringuez, Miriam Bethancourt, Carlos Cifuentes, Gustavo Batres, Laura Figueroa, Juan Chojoj, Carlos Grajeda, Tamara Obispo, Liliana Roche, Lilian Barillas, Julio García Colindres, Gonzalo Estrada, Mayra Sandoval, Lissette Vanegas y Consuelo Arreola. Asimismo, al Doctor Edgar Hidalgo, coordinador técnico de la *Ensmi 2008-2009*

Instituto Nacional de Estadística (INE)

Lucrecia Saso, Angélica Ramírez, Cristian Cabrera

Registro Nacional de las Personas (RENAP)

Luis Coronado

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

José Ortiz, Sergio Aguilar

Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo contra los Pueblos Indígenas de Guatemala (Codisra)

Reginaldo López

Secretaría Presidencial de la Mujer (Seprem)

Patricia Cortez

Observatorio para la Salud Reproductiva (Osar)

Mirna Montenegro, Rebeca Guízar, Carolina Salazar

Entidades de cooperación internacional

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Hilda Rivas, Alejandro Silva, Rosario Orozco, Claudia Lucía Roca

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Iván Mendoza, Claudia Solís, Jorge Solórzano

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Daniel Frade, Fernando Amado

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés)

Fidel Arévalo, Marisela de la Cruz, María Antonieta Fion, Werner Figueroa, Pablo Yac, Gustavo Estrada

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)

Ramiro Quezada, Norma Avendaño

Centro para el control y prevención de Enfermedades CDC

Stephen McCracken, Edgar Sajquim

Organizaciones sociales

Fundación Tigo

Especial agradecimiento a la Fundación Tigo por su aporte en el diseño de los logos nacionales de ODM.

Equipo técnico de Segeplan

Erwin Díaz, Ana Palma, Shorjan Estrada, Estuardo Rodríguez, Abigail Álvarez



Presentación

La Asamblea General de las Naciones Unidas, de la cual el Estado de Guatemala es miembro, se comprometió en el año 2000 con una agenda de desarrollo que fija objetivos a ser alcanzados en el año 2015. Ésta tomó el nombre de *Declaración del Milenio* y los ocho objetivos allí consignados son conocidos como *Objetivos de desarrollo del milenio* (ODM).

Los ODM se concentran en retos de desarrollo que aún persisten para la mayoría de países del mundo: reducir la pobreza extrema, el hambre, la falta de empleo, de educación y acceso a servicios esenciales de salud; abatir las desigualdades entre los géneros, así como la mortalidad materna e infantil y de la niñez; detener la propagación del VIH, la malaria y la tuberculosis, al igual que reducir la letalidad de estas enfermedades. Los ODM también abordan los principales retos ambientales para garantizar el desarrollo presente y futuro en el planeta. Finalmente, declaran que existe una responsabilidad compartida en el logro de estos objetivos y, por ello, los países desarrollados también deben contribuir a un mayor nivel de bienestar global.

Para el caso de Guatemala, un primer Informe de avances fue elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año 2002. Éste presentó un análisis general y cuantitativo por meta sobre los avances logrados por el país hasta 2000, tomándose el año 1990 como base para todas las mediciones a ser consideradas en el monitoreo de los ODM. El segundo Informe (2006) fue elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), con el apoyo de un equipo de consultores externos. Además de reportar sobre el avance de los indicadores, en el mismo se abordaron temas transversales como la diversidad étnico-cultural y el enfoque de equidad de género; se elaboró una estimación de los costos que implicaría alcanzar los ODM, así como una proyección sobre la probabilidad de arribar a las metas en el año 2015.

El presente es el tercer *Informe nacional de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio*. Para su elaboración, con vistas al fortalecimiento de las capacidades internas del Estado para la elaboración de estos informes y la institucionalización de los mecanismos de seguimiento, se conformó un equipo interno de especialistas de Segeplan, quienes trabajaron en estrecha coordinación interinstitucional con los principales Ministerios y Secretarías involucradas en el cumplimiento de los ODM. En este proceso se contó, además, con el acompañamiento y apoyo del Sistema de las Naciones Unidas y de otros organismos internacionales de cooperación para el desarrollo. Este tercer Informe se presenta en fascículos —uno por cada ODM— más un tomo adicional que sistematiza las políticas públicas existentes para alcanzarlos. También analiza costos e implicaciones presupuestarias del cumplimiento.

Cobra relevancia en este Informe el proceso de consulta y construcción participativa de cada uno de los capítulos; en una primera fase, con los equipos interministeriales, para consensuar y definir el abordaje de los indicadores; en una fase posterior, con diversas instituciones y sectores sociales, para la discusión y validación de los capítulos finales. Uno de los subproductos fundamentales que ha generado este proceso fue el Informe específico sobre «Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en el marco del cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio», que fuera presentado por el Estado de Guatemala ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (Ecosoc), en junio de 2010.

El tercer Informe da cuenta de los avances y retos que persisten en el país para el logro de los ODM. El análisis se desarrolla a partir de tres ejes: el territorial; la equidad étnico-cultural y el enfoque de equidad de género. Uno de los aspectos más novedosos es el esfuerzo por

desagregar territorialmente toda la información estadística disponible. Por tal motivo, para varios ODM es posible identificar territorios específicos (para 13 indicadores, hasta el nivel municipal), en los cuales es preciso concentrarse durante los próximos cinco años. Es así como el análisis de brechas municipales y departamentales de ODM será uno de los elementos principales que orientará la formulación del plan de seguimiento que debiera acelerar el paso de las intervenciones, con vistas a 2015.

En este tercer Informe se incorporan los nuevos indicadores actualizados por las Naciones Unidas, los cuales se encuentran vigentes a partir del 15 de enero de 2008. Estos indicadores se refieren a temas como el empleo pleno, la salud reproductiva y el acceso universal a antirretrovirales. Otro aspecto novedoso es que se presenta, por vez primera, un examen de la situación de los asentamientos precarios urbanos en Guatemala (ODM 7), basado en información recientemente recabada que forma parte de un estudio mayor que está impulsando Segeplan sobre el tema. Igualmente, se presenta un reporte sobre los logros en el cumplimiento del ODM 8, que refiere a la corresponsabilidad de los países en desarrollo para el logro de estas importantes metas en Guatemala.

Evaluar el avance de los indicadores sólo es posible mediante el análisis cuantitativo de los datos estadísticos disponibles; sin embargo, la producción de los mismos sigue siendo una debilidad estructural del país. Persisten limitaciones técnicas, presupuestarias, políticas y culturales que todavía no permiten contar con un sistema de información estadística que sea actualizado de manera sistemática y en forma permanente. De allí que las fuentes de información para la elaboración de este tercer Informe se agrupen en tres grandes categorías: estadísticas continuas sectoriales (producidas regularmente por Ministerios y Secretarías); bases de datos de encuestas de hogares y estudios específicos.

Entre las estadísticas continuas sectoriales destacan las del Ministerio de Educación (Mineduc), por ser las que ya desde hace varios años proporcionan información actualizada, regular y consistente sobre la producción educativa. De esa cuenta, es posible para los ODM 2 y 3 proveer mediciones hasta el año 2009 sobre la mayoría de indicadores educativos.

Por otra parte, para la elaboración de este Informe se contó con la serie de *Encuestas nacionales de salud materno infantil (Ensmi)*, en particular, con su edición 2008-2009, factor que permitió actualizar la mayor parte de estadísticas de los ODM 1 y 4, así como parte de los ODM 5 y 6, y luego establecer tendencias para varios indicadores.

En contraste, para otros indicadores como el de pobreza extrema y derivados, se tuvo que emplear la *Encuesta nacional de condiciones de vida (Encovi)*, con datos a 2006, y luego efectuar posibles comparaciones con la *Encovi 2000*. Esto significa que no es posible medir todavía los efectos sobre la pobreza general y extrema que han provocado las distintas crisis atravesadas por el mundo —y por Guatemala, en particular—, acaecidas durante 2008 y 2009 (crisis alimentaria, política, energética y la crisis económica mundial). Mucho menos, medir los efectos que están teniendo sobre estos indicadores las crisis socio-ambientales y fiscal que se han vivido durante los años 2009 y 2010 (variación de régimen de lluvias, principalmente en el denominado «corredor seco»; deslizamientos provocados por intensas lluvias en La Unión, Zacapa; exacerbación de la cianobacteria en el lago Atitlán; erupción del volcán Pacaya, paso de las tormentas Agatha, Frank, Alex y depresión tropical 11-E).

De igual manera, la falta de encuestas actualizadas impide estimar, en este momento, los efectos sobre la pobreza extrema de las intervenciones de política implementadas



recientemente en Guatemala, aun cuando sus efectos sobre otros indicadores (particularmente en el caso de los ODM 2, 4 y 5) ya son sensibles, dada la disponibilidad de las estadísticas continuas de tipo sectorial. Una buena noticia es que el Instituto Nacional de Estadística (INE) se prepara en la actualidad para hacer una nueva *Encovi* en 2011.

Para otros indicadores, particularmente los vinculados con el empleo, no se contó tampoco con información actualizada, dado que la última *Encuesta nacional de empleo e ingresos (Enei)* oficializada data del año 2004, y la última encuesta agropecuaria es de 2006. Sin embargo, es fundamental señalar que el INE dio inicio a finales de septiembre al trabajo de campo de la *Enei 2010*, y que próximamente también se comenzará a implementar la nueva encuesta agropecuaria. Por todo ello, se espera actualizar la información concerniente a los ODM 1 y 3 a principios del año 2011.

Entre los estudios específicos que hubo que realizar destaca la investigación que permite contar ahora con un nuevo dato de razón de mortalidad materna (RMM), actualizado hasta 2007. Cabe destacar que esta importante información no había sido actualizada en el país desde el año 2000 y el sistema de seguimiento y vigilancia de la mortalidad materna en los territorios se había debilitado, por ello resultaba muy difícil proporcionar una cifra certera de la RMM y su evolución en el tiempo. Por otra parte, el esfuerzo de actualización de la RMM, que ha sido liderado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Segeplan, así como apoyado por la comunidad internacional, se vio limitado por los cambios acaecidos en el año 2008 en la institucionalidad y sistemas de registro de las estadísticas vitales del país. Concretamente, esto significó que no se contara con datos certeros sobre el número de nacimientos ocurridos en 2008, 2009 y 2010, y que no hubiera acceso a información clave para la investigación y para el seguimiento futuro de la mortalidad materna en el país. Esta situación requiere una urgente revisión de la legislación y normativa del Registro Nacional de Personas (Renap).

Por otra parte, es preciso destacar que el trabajo de muchos años realizado por el Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente (Iarna) de la Universidad Rafael Landívar (URL), con quien Segeplan mantiene una alianza estratégica, fue la base para la preparación del capítulo concerniente al ODM 7. Éste se complementó con un estudio realizado por Segeplan sobre asentamientos precarios urbanos en el país, cuyos avances forman parte del ODM 7 y cuyo reporte final será presentado en 2011.

Finalmente, cabe señalar que para el fascículo concerniente al ODM 8 se tomó como fuente de información una serie de instrumentos que Segeplan ha venido implementando en el marco de su esfuerzo por profesionalizar la gestión de la cooperación internacional que apoya al país. Destacan, en particular, la base de datos de asistencia oficial al desarrollo (DAAD), la encuesta OECD sobre eficacia de la ayuda y las bases de datos propias de Segeplan. Todos estos instrumentos permiten examinar la evolución y tendencias de la cooperación internacional en el tiempo. Igualmente, para las secciones de comercio exterior, medicamentos y tecnología, se contó con contribuciones específicas de especialistas de Segeplan y de consultores externos.

Como puede observarse, es sumamente detallado y complejo el proceso de contar con toda la información que se requiere para elaborar un informe de avances como el que ahora se presenta. También es difícil establecer el sistema de monitoreo que se necesita para que el país verifique continuamente su progreso hacia el logro de estas metas de desarrollo y de otras nuevas que deban proponerse en los próximos años.

Sin embargo, aún con las limitaciones ya señaladas, es posible determinar cómo se ha comportado el país a lo largo de 15 años en la búsqueda del cumplimiento de los ODM. De ahí que la tabla síntesis «Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores», que se encuentra en el anexo estadístico, constituye un instrumento básico para que cada ciudadano y ciudadana se informe y dé seguimiento a la situación de desarrollo de su país.

Hay varios indicadores que se pueden mostrar con satisfacción, los cuales es altamente posible que se cumplan en 2015. Existen otros que, si bien muestran una tendencia positiva hacia el cumplimiento, requieren acelerar el ritmo del esfuerzo institucional, programático y financiero si han de ser alcanzados para esa fecha. En otros casos, particularmente en materia ambiental, pobreza, empleo, desnutrición crónica, mortalidad materna y prevención del VIH, Guatemala tiene desafíos profundos aún por enfrentar si espera cumplir las metas antes de que sea muy tarde. Para lograrlo, no es suficiente con optimizar y acelerar el ritmo del esfuerzo que ya se efectúa; el cumplimiento de esos otros indicadores reclama un compromiso nuevo y profundo de Estado.

Arribar a las metas deseadas no será posible si no se involucran Gobiernos, sociedad política, sociedad civil, academia y sector privado. Se requiere, entre otros, de cambios profundos del aparato productivo nacional y el fortalecimiento del sector público para implementar las medidas necesarias que propicien su consecución. Igualmente, el logro esperado demanda una sociedad consciente y comprometida con el hecho de que reducir las brechas de desigualdad profunda que subyacen en el lento avance de los indicadores es la mejor salida para que todos y todas vivamos más y mejor. No hay otra manera si se quiere enfrentar con éxito el marcado deterioro ambiental y los efectos del cambio climático que, actuando sobre el conjunto de vulnerabilidades socio-económicas acumuladas históricamente en el país, han incidido negativamente en la sostenibilidad de los medios de vida, en la producción y en la competitividad.

El esfuerzo desplegado para elaborar el tercer *Informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio* no tendría sentido si no se emplea además para el diseño del plan de seguimiento que permita acelerar el logro de las metas en los próximos cinco años. Alcanzar la mayor parte de los ODM es factible todavía, y acelerar el cumplimiento de lo que resta también. Pero ello requiere del esfuerzo consciente y coordinado de todos y cada uno de los ciudadanos y ciudadanas del país.



1. Tendencia y situación actual del avance de los indicadores

En este apartado se presenta el análisis del comportamiento de los indicadores correspondientes al ODM 5 y se muestran los diversos factores que contribuyen o condicionan el efectivo cumplimiento del mismo.

1.1 Meta 5: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Esta meta considera dos indicadores: el primero, la tasa de mortalidad materna. Si bien el indicador consignado en el listado oficial de indicadores de los ODM es la

tasa de mortalidad materna, en Guatemala, como en otros países de América Latina, se utiliza el enunciado «razón de muerte materna» (RMM).¹ Ello es así porque la razón de mortalidad materna relaciona el número de defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, con el número total de nacidos vivos para el año o período estudiado.²

El segundo indicador se refiere a la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado. Para el caso de Guatemala, este personal oficialmente comprende la figura del médico y la enfermera. Este indicador se mide por el porcentaje de nacimientos atendido por recurso humano que recibió formación o entrenamiento apropiado para supervisar, cuidar y orientar a las mujeres

Cuadro 1

Cuadro resumen

Evolución de los indicadores sobre mortalidad materna

(1989-2007 y 1987-2008/2009)

Indicadores	Año base		Avances				Meta 2015	Brecha
	1987	1989	2000	2002	2007	2008-2009		
Razón de mortalidad materna (RMM)	-	219 ³	153 ⁴	-	136 ⁵	-	55	81
Proporción de partos con asistencia de personal médico/enfermeras	29.2 ⁶	-	-	41.1	-	51.4	65 ⁷	13.6

Fuente: elaboración propia con datos de la *Línea basal de mortalidad materna 2000*, *Estudio nacional de mortalidad materna 2007* y de las *Ensmi* (1987 a 2008-2009).

1 La razón como forma de medición enfoca de mejor manera la magnitud del problema de mortalidad materna, porque utiliza como denominador a los nacidos vivos (estadística vital con base en datos reales), que es una variable directamente relacionada con el embarazo de la mujer. Mientras que la tasa utiliza como denominador a la población de mujeres en edad fértil que, además, es una estimación poblacional. Empero lo anterior, en el manual sobre indicadores de las Naciones Unidas, la tasa de mortalidad materna se calcula como una razón, lo que puede significar un uso indiferenciado de los términos que, en sentido estricto, por la forma de medición, se refieren al cálculo de una razón. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006). *Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*, Nueva York, UN, p. 35.

2 Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente, 6-8 semanas) o 40 días.

3 El estudio original situaba la RMM de 1989, en 248 por 100 mil NV, una corrección posterior la estimó en 219, (sustituyendo nacimientos —proyección— por nacidos vivos —dato confirmado— según el INE) evaluación de Measure/ Evaluación GSD. «Estimación de la mortalidad materna en Guatemala, período 1996-1998», referido en el documento final del MSPAS (2003), *Línea basal de mortalidad materna, Guatemala año 2000*, p. 30.

4 MSPAS (2003). *Línea basal de mortalidad materna, Guatemala año 2000*. Guatemala.

5 MSPAS/Segeplan (2010). *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*. Informe preliminar (inédito). Guatemala.

6 *Encuesta nacional de salud materno infantil* (1982-1987; 1997-2002; 2008-2009).

7 Esta es una meta nacional trazada por el MSPAS y se ajusta, según esta dependencia estatal, a lo que podría llegarse a cumplir como país de acuerdo con el crecimiento vegetativo de la población, la capacidad instalada y la posibilidad de crecimiento de la red de servicios. Véase informe inédito del MSPAS, Unidad de Planificación Estratégica, Departamento de Seguimiento y Evaluación (2010). *Informe preliminar de avances 2010, Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Guatemala, mayo de 2010.

durante el embarazo, parto y postparto, pero que, además, cuenta con el equipamiento y los medicamentos necesarios. Sobre esta meta en particular es importante acotar que está condicionada por el acceso a los servicios de salud, que no sólo aseguran la cobertura sino también la calidad en la detección y tratamiento oportuno de la urgencia obstétrica en los diferentes niveles de atención.

1.1.1 Razón de muerte materna: la reducción de la mortalidad materna, un camino lento y difícil hacia 2015

Para el análisis de la evolución de este indicador, se parte de la RMM observada en el año base (1989), la cual fue de 219 x 100 mil nacidos vivos (NV). En la década de los años 90 del siglo XX, la cifra de mortalidad materna reflejó cambios positivos con una reducción del 30%.⁸ En la siguiente década, el cambio ha sido muy lento y poco perceptible, observándose que, entre 2000 y 2007, se reporta una disminución de apenas 8%, con un registro de RMM de 136 por 100 mil NV.

Para la elaboración de este Informe, se realizó previamente el *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007*, estudio

retrospectivo en el que se investigaron todas las muertes maternas y las muertes de mujeres en edad fértil sospechosas de serlo, acaecidas en el año 2007, fecha última para la cual se cuenta con datos, tanto para muertes de mujeres como para nacimientos.⁹ Este esfuerzo conjunto entre Segeplan y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con el respaldo instituciones nacionales y de la cooperación internacional permitió actualizar los datos de mortalidad materna del país por primera vez desde el año 2000. (Véase anexo metodológico)

Para el año 2007, las estadísticas vitales del país registraron 315 muertes maternas; luego de realizado el estudio, se encontraron 207 muertes adicionales, las cuales estaban subregistradas por una mala clasificación de causa básica de muerte y por no estar registradas en el Instituto Nacional de Estadística. Esta información permitió calcular el subregistro de mortalidad materna para el país, el cual se establece en 39.7%. Esto implica un incremento de 2.1% respecto al dato reportado para el año 2000. El Estudio 2007 también permite calcular un factor de corrección para aplicar a las estadísticas vitales de los años siguientes, el cual se establece en 1.66. (Véase cuadro 2).

Cuadro 2

Cálculo de subregistro y factor de corrección para mortalidad materna (2002 y 2007)

Año	(a) Muertes maternas según Estudio	(b) Muertes maternas según estadísticas vitales	Subregistro a- b/ a*100	Factor de corrección a/b
2000	651	412	36.7	1.58
2007	522	315	39.7	1.66

Fuente: elaboración propia con datos del estudio *Línea basal de mortalidad materna 2000* y *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*

⁸ Los datos de 1989 y de 2000 se obtuvieron a partir de investigaciones específicas. En 1989 fue de 219 muertes por 100,000 NV y, en 2000, de 153 muertes por 100 mil NV.

⁹ Inicialmente, se revisaron los expedientes de las muertes de mujeres en edad fértil para los años 2007 y 2008; sin embargo, en este último año, las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) se encontraban en proceso de transición de los registros civiles municipales consignados en archivos tradicionales por el Instituto Nacional de Estadística (INE) hacia el almacenamiento electrónico por parte del Registro Nacional de las Personas (Renap). Por este motivo se contaba con información completa sólo para el año 2007.



