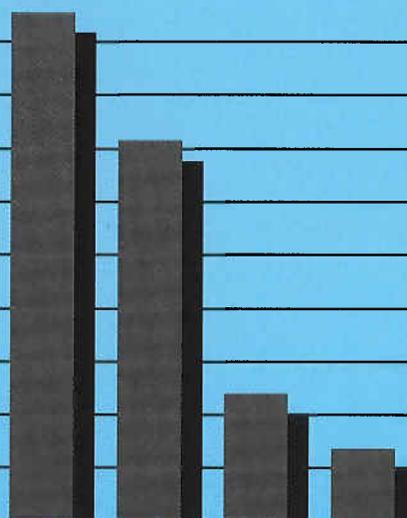


Guatemala



Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995

INFORME RESUMIDO

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 1995

INFORME RESUMIDO

I. Antecedentes	3
II. Características Generales	4
III. Salud Materno-Infantil	5
A. Cuidado Prenatal.....	5
B. Vacunación	5
C. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	6
D. Diarrea y Rehidratación Oral	6
IV. Mortalidad Infantil y Materna	7
A. Niveles y Diferenciales de la Mortalidad Infantil	7
B. Alto Riesgo Reproductivo.....	8
C. Mortalidad Materna	9
V. Lactancia y Nutrición	10
A. Lactancia.....	10
B. Nutrición de Niños Menores de 5 Años.....	11
VI. Fecundidad	12
VII. Planificación Familiar	14
A. Conocimiento y Uso de Métodos	14
B. La Necesidad de Planificación Familiar	16
VIII. Determinantes de la Fecundidad	17
A. Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo	17
B. Infertilidad	18
C. Preferencias Reproductivas	18
IX. Conocimientos sobre el SIDA y Riesgos Percibidos	20
X. Consideraciones Finales	21
A. Servicios Básicos	21
B. Fecundidad y Planificación Familiar	21
C. Salud Materno-Infantil	22
D. Conclusiones y Recomendaciones Generales	22
XI. Metas Programáticas	23
XII. Datos Básicos	24



Instituto Nacional de Estadística (INE)
Edificio América, 8a. Calle 9-55 Zona 1, 3er Nivel
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Octubre 1996

Fotos: CONAPLAN, APROFAM, INE

En este informe se hace una presentación resumida de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-95) realizada recientemente en Guatemala por el Instituto Nacional de Estadística (INE), dentro del marco de la tercera ronda del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) desarrollado por Macro International Inc. El financiamiento de la ENSMI-95 estuvo a cargo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y el programa DHS, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El programa DHS, actualmente en su tercera fase, fue diseñado para recolectar información sobre fecundidad, planificación familiar y salud materno-infantil, y lo desarrolla Macro International Inc. bajo convenio con USAID/ Washington. Información adicional sobre el programa DHS se puede obtener de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, U.S.A. (Teléfono 301-572-0200, Fax 301-572-0999). Información adicional sobre la ENSMI-95 se puede obtener del Instituto Nacional de Estadística (INE), Edificio América, 8a. Calle 9-55 Zona 1, 3er Nivel, Ciudad de Guatemala, Guatemala (Teléfono 232-6136, Fax 232-4790).

I. Antecedentes

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995 (**ENSMI-95**) se desarrolló en el marco de la tercera fase del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (**DHS**) con el fin primordial de proporcionar, a quienes diseñan y administran programas de salud materno infantil y planificación familiar, información actualizada para el país y sus regiones sobre las tendencias y los niveles actuales en los indicadores materno infantiles, lactancia materna, estado nutricional de niños y madres, fecundidad, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar. La información obtenida en la **ENSMI-95** puede compararse con la de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1987, para examinar tendencias en la mortalidad en la niñez, la fecundidad y el uso de la anticoncepción.

La muestra estudiada es probabilística, multi-etápica, estratificada y con fracciones de muestreo variables. La **ENSMI-95** estuvo constituida por dos tipos de cuestionarios: uno de *hogar* y uno *individual* para recolectar información sobre las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años.



Se completaron en total 11,297 entrevistas de hogares y 12,403 individuales. El trabajo de campo tuvo lugar entre el 19 de junio y el 15 de diciembre de 1995. Los resultados se pueden analizar a diferentes niveles de desagregación geográfica: para las siete regiones (Metropolitana, Norte, Nor-Oriente, Sur-Oriente, Central, Sur-Occidente y Nor-Occidente), para el área de residencia (urbana y rural) para los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, Chimaltenango y San Marcos.