En el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*, el perfil de la mujer guatemalteca mayormente afectada es el de la mujer indígena (70%);¹⁰ con escasa educación (46% analfabetas); múltipara (56% de las muertes);¹¹ generalmente el sitio de ocurrencia de la muerte es el hogar (46%); en la tercera parte de casos no fue posible identificar quién la atendió durante su muerte.¹² El rango de edad mayoritario en las mujeres fallecidas fue de 25 a 34 años (43%). La mayor frecuencia de muertes (moda) fue en la edad de 30 años, con el 5.7 % de casos; el promedio de edad de las fallecidas se registró en 29 años. De las 522 mujeres que fallecieron, al menos 413 madres dejaron en la orfandad a 1,716 niños y niñas, sin que se haya obtenido el dato de las edades de éstos.

En 2007, la muerte materna hospitalaria alcanzó el 43%; esa proporción aumentó 2 puntos en relación con el año 2000, cuando se presentó una ocurrencia de 41%. De esta cifra, el 38% se suscitó en servicios públicos y el 5% en privados. En el caso de las muertes hospitalarias es necesario considerar varias situaciones: primero, el lugar de la muerte materna no significa que haya sido también el lugar del parto; más bien la complicación del parto es lo que determina el traslado al hospital. Segundo, no todas las muertes se relacionan con el momento del parto, algunas ocurren antes y otras después. Tercero, la gravedad en el estado de las mujeres pudo haber rebasado las capacidades de resolución de los servicios locales de atención.

Para analizar estas muertes se registró la ocurrencia de demoras¹³ (cuatro fases) en la

atención al embarazo, parto o puerperio de las mujeres. La ocurrencia de una demora no es excluyente de las otras y puede registrarse más de una en el mismo caso. Para el año 2000, no se reportó este dato. En el año 2007 se documentó que el 35% de muertes ocurrió en la primera demora, que consiste en la falta de reconocimiento a tiempo de las señales de peligro; un 30% de los casos reportó la segunda demora, que tiene que ver con la decisión del traslado de manera tardía; el 23% de las entrevistas reportó la tercera demora, porque el traslado no se concretó por falta de recursos económicos, por falta de vehículo o por la distancia e infraestructura de acceso hacia el centro de atención. En un 41% se detectó la cuarta demora, porque el centro de atención no tuvo las condiciones necesarias para atender la emergencia de forma apropiada.

De acuerdo con el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*, aunque la familia y la comunidad reconocieron señales de peligro que presentaban las mujeres embarazadas (hemorragia abundante, fiebre o visión borrosa), en una proporción importante de casos (38%), se tomó la decisión de no llevarlas a un centro asistencial. Algunas veces se las trasladó cuando se agravaron; pero además, no fueron las mujeres propiamente dichas quienes decidieron ser trasladadas o no, como se observará más adelante. En la práctica, a muchas de ellas se las llevó a los centros de atención en situación de alto riesgo, incluso después de haber sucedido el parto.

De las muertes maternas investigadas (478) a nivel domiciliario, 223 no accedieron a un

10 Para construir este dato se utiliza la proporción de mujeres fallecidas indígenas y no indígenas de acuerdo con la pertenencia étnica reconocida por la familia.

11 Se concibe como múltipara toda mujer que tiene tres o más partos.

12 Al momento de fallecer las otras atenciones fueron brindadas por médicos (26.4%), por comadrona (21%), enfermero (0.6%), otro personal de salud (1%), otro personal que no pertenece a salud (10.5%), nadie (5.6%), no sabe o no responde (2.3%), no hay datos (33.1%).

13 Este concepto está relacionado con las barreras, dificultades y limitaciones que retardan la atención oportuna y de calidad para salvar la vida de las mujeres, en ese sentido se reconoce como «demora». Demora 1: la mujer y su familia no reconocen los signos de peligro que amenazan su vida. Demora 2: Aun cuando se reconocen los signos de peligro, la condición de inequidad de género, no le permite a la mujer decidir por sí misma la búsqueda de atención oportuna. Demora 3: las mujeres enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación, transporte y/o dinero para pagar el mismo. Demora 4: atención deficiente y retardada por falta de competencia de proveedores de servicios de salud o por falta de insumos, medicamentos y equipo médico quirúrgico apropiado.

servicio de salud y del total de respuestas posibles sobre por qué no llegó al servicio de salud, en el 33% de los casos no había transporte o dinero disponible para pagar el traslado, ligado a la lejanía de los servicios de salud y, en el 29%, la señora o la familia no estuvieron de acuerdo con el traslado, sin tener información específica sobre la causa.

Al comparar las principales causas de muerte materna en el año 2000, con las estudiadas en 2007, las hemorragias se mantienen como la principal causa biológica; la hipertensión ocupa el segundo lugar, desplazando a las infecciones, y el aborto continúa en cuarto lugar (véase cuadro 3). Esa situación se agrava cuando las mujeres tienen enfermedades pre-existentes u otros problemas, principalmente, de índole nutricional o derivados de ésta. A ello se suma la falta de periodicidad en los controles prenatales, situación que se evidencia en una mínima proporción de mujeres que reportan realizar este control en el tercer trimestre del embarazo, circunstancia que podría ayudar a diagnosticar problemas de hipertensión que terminan complicando el parto.

Cuadro 3

Porcentaje de principales causas de muertes maternas, con base en CIE 10 (2000 y 2007)

Principales causas	Año 2000	Año 2007
Directas		
Hemorragia	53.3	42.3
Hipertensión	12.1	17.8
Infección	14.4	15.5
Aborto	9.5	5.2
Resto causas	1.2	9.4
Indirectas	9.5	9.8
Total	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de la *Línea basal de mortalidad materna 2000* y del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

Al respecto, según la *Encuesta nacional de condiciones de vida 2006 (Encovi 2006)*, el 14.8% del total de la población femenina se encontraba en situación de subnutrición, (véase meta 1C, ODM 1). A esto se suma, como factor que interviene, el bajo nivel educativo de las mujeres de 15 años o más, que alcanzaba 4.6 años promedio de escolaridad, así como la alfabetización reportada solamente en el 68.9% de las mujeres.

Asimismo, en la muerte materna incide la falta de acceso a la red de los servicios de salud y la calidad con la que éstos responden a las necesidades que presentan las mujeres en la etapa reproductiva, tales como: la oferta apropiada de métodos anticonceptivos, el control prenatal sistemático y la atención calificada del parto. Esta última tiene que ver directamente con el tratamiento oportuno de las urgencias obstétricas, para lo cual se hace indispensable contar con los servicios de manera permanente —las 24 horas—, con suficiente recurso humano y con el ambiente habilitante mínimo (infraestructura, equipo, medicamentos e insumos) para afrontar las emergencias y resolverlas satisfactoriamente. La debilidad en cualquiera de estos elementos, por parte del sistema de salud, hace más vulnerable al segmento de mujeres que requiere de atención obstétrica urgente.

Con ese escenario de fondo, a pesar de que el resto de indicadores de este objetivo ha tenido una evolución positiva, especialmente los que se refieren a la atención de partos con personal médico y enfermera, al uso de anticonceptivos y a la atención prenatal, como se podrá observar más adelante, la brecha para alcanzar la meta para este indicador en particular sigue siendo sumamente alta (81 casos por 100 mil NV). Por lo tanto, es posible inferir que, sin las modificaciones necesarias a nivel estructural y en el sistema de salud, será difícil provocar la reducción planteada como meta para 2015 (55 x 100 mil NV).



1.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal médico y/o enfermeras:¹⁵ una de las condiciones indispensable e impostergable para la salud materna

Las transformaciones que puedan presentarse en la evolución del indicador están supeditadas a la calidad y oportunidad que tienen las mujeres de ser atendidas por personal especializado.¹⁶ En lo referente al porcentaje de nacimientos atendidos por personal médico, para el año base (1987), sólo el 29.2% de los partos recibió atención de personal especializado en salud; para el año 2009, se había alcanzado una cobertura de 51.4%, lo cual denota un crecimiento lento (22 puntos porcentuales). Si bien el indicador no refiere una meta internacional, la entidad rectora nacional ha definido alcanzar una meta consistente en 65%.

Al realizar una proyección donde el comportamiento del indicador se mantenga como el observado hasta 2009, se puede inferir que es altamente probable alcanzar esa meta. No obstante lo anterior, aún alcanzando esa meta, una tercera parte de las mujeres embarazadas no tendría acceso a personal especializado para ser atendida, lo cual implicaría serios riesgos para la salud de las mujeres en etapa de gestación.

Según datos del año 2008-2009, el 48.3% de los partos se atiende en el domicilio de la embarazada o de la comadrona. De hecho, sin la labor de las comadronas, muchas mujeres embarazadas que viven en poblaciones lejanas a los centros urbanos tendrían que dar a luz por sus propios medios, exponiendo así su salud y la de los neonatos. De esa cuenta, el sistema nacional de salud ha implementado una serie de capacitaciones y

consolidado una red de comadronas¹⁷ para que cuenten con diversos conocimientos y herramientas que les permitan identificar señales de riesgo y dar atención o referir los casos a personal especializado.

Esta situación, ya de por sí compleja, se agudiza entre las mujeres que no tienen educación (74.4%) y disminuye en relación con el aumento del nivel educativo: primaria (48.9%), secundaria (10.9%) y superior (1.3%).¹⁸ Vinculando estos datos con los referidos en el resto de los ODM, no es extraño que la mujer rural, indígena, pobre y sin educación, sea la que se encuentre con mayores limitaciones para su participación en actividades económicas y sociales, entre ellas, las referidas al cuidado de su salud.

Entre los factores que condicionan el acceso a la asistencia especializada en el parto se encuentran la oferta disponible de centros de atención, el recurso humano y los costos que implica su acceso, así como la preferencia de la mujer o sus familiares respecto del lugar en donde quieren que se atienda el parto.

En lo que respecta a la oferta de centros de atención a nivel nacional, sobresalen los centros de segundo nivel (ubicados principalmente en las cabeceras municipales), los cuales pueden ofrecer, al menos, cuatro tipos con diferentes modalidades de servicios: algunos solamente identifican casos y los refieren a otros centros para atención de partos, distinguiendo entre aquellos que presentan, o no, complicaciones obstétricas (véase cuadro 4). Esta situación, obviamente, problematiza la atención oportuna y, en casos de emergencia, puede significar la muerte tanto de la madre como del recién nacido.

15 En el listado oficial de los indicadores de ODM se consigna que «el parto con asistencia de personal sanitario especializado» incluye médicos, enfermeras y comadronas capacitadas o profesionales. Sin embargo, es pertinente mencionar que, en la *Encuesta nacional de salud materno infantil (Ensmi)*, que es la fuente principal de información para la mayoría de indicadores de este ODM, se reporta «partos asistidos por médicos y enfermeras» y el parto por comadrona se consigna de manera separada. Al respecto, vale aclarar que las comadronas en Guatemala son tradicionales o empíricas, por lo tanto, no pueden ser consideradas como «personal especializado». Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, óp. cit., p. 37.

16 En este Informe, el personal especializado para la atención del parto es, esencialmente, personal calificado porque se ha formado mediante la práctica profesional como parte del sistema de salud.

17 De acuerdo con un proceso de capacitación realizado por el MSPAS a nivel nacional para comadronas tradicionales (entre julio de 2006 y noviembre de 2007), en total, existen 14,259 comadronas capacitadas y equipadas con instrumental mínimo para la atención a mujeres embarazadas.

18 MSPAS/INE (2008-2009). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009*. Informe preliminar, Guatemala, noviembre de 2009, p. 31.

Cuadro 4

Centros de segundo nivel de atención con oferta de servicios de atención materno-infantil

Tipo de centro de atención	Núm. de centros	Cobertura geográfica según num. de departamentos	Tipo de servicio, horario y recurso humano promedio por centro de atención
Centro de salud tipo B	129	19	Referir los partos a CAP, Caimi, hospitales, 8 horas diarias de lunes a viernes.
			Personal promedio especializado 07
Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios-Cenapa	18	9	Referir los partos a CAP, Caimi, hospitales, 12 horas de atención y/o fines de semana
			Personal promedio especializado 09
Centro de Atención Médica Permanente (CAP)	174	22	Cuidados obstétricos básicos, 24 horas de atención. De complicarse el parto deben referir a urgencias hospitalarias.
			17 personas promedio (incluye personal de planta y de turno)
Centro de Atención Integral Materno Infantil (Caimi)	5	5	Cuidados obstétricos integrales (quirúrgico), 24 horas de atención
			27 personas promedio (incluye personal de planta y de turno)

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección General del Siás (2010).

En lo referente al personal especializado con que cuentan los Centros de Atención Médica Permanente (CAP) y los Centros de Atención Integral Materno Infantil (Caimi), el número es de, aproximadamente, 3093 personas, las cuales tienen diferentes grados de especialización en la atención al parto: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y anestesiólogos. Sin embargo, no todos los casos se tratan en estos centros; los partos complicados se remiten a alguno de los 35 centros de III nivel (21 hospitales departamentales, 12 distritales, 2 nacionales). En conjunto, el II y III nivel de atención, según la *Ensmi* (2008-2009), atiende únicamente el 35.2% de los partos; el IGSS atiende el 8.4% y las clínicas privadas el 7.6%. Esta situación indica que alrededor del 49% de la población objetivo queda al margen de una atención especializada y oportuna, principalmente

porque persiste la inaccesibilidad desde las comunidades más accidentadas y lejanas a las cabeceras municipales.

Aunque las condiciones siguen siendo críticas, ha existido un esfuerzo por parte de las autoridades de salud en la línea de haber reducido la barrera geográfica llevando los servicios del nivel departamental hacia el ámbito municipal. Este esfuerzo tendría que enfocarse en avanzar en la generación y fortalecimiento del ambiente necesario para la atención, como se mencionó arriba.

Finalmente, también la dimensión cultural interviene en el acceso a los servicios de salud, particularmente en la preferencia sobre dónde atender el parto y la capacidad real de las mujeres para decidirlo. Muchas veces esa capacidad está restringida por una situación donde no se vislumbran otras posibilidades



de atención, o bien, porque la mujer no está acostumbrada o no le es permitido ejercer esas decisiones por sí misma. De esa cuenta, la decisión de buscar atención especializada la asume directamente su pareja, la madre, o algún hijo o hija de la embarazada. Según el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*, en 298 casos investigados a nivel domiciliario en que se tomó la decisión de traslado, la mujer (5.4%) y la comadrona (5.7%) son las que menos incidencia tienen en este tipo de decisión; el 23% fue decisión de los padres de la fallecida y, en el 36%, de su pareja.

De acuerdo con un estudio de caso reciente, los prestadores de servicios de salud que se desempeñan en las comunidades rurales señalan que las mujeres embarazadas temen al estigma social que conlleva ser trasladadas a los centros hospitalarios para la atención del parto.¹⁹ Por otro lado, también existe una especie de rechazo social hacia los servicios públicos, posiblemente, por la falta de confianza en los mismos, o bien, la no pertinencia cultural que se mantiene en el sistema de salud respecto del idioma y las normas y tradiciones culturales que caracterizan a ciertas poblaciones del país.²⁰

1.2 Meta 5B: lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva

La meta 5B reviste una importancia significativa para el país, considerando su innegable conexión con la meta 5A. Los indicadores que evalúa la meta 5B son: la tasa de uso de anticonceptivos; la tasa de natalidad entre adolescentes; la cobertura de atención prenatal y las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Es oportuno mencionar que el indicador consignado en el listado oficial de Naciones Unidas, referido a la tasa de natalidad entre adolescentes, se presenta en este Informe como tasa de fecundidad. Ello se debe a que, cuando se aplica el método de medición, éste corresponde al cálculo para la tasa de fecundidad entre el segmento de mujeres adolescentes.

En esta meta juegan un papel fundamental, como factores que intervienen, no sólo los métodos, las técnicas y los servicios disponibles en el sistema de salud para el ciclo reproductivo y sexualidad saludable, sino también la calidad de las relaciones interpersonales responsables y equitativas,

Cuadro 5

Cuadro resumen

Evolución de los indicadores sobre acceso universal a la salud reproductiva

(1987-2008/2009)

Indicador	Año Base		Avances		Meta
	1987	1995	2002	2008-2009	2015
Tasa de uso de anticonceptivos	23.2	---	43.3	54.1	NA ^a
Tasa de fecundidad entre adolescentes	139	---	114	98	NA ^a
Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta)	34.2	---	84.3	93.2	NA ^a
Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	---	24.3	27.6	20.8	15.0 ^b

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 1987; 1995; 2002; 2008-2009*.

a. No existen metas definidas internacionalmente, ni por parte del ente rector nacional en materia de salud

b. Meta definida por MSPAS, Unidad de Planificación Estratégica, Guatemala, mayo 2010.

19 Medicus Mundi y Rednovi (2009). «Salud sexual y reproductiva, ¿qué deseo? ¿qué decido? Un análisis desde el modelo de atención de salud en Guatemala». En *Criterio*, Guatemala, 2009, p. 67.

20 Camey, Donato y Mendoza, Geovany Ujpán (2010). «Guía de los pueblos indígenas para las autoridades y personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social». Guatemala: Embajada Extraordinaria Itinerante de los Pueblos Indígenas, Presidencia de la República. Página 10.

así como la consejería atinente de los prestadores de servicios de salud, respecto de los derechos sexuales, reproductivos y a una vida libre de violencia.

1.2.1 Tasa de uso de anticonceptivos: una puerta de entrada a la salud de las mujeres en edad reproductiva

Para reportar este indicador se utiliza el número de mujeres en edad reproductiva que están utilizando métodos anticonceptivos. De acuerdo con la tendencia mostrada en el cuadro resumen, en 1987, el 23.2% de mujeres usaba algún método anticonceptivo, situación que mejoró sustantivamente en los demás años, al haber aumentado 30.9 puntos porcentuales, siendo más pausado el cambio durante el primer período (20.1 puntos) respecto del segundo (2002-2009, 10.8 puntos). En esta situación también incide que las tasas de fecundidad no disminuyan al ritmo necesario. Si bien ha habido aumentos considerables en el uso de los anticonceptivos, ya sea como medida para espaciar embarazos o para limitar el número de hijos que se desea tener, su uso todavía presenta una brecha de alrededor de 17.0 puntos porcentuales respecto al promedio de Latinoamérica y el Caribe (71.0%).²¹

Entre los elementos que pueden favorecer el uso de anticonceptivos están el acceso a la información, la oferta de los diferentes métodos, el nivel de educación de la mujer, la dimensión cultural que afecta sus creencias sobre el tema y la capacidad de decisión y negociación entre ellas y sus parejas.

En relación con la oferta de anticonceptivos, según la *Ensmi 2008-2009*, el principal proveedor de métodos modernos de anticoncepción²² es el sector público (57.9%), mediante los diversos

niveles de atención. Lo anterior se encuentra en sintonía con la obligación del Estado de procurar el acceso universal y equitativo a los métodos de planificación familiar. El otro proveedor es privado (40.2%) y cuenta con una gama más amplia de servicios; a él acuden principalmente mujeres con nivel educativo de secundaria a superior.

El uso de métodos modernos de planificación familiar en las mujeres comprendidas en el rango de edad entre 15 y 49 años es proporcional al aumento del nivel educativo. Según la misma *Encuesta*, las mujeres sin ningún grado de educación alcanzan el 39.9%; entre las que cuentan con nivel primario el porcentaje aumenta a 53.9%; las que tienen secundaria reportan el 69.2% y, en el nivel superior, alcanza el 74.4%. El uso de los métodos tradicionales asciende a un 10.1%, mientras que para los modernos la cifra es de 44%. El resto de mujeres no utiliza ningún método.

Existe una marcada diferencia en cuanto a las tendencias en la preferencia de los métodos anticonceptivos. En el área urbana, las mujeres tienden a usar la esterilización femenina (25.6%), mientras que, en el área rural, emplean principalmente el método de inyección (15.5%). Esta situación puede estar relacionada con que la oferta de servicios quirúrgicos que presentan los centros de III nivel de atención se ubica en las cabeceras departamentales. Sin embargo, en el caso de las mujeres del área rural, además de la disponibilidad, también inciden otros elementos de carácter cultural. Según el estudio de caso antes referido, algunas mujeres que acuden a los centros en el área rural tienden a buscar un método discreto, como la inyección (de 1 mes o 3 meses), ya que planifican sin consultar a sus parejas; de hecho, suelen preguntar por métodos de largo plazo, que no sean definitivos.²³

21 Prada E. et al. (2006). *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute, p. 24.

22 Los métodos modernos incluyen la píldora, dispositivos intrauterinos (DIU), inyección, implante anticonceptivo, condón masculino y femenino, esterilización masculina y femenina y métodos vaginales. Los métodos tradicionales incluyen la abstinencia periódica, retiro y método de la amenorrea de la lactancia (Mela), entre otros.

23 Medicus Mundi y Rednovi, *óp. cit.*, pp. 71-75.



Para el año 2002, el 36% de los hombres (15 y 59 años) confirmó la utilización de algún método anticonceptivo, mientras que, para 2009, aumentó 23.2 puntos porcentuales. Sin embargo, ese aumento se reporta a expensas de una utilización de anticonceptivos por parte de sus parejas, principalmente la esterilización y la inyección (cuadro 6). Por otro lado, aunque puede observarse un aumento en el conocimiento del preservativo masculino, se disminuyó su utilización. Esta situación tiene implicaciones no sólo en materia de planificación familiar, sino, principalmente, en términos de la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida. Ello da cuenta del poco nivel de sensibilización en torno a esta problemática.

Los datos que muestra el cuadro 6 en el uso reportado de métodos anticonceptivos (2009) confirman que hay un salto cualitativo importante respecto de la mayor coincidencia en el reporte del dato, lo que podría estar relacionado con una propensión a mayor

diálogo o consensos entre la pareja con relación al método que se está utilizando; esterilización femenina e inyección son los casos más ilustrativos.

Asimismo, se puede observar que las mujeres son las principales usuarias de los anticonceptivos ofertados, situación que puede estar relacionada con el hecho de que no existe un programa de salud reproductiva para los hombres, equiparable con el que existe para las mujeres. Sin embargo, se infiere que la situación de salud reproductiva de la mujer mejoraría más rápidamente si los hombres participaran y colaboraran con su pareja. En la actualidad, se reconoce que ignorar y no hacer partícipe al hombre en estas decisiones hace que las estrategias sean menos efectivas y sostenibles.²⁴

Otra situación relacionada con la efectividad y sostenibilidad del uso de los métodos anticonceptivos tiene que ver con la dimensión cultural y el acceso a la información. La falta

Cuadro 6

Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por hombres (15-59 años) y mujeres (15-49 años)
(2002 y 2008/2009)

Tipo de método	Conocimiento de los métodos por parte de los hombres		Uso reportado por hombres sobre sí mismo o su pareja		Uso reportado por mujeres	
	2002 %	2008/09 %	2002 %	2008/09 %	2002 %	2008/09 %
La píldora	84.2	88.7	2.8	2.9	3.4	3.6
Condón	85.9	92.3	8.7	5.2	2.3	3.6
Esterilización femenina	79	86.6	9	19.6	16.8	18.9
Inyección	75.2	85.4	5.1	14.4	9	14.7
Esterilización masculina	68.4	71.9	1.4	0.7	1	s/d
El ritmo	48.6	54.1	5.7	11.9	6.3	6.4

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 2002 y 2008-2009* y su *Encuesta nacional de salud masculina en Guatemala, 2002 y 2008-2009*.

24 MSPAS (2002). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2002*. También, MSPAS (2002). *Encuesta nacional de salud masculina*. Capítulo I, pp. 4-5.

de transmisión de la información de manera adecuada y pertinente, a través de las consejerías que se imparten desde los centros de atención, puede incidir en la decisión de las mujeres y los hombres para optar por un determinado método u otro, en función de eliminar las incertidumbres y los mitos en torno a los posibles efectos secundarios. Por ejemplo, los métodos que pueden resultar contraproducentes según la historia clínica de las mujeres; la creencia sobre la pérdida de la virilidad ante la utilización del método de anticoncepción quirúrgico-masculino; o bien, la idea popular acerca de la «mayor hombría» relacionada con la capacidad masculina de procrear muchos hijos; así como el prejuicio sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres asociado con la infidelidad.

Como parte de esa dimensión cultural, pero más relacionado con las creencias de carácter religioso fundamentalista (católicos y protestantes), se considera que el uso de métodos anticonceptivos para la planificación familiar es una aberración. Bajo ese marco, ni siquiera se plantea una problematización del tema en la cotidianidad de las mujeres; la idea de planificar es simplemente desechada.

1.2.2 Tasa de fecundidad entre las adolescentes: riesgos y peligros del embarazo adolescente

Este indicador se mide por el número anual de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años de edad por cada mil mujeres en ese grupo de edad. Actualmente, en Guatemala, ante la demanda por servicios en la atención a partos y ante la muerte de madres adolescentes, se ha observado que el período fértil de las mujeres se ha ampliado considerablemente,

de 10²⁵ a 54 años, cuando el período fértil de referencia solía ser de 15 a 49 años.

La fecundidad de las adolescentes, para 1987, se calculó en 139 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años (rango etario reconocido internacionalmente); mientras que, para 2008-2009, se redujo a 98 nacimientos, lo cual representa, en todo el período analizado, un descenso de 41 nacimientos por cada mil adolescentes.

De acuerdo con las proyecciones de población para 2008, las adolescentes entre los 10 y 14 años de edad, representaba el 12.3% del total de la población (7,004,282), mientras que el grupo entre los 15 y 19 años conformaba el 10.8%;²⁶ en conjunto, se trata de poco menos de un cuarto de la población femenina del país. Según la *Ensmi 2008-2009*, de este universo, el 21.8% reporta que, en ese momento, estaba o alguna vez estuvo embarazada. Esto, aunado al inicio de las relaciones sexuales tempranas y a un bajo porcentaje de utilización de anticonceptivos entre las adolescentes (32.7%), las vulnera y expone a los embarazos no deseados. El MSPAS, en el año 2009, reportó 206,947 partos, el 19.3% en adolescentes (39,928). Al respecto, llama la atención que el 0.77% (1601) ocurrió en niñas entre los 10 y 14 años.²⁷

Desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el embarazo en adolescentes es, en muchos sentidos, una situación compleja de carácter biológico, psicológico, social, cultural y económico porque afecta el bienestar y la salud integral de las mujeres jóvenes. Asimismo, las posiciona prematuramente en una situación de desventaja prolongada de cara a su futuro inmediato y mediano, en términos de

25 Si bien el MSPAS ha cumplido con ampliar el rango de edad fértil producto de la demanda por servicios, hasta el momento no se ha problematizado con rigurosidad la posibilidad de que las niñas, principalmente las menores de 15 años, estén siendo sometidas a situaciones de violencia sexual. Ello hace más compleja la función de vigilancia epidemiológica ante este fenómeno.

26 Segeplan, Unidad de Población (2010). *Población por año calendario según sexo y grupo de edad 2000-2020*, Guatemala.

27 MSPAS (2010). *Sala situacional de salud reproductiva año 2009*, Guatemala.



la interrupción de su educación si son escolares, en su incorporación laboral más temprana y sin calificación suficiente y en la propensión a procrear familias numerosas. Incluso, pueden llegar al extremo de recurrir al aborto inseguro.

Estudios recientes sobre el tema revelan que la edad en la que los y las adolescentes se inician en las relaciones sexuales está disminuyendo;²⁸ de hecho, la mediana nacional para la primera relación sexual, reportada para 2008-2009, es de 18.4 años. Sin embargo, la capacidad de esta población para evitar los embarazos no deseados, retardarlos o espaciarlos de manera consciente, no necesariamente se ha modificado en la misma dirección. En este sentido, las mujeres entre los 10 a 19 años son, en la actualidad, uno de los segmentos poblacionales de mayor riesgo biológico y vulnerabilidad social. Ellas están más expuestas a experimentar partos prematuros, bajo peso de los neonatos, mortinatos, abortos e incluso la muerte. Según las estadísticas vitales para el año 2007, se reportaron 5 muertes maternas en niñas de 10 a 14 años y 52 muertes en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, lo que representa en conjunto el 11% del total de muertes maternas registradas ese año.

De acuerdo con los registros de la *Ensmi 2008-2009*, el nivel de educación alcanzado por las adolescentes puede hacer la diferencia en la reducción de los niveles de fecundidad: las adolescentes sin educación alcanzan 185 nacimientos por mil mujeres en este rango de edad; con educación primaria se reportan todavía 124 nacimientos; pero con educación secundaria o superior se disminuye hasta 55 nacimientos.

Por lo anterior, es pertinente destacar la importancia de los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva a nivel de la educación formal desde la primaria, no sólo para evitar embarazos no deseados o espaciarlos, sino también como un mecanismo de protección de la vida de las mujeres adolescentes y jóvenes.

1.2.3 La cobertura de la atención prenatal y el aseguramiento del embarazo saludable

La cobertura y calidad de atención durante el embarazo y el parto están relacionadas con la salud de la madre y el recién nacido. Ello, necesariamente se vincula con el acceso a los servicios de salud y las preferencias culturales.

Para el año base, la cobertura de control prenatal se reportó en 34.2%; la misma se ha incrementado en cada uno de los períodos estudiados. Para el año 2002, alcanzó el 84.3% y, en 2009, hasta el 93.2%. Si bien la cobertura nacional (I, II y III nivel de atención) puede considerarse alta, es importante aclarar que las encuestas (*Ensmi*) reportan el acceso a, por lo menos, una cita de control prenatal durante alguno de los tres trimestres del embarazo. Es decir, no se tiene certeza acerca de la calidad del mismo, en cuanto a la sistematicidad o número de controles durante todo el embarazo; tampoco se tiene antecedentes sobre la cobertura en la aplicación de la vacuna antitetánica o la realización de las pruebas de VIH; de igual manera se ignora el tipo de proveedor de servicios de salud que tuvo a su cargo el o los controles, ya que pudo haberlos realizado personal médico, enfermera, auxiliar de enfermería y/o comadrona, entre otros.

28 El estudio realizado por Guttmacher Institute, con base en datos arrojados por la *Ensmi 2002*, concluye que, «Una quinta parte de todas las mujeres guatemaltecas entre 20 y 24 años (para 2002) tuvo relaciones sexuales antes de los 16 años, dos quintas partes antes de los 18 y casi tres quintas partes antes de los 20...». Guttmacher Institute (2006). «Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante». En *Resumen*, Serie 2006, núm. 5, Guatemala, p. 5.

5

El dato que sí es posible evidenciar a través de la *Ensmi 2008-2009*, es que existen diferencias importantes en la cobertura del control prenatal en la medida en que el embarazo avanza. El mayor porcentaje de mujeres que tuvo acceso a su primera cita de control prenatal se ubica en el primer trimestre del embarazo (60.4%), lo que podría tener relación con el manejo de la incertidumbre y la necesidad de las mujeres de confirmar el embarazo. Para las mujeres que acudieron a su primer control durante el segundo trimestre (28.3%) y en el tercero (4.4%). No se tienen datos que puedan ayudar a comprender los razonamientos individuales y colectivos que operan en esta situación.

Desde el primer nivel de atención (extensión de cobertura), el médico ambulatorio es el encargado de realizar el control prenatal inicial; posteriormente, el seguimiento al control puede realizarlo una auxiliar de enfermería o la comadrona, siempre y cuando el médico no haya detectado anomalías. Por su parte, las comadronas, según el estudio de caso referido,²⁹ durante el primer semestre del embarazo visitan a las mujeres en sus casas cada mes; posteriormente, estrechan la vigilancia sobre las mujeres embarazadas visitándolas en sus casas cada 15 días. Las comadronas que están adscritas a la red del sistema de salud tienen el compromiso de reportar los casos que están atendiendo y de referir a personal especializado aquellos casos que presenten algún tipo de problema fuera de «lo normal». Al mismo tiempo, éste resulta ser un mecanismo de identificación y captación de las mujeres embarazadas antes de que cumplan las 12 semanas de gestación, situación que pudo haber incidido en la alta cobertura que presenta el indicador.

En cuanto al acceso a control prenatal según el nivel educativo de las mujeres

embarazadas no se presentan diferencias drásticas: sin educación es el porcentaje más bajo (89.4); aún así, es una cifra importante; con educación primaria alcanza el 92.9 y con secundaria llega a más del 98.5%. Incluso, entre el área urbana (95.9%) y rural (91.7%) la diferencia alcanza 4.2 puntos.

Lo anterior quiere decir que, aunque el país presenta una cobertura alta en las condiciones antes descritas, todavía persisten problemas para la identificación y monitoreo de las mujeres embarazadas desde el principio del proceso de gestación, considerando que la situación ideal requiere que el sistema de salud tenga la capacidad de integrarlas a un programa de control desde el primer trimestre y propiciar el seguimiento al embarazo para que éste realmente sea saludable y, a la vez, se prevengan factores de riesgo posteriores que puedan afectar a la madre o al neonato.

1.2.4 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Este indicador se mide a través de la proporción de mujeres en edad fértil o sexualmente activas que refieren su deseo de espaciar o limitar los embarazos, pero que no están planificando. En ese sentido, para este análisis es necesario, primero, hacer referencia a la tasa global de fecundidad, la cual representa el número promedio de hijas o hijos que una mujer tiene al finalizar su edad reproductiva. Al respecto, según la *Ensmi 2008-2009*, la tasa global de fecundidad en el país es de 3.6 hijos por mujer; quiere decir que la fecundidad deseada asciende a 2.9 hijos y la no deseada alcanza el 0.7.

Considerando esos elementos, para el año 2002 la necesidad insatisfecha de planificación familiar alcanzaba el 27.6% de

²⁹ Medicus Mundi. *Óp. cit.*, pp. 63-64.



mujeres en edad fértil, cifra que disminuyó hacia 2009 en 20.8% (véase cuadro 5). Esa necesidad insatisfecha puede observarse en el deseo de las mujeres por espaciar los embarazos o bien en su intención de limitarlos definitivamente.

Esa situación se acentúa, por un lado, entre las mujeres sin educación, entre quienes se presenta la mayor proporción de demanda insatisfecha. De hecho, en la medida en que aumenta el nivel educativo, desciende tal proporción (véase cuadro 7).

Por otro lado, también se acentúa según la juventud de las mujeres; los dos segmentos de población que presentan mayor demanda insatisfecha son las adolescentes (15 a 19 años) y las mujeres adultas-jóvenes (20 y 24 años). Asimismo, la demanda insatisfecha es mayor entre las mujeres del área rural (25.4%) e indígenas.

Los embarazos no deseados están más presentes entre las mujeres más jóvenes y sin educación del área rural e indígenas, donde también se concentra la población más pobre

Cuadro 7

Necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, por nivel de educación, edad y grupo étnico

(2008-2009)

Característica	Necesidad insatisfecha		
	Para espaciar	Para limitar	Total
Total República	11.0	9.8	20.8
Nivel de educación			
Sin educación	11.8	16.9	28.7
Primaria	12.0	9.2	21.2
Secundaria	9.0	3.8	12.8
Superior	4.0	1.4	5.5
Grupo de edad			
15-19	20.3	5.3	25.6
20-24	19.7	4.6	24.3
25-29	14.7	6.6	21.4
30-34	9.5	9.9	19.4
35-39	7.1	13.8	21.0
40-44	2.9	15.4	18.2
45-49	2.1	14.5	16.6
Grupo étnico			
Indígena	15.6	14.0	29.6
No indígena	8.0	7.1	15.1

Fuente: elaboración propia con datos de la *Ensmi 2008-2009*.

del país. Este espacio sirve como caldo de cultivo para generar un círculo reproductivo de la pobreza. En él se encuentra con mayor frecuencia la posibilidad de observar períodos intergenésicos más cortos que afectan la salud materna; pero, además, da lugar a la creación de familias numerosas que, a la vez, significan mayor carga de trabajo, principalmente para las madres. Sabidas las consecuencias económicas que les representa como unidades familiares, también puede incidir en la búsqueda de interrupción de los embarazos que, sin la orientación adecuada, conlleva un alto riesgo de muerte materna.

De acuerdo con el contexto descrito, cobra importancia contar con una adecuada oferta de métodos anticonceptivos y la consejería apropiada que informe para cubrir la demanda existente y ayude a prevenir los embarazos no deseados. Ambos aspectos, oferta y consejería sobre anticoncepción tienen que ver con la disponibilidad de métodos, pero particularmente con la calidad y pertinencia de los servicios. A la vez, la calidad y pertinencia cultural se relacionan con la dinámica de desarrollo del recurso humano calificado a nivel nacional. Por ejemplo, hasta el momento, no existe un censo del personal sanitario que identifique el manejo de otro idioma nacional además del español; tampoco existe un mecanismo de formación profesional (técnica y operativa) que busque la permanencia del personal cerca de su comunidad de origen y coadyuve a romper, en algún grado, con la barrera idiomática y cultural que obliga a las mujeres indígenas monolingües a optar por un traductor o traductora, adicional al proveedor de servicios.

Sumado a lo anterior, también incide la capacidad de las mujeres para participar en la toma de decisiones sobre el uso de la anticoncepción para definir la frecuencia y el número de hijos o hijas que realmente se desean, aspecto que se abordará más adelante.

2. Análisis territorial del cumplimiento de las metas

2.1 Razón de mortalidad materna

Razón de mortalidad materna por regiones

Para el año 2007, las regiones que se ubicaron con RMM superiores al promedio nacional (136) fueron, en orden descendente: noroccidente (210), norte (203), Petén (179) y nororiental (174) (véase cuadro 8).

Las dos regiones con la RMM más alta a nivel nacional son también las regiones con los mayores índices de pobreza, analfabetismo en mujeres en edad reproductiva y con población predominantemente indígena. En ese sentido, la región de noroccidente que presenta la cifra más altas en RMM (210), también ocupa el segundo lugar en pobreza extrema (23.61%), el segundo lugar en porcentaje de población indígena (72%) y el penúltimo lugar en nivel de alfabetización en mujeres en edad reproductiva (56.5%).

Por su parte, la región norte, con una razón de 203 casos de muerte materna por 100,000 NV, ocupa el primer lugar de pobreza extrema (38.78%), presenta el mayor porcentaje de población indígena del país (83.8%) y los niveles más bajos de alfabetización de mujeres en edad reproductiva (56.2%). Por otro lado, aunque Petén presenta la tercera RMM más alta (179) y no ofrece las mismas condiciones en el resto de indicadores mencionados, pueden incidir otros factores como la dispersión territorial de la población, la inaccesibilidad geográfica y el reducido número de centros asistenciales especializados y disponibles para la atención de las urgencias obstétricas (4 hospitales y 1 centro del II nivel de atención) (véase cuadro 10).



Cuadro 8

**Razón de la mortalidad materna, por región (2007),
pobreza extrema, población indígena y alfabetización de las mujeres, (2006)**

Región	Razón de muerte materna por 100,000 NV	Pobreza extrema (porcentaje)	Población indígena (porcentaje)	Alfabetización de mujeres en edad fértil (porcentaje)
Noroccidente	210	23.61	72	56.5
Norte	203	38.78	83.8	56.2
Petén	179	14.55	21.5	76.6
Nororiente	174	19.98	13.1	77.3
Suroccidente	120	16.88	50.8	71
Central	115	10.4	36.7	82.8
Suroriente	67	13.92	7.1	77.1
Metropolitana	58	0.45	10.9	93
Total República	136	15.22	38.4	75.9

Fuente: elaboración propia con datos del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007* y *Encovi 2006*.

Razón de mortalidad materna por departamento

El análisis a nivel departamental sobre el porcentaje de avance en la disminución de la brecha del año 1989 hacia 2015, muestra que existen dos departamentos que al año 2007 ya habían cumplido y rebasado la meta establecida internacionalmente. Se trata de Zacapa, con una RMM de 34 (cuya meta al 2015 es de 67); el otro caso es Jalapa, con una razón de 43 (meta de 59). Véase cuadro 1 de anexo y mapa 1.

Destacan, además, seis departamentos que han reducido en más del 75% su respectiva brecha, estos son: Santa Rosa, Sololá, Guatemala, El Progreso, Escuintla y Suchitepéquez: por lo tanto, de mantenerse tales avances en 2015, podrían perfectamente llegar a cumplir con la meta establecida. Es importante resaltar que este grupo de departamentos corresponden a regiones con menores niveles de pobreza que las regiones del norte y noroccidente donde se

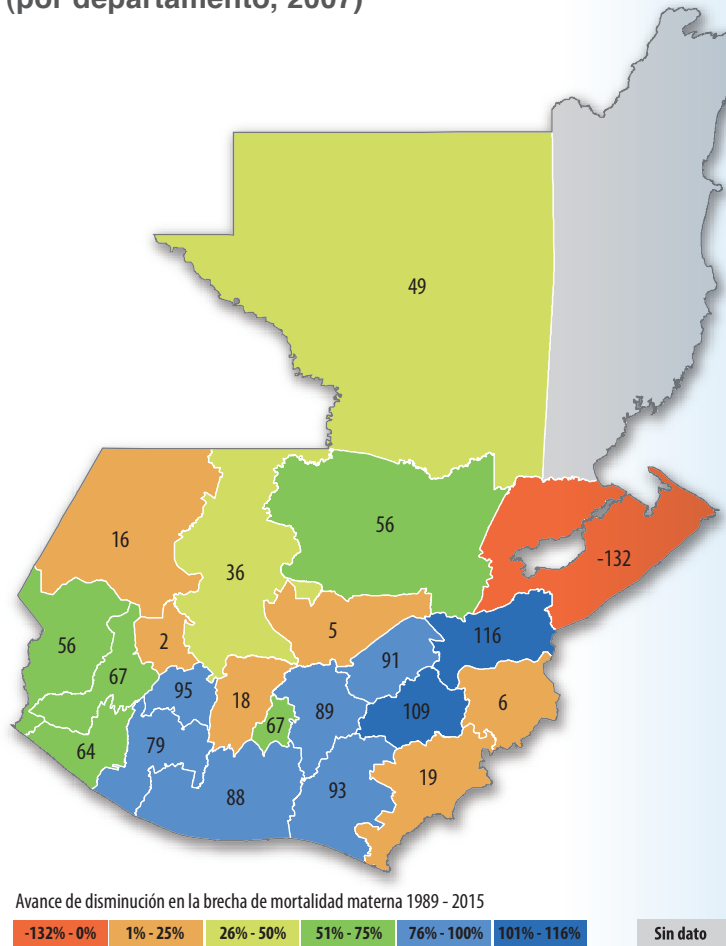
concentran las mayores razones de muerte materna (véase mapa 1).