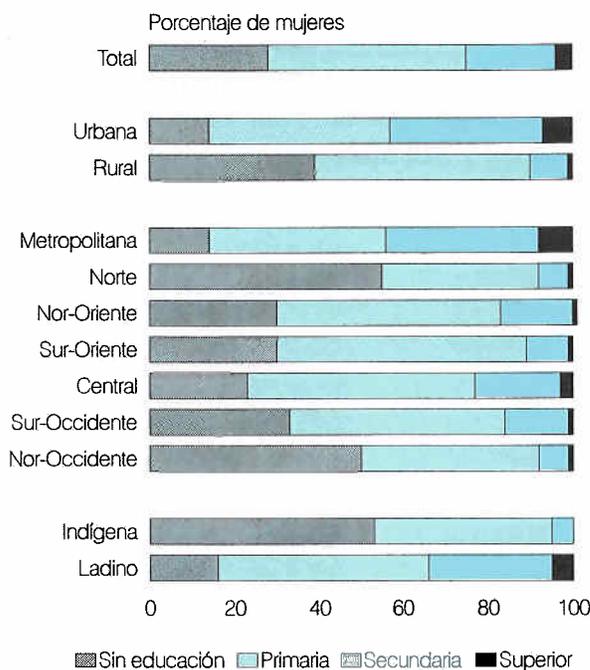
II. Características Generales

Guatemala, con una superficie de 108,900 km², tiene en 1995 una población estimada en 10 millones de habitantes que aumenta a un ritmo anual del 2.6 por ciento. La tasa de crecimiento natural es del 3.1 por ciento, proveniente de una Tasa Bruta de Natalidad de 39 nacimientos por mil habitantes y de una Tasa Bruta de Mortalidad de 8.1 defunciones por mil habitantes.

Guatemala es heterogénea culturalmente y las regiones y departamentos representadas en la **ENSMI-95** reflejan adecuadamente esa heterogeneidad.

El 79 por ciento de los hogares cuenta con aparatos de radio y solo el 50 por ciento con televisión.

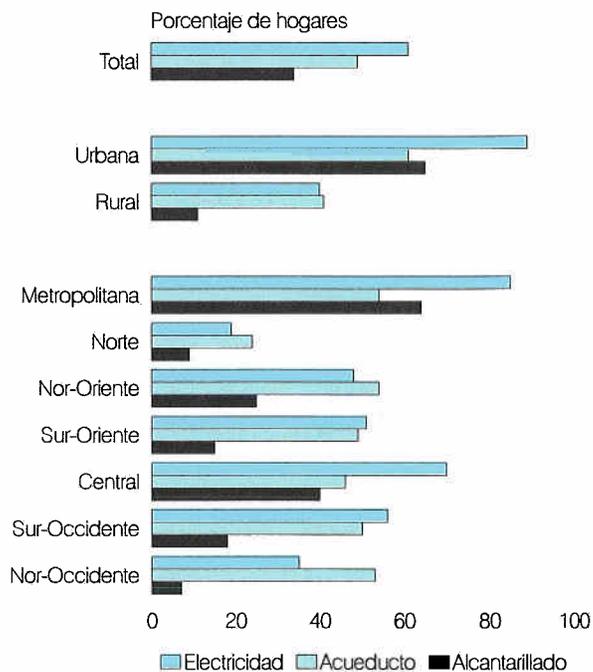
Gráfico 1
Nivel de Educación de las Mujeres en Edad Reproductiva por Residencia y Grupo Étnico



El hogar guatemalteco consta en promedio de 5.2 miembros y en el 80 por ciento de los casos tiene un varón como jefe. El 58 por ciento de la población de 6-10 años y 61 por ciento de la de 11-15 años asiste a la escuela, sin diferencias por sexo pero si por área de residencia. Entre los mayores de 15 años se estima que cerca del 38 por ciento se encuentran “sin ningún nivel de educación”, con diferencias por sexo (24 por ciento para hombres y 44 por ciento para mujeres). La proporción de mujeres “sin educación” en edad reproductiva es de 28 por ciento y solo 25 por ciento tienen estudios más allá del nivel de primaria.

Los servicios esenciales todavía no están disponibles para toda la población, sobre todo en las áreas rurales. El 61 por ciento de los hogares dispone de luz eléctrica; el agua de tubería está disponible para el 49 por ciento y sólo el 34 por ciento de los hogares cuenta con inodoro de alcantarilla. El 79 por ciento de hogares cuenta con aparatos de radio y solo el 50 por ciento con televisión.

Gráfico 2
Porcentaje de Viviendas con Servicios Básicos por Residencia

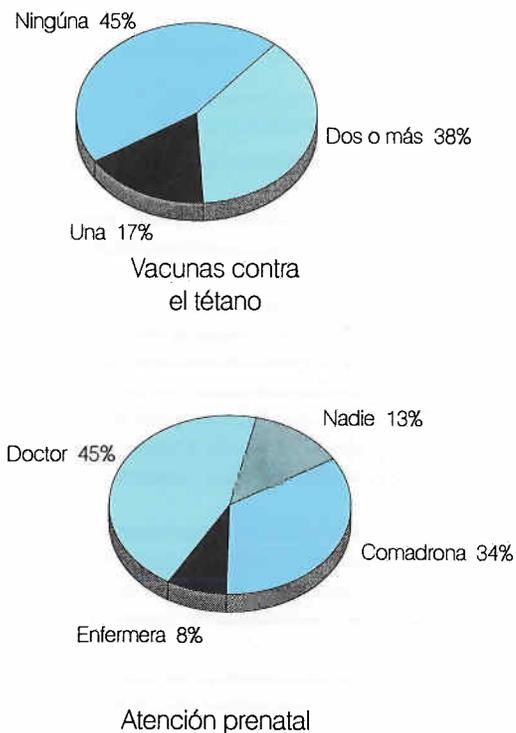


III. Salud Materno-Infantil

A. Cuidado Prenatal

El cuidado prenatal por profesionales de la salud (médicos y enfermeras) es accesible a un poco más cinco de cada diez gestantes, mientras que la comadrona tradicional adiestrada (CAT) lo es para una cuarta parte de estas. Entre las mujeres que dieron a luz en los cinco años que precedieron la ENSMI-95, solamente 13 por ciento de las gestantes no recibieron atención prenatal alguna. Por otro lado, la vacuna antitetánica fue administrada en una dosis al 17 por ciento de las mujeres y solo el 38 por ciento recibió dos o más dosis. Cerca de dos de cada tres mujeres tuvieron parto domiciliario y solamente una de cada tres tuvo sus hijos en instituciones de salud.

Gráfico 3
Atención Prenatal y Vacunación contra el Tétano para Madres y Niños Menores de Cinco Años



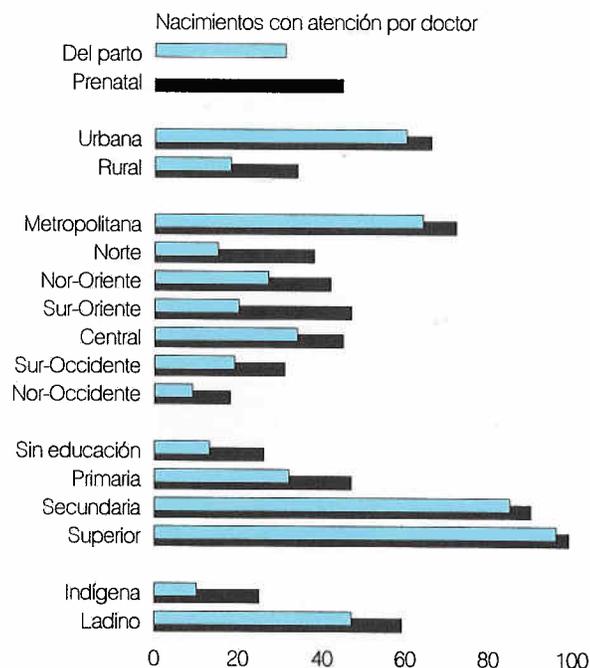
B. Vacunación

En Guatemala, el 51 por ciento de los niños de 1 año estaban en 1995 protegidos con todas las vacunas. El 29 por ciento fue vacunado durante el primer año de vida y el resto después del primer aniversario. Esto representa una notable mejoría con respecto a 1987 cuando se estimó que la vacunación completa sólo llegaba alrededor del 30 por ciento.

Existen contrastes dramáticos por regiones, desde apenas el 30-35 por ciento en las regiones Metropolitana Norte hasta el 62 por ciento en la región Sur-Oriente.