Sin embargo, siete departamentos no han logrado reducir su brecha o lo han hecho en un porcentaje inferior al 25%. De éstos, Baja Verapaz, con un nivel de avance en la disminución de la brecha del 5%, y Huehuetenango, con 16%, pertenecen a las regiones más pobres del país. El resto de departamentos de este grupo presenta también la característica de ser de los más pobres de su región, o con proporciones importantes de población indígena.

En el caso de Chimaltenango, con un 18% de avance en la disminución de la brecha al año 2015, es el departamento que presenta la mayor concentración de pobreza extrema en mujeres (19%) y la mayor proporción de población indígena (75%) de la región central, de acuerdo con la *Encovi 2006*. Jutiapa, por su parte, aunque presenta un avance del 19% en la reducción de su brecha, dentro de la región suroriental, ocupa el primer lugar en

Mapa 1

Porcentaje de avance en la disminución de brechas para alcanzar la meta en el año 2015 (por departamento, 2007)



Fuente: elaboración propia con datos del *Informe Ramos 1989* y del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

población indígena (15%) y el segundo lugar en pobreza extrema en mujeres (11%).

Chiquimula, de la región nororiental, y Totonicapán, de la suroccidental, son dos de los departamentos más rezagados. Chiquimula con 5% de avance tiene el primer lugar en pobreza extrema en mujeres (26%) y el segundo de población indígena para su región. Mientras que Totonicapán, con una brecha a 2015 de 98% (apenas 2% de avance), posee el primer lugar de población indígena (97%) y el segundo de concentración de pobreza extrema en mujeres a nivel de su región (19%).

En el mapa 1 se observan los departamentos de Alta Verapaz, San Marcos, Sacatepéquez, Retalhuleu y Quetzaltenango en color amarillo, cuyo avance en la reducción de la brecha desde el año base hacia 2015 se encuentra en el rango de 51 a 75% (véase cuadro 1 en anexo estadístico).

Llama la atención el caso de Alta Verapaz, departamento que logró reducir la RMM 148 puntos entre el año base y la última medición (de 355, en 1989, a 207, en 2007), logrando así un avance en la disminución de la brecha del 56%. No obstante lo anterior, continúa siendo una de las RMM más altas a nivel



nacional. A la vez, este departamento de la región norte reporta un 42% de pobreza extrema en mujeres con una alta densidad de población indígena (89%). Un factor que puede estar incidiendo en los avances de este departamento puede ser la priorización estatal sobre la vigilancia de la mortalidad materna a partir de que, en el año 2000, representó la RMM más alta del país. Súmese a ello la participación ciudadana del observatorio de salud reproductiva a nivel departamental, que coordina acciones con el Consejo Departamental de Desarrollo (Codede), así como la inversión de la cooperación internacional. Sin embargo, Alta Verapaz aún debe alcanzar una RMM de 89 para el año 2015.

Contrario al caso mencionado, el departamento de Izabal, en la región nororiental, lejos de reportar avances presenta un retroceso en materia de muerte materna (-132% de avance en la disminución de la brecha). De reportar una RMM de 152, en 1989, pasó a 312 en 2007, mientras que la meta establecida a 2015 es de 38 RMM.

Si bien este departamento ocupa en la región el segundo lugar de pobreza extrema en mujeres (18%) y el primer lugar en población indígena, se considera que uno de los factores que influye sobremanera en esta situación son las vías de comunicación desde las comunidades hacia los centros de atención, considerando que se requiere no sólo de transporte terrestre sino también acuático para atravesar ríos, lagos, humedales y manglares que dificultan el acceso y retrasan las emergencias

obstétricas, principalmente si se aplican las otras fases de demoras.

Muertes maternas por municipios

Para el análisis municipal se cuenta únicamente con el número (casos) de muertes maternas ocurridas en casa municipio³⁰. En 2007 de los 333 municipios del país, 185 registraron casos de muerte materna. En ese universo se identificaron 25 municipios donde se concentró el 38% del total de las muertes maternas a nivel nacional (200 muertes), (véase cuadro 9 y mapa 2).³¹ El resto de las muertes (322) se reportaron en los otros 160 municipios, distribuyéndose estas de la siguiente manera (en orden de mayor cantidad a menor cantidad de muertes registradas)³²: en 24 municipios 96 casos (18.4%), en 25 municipios 75 casos (14.4%), en 40 municipios 80 casos (15.3%), en 71 municipios 71 casos (13.6%), (véase cuadros 3 y 4 en anexo estadístico).

Considerando que el 38% de la mortalidad materna se focaliza en estos municipios, si sus servicios de salud y el recurso humano fueran «acreditados para brindar atención materno-neonatal»,³³ y bajo el supuesto de que esto contribuye a la reducción de la muerte materna a un ritmo de 10% anual, entre 2011 y 2015, se podría reducir el 20% adicional de la razón de mortalidad materna nacional.

La distribución geográfica de la mortalidad materna por municipio puede ser observada en el mapa 2: destaca especialmente que 7 municipios presentan de 10 a 15 muertes maternas; 18 municipios, entre 5 a 9 muertes.

30 No se calcula la RMM, debido a que el denominador «NV» en los municipios es muy bajo, por lo que por cada incremento o disminución de una muerte materna se generan variaciones que podrían distorsionar el dato entre un periodo y otro al momento de hacer comparaciones.

31 Al concluir el informe final del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*, se dispondrá de datos sobre las demoras y la muerte hospitalaria desagregados territorialmente, datos con los cuales se podrá tener mayor certeza sobre los factores que inciden en las muertes para considerar las medidas urgentes de atención de emergencias obstétricas.

32 En 24 municipios sucedieron 4 muertes en cada uno; en 25, tres muertes en cada uno; en 40, dos muertes en cada municipio; y en los últimos 71 una muerte en cada uno.

33 Esta acreditación esta legislada en la *Ley de Maternidad Saludable*, (Decreto Número 32 -2010). Publicada el 7 de octubre en el *Diario de Centro América*.

Cuadro 9

Número de casos de muerte materna consignados en los 25 municipios que registran una ocurrencia mayor a cinco casos (2007) y su relación con disponibilidad de servicios de 24 horas

Código de municipio	Departamento	Municipio	Casos mortalidad materna (2007)	Porcentaje acumulado que representan las muertes	Servicio de atención 24 horas (2010)
101	Totonicapán	Momostenango	15	3	CAP
102	Guatemala	Guatemala	14	6	Hospitales y maternidades
103	Alta Verapaz	Cobán	14	8	Hospital
106	Izabal	Morales	14	11	Sin servicio
107	Alta Verapaz	San Pedro Carchá	13	13	CAP
108	Huehuetenango	Barillas	11	16	CAP
109	Alta Verapaz	Senahú	11	18	CAP
110	Chimaltenango	Tecpán Guatemala	9	19	Sin servicio
111	Chiquimula	Chiquimula	8	21	Sin servicio
114	Quiché	Santa Cruz del Quiché	7	22	Hospital
115	Quiché	Chichicastenango	7	24	CAP
116	Izabal	El Estor	7	25	Caimi
117	Escuintla	Escuintla	6	26	Hospital
202	San Marcos	Concepción Tutuapa	6	27	CAP
203	Quiché	Chajul	6	28	CAP
301	Alta Verapaz	Chahal	6	30	CAP
302	Izabal	Livingston	6	31	CAP
304	Totonicapán	Totonicapán	5	32	Hospital
307	Totonicapán	San Francisco El Alto	5	33	CAP
311	Quiché	Cunén	5	34	CAP
312	Baja Verapaz	Purulhá	5	34	CAP
315	Alta Verapaz	Panzós	5	35	CAP
401	Alta Verapaz	La Tinta	5	36	Hospital
402	Petén	Sayaxché	5	37	Hospital
403	Jutiapa	Jutiapa	5	38	CAP
Total	13 departamentos	25 municipios	200	38	22 municipios con servicios

Fuente: elaboración propia con datos del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*. Todos los municipios forman parte del programa presidencial «Mi familia progresa».

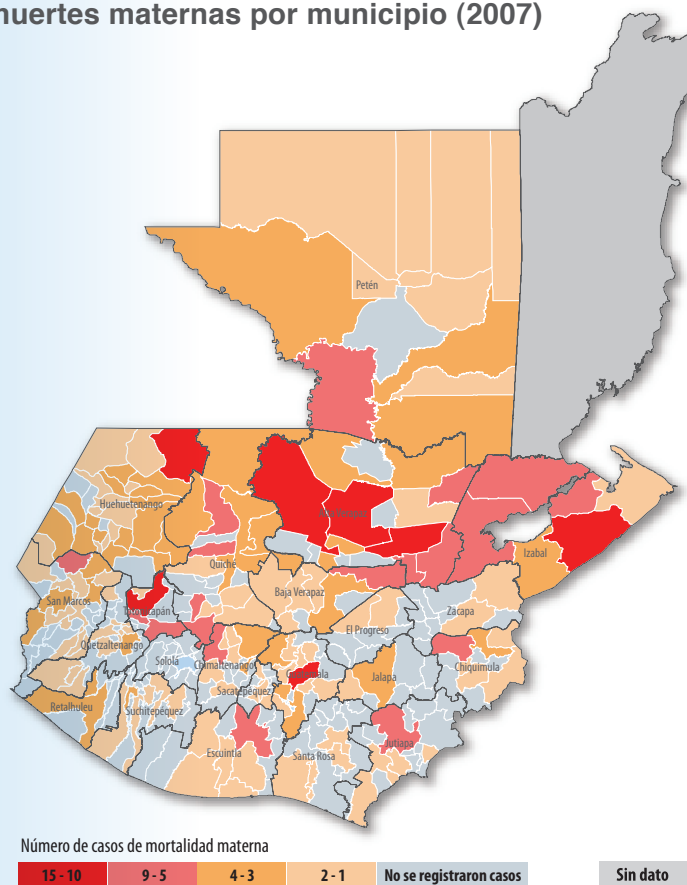
Los primeros siete municipios corresponden, con excepción de Guatemala, a los cuatro departamentos con mayor razón de mortalidad materna. En el caso del municipio de Guatemala se debe considerar que si bien

allí se encuentran los hospitales de referencia nacional y el estudio establece la muerte por residencia, los familiares de las difuntas tienden a registrar direcciones del municipio de Guatemala aunque no residan en el mismo.



Mapa 2

Número de muertes maternas por municipio (2007)



Fuente: elaboración propia con datos del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

2.2 Proporción de partos con asistencia de personal médico y de enfermería³⁴

En el período 2008-2009, en el área urbana, se atendió el 77% de los partos con personal especializado, lo cual representa una diferencia de 11.4 puntos porcentuales más que en 2002. Por otra parte, los partos atendidos en el área rural sólo representaron el 36.5%, sin embargo, respecto del año 2002, el porcentaje aumentó a 7%. Esto significa que, a nivel urbano, se sobrepasó la meta por 12 puntos y, a nivel rural, existe una brecha de 28.5 puntos, ambos casos comparados con la meta nacional (65%).

En esta situación intervienen principalmente dos aspectos; por un lado, que los centros de atención con personal calificado que pueden asistir los partos se encuentran localizados en las urbes (cabeceras departamentales y municipales); mientras que, en el área rural, no se cuenta con ese tipo de infraestructura. Esto implica que las mujeres deben ser trasladadas, cuando así lo deciden sus familias, hacia el área urbana. Sin embargo, con la información con la que se cuenta, no se puede dimensionar qué proporción de las mujeres atendidas en el área urbana realmente son residentes de las mismas

³⁴ En la *Ensmi 2008-2009*, la proporción de los partos atendidos por personal médico y de enfermería coincide con la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud.

urbes o de alguna comunidad rural. Lo ideal sería poder dimensionarlo para verificar la apropiación (o rechazo) de la población sobre los centros y la efectividad de los mismos en función de su proyección geográfica y social como servicio público, cuestión relacionada también con el ambiente habilitante mínimo (infraestructura, equipo, medicamentos e insumos).

Por otro lado, para las mujeres embarazadas que residen en el área rural y que necesitan ser movilizadas hacia los centros urbanos, ello implica contar con los recursos económicos para costear el traslado, la existencia de

transporte público o privado, así como la disposición oportuna de las familias para realizar el viaje hacia el centro asistencial. Al respecto, los partos son atendidos en casa de la mujer embarazada o comadrona en una proporción de 63% en el área rural y 23% en la urbana (2008-2009).

Un elemento del sistema de referencia y respuesta que puede fortalecer el traslado de mujeres con y sin presentar emergencias obstétricas es la dotación de ambulancias a los centros de salud. A partir del año 2008, a través del Consejo de Cohesión Social se han entregado de manera progresiva, en los

Cuadro 10

Red de servicios de salud, segundo y tercer nivel de atención (2010)

Código de registro del INE	Departamento	Centro de Atención Permanente -(CAP)-	Centro de Atención Integral Materno Infantil -(Caimi)-	Ambulancias entregadas	Hospitales
1	Guatemala	14	0	22	3
2	El Progreso	2	0	7	1
3	Sacatepéquez	1	0	2	1
4	Chimaltenango	3	0	6	1
5	Escuintla	8	0	13	2
6	Santa Rosa	8	0	11	1
7	Sololá	18	0	17	1
8	Totonicapán	7	0	9	1
9	Quetzaltenango	12	0	13	2
10	Suchitepéquez	5	0	10	1
11	Retalhuleu	2	0	5	1
12	San Marcos	14	1	20	2
13	Huehuetenango	18	1	33	2
14	Quiché	20	1	28	4
15	Baja Verapaz	5	0	9	1
16	Alta Verapaz	13	1	24	3
17	Petén	1	0	12	4
18	Izabal	2	1	9	1
19	Zacapa	3	0	4	1
20	Chiquimula	4	0	13	1
21	Jalapa	4	0	7	1
22	Jutiapa	10	0	13	1
Total:		174	5	287	36

Fuente: elaboración propia con información de la Unidad de Supervisión Monitoreo y Evaluación DGSIAS- MSPAS (2010).



denominados «municipios priorizados», 287 unidades de transporte. Contar con transporte secundario de pacientes que funciona en la misma red de servicios de salud ha sido un avance importante para las comunidades, ya que ello puede redundar en un mayor conocimiento y apropiación de los servicios especializados para la atención obstétrica. Todavía se mantiene como un desafío contar con transporte primario que atienda directamente las emergencias comunitarias hacia los servicios de salud, cuestión que ya ha sido contemplada en los planes de emergencia comunitarios,³⁵ pero, por la falta de recursos, no logra concretarse su implementación.

Otro aspecto a considerar al analizar la brecha urbano-rural es la situación de la formación de personal médico en el país, ya que se trata de un proceso largo y oneroso que exige dedicación a tiempo completo; además de que las escuelas formadoras se

ubican únicamente en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango y Chiquimula. Esto sugiere que los profesionales formados no corresponden, en su mayoría, a los departamentos más postergados del país.³⁶

Además, es importante considerar que la oferta laboral para personal especializado del MSPAS y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Igss), al menos para 2008-2009, se concentra en el departamento de Guatemala (71.4%) y en la región central (55.%). Situación que se agrava en la contratación de recurso humano especializado para la red de servicios del primer nivel de atención, ya que, a pesar de que existen incentivos salariales para trabajar en las localidades más postergadas del país, los emolumentos no necesariamente llenan las expectativas de los nuevos profesionales.

Como puede observarse en el cuadro 11, en todas las regiones del país ha aumentado la

Cuadro 11

Porcentaje de partos atendidos por médico/enfermera por región, según incidencia de la pobreza extrema y existencia de centros de atención de II nivel (2002- 2008/2009)

Región	Porcentaje de partos atendidos por médico y/o enfermera		Incidencia		Tipo de centros de atención*		Ambulancias entregadas*
			pobreza extrema (porcentaje)		(número)		
	2002	2008-2009	2000	2006	CAP	Caimi	(número)
Metropolitana	70.7	88.4	0.63	0.5	14	0	22
Norte	24.7	39.7	39.06	38.8	18	1	33
Nororiente	40.7	53.0	8.93	20.0	11	1	33
Suroriente	32.2	62.7	20.12	13.9	22	0	31
Central	47.0	63.1	8.74	10.4	12	0	21
Suroccidente	31.2	45.1	16.96	16.9	58	1	74
Noroccidente	19.3	21.2	31.51	23.6	38	2	61
Petén	30.4	43.1	12.88	14.5	1	0	12

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 2002 y 2008/2009*; *Encovi 2000 y 2006*; *USME, DG SIAS, MSPAS (2010).

35 Los planes de emergencia comunitarios consisten en reconocer las señales de peligro y hacer los preparativos necesarios, tanto en el ámbito familiar (a dónde ir, cuánto dinero tener listo, quién cuidará la casa y a los otros hijos), como en el comunitario (quién acompañará a la mujer embarazada, cómo se transportará, qué ayuda económica puede proveérsele). Todo, con el propósito de facilitar la decisión oportuna de la familia de buscar atención calificada en caso de presentarse una emergencia obstétrica o neonatal. MSPAS (2004). *Informe del estudio de movilización comunitaria*. Guatemala, marzo de 2004, p. 1.

36 Ante esa situación, desde el año 1999, como parte de un programa de cooperación entre Cuba y Guatemala, se ha permitido, a través de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba, la graduación de 558 jóvenes profesionales (hombres y mujeres), muchos de los cuales residían en el área rural y cuyo compromiso era volver de Cuba para ejercer justamente en el área rural guatemalteca.

5

proporción de partos asistidos por personal médico y/o enfermera (2002 a 2008-2009). En la región suroriente el aumento fue considerable (30.5%), mientras que, en noroccidente, fue mínimo (1.9%). En cambio, en el resto de regiones el incremento en el porcentaje de partos con asistencia especializada osciló entre 12 y 17%.

Las tres regiones que presentan las más bajas coberturas de parto institucional son las mismas que en el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*, presentan las mayores razones de mortalidad materna: noroccidente, norte y Petén.

En suroriente (Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa) el aumento sustantivo de partos con asistencia especializada se relaciona con la disminución de los que atienden las comadronas (62.2%, en 2002, a 36.7%, en 2009). Ello coincide con una disminución de la pobreza extrema entre 2000-2006 (6.22%). Asumiendo que dicha asistencia pudiera haberse mantenido hasta 2009, es posible que también hubiese incidido una mayor solvencia económica para realizar los traslados hacia los servicios institucionales de salud, o bien, a través de la dotación de ambulancias (31) y de un número importante de CAP (22), donde se atienden partos normales. En esta región se presentaron 20 casos de mortalidad materna en el año 2007 (véase cuadro 2 anexo estadístico), lo que equivale a una razón de 67 por 100,000 NV.

De hecho, el suroriente y la región central tienen las brechas más reducidas (2.3 y 1.9%, respectivamente) respecto de la meta nacional (65%). Una facilidad que las caracteriza es que tienen vías de comunicación que favorecen el acceso a la región metropolitana; hay intercambio laboral de personal médico y paramédico que vive en el departamento de

Guatemala y se traslada a departamentos de esas regiones. Los niveles altos de cobertura de la región metropolitana pueden asociarse con la movilidad de la demanda para la atención especializada del parto, particularmente en los servicios del tercer nivel de atención. Muchos de los casos que se atienden en la zona metropolitana provienen de los departamentos circunvecinos.

Al analizar las brechas por regiones respecto de la meta a nivel nacional, las más amplias se encuentran en noroccidente (43.8 puntos porcentuales) y norte (25.3 puntos), que continúan como las poblaciones más rezagadas a pesar de los esfuerzos realizados por el sistema de salud con la apertura de CAP, Caimi y la dotación de ambulancias. Sin embargo, vale aclarar que los departamentos que conforman estas regiones tienen las topografías más variadas y accidentadas del país; por lo tanto, acceder a los servicios continúa siendo difícil.³⁷

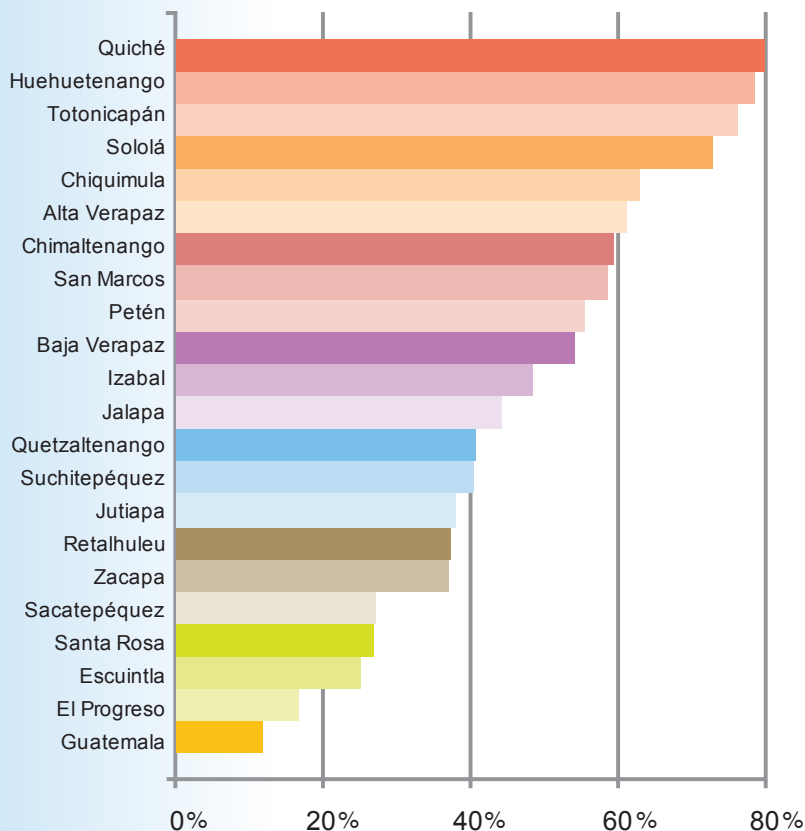
A pesar de que la región de suroccidente se caracteriza porque la pobreza extrema se mantuvo casi inmutable entre 2000 y 2006, tiene una brecha más baja, con respecto a la meta nacional, de partos atendidos por médico y enfermera, que las dos regiones anteriores (20 puntos porcentuales). Ello quiere decir que las mujeres han acudido más a los servicios de salud para ser atendidas y que el sistema de salud ha sido más eficiente a partir de facilitar el traslado de las mujeres a los centros de atención. Sin embargo, poco más de la mitad de los partos en la región es atendida por comadrona (54.5%), principalmente en los departamentos de Sololá y Totonicapán, donde sobrepasan las tres cuartas partes del total de partos atendidos (72.7 y 76.1%, respectivamente) (véase gráfica 1).

37 Existen personas de las comunidades que, para acceder a la cabecera municipal, no se diga departamental, deben viajar durante varias horas (entre 8 y 12 horas) por caminos de terracería e incluso carreteras pavimentadas sinuosas y accidentadas; tal es el caso de varias de las comunidades del municipio de Barillas, en Huehuetenango, y Chahal, en Alta Verapaz, por mencionar solo algunos lugares.



Gráfica 1

Porcentaje de atención de partos por comadrona en casa de la mujer embarazada, por departamento



Fuente: elaboración propia con datos de la *Ensmi 2008-2009*.

La región nororiente (El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula) tiene una brecha de 12% respecto de la meta nacional. Es una de las regiones donde la pobreza extrema aumentó (11.7%) en lugar de disminuir, lo cual pudo hacer a las familias menos proclives a utilizar los servicios médicos de los centros de atención. Los partos atendidos por comadrona alcanzan el 46.7% del total. En este caso, el promedio regional se encuentra afectado por el departamento de Chiquimula, el cual reporta una cobertura de 37% de parto asistido por personal especializado y 62.8% por comadronas.

A nivel departamental, cinco han logrado sobrepasar la meta nacional definida por la entidad rectora de salud. Se trata de Guatemala, cuya cobertura asciende a 88.4%. Le siguen, El Progreso (82.1%), Escuintla, Santa Rosa y Sacatepéquez, con poco menos de las tres cuartas partes de partos asistidos por médicos y/o enfermeras. Geográficamente, este conjunto de departamentos se encuentra rodeando al de Guatemala por los cuatro puntos cardinales. Por lo tanto, a quienes viven en ellos se les facilita el acceso a una diversidad de servicios de salud públicos y privados.

En el otro extremo se encuentran los departamentos donde la cobertura no alcanza siquiera la cuarta parte de partos asistidos por personal especializado. Estos son Quiché, Huehuetenango, Totonicapán y Sololá, los cuales también se caracterizan por la alta proporción de partos (mayores al 60%) atendidos en casa por comadrona, junto con Chiquimula y Alta Verapaz. A la vez, estos departamentos presentan las proporciones más bajas de atención post parto (por debajo del 25%).

2.3 Distinciones en el uso de anticonceptivos a nivel territorial

El uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en el área urbana y en la rural. En el medio urbano aumentó nueve puntos porcentuales de 2002 a 2008-2009 (56.7 a 65.7%), mientras que, en el área rural, la utilización de la anticoncepción se incrementó en casi 11 puntos (34.7 a 45.6%), en el mismo período. En ambos espacios y períodos prima la preferencia por los métodos modernos. Los más utilizados, según la *Ensmi 2008-2009*, son la esterilización femenina (25.6% en las ciudades y 13.9% en el área rural) y la inyección (13.7% en el área urbana y 15.5% en la rural).

Este crecimiento en el área rural está estrechamente vinculado con el uso de anticonceptivos entre la población indígena que, de 23.8, pasó a 40.2%, representando 16.4 puntos porcentuales más; esto es un avance considerable para la población indígena que vive en el área rural, aún mayor en comparación con la población no indígena (10.5%).

En ese incremento, el sector público ha contribuido sustancialmente. Para el MSPAS mantener la oferta de métodos ha implicado, en primera instancia, que el personal de

salud se sensibilice y empodere para ofrecer de manera sistemática los métodos con los que se cuenta; además, conlleva la provisión y aseguramiento de los insumos necesarios. Además, el MSPAS ha incrementado significativamente el aporte financiero para la compra de métodos de planificación familiar. De aportar el 5% en el año 2002 pasó al 90% en 2009.

A nivel regional (cuadro 12), también se registra una tendencia al aumento en la utilización de métodos anticonceptivos en todas las regiones (2002-2009); sin embargo, la distribución porcentual varía entre las mismas. El suroriente y el norte son las zonas que presentan los incrementos más altos: 23.8 y 16.9 puntos, respectivamente. La que reporta el menor aumento es el noroccidente (6.8%). Llama la atención que las regiones, nororiente, metropolitana y Petén, en ese orden, tuvieron incrementos modestos entre el rango de 11.9 y 12.6%. Mientras que la región central y el suroccidente lograron mejores avances: 14.6 y 14.3%, respectivamente.

Desde otro punto de vista, las regiones que están por encima del promedio nacional (54.1%) son, en orden de importancia, metropolitana (72.1%), central (62.6%) y suroriente (56.7%). Los datos sugieren que las regiones con mayor uso de métodos anticonceptivos responden al mayor nivel de educación alcanzado por las mujeres. En ese sentido, en estas regiones también se reportan los porcentajes más bajos de mujeres sin escolaridad para 2009 (7.2, 13.7 y 13.6%, respectivamente); a la vez, presentan niveles relativamente altos de educación, aunque de forma muy heterogénea. Por ejemplo, la región metropolitana muestra los niveles más altos de educación secundaria y superior por la facilidad de acceso al servicio. El suroriente y la zona central registran porcentajes arriba del 50% en educación primaria, aunque, en el nivel secundario, destaca únicamente esta última.



Cuadro 12

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos por región, según nivel educativo de las mujeres

(2002 - 2008/2009)

Región	Porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos		Nivel de educación de las mujeres (porcentaje)							
			Sin educación		Primaria		Secundaria		Superior	
	2002	2008-2009	2002	2008-2009	2002	2008-2009	2002	2008-2009	2002	2008-2009
Metropolitana	60	72.1	12.9	7.2	35.1	34.5	43.2	44.4	8.8	13.2
Norte	32.3	49.2	49.0	36.7	41.2	43.1	8.80	15.4	1.0	2.8
Nororiente	41.7	53.6	28.0	19.8	50.6	45.3	19.6	28.9	1.7	4.9
Suroriente	32.9	56.7	28.8	13.7	57.6	56.7	11.9	24.7	1.7	4.0
Central	48	62.6	21.7	13.6	50.7	50.4	24.2	30.6	3.4	4.1
Suroccidente	35.7	50	29.7	19.6	50.8	48.7	17.9	26.2	1.6	4.6
Noroccidente	27.3	34.1	44.0	37.9	42.6	48.1	12.7	11.3	0.7	2.0
Petén	33.9	46.5	31.0	25.2	50.4	48.5	18.3	24.3	0.4	1.7

Fuente: elaboración propia con datos *Ensmi 2002 y 2008/2009*.

En el suroriente, el promedio regional se ve afectado por el departamento de Jalapa, que se presenta como el más rezagado. Reporta solamente el 48.1% de uso de anticonceptivos. En Jalapa, el sector público provee el 62.3% de métodos modernos y, en la región, es el departamento que presenta el mayor porcentaje de mujeres sin educación. En cambio, en la región central, esta posición la ocupa el departamento de Chimaltenango, donde el 50.2% de las mujeres en edad fértil reportó utilizar algún método anticonceptivo; la particularidad en este departamento es que la fuente mayoritaria de métodos modernos, por casi un punto porcentual, es el sector privado (48.9%) respecto de la fuente pública (48.0%). De los tres departamentos que conforman la región, también es el que posee el mayor porcentaje de mujeres sin educación (14.7%).

La región que indica un porcentaje más cercano al promedio nacional es el nororiente (53.6%) y le sigue de cerca el suroccidente (50.0%). En ambas regiones son bastante

similares los porcentajes del nivel educativo de las mujeres, como puede observarse en el cuadro 12. Sin embargo, particularizando a nivel departamental, en la primera región, Chiquimula presenta los datos de mayor rezago en el uso de anticonceptivos (44.3%); en la segunda región esta posición la ocupan Sololá y Totonicapán (37.8 y 40.1%, respectivamente). En estos departamentos, la fuente principal de métodos anticonceptivos es el sector público (arriba del 58%); pero, además, también son los departamentos que registran la mayor proporción de mujeres sin educación, a saber, 26.5% en Chiquimula, 31.6% en Sololá y 28.1% en Totonicapán.

La misma tendencia presentan las regiones que están por debajo del promedio nacional; en su orden, norte (49.2%), Petén (46.5%) y noroccidente, la más rezagada (34.1%). En estas regiones, principalmente norte y noroccidente, los departamentos que las conforman son los más postergados a nivel nacional en materia socioeconómica,

educación e infraestructura vial, donde, a pesar de haber mejorado la cobertura de la red de centros de atención, todavía representa un reto importante fortalecer el ambiente habilitante, la calidad y pertinencia cultural del sistema de salud, considerando también que, en esta área de la República, predomina la población indígena, que, efectivamente, requiere de atención especializada e integral, no sólo en materia biomédica.

La no utilización de los métodos anticonceptivos, además de estar asociada con el alcance de la oferta de servicios, principalmente públicos (70.2% en el área rural y 46.1% en la urbana), también lo está con el nivel educativo de las mujeres: a menor educación, menor uso de la anticoncepción. Al mismo tiempo inciden los aspectos eminentemente culturales que median las decisiones cotidianas de las mujeres, aunque particularmente de sus parejas.

2.4 El escenario territorial en la fecundidad adolescente

La tasa específica de fecundidad entre las adolescentes (2009) es mayor en el área rural (114 nacimientos por 1000 mujeres entre 15-19 años) que en el área urbana (78 nacimientos). A nivel rural, en 2002, se registró una tasa de 133 nacimientos por mil mujeres adolescentes, lo que implica, para el año 2009, un descenso de 19 nacimientos. En tanto que, en el área urbana, en 2002, se registró una tasa de 85, cuyo descenso en 2009 constituyó 7 nacimientos por mil mujeres adolescentes.

De acuerdo con la *Ensmi 2008-2009*, en el área urbana, el 14.8% de las mujeres adolescentes ya era madre al momento de la realización de la encuesta; para el 3.1% de las jóvenes era su primer embarazo; es decir, el 17.9% había experimentado estar

Cuadro 13

Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años) y porcentaje de adolescentes que han experimentado al menos un embarazo, por región (2008- 2009)

Región	Tasa de nacimientos por 1,000 mujeres adolescentes	Porcentaje de mujeres que reportaron por lo menos un embarazo		
		Ya es madre	Es su primer embarazo	Total de adolescentes con algún embarazo
Metropolitana	85	16.5	3.5	20.0
Norte	94	17.0	7.7	24.6
Nororiente	93	17.5	2.3	19.8
Suroriente	111	19.6	5.6	25.2
Central	84	14.4	2.5	17.0
Suroccidente	99	16.8	4.1	20.9
Noroccidente	111	19.5	3.9	23.4
Petén	133	27.2	7.3	34.5

Fuente: elaboración propia con datos de la Ensmi 2008-2009.



embarazada. En el ámbito rural, un cuarto de la población femenina adolescente (24.9%) manifestó haber estado embarazada al menos una vez (el 19.7% ya era madre y el 5.1% experimentaba su primer embarazo).

Quiere decir que un cuarto de la población femenina, rural y adolescente y una sexta parte de la urbana, que está embarazada o que tiene por lo menos un hijo, probablemente, ha delimitado sus expectativas en el futuro inmediato. De hecho, a nivel nacional, se continúa comprobando el abandono de los estudios por parte de las adolescentes embarazadas. Según la *Ensmi 2008-2009*, el 7.0% de las jóvenes no tenía educación; sólo el 20.9% tenía primaria completa y 26.2% incompleta; 3.6% había cursado la secundaria completa y 40.7% lo había hecho en forma incompleta. De esa cuenta, las oportunidades de empleo seguramente

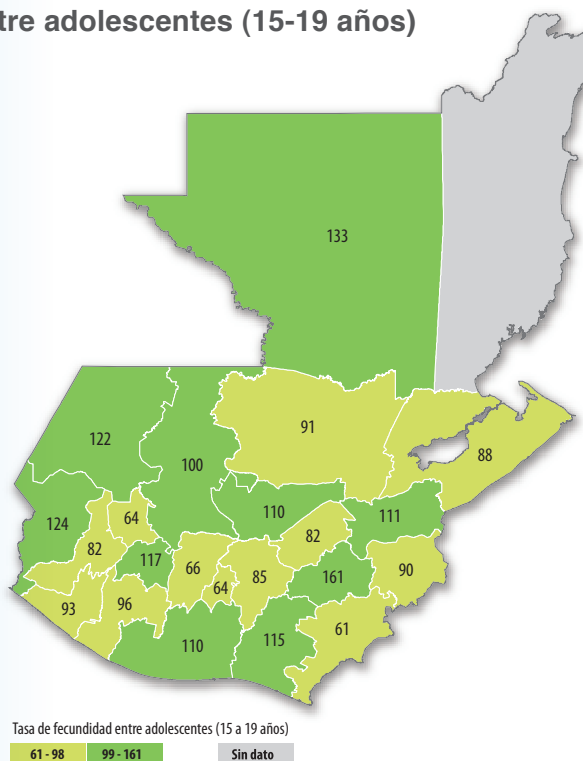
se reducen y se incrementa el riesgo de reproducir los círculos de pobreza.

A nivel regional, para el año 2009, las que presentan una tasa mayor al promedio nacional, 98 nacimientos por mil mujeres adolescentes, son: Petén (133), noroccidente (111), suroriente (111) y suroccidente (99). En estas regiones, las proporciones de mujeres que ya habían experimentado algún embarazo también eran altas, principalmente en Petén (34.5%) y suroriente (25.2%) (véase cuadro 13).

En suroriente, los departamentos de Jalapa y Santa Rosa reportaron tasas arriba del promedio nacional. Una diferencia significativa presenta el departamento de Jutiapa, con una tasa mucho menor de 61 nacimientos (véase mapa 3).

Mapa 3

Tasa de fecundidad entre adolescentes (15-19 años) (2008-2009)



Fuente: elaboración propia con base en datos de la *Ensmi 2008-2009*.

En los departamentos de Huehuetenango y Quiché, como parte de la región noroccidente, las tasas son también considerablemente altas. La maternidad adolescente se convierte en otro indicador alarmante: en la región, el 23.4% de las jóvenes señaló haber estado o estar embarazadas en esa etapa de su vida, con las consecuencias que ello implica en su contexto.

Por su parte, en la región suroccidente, contrario a lo que se ha venido encontrando en los otros indicadores de esta meta, es el departamento de San Marcos el que presenta la mayor tasa de fecundidad de madres adolescentes y sigue mostrando rezagos Sololá.

Por abajo del promedio nacional se sitúan las siguientes regiones: metropolitana (85), central (84), nororiente (93) y norte (94). En la región central, es el departamento de Escuintla el que reporta mayor cantidad de nacimientos; en nororiente es Zacapa y, en el norte, es Baja Verapaz. Contrario a lo que se hubiera pronosticado, son los departamentos con menor predominio de población indígena donde se presentan las tasas de nacimientos de madres adolescentes más altas.

En ese panorama general para 2009 a nivel de los territorios, las madres adolescentes (unidas o madres solteras) constituyen un segmento de población que requiere de atención especial por parte del Estado y la sociedad, no sólo por su papel de madres «prematuros», sino también en función de su salud sexual y reproductiva, educación (por lo menos secundaria completa), empleo decente y desarrollo como mujeres.

2.5 Cobertura de atención prenatal

La cobertura de atención prenatal se encuentra distribuida 95.9% a nivel urbano y 91.7% a nivel rural. Haciendo una comparación

entre los años 2002 y 2008-2009, se puede observar que en ambos niveles se registraron aumentos, aunque la mayor proporción se presenta en el área rural, donde se incrementó 9.9 puntos. En cambio, en la urbe, en 2002, se registró una cobertura de 89.8%, lo cual significa un incremento importante de 6.1 para 2009. Nuevamente, se hace la salvedad de que el control prenatal reportado por la *Ensmi* da cuenta de, por lo menos, un control durante el embarazo, por lo que el nivel de cobertura mostrado debe tomarse con las reservas del caso.

Como se indicó antes, no se tiene certeza del tipo de prestador de servicios de salud que propició el control prenatal de las mujeres embarazadas, tampoco de la sistematicidad con que se brinda este servicio; no obstante, sí se conoce que, en el área rural, interviene directamente el personal del primer nivel de atención (extensión de cobertura), donde médicos, auxiliares de enfermería y comadronas tienen a su cargo esa labor. Mientras que, en el ámbito urbano, la oferta de servicios tiende a ser más amplia, tanto a nivel público (MSPAS e Igss), como desde el subsector privado.

Además, para este indicador, es necesario destacar que la cobertura de atención prenatal a nivel rural se favorece por el trabajo que desempeñan las comadronas en ciertos ámbitos sociales, donde la ausencia y permanencia del personal especializado es mayor. En ese sentido, las comadronas ofrecen una alternativa más identificada con el entorno sociocultural de las futuras madres, que salva las dificultades geográficas y las barreras idiomáticas. Sin embargo, la profesionalización de las comadronas para ofrecer un servicio con mayor especialización, tanto en el acompañamiento durante el embarazo como en el parto, y en los cuidados posparto, continúa como una situación pendiente.



Cuadro 14

Comadronas registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por regiones
(2007)

Región	Número comadronas	Porcentaje	Porcentaje de cobertura de atención prenatal
Metropolitana	769	3.43	96.6
Norte	3469	15.46	93.1
Nororiente	2159	9.62	85.7
Suroriente	2114	9.42	95.0
Central	1463	6.52	93.4
Suroccidente	5002	22.30	93.7
Noroccidente	5966	26.59	93.4
Petén	1492	6.65	88.5
Total	22434	100.00	93.2

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS (2007); y *Ensmi 2008/2009*.

En ese escenario, a nivel regional y para 2008-2009, los rezagos en la cobertura de atención prenatal se presentan únicamente en nororiente y en Petén. El promedio regional de nororiente está condicionado por los departamentos que presentan las menores coberturas; ellos son Zacapa, con 78.2%, y Chiquimula, con 84%. Al nivel del promedio nacional de cobertura (93.2%) se encuentra el resto de regiones del país (véase cuadro 14).

En el área rural, las comadronas registradas por el MSPAS hacen un total de 22,434. De ellas, el 64% se concentra, precisamente, en el altiplano indígena: noroccidente, suroccidente y norte. El hecho de que en Petén exista una cobertura limitada, explica, en parte, que esta región sea una de las más rezagadas. De forma similar sucede en nororiente.

Ya sea que el control prenatal lo realice personal especializado de los centros de atención o la comadrona, lo ideal sería que, desde el primer trimestre del embarazo se

informe a las mujeres embarazadas respecto de la oferta de métodos anticonceptivos con el propósito de ampliar el espacio intergenésico y de esa forma reducir la tasa de fecundidad.

2.6 Necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar

Para el período 2008-2009, la proporción de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad, con necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar, es menor a nivel urbano (14.7%) y mayor en la zona rural (25.4%). En el ámbito urbano se alcanzó la meta nacional establecida por el MSPAS (15%); sin embargo, en el área rural aún faltan 10 puntos para obtenerla.