Antes de los 12 meses de edad el 70 por ciento han recibido la BCG y el 53 por ciento la vacuna contra el Sarampión, el 80 por ciento la DPT y el 84 por ciento la vacuna contra la Poliomiélitis, resultados que reflejan un aumento en las coberturas de vacunación.

Gráfico 4
Atención Prenatal y del Parto por Médico según Residencia, Educación y Grupo Étnico



C. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas afectan al 22 por ciento de los niños menores de 5 años, prevalencia que es mayor entre los niños de 6-23 meses y entre aquellos de madres de la región Sur-Oriente. Dos de cada cinco de los niños con IRA fueron llevados a un centro o proveedor de salud.

D. Diarrea y Rehidratación Oral

La prevalencia de la diarrea en las 2 semanas anteriores a la ENSMI-95 (21 por ciento) fue mayor a la encontrada en 1987 (17 por ciento).

Los sobres de rehidratación oral son conocidos por el 86 por ciento de las madres, pero sólo el 22 por ciento los usó durante las últimas dos semanas, con diferencias según las características de las madres o de los niños; por ejemplo, más del 25 por ciento de los niños de 1 año, o de madres con educación primaria o más recibieron sobres de rehidratación oral.

Mientras casi 3 de cada 10 niños con diarrea recibió SRO en la región Central, apenas 1 de cada 6 recibió en las regiones Norte, Nor-Oriente y Sur-Occidente.

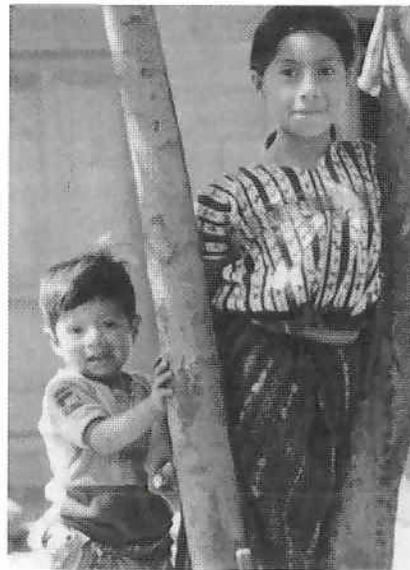


Gráfico 5
Porcentaje los Nacidos Vivos en los Últimos Cinco Años con Complicaciones durante el Parto

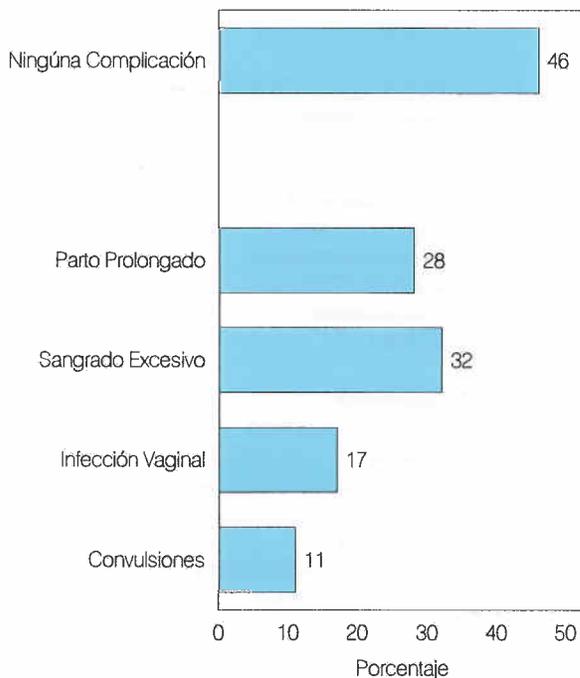
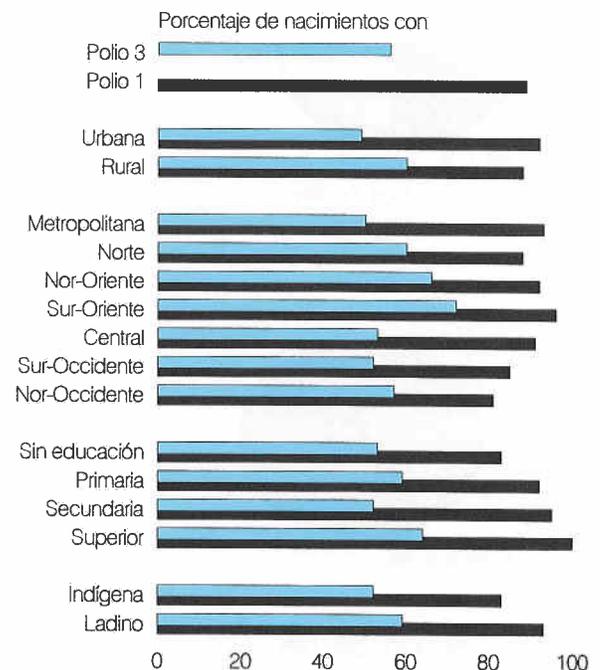