Si bien la necesidad insatisfecha está condicionada por el acceso a los métodos de planificación familiar (en cuanto a oferta y consejería sobre anticoncepción), en este fenómeno también interviene el factor

Cuadro 15

Porcentaje de mujeres en edad fértil en unión y con necesidad de servicios de planificación familiar, por región

(2002 y 2008/09)

Región	Porcentaje de mujeres (15-49 años) con necesidad insatisfecha de planificación familiar		Diferencia 2008/09-2002 (porcentaje)	Brecha respecto meta nacional (15%)
	2002	2008-2009		
Metropolitana	17.7	10.8	-6.9	-4.2
Norte	33.8	21.7	-12.1	6.7
Nororiente	27.5	19.4	-8.1	4.4
Suroriente	37.0	18.4	-18.6	3.4
Central	24.5	17.5	-7	2.5
Suroccidente	33.6	23.9	-9.7	8.9
Noroccidente	34.4	31.1	-3.3	16.1
Petén	29.0	30.6	1.6	15.6

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 2002 y 2008-2009*.

educativo de las mujeres, las barreras idiomáticas con los prestadores de servicios de salud y, como se abordó antes, la falta de capacidad de las mujeres para decidir por sí mismas o poner en práctica su deseo de limitar o espaciar los embarazos.

En términos generales, la necesidad insatisfecha de planificación familiar se redujo en las diferentes regiones del país, con excepción de Petén, donde se reporta un aumento (cuadro 15). En esa región específica del país, la brecha es incluso mayor que la misma meta nacional para 2015, situación preocupante dada la alta tasa global de fecundidad observada en 2009 (4.3 hijos por mujer), sólo comparable con las tasas que reportan las regiones de noroccidente y norte (4.6 y 4.4 hijos por mujer), respectivamente.

Después de Petén, las regiones de noroccidente, suroccidente y norte, en ese orden, son las que registran los porcentajes más altos de necesidad insatisfecha. La región noroccidental presenta el 31.1% de mujeres

en edad fértil con necesidad de planificar su familia. De acuerdo con la *Ensmi 2008-2009*, los mayores niveles de necesidad insatisfecha en planificación familiar se relacionan con los bajos niveles de escolaridad de las mujeres, aspecto que puede confirmarse en los casos de noroccidente y Petén, que reportan altos porcentajes de mujeres sin educación (37.9 y 25.2%, respectivamente) y con educación primaria (48.1 y 48.5%, respectivamente) (véase cuadro 12).

Por su parte, la región suroccidental tuvo un descenso importante de necesidad insatisfecha; sin embargo, respecto de la meta nacional, todavía implica la tercera brecha más alta. Si bien la región presenta un porcentaje importante de mujeres sin educación o sólo con educación primaria (19.6 y 48.7%, respectivamente), también es uno de los lugares que ha logrado avanzar en la educación secundaria (26.2%) y universitaria (4.6%) de las mujeres (*Ensmi 2008-2009*), lo cual podría ayudar a explicar ese descenso en la última medición.



La región norte, a diferencia de las tres anteriores, tuvo un descenso significativo de la necesidad insatisfecha en el período estudiado, sin embargo, tiene la cuarta brecha más alta del país. Baja Verapaz reporta una necesidad insatisfecha de 19% y Alta Verapaz de 22.4%. En la región, los niveles de educación, aunque continúan bajos, han mejorado en 2009, como se ha podido observar en el cuadro 12. De hecho, esos avances en materia de educación primaria, secundaria y superior pudieron haber contribuido a disminuir el porcentaje de necesidad insatisfecha, igual que en el caso de suroccidente.

3. El cumplimiento de las metas desde la perspectiva de la equidad de género

Al traer a un primer plano la salud materna como tal, no sólo se está concibiendo a la mujer desde su función eminentemente reproductiva (binomio madre e hijo/a) –por lo tanto, circunscrita a una sola etapa de su vida (edad fértil, de 10 a 54 años)– sino también se relega a un plano secundario una visión más integral de la salud de las mujeres donde igualmente se considere la etapa no reproductiva (niñas entre 6 y 10 años, adultas en edad no reproductiva, mujeres de la tercera edad).

Con ese marco de fondo, la contracara de la salud materna no se remite únicamente a la enfermedad o sus secuelas, sino, en el peor de los casos, a la muerte. La mortalidad materna es un indicador que da cuenta de la desigualdad acumulada que enfrentan las mujeres. La magnitud del problema refleja las múltiples exclusiones que viven, generando un claro diagnóstico acerca de la posición

y condición que ellas tienen en la sociedad. Otro tipo de barreras para su participación en igualdad de condiciones en ámbitos como el socioeconómico y cultural puede llegar a obstaculizar o hacer más difícil el logro de los ODM³⁸ en su conjunto.

Si bien se han realizado esfuerzos para acercarse a las mujeres a través de la red de servicios de salud (CAP, Caimi, anticonceptivos, control prenatal) y así aumentar la asistencia especializada en el parto y disminuir la mortalidad materna, su efectividad se reduce toda vez persistan las dificultades en torno al ambiente habilitante de los centros de atención. Influye también que todavía no se modifique la actitud respecto al derecho que tienen las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva, situación que va desde tener dominio sobre su propio cuerpo, para decidir cuántas veces y con qué temporalidad embarazarse, hasta poder decidir que la trasladen a un centro asistencial en caso de sentirse muy mal durante el embarazo o en el trabajo de parto. Sin embargo, la decisión y las consecuentes acciones implicadas no dependen de las mujeres, sino de las personas de su entorno inmediato (pareja, madre, hijos o hijas y, en menor medida, de las comadronas), del apoyo de la familia o de la comunidad y, posteriormente, de los medios con que se cuenta para hacer realidad el traslado.

Al respecto, por parte del MSPAS, se ha identificado que una de las variables que intervienen en esta problemática es precisamente ésta: la segunda demora, vinculada con la falta de empoderamiento de las mujeres. Según la línea basal del año 2000, se pudo conocer que el 57% de muertes maternas ocurrió en el hogar, mientras que en el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*, el número alcanza un 46%. Bajo el modelo de las demoras, la muerte, en

38 Segeplan (2009). *Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en el marco del cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio*, Guatemala, p. 7.

este espacio preciso, se explica ante el no reconocimiento de las señales de peligro, el retraso en la toma de decisión para el traslado oportuno de las mujeres embarazadas a un servicio de salud y la dificultad que implica el mismo transporte.

Siguiendo la línea temática de los indicadores de este objetivo, la atención del parto por parte de médicos y enfermeras es todavía un reto. Los servicios de salud se han organizado para atender el parto desde la perspectiva biológica,³⁹ pero han dejado de lado otros elementos de carácter social, cultural y emocional para las mujeres. En ese sentido, el parto no es sólo un acto de reproducción biológica; también constituye todo un acontecimiento social. Ignorar esta concepción provoca rechazo hacia el servicio público por parte de las mujeres, sus familias y las comunidades, quienes se conciben menospreciadas en sus necesidades, opiniones y cultura. Entre las demandas que los pueblos indígenas han presentado al MSPAS, particularmente las comadronas mayas, se mencionan el derecho de acompañar a sus pacientes; que no se las obligue a tener el parto en presencia de extraños;⁴⁰ que se les devuelva la placenta y que se reconozcan las diferencias culturales, entre otras.⁴¹

Sobre la decisión en cuestiones de planificación familiar es frecuente la desigualdad en la participación de los hombres y las mujeres. Generalmente se impone la autoridad masculina. Muchas veces los hombres rechazan la idea de utilizar anticonceptivos femeninos o masculinos, dado que asocian su uso con la infidelidad. Como se mencionó antes, las mujeres han buscado estrategias para utilizar algún método de anticoncepción

de manera inconsulta con sus parejas. Como consecuencia, se exponen a algún tipo de represalias (uso de alguna forma de violencia) por parte de sus compañeros, en caso de que logren corroborarlo. Dada esa situación, las mujeres buscan métodos de anticoncepción que se caractericen por ser discretos y no definitivos; es decir, que no las pongan en evidencia ante sus parejas.

Cuando a la mujer la acompaña su pareja al centro de atención para buscar algún método anticonceptivo, principalmente si ella es monolingüe, a menudo el hombre toma la decisión y escoge el método, aun cuando sea la mujer quien utilice el anticonceptivo. En el peor de los escenarios, al no existir información y acceso a la oferta de métodos del sector público, la mujer no planifica.⁴²

Otro aspecto relacionado con la fecundidad adolescente, y que todavía no ha sido problematizado e investigado a profundidad, es la posibilidad de que las niñas menores de 14 años reportadas como embarazos adolescentes estén siendo objeto de violencia sexual. Como ya se expuso antes, una quinta parte de los embarazos adolescentes (39,928) ocurrió en niñas entre los 10 y 14 años (1601). Ante esa situación, el MSPAS está cumpliendo con una necesidad derivada de los resultados de estudios epidemiológicos sobre fecundidad, que consiste en la ampliación del rango etario de edad fértil entre las mujeres, de 10 a 54 años; sin embargo, se está dejando de lado una arista de ese fenómeno social que también corresponde a este mismo sector identificar y, posteriormente, denunciar ante las autoridades de justicia, de acuerdo con el protocolo correspondiente.

39 Médicos Mundi. *Op. cit.*, p. 60.

40 Los testimonios de algunas comadronas indican que, en los servicios de salud institucionalizados, algunas veces los partos han sido observados por personal de seguridad o pilotos del servicio.

41 Camey, Donato y Ujpan Mendoza, Geovany (2010). *Guía de los pueblos indígenas para las autoridades y personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala: Embajada Extraordinaria Itinerante de los Pueblos Indígenas, Presidencia de la República. Pp. 10, 15, 16, 21, 29 y 33.

42 Medicus Mundi. *Op. cit.*, pp. 71, 75.



4. Cumplimiento de las metas desde el enfoque de equidad étnica

Los problemas de salud de las mujeres indígenas se agudizan por los niveles de desnutrición y el trabajo físico excesivo (tareas del hogar y agrícolas), así como por su limitado acceso a los servicios de salud. Se requiere un ambiente habilitante (infraestructura, recurso humano, equipo y medicamentos) y también acceso a información en su propio idioma, el reconocimiento de sus prácticas y la adaptación de los servicios de salud a las mismas. Por ejemplo, contar con la compañía de la comadrona que ha realizado el control prenatal, tener la posibilidad de dar un té a la mujer que acaba de dar a luz (tal como se hace en el parto domiciliario), evaluar el uso de las batas hospitalarias, la construcción del temascal en los servicios de salud, entre otros.

Los datos iniciales del *Estudio retrospectivo de muerte materna 2007* ilustran que, en la proporción de esta clase de decesos existe una diferencia entre las mujeres indígenas y no indígenas, cuya relación es de dos muertes de mujeres indígenas por una muerte de

Cuadro 16
Proporción de muertes maternas por grupo étnico
(por porcentaje, 2002 - 2007)

Grupo étnico	2000	2007
Indígena	65	70
No Indígena	24	29
Se desconoce	11	1

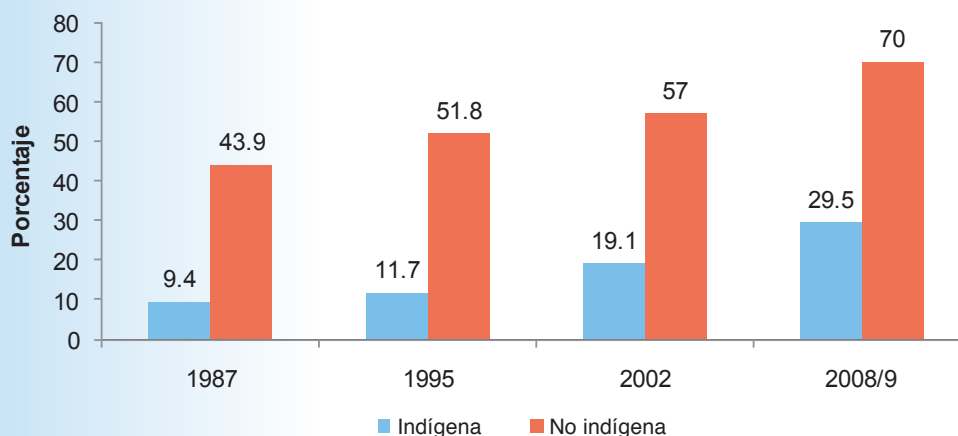
Fuente: elaboración propia con datos del Informe *línea basal de mortalidad materna 2000* y del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

mujer no indígena. Ello es consistente y no registra cambios en relación con lo reportado para el año 2000 (véase cuadro 16).

Los partos con asistencia médica y/o de enfermera han mejorado entre la población indígena en comparación con el año base (1987), cuando solamente una de cada diez mujeres indígenas recibió atención especializada, en tanto que, 20 años después, 3 de cada 10 mujeres indígenas reciben atención especializada durante el parto. Sin embargo, la brecha entre la población indígena y la no indígena continúa siendo de 40 puntos porcentuales y con respecto a la media nacional, de 21 puntos.

Gráfica 2

Asistencia del parto por personal médico o enfermera, según grupo étnico



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 1987, 1995, 2002, 2008/2009*.

5

Es innegable el aporte que tienen las comadronas en la atención de los partos que se realizan en el hogar de la embarazada o en su propio hogar. La *Ensmi 2008-2009* estimó que esto ocurría a nivel nacional en un 48% de los casos. El aporte que realizan las comadronas en la atención de la salud materna y particularmente en la atención de partos es fundamental; no obstante, en el país, aún está en proceso la armonización entre el conocimiento ancestral y el conocimiento biomédico.

Actualmente, la articulación del MSPAS y las comadronas se da en la capacitación y el equipamiento de éstas, lo cual permitirá que se fortalezcan competencias y conocimientos (sobre la identificación de señales de peligro, demoras y la referencia oportuna), habilidades para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y sobre la preparación del plan de emergencia familiar y comunitaria. Esto contribuye a que la comadrona cuente con el saber y los insumos necesarios para la atención de la embarazada. Estas acciones son coherentes

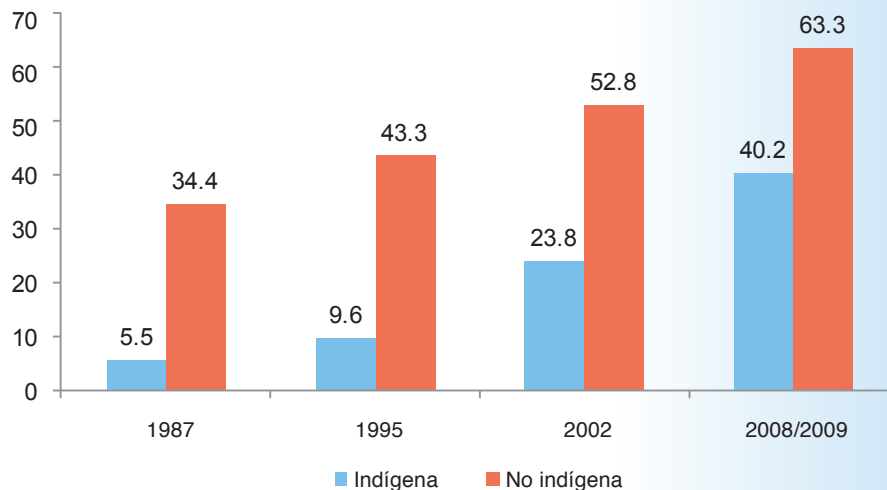
con el enfoque biomédico que prima en el sistema de salud, pero que no ha logrado desarrollar acciones para reconocer el aporte al sistema de salud y al bienestar del país que entrañan las prácticas ancestrales de las comadronas y otros elementos que humanizan el parto.

En 2009, el 40.2% de las mujeres indígenas estaba usando algún método anticonceptivo, respecto del 63.3% de mujeres no indígenas, lo cual representa una brecha de 23 puntos porcentuales entre ambos grupos. La cobertura para las mujeres indígenas respecto del año base (1987) se ha incrementado en 34.7 puntos (véase gráfica 3).

En términos generales, la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar ha disminuido. El MSPAS ha fijado como meta reducir este indicador a 15 puntos para el año 2015. La meta ya fue alcanzada en 2009 para la población no indígena; sin embargo, la población indígena aún permanece a 14.6 puntos de esta meta (véase gráfica 4).

Gráfica 3

Tendencias de uso de anticonceptivos por población indígena y no indígena



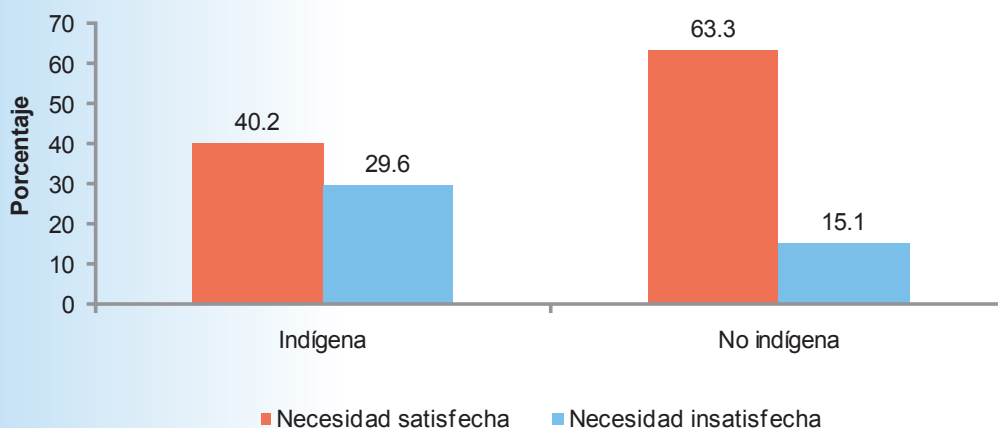
Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 1987, 1995, 2002, 2008-2009*.



Gráfica 4

Demanda de métodos de planificación familiar según grupo indígena y no indígena

(2008-2009)

Fuente: elaboración propia con datos de la *Ensmi 2008/2009*.

La cobertura de atención prenatal no presenta diferencia por etnicidad. La *Ensmi*, para el año 2008-2009, reportó que las mujeres indígenas tienen una cobertura de 92.4%, mientras que las no indígenas presentan el 93.5%; en todo caso, la calidad de control puede ser diferente, para lo cual habría que realizar estudios. Al relacionar este dato con la cobertura territorial, se puede inferir que las regiones con mayor población indígena coinciden con las regiones con mayor número de comadronas, por lo cual la cobertura prenatal puede estar a expensas de estas últimas.

5. Análisis prospectivo de tendencia

El análisis de proyección de la tendencia para los indicadores del ODM 5 parte de un análisis del comportamiento y evolución de cada indicador, desde el año base hasta la última medición. Se desarrolla bajo el supuesto de que los indicadores presentan una velocidad de avance parecida a la observada en

años anteriores. En este apartado, no se consideran posibles cambios en el entorno externo e interno. Aún con las limitaciones que presenta un ejercicio de esta naturaleza, se estima que el mismo puede ser indicativo sobre las probabilidades de alcanzar las metas, mostrar la magnitud de la brecha y, en consecuencia, los esfuerzos y retos que el país debe enfrentar para alcanzar los ODM.

En términos generales, el cumplimiento del ODM 5 presenta un panorama positivo en algunos indicadores en términos nacionales, tales como el uso de anticonceptivos y la cobertura de atención prenatal. No obstante, al observar los distintos indicadores desde la perspectiva territorial y étnica, se presentan diferentes matices y, en algunos casos existe una mayor brecha, como es el caso de las mujeres indígenas. Indudablemente el país necesita concentrar esfuerzos hacia una mejora significativa de los indicadores de este ODM si se pretende avanzar en la disminución de las muertes maternas.

La tendencia de la RMM ha ido en descenso durante el período considerado (1989-2007), pero si mantiene la velocidad de

5

la disminución actual y si las acciones y contexto no sufren modificaciones, se prevé que no será factible llegar a la meta para el año 2015. Para ese año, el país estaría arriba de 130 muertes maternas por 100 mil NV. Una de las principales razones es el hecho de que el número de muertes maternas se mantiene y/o se incrementa, mientras que los NV disminuyen. Otro elemento a considerar es el hecho de que las causas asociadas con la hipertensión se están colocando en la segunda causa de muertes, luego de las hemorrágicas, lo que implica que los servicios de salud deberán estar preparados con medicamentos e insumos para atender ambos tipos de emergencias obstétricas.

Un elemento importante, es la acreditación de los servicios de salud y el recurso humano para brindar atención materno-neonatal, particularmente trascendental en los 25 municipios donde se concentra el 38 de la mortalidad materna nacional, cuyo efecto puede contribuir a mejorar el ritmo de descenso actual.

En el caso de los partos con asistencia de personal médico, de continuar la tendencia y velocidad de descenso que muestran las *Ensmi*, es posible estimar que, para el año 2015, se llegará a una cobertura de 64.3%. Esto podría mejorar considerablemente si se adaptan los servicios a los contextos y cultura locales, además de incorporar a las comadronas, de manera pertinente, en la atención de los partos institucionales.