Gráfico 6
Vacunación contra Polio para Niños de 1 Año por Residencia, Educación y Grupo Étnico



IV. Mortalidad Infantil y Materna

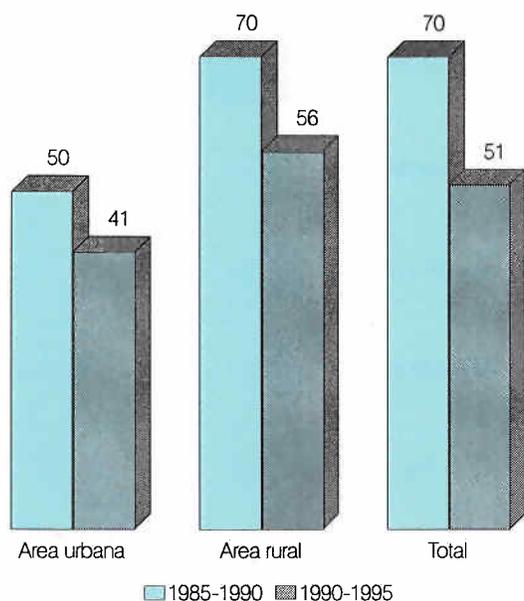
A. Niveles y Diferenciales de la Mortalidad Infantil

En el último cuarto de siglo la mortalidad infantil en Guatemala ha experimentado descensos importantes, sin embargo, sigue siendo alta en comparación con algunos países de la región como Cuba, Costa Rica y Chile.

De las estimaciones de mortalidad a partir de la ENSMI-95 se concluye que en el período de 20 años entre 1975 y 1995, la mortalidad infantil bajó de niveles de 104 a 51 defunciones por mil nacidos vivos, una disminución del 51 por ciento.

Gráfico 7
Evolución de la Mortalidad Infantil según la ENSMI-95

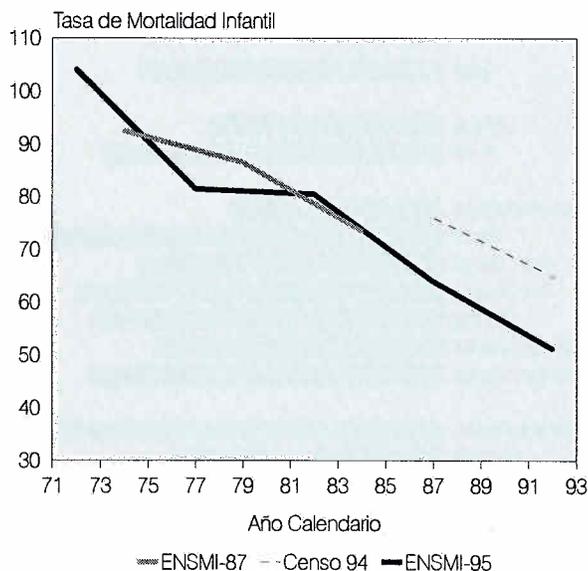
Muertes por 1,000 nacidos vivos



Los diferenciales por lugar de residencia son notables para los niveles de mortalidad en el período 1985-1995. En las regiones Central (Chimaltenango) y Sur-Oriente la tasa (72 por mil) es 41 por ciento mayor que la del país. También es alta en las regiones Norte y Nor-Occidente, y en el departamento de Alta Verapaz.

De cada mil niños nacidos vivos en Guatemala, 26 mueren antes de cumplir 1 mes de vida y otros 25 después de cumplir un mes, pero antes de cumplir el primer año de vida.

Gráfico 8
Evolución de la Mortalidad Infantil según Varias Fuentes



B. Alto Riesgo Reproductivo

La ENSMI-95 permite estimar en qué medida la mortalidad en Guatemala es sensible al patrón reproductivo de la población, en lo que se refiere a edades extremas de la madre al nacimiento de los hijos (menores de 18 o de 35 o más años), intervalos cortos entre nacimientos (menos de 24 meses), y orden de nacimiento mayor de 3.

El 65 por ciento de los nacimientos en los 5 años que precedieron la encuesta ocurrieron en condiciones de riesgo elevado de mortalidad; dos terceras partes de éstos nacieron con un solo riesgo de mortalidad y el resto con riesgos combinados. Las categorías de

riesgos más importantes son el nacimiento de orden mayor a 3 (24 por ciento) y los intervalos cortos, de menos de 24 meses (11 por ciento de los nacimientos)

El 65 por ciento de los nacimientos ocurren en condiciones de riesgo de mortalidad, 24 por ciento de ellos por tratarse de nacimientos de orden mayor a 3 y 11 por ciento por tener intervalos inferiores a los 24 meses con el nacimiento anterior.

Gráfico 9
Diferenciales de la Mortalidad por Residencia, Educación y Grupo Étnico

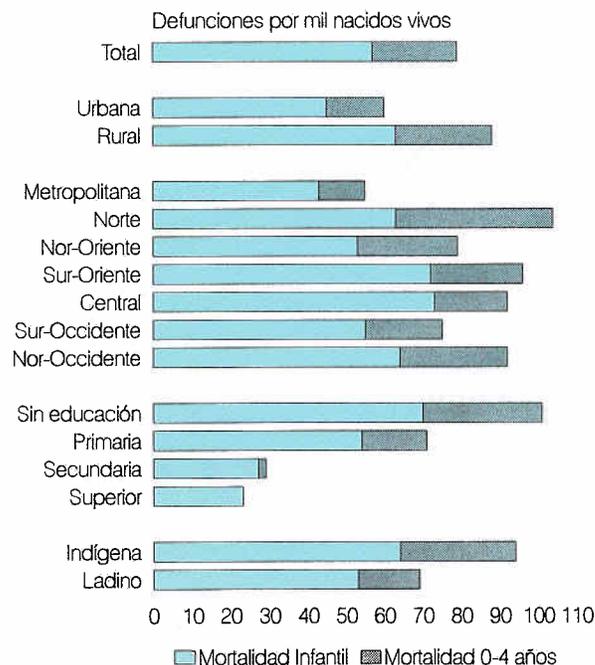
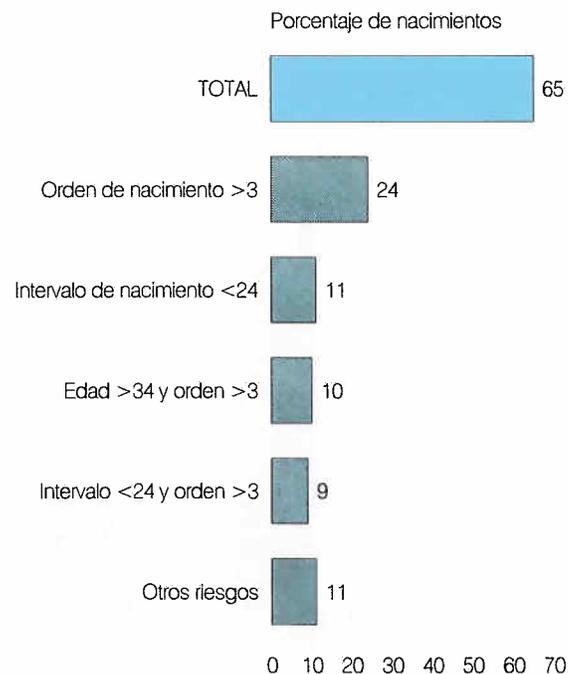