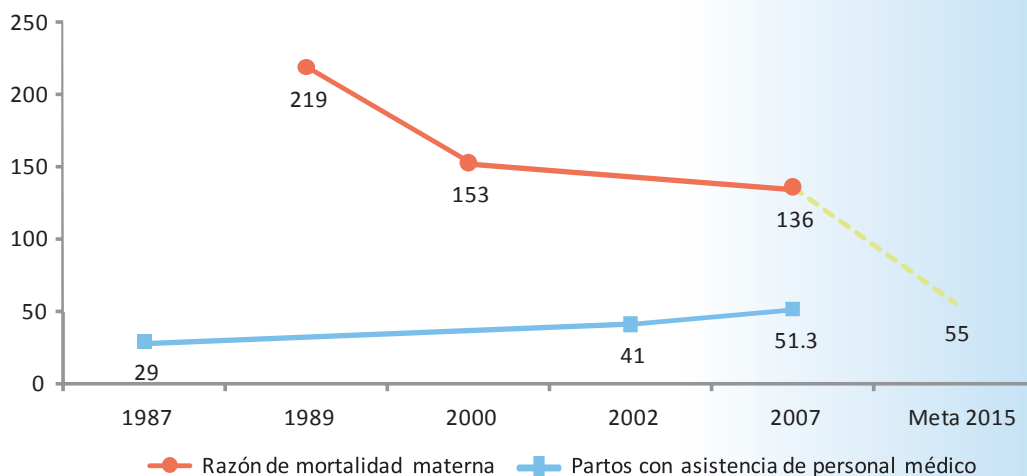
Aunque el indicador de uso de anticonceptivos no tiene meta establecida, se estima que la tendencia entre los años 2008-2009 a 2015 sería al aumento en 12.7 puntos, lo que significa que la proporción de uso se situará en 68.6%.

La tasa de fecundidad entre adolescentes tampoco tiene meta establecida, pero se considera que, de continuar el ritmo de descenso, la tendencia entre los años 2009-2015 estaría llegando a 15 puntos menos, lo que significaría que la tasa llegaría, en 2015, a 83 nacimientos por cada mil adolescentes.

Gráfica 5

Tendencia meta 5 A

Razón de mortalidad materna y partos con asistencia médica y/o de enfermera (1989-2007; 1987- 2008/2009)



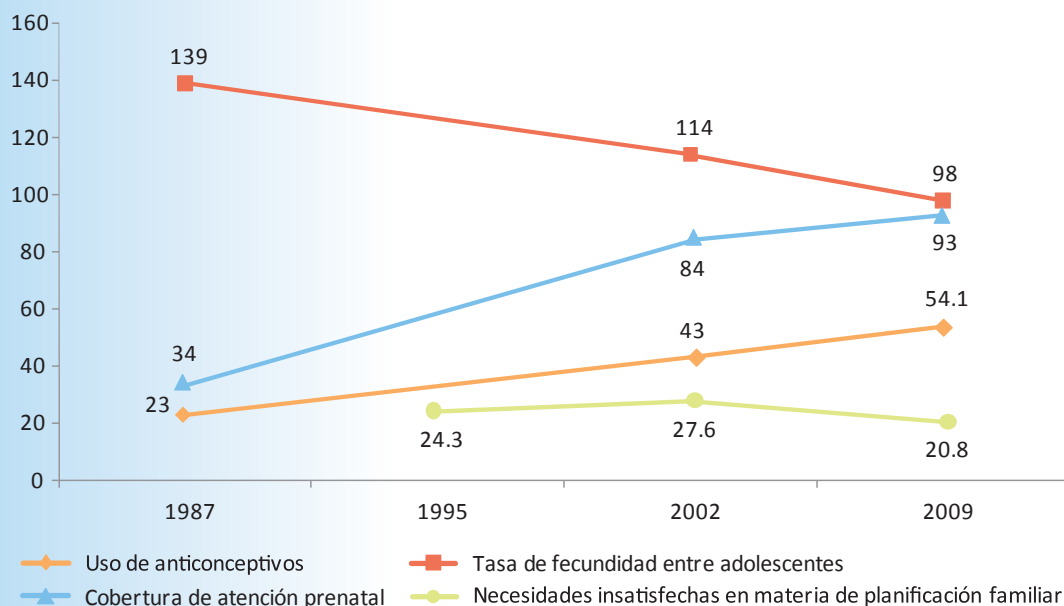
Fuente: elaboración propia con datos del *Estudio de Medina (1989)*, la *Línea basal muerte materna 2000*; el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007* y las *Ensmi* (varios años, de 1987 a 2008-2009).



Gráfica 6

Tendencia meta 5 B

Uso de anticonceptivos, fecundidad adolescente, atención prenatal, necesidades insatisfechas (1987, 2008/2009)



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi 1987, 1995, 1998/1999, 2002, 2008-2009*.

De igual forma, la cobertura de atención prenatal no cuenta con una meta definida, pero, al igual que los casos anteriores, se estima que, de continuar la tendencia de aumento, la cobertura alcanzará, en el año 2015, el 100%. Como se ha referido anteriormente, en este caso se trata de cobertura con personal institucional (médico y enfermeras) y comunitario (comadrona principalmente). Respecto a las comadronas,

no se cuenta con datos sobre la calidad de atención.

En relación con las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, la tendencia de este indicador es al descenso y evidencia que aún hay una brecha de 4.2 para el año 2015. De seguir esta velocidad y ritmo de descenso, la proyección indica que será factible alcanzar la meta.

Cuadro 17

Semáforo de la tendencia al cumplimiento de las metas

5

Indicador	Tendencia al cumplimiento o cercanía a alcanzar la meta	Estancamiento del indicador	Tendencia a no alcanzar la meta
Razón de mortalidad materna			X
Partos con asistencia de personal médico/enfermera	✓		
Indicador	Evolución positiva del indicador	Estancamiento del indicador	Evolución negativa del indicador
Uso de anticonceptivos	✓		
Tasa de fecundidad entre adolescentes	✓		
Cobertura de atención prenatal	✓		
Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	✓		



6. Políticas públicas vinculadas con el cumplimiento del ODM

Objetivo de desarrollo del milenio	Meta por objetivo	Políticas públicas relacionadas	Programas relacionados	Institución responsable
ODM 5: mejorar la salud materna	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad en tres cuartas partes	<i>Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos</i>	Sistema Integral de Atención en Salud (Siás).	MSPAS
			Programa de Extensión de Cobertura	MSPAS
			Programa Especial de Protección para Trabajadoras de Casa Particular	Igss
			Programa de Atención Materno Infantil	MSPAS
			Casa Materna Rural	MSPAS
			Maternidades Periféricas	MSPAS
			Programa de Lactancia Materna	MSPAS
			Programa de Maternidad	MSPAS
			Programa de Accesibilidad de Medicamentos (Proam)	MSPAS
			Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)	MSPAS
			Comisión Nacional de Maternidad Saludable	MSPAS
			Estrategia Nacional de la Desnutrición Crónica	MSPAS
			Comisión Ministerial de Mortalidad Materna	MSPAS
Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva		<i>Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos</i>	Programa de Extensión de Cobertura	MSPAS
			Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)	MSPAS
			Programa de Accesibilidad de Medicamentos (Proam)	MSPAS

5



Referencias bibliográficas

Camey, Donato y Ujpán Mendoza, Geovany (2010). *Guía de los pueblos indígenas para las autoridades y personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala: Embajada Extraordinaria Itinerante de los Pueblos Indígenas, Presidencia de la República.

Duarte T, et ál. (2009). *La muerte materna: sucesos y consecuencias para los huérfanos, las familias y las comunidades*, Guatemala: USAID.

Gutmacher Institute (2006). «Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante». En *Resumen*, Serie 2006, núm. 5, Guatemala, 2006.

Medicus Mundi y Rednovi (2009). «Salud sexual y reproductiva, ¿qué deseo?, ¿qué decido? Un análisis desde el modelo de atención de salud en Guatemala». En *Criterio*, Guatemala, 2009.

MSPAS (2002a). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2002*. Guatemala.

MSPAS (2002b). *Encuesta nacional de salud masculina*, Guatemala.

MSPAS (2003). *Informe final línea basal de mortalidad materna para el año 2000*. Guatemala.

MSPAS (2010a). *Informe de avances 2010 Objetivos de Desarrollo del Milenio, objetivos: 4, 5, y 6*. Guatemala.

MSPAS (2010b). *Sala situacional de salud reproductiva año 2009*. Guatemala.

MSPAS/INE (2002). *V Encuesta nacional de salud materno infantil 2002*, Guatemala, informe preliminar.

MSPAS/INE (2009). *VI Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009*, Guatemala.

MSPAS/Segeplan (2010). *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*. Guatemala, informe preliminar.

OPS/OMS (2005). *Objetivos de desarrollo del milenio, Una mirada desde América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.

PNUD (2008). *Guatemala: ¿una economía al servicio del desarrollo humano? Informe nacional de desarrollo humano 2007/2008*. Volumen II, Guatemala.

Prada E. et ál. (2006). *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencia*. Nueva York: Gutmacher Institute.

Segeplan (2009). *Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en el marco del cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio*. Guatemala.

Segeplan, Unidad de Población (2010). *Población por año calendario según sexo y grupo de edad 2000-2020*. Guatemala.

5



Siglas y acrónimos

Caimi Centro de Atención Integral Materno Infantil

CAP Centro de Atención Médica Permanente

Cenapa Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios

Codisra Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo contra los Pueblos Indígenas

Encovi *Encuesta nacional de condiciones de vida*

Ensmi *Encuesta nacional de salud materno Infantil*

Igss Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

INE Instituto Nacional de Estadística

LBMM Línea basal de mortalidad materna

Mela Método de la amenorrea de la lactancia

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

NV Nacidos vivos

ODM Objetivos de desarrollo del milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

Osar Observatorio para la Salud Reproductiva

Pami Programa de Atención Materno Infantil

PEC Programa de Extensión de Cobertura

PNSR Programa Nacional de Salud Reproductiva

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Precapi Programa Especial de Protección para Trabajadoras de Casa Particular

Proam Programa de Accesibilidad de Medicamentos

Ramos *Reproductive Age Mortality Survey*, por sus siglas en inglés

Renap Registro Nacional de las Personas

5

RMM Razón de morbilidad materna

Segeplan Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

Seprem Secretaría Presidencial de la Mujer

Siás Sistema Integral de Atención en Salud

Unfpa Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés

Unicef Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, por sus siglas en inglés



Índice de gráficas

Gráfica 1	Porcentaje de atención de partos por comadrona en casa de la mujer embarazada, por departamento	37
Gráfica 2	Asistencia del parto por personal médico o enfermera, según grupo étnico	47
Gráfica 3	Tendencias de uso de anticonceptivos por población indígena y no indígena	48
Gráfica 4	Demanda de métodos de planificación familiar según grupo indígena y no indígena (2008-2009)	49
Gráfica 5	Tendencia meta 5 A. Razón de mortalidad materna y partos con asistencia médica y/o de enfermería (1989-2007; 1987-2008/2009).....	50
Gráfica 6	Tendencia meta 5 B. Uso de anticonceptivos, fecundidad adolescente, atención prenatal, necesidades insatisfechas (1989-2007; 1987-2008/2009)	51

Índice de cuadros

Cuadro 1	Cuadro resumen. Evolución de los indicadores sobre mortalidad materna (1989-2007 y 1987-2008/2009).....	15
Cuadro 2	Cálculo de subregistro y factor de corrección para mortalidad materna (2002 y 2007).....	16
Cuadro 3	Porcentaje de principales causas de muertes maternas, con base en CIE 10 (2000 y 2007).....	18
Cuadro 4	Centros de segundo nivel de atención con oferta de servicios de atención materno infantil.....	20
Cuadro 5	Cuadro resumen. Evolución de los indicadores sobre acceso universal a la salud reproductiva (1987-2008/2009)	21
Cuadro 6	Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por hombres (15-59 años) y mujeres (15-49 años) (2002 y 2008/2009)	23
Cuadro 7	Necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar por nivel de educación, edad y grupo étnico. (2008-2009)	27
Cuadro 8	Razón de la mortalidad materna por región (2007) Pobreza extrema, población indígena y alfabetización de las mujeres, (2006).....	29
Cuadro 9	Número de casos de muerte materna registrados en los 25 municipios que registran una ocurrencia mayor a cinco casos (2007) y su relación con disponibilidad de servicios de 24 horas.....	32
Cuadro 10	Red de servicios de salud, segundo y tercer nivel de atención (2010)	34

5

Cuadro 11 Porcentaje de partos atendidos por personal médico y/o de enfermería por región. Pobreza extrema y existencia de centros de atención de segundo nivel (2002-2008/2009)	35
Cuadro 12 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos por región, según nivel educativo de las mujeres (2002-2008/2009)	39
Cuadro 13 Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años) y porcentaje de adolescentes que han experimentado al menos un embarazo, por región (2008-2009)	40
Cuadro 14 Comadronas registradas por el Ministerio de Salud Pública, por regiones (2007)	43
Cuadro 15 Porcentaje de mujeres en edad fértil, en unión y con necesidad de servicios de planificación familiar, por región (2002-2008/2009).....	44
Cuadro 16 Proporción de muertes maternas por grupo étnico (por porcentaje 2000-2007)	47
Cuadro 17 Semáforo de la tendencia al cumplimiento de las metas	47

Índice de mapas

Mapa 1 Porcentaje de avance en la disminución de brechas para alcanzar la meta en el año 2015, por departamento. (2007)	30
Mapa 2 Número de muerte materna por municipio (2007).....	33
Mapa 3 Tasa de fecundidad entre adolescentes (15-19 años) (2008-2009)	41



Anexo metodológico

Notas técnicas

Indicador 5.1	Tasa de mortalidad materna
Propósito	Representa el riesgo obstétrico, además refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país. Es en este indicador donde se establecen las brechas más amplias entre los países según su nivel de desarrollo.
Métodos de medición	Metodología <i>Reproductive Age Mortality Survey</i> (RAMOS retrospectivo): se realiza una investigación de la mortalidad de mujeres en edad fértil (10 y 54 años), se descartan aquellas que son por causas incidentales o accidentales y se investigan las muertes materna y las sospechosas a través de una autopsia verbal si fallecieron en el domicilio, o de una revisión de historias clínicas si fallecieron en un servicio de salud. Esto permite captar mortalidad materna subregistrada.
Descripción de variables	En el numerador contiene el número de las muertes maternas durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación (puerperio); por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales ocurridas durante un año determinado y en el denominador los nacidos vivos del mismo año.
Fórmula del indicador	$\text{RMM} = \frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Nacidos vivos}} \times 100,000$
Indicador 5.2	Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Propósito	Estimar el número de partos atendidos por personal capacitado, que es un indicador de acceso a servicios institucionales (MSPAS, Igss, ONG, privados).
Métodos de medición	<i>Ensmi 2008-2009</i> . Se solicita información a la encuestada sobre el personal que la atendió durante el parto en los últimos 5 años. Las respuestas se clasifican en «médico», «enfermera», «comadrona», «familiar», «amigo» u «otro», o «no recibió atención». Se determina la proporción de partos atendidos por médicos y enfermeras con relación al número de nacidos vivos en este período específico.
Descripción de variables	Es el porcentaje de partos con asistencia de personal capacitado para ofrecer la necesaria supervisión, atención y asesoramiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, ocuparse de los partos por cuenta propia y atender a los recién nacidos (médicos, enfermeras). Para esto deben contar con el equipo y medicamentos adecuados. El numerador son los nacimientos atendidos por personal capacitado. El denominador son los nacidos vivos (idealmente el número de partos atendidos).
Fórmula del indicador	$\text{Parto atendido por personal calificado} = \frac{\text{Nacimientos atendidos por personal calificado}}{\text{Nacidos vivos}} \times 100$

5

Meta 5 B: lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Indicador 5.3	Tasa de uso de anticonceptivos
Propósito	Esta medida provee un indicio del número de mujeres que corren el riesgo más bajo de concebir en un momento determinado. Es posible calcular esta medida para todas las mujeres o para subpoblaciones como mujeres casadas, mujeres solteras o mujeres sexualmente activas.
Métodos de medición	<i>Ensmi 2008-2009.</i> Se utiliza la información de las encuestas efectuadas a mujeres entre 15 y 49 años que respondieron positivamente a la siguiente pregunta: ¿Actualmente está usted o su esposo o pareja (compañero) usando algún método o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?
Descripción de variables	El numerador lo constituyen las mujeres entre los 15 y 49 años que tienen relaciones sexuales y que usan algún método anticonceptivo. El denominador está conformado por las mujeres entre 15 y 49 años que participaron en la encuesta y han mantenido relaciones sexuales.
Fórmula del indicador	$\text{Tasa de uso de anticonceptivos} = \frac{\text{Número de mujeres (entre 15 a 49 años de edad) con relaciones sexuales que usan anticonceptivos}}{\text{Número de mujeres entrevistadas (entre 15 a 49 años) con relaciones sexuales}}$
Indicador 5.4	Tasa de fecundidad entre las adolescentes
Propósito	Representa el riesgo de nacimientos entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad, reflejando la actividad reproductiva de este grupo de edad.
Métodos de medición	<i>Ensmi 2008-2009</i> Se utiliza la información proporcionada por las mujeres entrevistadas, obteniéndose la historia de nacimientos.
Descripción de variables	El numerador es el número de nacimientos vivos en mujeres entre 15 a 19 años de edad. El denominador es una estimación de la población de las mujeres de 15 a 19 años de edad.
Fórmula del indicador	$\text{Tasa de fecundidad entre adolescentes} = \frac{\text{Nacidos vivos de mujeres entre 15 a 19 años de edad, en un año}}{\text{Total de mujeres entre 15 a 19 años de edad en ese período}}$
Indicador 5.5	Cobertura de atención prenatal
Propósito	Medir la accesibilidad de las embarazadas a servicios de control prenatal.
Métodos de medición	<i>Ensmi 2008-2009.</i> Se obtiene la información de las mujeres que tuvieron atención prenatal durante sus embarazos.
Descripción de variables	El numerador está constituido por las embarazadas entrevistadas, que fueron atendidas por un proveedor de salud institucional o comunitario. El denominador es el número de mujeres embarazadas que fueron entrevistadas en la encuesta.
Fórmula del indicador	$\text{Cobertura de atención prenatal} = \frac{\text{Mujeres embarazadas con control prenatal}}{\text{Mujeres embarazadas}} \times 100$



Indicador 5.6	Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar
Propósito	Establecer la proporción de mujeres que tienen necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.
Métodos de medición	<i>Ensmi 2008-2009</i> . Se utiliza la información de mujeres en edad fértil casadas o unidas, que de acuerdo a la encuesta desean planificar su familia y no están usando métodos de planificación familiar.
Descripción de variables	El numerador es la suma del número de mujeres en edad fértil (15-49) casadas o unidas, que desean espaciar o limitar un embarazo y que no están usando un método de planificación familiar. El denominador es el número total de mujeres en edad fértil que están casadas o en unión consensual.
Fórmula del indicador	$\text{Necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar} = \frac{\text{Mujeres en edad fértil que desean espaciar o limitar un embarazo, en el año}}{\text{Mujeres en edad fértil, casadas o unidas}} \times 100$

Apuntes metodológicos:

Año base para el indicador de la razón de la mortalidad materna

Para la razón de mortalidad materna, se utiliza como año base 1989, con una razón de 219 muertes maternas por 100 mil NV, que es una revisión de la cifra de 248 estimada por el estudio realizado por el doctor Medina, del MSPAS.

En marzo del año 2000, se revisó el estudio de 1989 y se introdujo una corrección en el numerador, debido a que las muertes maternas de registros civiles, más las muertes maternas adicionales encontradas por Medina, contienen un exceso de 18 muertes maternas. Como denominador se utilizaron los nacidos vivos del INE, sustituyendo el dato de estimación de nacimientos utilizado por Medina, pues el dato oficial del INE no estaba disponible al momento de la publicación de su estudio.⁴⁷

Estudio retrospectivo de muerte materna 2007

El Estado de Guatemala, a través del MSPAS y Segeplan, con apoyo de la cooperación internacional, utilizando la metodología del doctor Ramos (*Reproductive Age Mortality Survey*), desarrollaron el *Estudio retrospectivo de muerte materna 2007*. El trabajo se realizó por fases.

La fase preparatoria del *Estudio* se efectuó entre agosto y octubre de 2009; la fase I abarcó la revisión de certificados de defunción de las mujeres en edad fértil y diagnósticos de los mismos y se llevó a cabo en noviembre de 2009. La fase II de trabajo de campo incluyó la recolección de información en los hogares de las mujeres fallecidas a través de encuestas y la investigación de muertes hospitalarias⁴⁸ y se efectuó en julio y agosto de 2010.

47 Schieber, Bárbara (2000). *Estimación de la mortalidad materna en Guatemala período 1996-1998*, Guatemala: MD, ME, GSD Consultores Asociados/Guatemala, marzo de 2000, p. 6.

48 Para el efecto, se consideraron los casos de las muertes de mujeres en edad fértil, muertes maternas y sospechosas, excluyendo las muertes por accidentes e incidentes.

5

Al momento de publicar este Informe se había ingresado a la base de datos el 94% de las formas de investigación de las muertes maternas identificadas. Por esa razón, la información consignada en el presente Informe de 2010, en cuanto a este indicador, constituye un dato preliminar.

El uso de esta información ha sido aprobado por el Consejo Directivo del Estudio de Muerte Materna, integrado por Segeplan, MSPAS y entidades de la cooperación internacional.

Al finalizar la fase III del *Estudio*, que consiste en el análisis de la información y su publicación, se podrá contar con información desagregada por región, departamento y municipio.



Anexo estadístico

Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones			Línea de base		Última medición									
		cumplimiento o cercanía	no cumplimiento	positiva	estancamiento	negativa	META	Año	Dato	Rural	Urbano	Dato	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena
1	ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE															
1A	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.															
•		X		O		9.05	1989	18.10	2006	15.20	5.3	24.4	14.80	15.70	27.20	7.70
1.2		sin meta	✓			-	2000	3.7	2006	3.37	1.04	5.54	3.24	3.51	6.02	1.71
1.3		sin meta	✓			-	2000	5.10	2006	5.60	5.6	7.7	5.50	5.60	8.20	5.60
1B	Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes															
1.4		sin meta		O		-	1989	0.90	2006	-0.80	-	-	-	-	-	-
1.5		sin meta		O		-	1989	48.72	2006	57.68	58.66	56.68	41.2	76.5	61.11	55.66
•		sin meta	✓			-	2000	12.71	2006	12.4	4.56	20.77	9.21	14.36	22	6.2
1.7		sin meta		O		-	1989	49.90	2006	47.40	35.87	59.71	56.59	41.74	60.91	38.63
1C	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.															
1.8		✓		✓		16.75	1987	33.5	2008-09	19.30	12.9	23	19.5	19.10	24.8	14.60
*		X		✓		28.95	1987	57.9	2008-09	43.4	28.8	51.8	44.2	42.70	58.6	30.6
1.9		X		O		9.05	1989	18.10	2006	15.2	5.3	24.4	14.80	15.70	27.20	7.70

* Indicadores nacionales u opcionales.

[1] Para el seguimiento de indicador relativo a pobreza, el país reporta la pobreza extrema medida por consumo.

Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones			META	Línea de base		Última medición									
		cumplimiento o cercanía	no cumplimiento	positiva		estancamiento	negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena
2	LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL																
2A	Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.																
2.1	✓		✓		100	1991	71.6	2009	98.3	-	-	97	99	-	-	-	-
2.2	✓		✓		100	1991	43.7	2009	77.6	-	-	(2008) 77.5	(2008) 77.6	-	-	-	-
2.3	✓		✓		100	1989	74.8	2006	87.86	94.54	81.15	84.79	91.38	80.35	92.26		
3	PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER																
3A	Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015.																
3.1	✓		✓		1	1995	0.84	2009	0.93	(2008) 0.95	(2008) 0.91	(2008) 0.91	(2008) 0.91	(2008) 0.93	(2008) 0.93		
	✓		✓		1	1995	0.84	2009	0.90	(2008) 0.92	(2008) 0.82	(2008) 0.82	(2008) 0.75	(2008) 0.93	(2008) 0.93		
	✓		✓		1	1995	0.97	2009	1	(2008) 1.03	(2008) 1.01	(2008) 1.01	(2008) 0.93	(2008) 1.05	(2008) 1.05		
3.2	✓		✓		1	1994	0.57	2010	1.05	-	-	-	-	-	-		
	sin meta		O		-	1989	35.03	2006	37.64	40.39	30.41	30.41	33.21	39.17			
	sin meta		O		-	1986	7	2008	12.03								
4	REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS																
4A	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.																
4.1	✓		✓		37	1987	110	2008-09	42	34	51	41	49	55	36		
4.2	✓		✓		24	1987	73	2008-09	30	27	38	32	37	40	30		
4.3		✗	O		95	1987	69	2008-09	78	73.70	79.90	79.90	75.2	78.6	76.7		

[2] El indicador oficial para vacunación contra el sarampión es para niños menores de un año, sin embargo Guatemala mide la misma en niños de 12 a 23 meses.



Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

5	MEJORAR LA SALUD MATERNA	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones		META	Línea de base		Última medición									
			cumplimiento o cercanía	no cumplimiento		positiva	estancamiento negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena
5A	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.		X	O	55	1989	219	2007	136	-	-	-	-	-	-	-	-
5.1	Tasa de mortalidad materna.		X	O													
5.2	Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado (médico o enfermera).		sin meta	✓	-	1987	29	2008-09	51.3	77	36.5						70.1
5B	Lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva																
5.3	Tasa de uso de anticonceptivos.		sin meta	✓	-	1987	23	2008-09	54.1	65.7	45.6	-	-	-	-	-	63.3
5.4	Tasa de fecundidad entre adolescentes.		sin meta	✓	-	1987	139	2008-09	98	78	114	-	-	-	-	-	100
5.5	Cobertura de atención prenatal.		sin meta	✓	-	1987	34	2008-09	93	95.9	91.7						93.5
5.6	Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.		sin meta	✓	-	1995	24.3	2008-09	20.08	14.7	25.4	-	-	-	-	-	15.1
6	COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES																
6A	Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/SIDA.																
6.1	Casos notificados de personas de 15 a 24 años de edad que tienen VIH/sida.		sin meta		X	1990	20	2008	476	-	-	-	-	-	-	-	-
6.2	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.		sin meta	O	-	2002	57	2008-09	56	58.4	57	24.6	62.2	58.06	57.6		
6.3	Proporción de la población de 15 a 25 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida [3]		sin meta	-	-	-	-	2008-09	22.54								
6B	Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/Sida de todas las personas que lo necesitan.																
6.5	Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales.		X	✓	95	2003	43.35	2009	69.24	-	-	-	-	-	-	-	-

[3] Es la primera vez que el país puede reportar sobre este indicador, el mismo se construyó a partir del análisis de una batería de preguntas contenidas en la Ensmi 2008-2009.



Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones		META	Línea de base		Última medición								
	cumplimiento o cercanía	no cumplimiento		positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena
7.6	Proporción de áreas terrestres y marinas protegidas.	sin meta	0	-	1990	24	32.29							
7.7	Proporción de especies en peligro de extinción.	sin meta	X	-	2001	16.74	18.20							
*	Uso de energía (en kilogramos equivalentes de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA).	sin meta	✓	-	1990	0.155	0.218	-	-	-	-	-	-	-
*	Proporción de población que utiliza combustibles sólidos.	sin meta	0	-	1990	79	78.50	59.6	96.1	71.5	80.1	94	67.6	
7C	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y servicios de saneamiento.													
7.8	Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable.	✓	✓	81.5	1990	63	78.7	91.2	64.1	81.7	77.8	72.5	82.1	
7.9	Proporción de la población con servicios de saneamiento mejorados.	✓	✓	66	1990	32	54.5	82.5	22	62.6	52.1	32.5	66.6	
7D	Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por los menos 100 millones de habitantes de tugurios.													
7.10	Proporción de la población urbana que vive en tugurios [4]	sin meta	-	-	-	-	2010	13						

[4] Esta información se refiere al departamento de Guatemala, el cual concentra alrededor del 96% de todos los asentamientos precarios del país.

■ No aplica

- Sin dato

Cuadro 1

Razón de muerte materna, porcentaje de disminución de brechas hacia la meta de 2015, por departamento
(1989-2007)

Núm.	Departamento	RMM (1989) Medina	Brecha 1987 a 2015	RMM (2007)	Brecha 2007 a 2015	Meta 2015	Diferencia de brechas	Porcentaje de avance en la disminución de la brecha 1989-2015
1	Zacapa	266	200	34	-32	67	232	116
2	Jalapa	234	176	43	-16	59	191	109
3	Sololá	397	298	113	14	99	284	95
4	Santa Rosa	186	140	56	9	47	130	93
5	El Progreso	240	180	76	16	60	164	91
6	Guatemala	176	132	58	14	44	118	89
7	Escuintla	219	164	75	20	55	144	88
8	Suchitepéquez	209	157	85	33	52	124	79
9	Sacatepéquez	222	167	110	54	56	112	67
10	Quetzaltenango	191	143	96	48	48	95	67
11	Retalhuleu	171	128	89	46	43	82	64
12	San Marcos	183	137	106	60	46	77	56
13	Alta Verapaz	355	266	207	118	89	148	56
14	Petén	282	212	179	109	71	103	49
15	Quiché	264	198	193	127	66	71	36
16	Jutiapa	113	85	97	68	28	16	19
17	Chimaltenango	183	137	158	112	46	25	18
18	Huehuetenango	253	190	224	160	63	29	16
19	Chiquimula	168	126	160	118	42	8	6
20	Baja Verapaz	190	143	182	135	48	8	5
21	Totonicapán	271	203	267	200	68	4	2
22	Izabal	152	114	302	264	38	-150	-132
Totales:		219	164	136	81	55	83	51

Fuente: elaboración propia con datos del *Estudio Medina 1989* y el *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.



Cuadro 2

Razón de muerte materna, según número de muertes maternas y número de nacidos vivos, por departamento (2007)

Departamento	Mortalidad materna 2007	Nacidos vivos 2007	Razón de mortalidad materna 2007
Total República	522	384434	135.78
Izabal	32	10592	302
Totonicapán	33	12341	267
Huehuetenango	80	35781	224
Alta Verapaz	71.0	34264	207
Quiché	56	29049	193
Baja Verapaz	14.0	7671	182
Petén	26	14496	179
Chiquimula	18	11257	160
Chimaltenango	25	15855	158
Sololá	13	11455	113
Sacatepéquez	8	7273	110
San Marcos	32.0	30143	106
Jutiapa	11	11387	97
Quetzaltenango	18.0	18839	96
Retalhuleu	7	7904	89
Suchitepéquez	14	16415	85
El Progreso	3	3963	76
Escuintla	12	16016	75
Guatemala	38	65559	58
Santa Rosa	5.0	8993	56
Jalapa	4	9346	43
Zacapa	2.0	5834	34

Fuente: elaboración propia con datos de MSPAS/Segeplan (2010). *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

Cuadro 3
Casos de muerte materna por municipio
 (2007)

No.	Código del municipio	Departamento	Municipio	Número de casos de muerte materna
1	805	Totonicapán	Momostenango	15
2	101	Guatemala	Guatemala	14
3	1601	Alta Verapaz	Cobán	14
4	1804	Izabal	Morales	14
5	1609	Alta Verapaz	San Pedro Carchá	13
6	1326	Huehuetenango	Barillas	11
7	1608	Alta Verapaz	Senahú	11
8	406	Chimaltenango	Tecpán Guatemala	9
9	2001	Chiquimula	Chiquimula	8
10	1401	Quiché	Santa Cruz del Quiché	7
11	1406	Quiché	Chichicastenango	7
12	1803	Izabal	El Estor	7
13	501	Escuintla	Escuintla	6
14	1206	San Marcos	Concepción Tutuapa	6
15	1405	Quiché	Chajul	6
16	1614	Alta Verapaz	Chahal	6
17	1802	Izabal	Livingston	6
18	801	Totonicapán	Totonicapán	5
19	803	Totonicapán	San Francisco El Alto	5
20	1410	Quiché	Cunén	5
21	1508	Baja Verapaz	Purulhá	5
22	1607	Alta Verapaz	Panzós	5
23	1616	Alta Verapaz	La Tinta	5
24	1710	Petén	Sayaxché	5
25	2201	Jutiapa	Jutiapa	5
26	115	Guatemala	Villa Nueva	4
27	401	Chimaltenango	Chimaltenango	4
28	403	Chimaltenango	San Martín Jilotepeque	4
29	701	Sololá	Sololá	4
30	807	Totonicapán	Santa Lucía La Reforma	4
31	901	Quetzaltenango	Quetzaltenango	4
32	1001	Suchitepéquez	Mazatenango	4
33	1204	San Marcos	Comitancillo	4



No.	Código del municipio	Departamento	Municipio	Número de casos de muerte materna
34	1302	Huehuetenango	Chiantla	4
35	1306	Huehuetenango	San Pedro Necta	4
36	1308	Huehuetenango	Soloma	4
37	1310	Huehuetenango	Santa Bárbara	4
38	1313	Huehuetenango	San Miguel Acatán	4
39	1319	Huehuetenango	Colotenango	4
40	1320	Huehuetenango	San Sebastián Huehuetenango	4
41	1327	Huehuetenango	Aguacatán	4
42	1414	Quiché	San Andrés Sajcabajá	4
43	1415	Quiché	Uspantán	4
44	1419	Quiché	Chicamán	4
45	1604	Alta Verapaz	Tactic	4
46	1615	Alta Verapaz	Fray Bartolomé de las Casas	4
47	1705	Petén	La Libertad	4
48	1709	Petén	San Luis	4
49	2004	Chiquimula	Jocotán	4
50	110	Guatemala	San Juan Sacatépequez	3
51	116	Guatemala	Villa Canales	3
52	802	Totonicapán	San Cristóbal Totonicapán	3
53	1101	Retalhuleu	Retalhuleu	3
54	1108	Retalhuleu	Nuevo San Carlos	3
55	1205	San Marcos	San Miguel Ixtahuacán	3
56	1209	San Marcos	Tajumulco	3
57	1215	San Marcos	Malacatán	3
58	1301	Huehuetenango	Huehuetenango	3
59	1304	Huehuetenango	Cuilco	3
60	1309	Huehuetenango	San Idelfonso Ixtahuacán	3
61	1312	Huehuetenango	La Democracia	3
62	1317	Huehuetenango	Santa Eulalia	3
63	1323	Huehuetenango	San Juan Ixcoy	3
64	1325	Huehuetenango	San Sebastián Coatán	3
65	1407	Quiché	Patzité	3
66	1408	Quiché	San Antonio Ilootenango	3
67	1413	Quiché	Nebaj	3
68	1420	Quiché	Playa Grande -Ixcán	3
69	1501	Baja Verapaz	Salamá	3

No.	Código del municipio	Departamento	Municipio	Número de casos de muerte materna
70	1610	Alta Verapaz	San Juan Chamelco	3
71	1613	Alta Verapaz	Chisec	3
72	1708	Petén	Dolores	3
73	1805	Izabal	Los Amates	3
74	2101	Jalapa	Jalapa	3
75	102	Guatemala	Santa Catarina Pinula	2
76	103	Guatemala	San José Pinula	2
77	106	Guatemala	Chinautla	2
78	108	Guatemala	Mixco	2
79	114	Guatemala	Amatitlán	2
80	203	El Progreso	San Agustín Acasaguastlán	2
81	311	Sacatepéquez	Santa María de Jesús	2
82	402	Chimaltenango	San José Poaquil	2
83	404	Chimaltenango	Comalapa	2
84	411	Chimaltenango	Acatenango	2
85	502	Escuintla	Santa Lucía Cotzumalguapa	2
86	601	Santa Rosa	Cuilapa	2
87	906	Quetzaltenango	Cabricán	2
88	909	Quetzaltenango	San Juan Ostuncalco	2
89	921	Quetzaltenango	Génova	2
90	1010	Suchitepéquez	San Antonio Suchitepéquez	2
91	1015	Suchitepéquez	Santa Bárbara	2
92	1017	Suchitepéquez	Santo Tomás La Unión	2
93	1207	San Marcos	Tacaná	2
94	1219	San Marcos	San Pablo	2
95	1223	San Marcos	Ixchiguán	2
96	1314	Huehuetenango	San Rafael La Independencia	2
97	1316	Huehuetenango	San Juan Atitán	2
98	1318	Huehuetenango	San Mateo Ixtatán	2
99	1321	Huehuetenango	Tectitán	2
100	1322	Huehuetenango	Concepción Huista	2
101	1402	Quiché	Chiché	2
102	1404	Quiché	Zacualpa	2
103	1416	Quiché	Sacapulas	2
104	1504	Baja Verapaz	Cubulco	2
105	1505	Baja Verapaz	Granados	2



No.	Código del municipio	Departamento	Municipio	Número de casos de muerte materna
106	1612	Alta Verapaz	Cahabón	2
107	1701	Petén	Flores	2
108	1704	Petén	San Andrés	2
109	1712	Petén	Poptún	2
110	1801	Izabal	Puerto Barrios	2
111	2007	Chiquimula	Esquipulas	2
112	2009	Chiquimula	Quetzaltepeque	2
113	2212	Jutiapa	Jalpatagua	2
114	2214	Jutiapa	Moyuta	2
115	107	Guatemala	San Pedro Ayampuc	1
116	109	Guatemala	San Pedro Sacatepéquez	1
117	111	Guatemala	San Raymundo	1
118	117	Guatemala	Petapa	1
119	202	El Progreso	Morazán	1
120	301	Sacatepéquez	Antigua Guatemala	1
121	302	Sacatepéquez	Jocotenango	1
122	304	Sacatepéquez	Sumpango	1
123	307	Sacatepéquez	San Bartolomé Milpas Altas	1
124	312	Sacatepéquez	Ciudad Vieja	1
125	315	Sacatepéquez	San Antonio Aguas Calientes	1
126	405	Chimaltenango	Santa Apolonia	1
127	407	Chimaltenango	Patzún	1
128	503	Escuintla	La Democracia	1
129	505	Escuintla	Masagua	1
130	507	Escuintla	La Gomera	1
131	509	Escuintla	San José	1
132	609	Santa Rosa	Taxisco	1
133	610	Santa Rosa	Santa María Ixhuitán	1
134	611	Santa Rosa	Guazacapán	1
135	705	Sololá	Nahualá	1
136	706	Sololá	Santa Catarina Ixtahuacán	1
137	707	Sololá	Santa Clara La Laguna	1
138	708	Sololá	Concepción	1
139	711	Sololá	Santa Catarina Palopó	1
140	712	Sololá	San Antonio Palopó	1
141	715	Sololá	San Pablo La Laguna	1

No.	Código del municipio	Departamento	Municipio	Número de casos de muerte materna
142	716	Sololá	San Marcos La Laguna	1
143	717	Sololá	San Juan La Laguna	1
144	808	Totonicapán	San Bartolo Aguas Calientes	1
145	903	Quetzaltenango	Olintepeque	1
146	907	Quetzaltenango	Cajolá	1
147	912	Quetzaltenango	San Martín Sacatepéquez	1
148	913	Quetzaltenango	Almolonga	1
149	918	Quetzaltenango	San Francisco La Unión	1
150	920	Quetzaltenango	Coatepeque	1
151	922	Quetzaltenango	Flores Costa Cuca	1
152	923	Quetzaltenango	La Esperanza	1
153	1002	Suchitepéquez	Cuyotenango	1
154	1006	Suchitepéquez	Santo Domingo Suchitepéquez	1
155	1012	Suchitepéquez	San Gabriel	1
156	1013	Suchitepéquez	Chicacao	1
157	1102	Retalhuleu	San Sebastián	1
158	1201	San Marcos	San Marcos	1
159	1210	San Marcos	Tejutla	1
160	1211	San Marcos	San Rafael Pie de la Cuesta	1
161	1212	San Marcos	Nuevo Progreso	1
162	1220	San Marcos	El Quetzal	1
163	1221	San Marcos	La Reforma	1
164	1226	San Marcos	Sipacapa	1
165	1305	Huehuetenango	Nentón	1
166	1307	Huehuetenango	Jacaltenango	1
167	1315	Huehuetenango	Todos Santos Cuchumatán	1
168	1328	Huehuetenango	San Rafael Pétzal	1
169	1329	Huehuetenango	San Gaspar Ixchil	1
170	1332	Huehuetenango	Unión Cantinil	1
171	1412	Quiché	Joyabaj	1
172	1502	Baja Verapaz	San Miguel Chicaj	1
173	1503	Baja Verapaz	Rabinal	1
174	1602	Alta Verapaz	Santa Cruz Verapaz	1
175	1702	Petén	San José	1
176	1703	Petén	San Benito	1
177	1707	Petén	Santa Ana	1



No.	Código del municipio	Departamento	Municipio	Número de casos de muerte materna
178	1711	Petén	Melchor de Mencos	1
179	1901	Zacapa	Zacapa	1
180	1904	Zacapa	Gualán	1
181	2005	Chiquimula	Camotán	1
182	2010	Chiquimula	San Jacinto	1
183	2107	Jalapa	Mataquescuintla	1
184	2207	Jutiapa	Atescatempa	1
185	2211	Jutiapa	Comapa	1

Fuente: elaboración propia con datos del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

Cuadro 4

Síntesis de muertes maternas ocurridas por municipio

Cantidad de municipios	Total de casos de muerte materna	Casos por municipio	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25	200	entre 5 y 15	38.3	38.3
24	96	4	18.4	56.7
25	75	3	14.4	71.1
40	80	2	15.3	86.4
71	71	1	13.6	100