Gráfico 10
Nacimientos en Categorías de Riesgo Elevado de Mortalidad

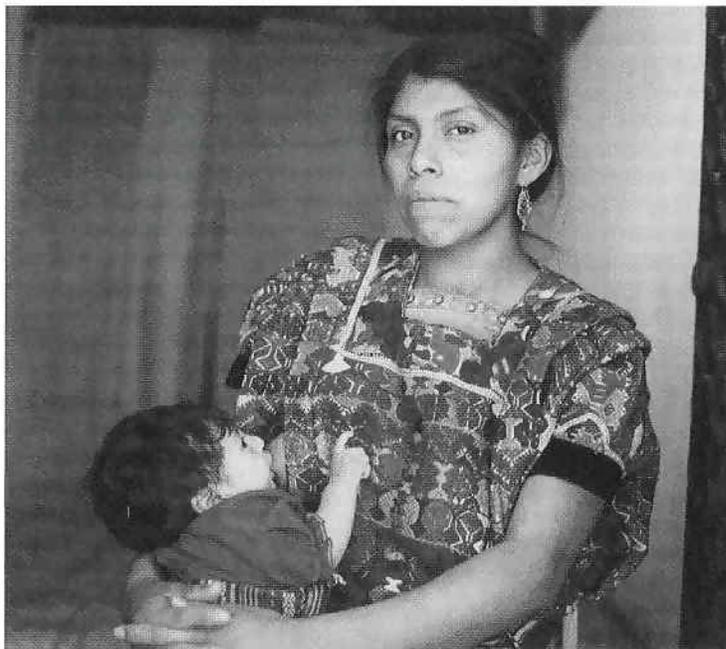


Si bien solo el 9 por ciento de los nacimientos presentan riesgos combinados de orden de nacimiento de 4 o mayor e intervalos de nacimiento menores de 24 meses, estos nacimientos tienen riesgos de mortalidad casi 2 veces mayores que los que tienen los nacimientos normales.

Los riesgos de mortalidad de un niño de orden 4 o mayor, nacido en un intervalo corto, son casi dos veces más que los riesgos normales.

C. Mortalidad Materna

Las estimaciones directas e indirectas de la razón de mortalidad materna apuntan a valores alrededor de 200 muertes maternas por cada 100,000 niños nacidos vivos.

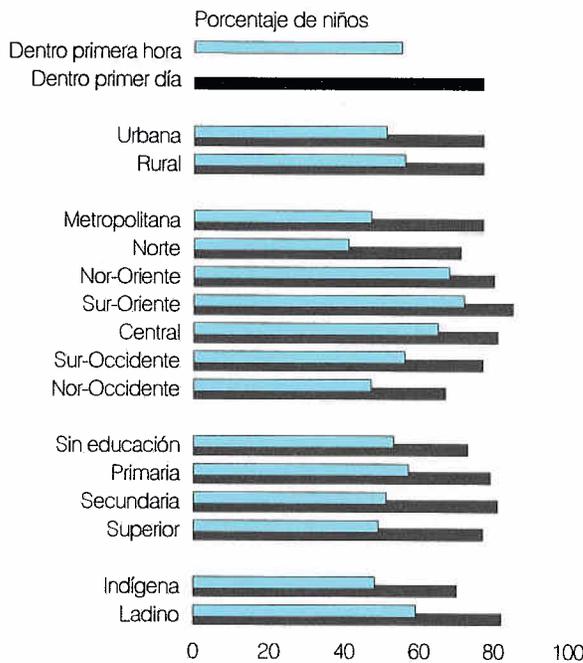


V. Lactancia y Nutrición

A. Lactancia

La lactancia es una práctica generalizada en Guatemala, pues el 96 por ciento de los niños ha recibido el pecho materno alguna vez. El 55 por ciento de los niños empieza a lactar en la primera hora de nacido y el 77 por ciento durante el primer día de nacido. La lactancia dura en promedio 20 meses, pero se da en forma exclusiva apenas durante un poco menos de 4 meses. Entre los niños de 12 meses de edad, el 72 por ciento de ellos continuaba lactando. La frecuencia de la lactancia parece ser adecuada en Guatemala pues, con la excepción de la región Nor-Oriente, más del 80 por ciento de los menores de 6 meses recibe el pecho por lo menos 6 veces al día.

Gráfico 11
Iniciación de la Lactancia por Residencia, Educación y Grupo Étnico



Como en muchos países, la alimentación complementaria se inicia a muy temprana edad poniendo al niño en riesgo de contraer gérmenes por el empleo de agua que, en muchas regiones, no es de buena calidad. La complementación con leche para bebé no es común durante los primeros dos meses pero es más corriente que los niños reciban leche líquida y/o en polvo (1 de cada 5 entre los niños de 6-7 meses) u otros líquidos (casi la mitad de los niños de 4-5 meses).

Los alimentos sólidos se introducen después de los primeros tres meses de vida y a partir de los 6 meses la lactancia materna es casi totalmente complementada, inicialmente por alimentos no sólidos. Al final del primer año de vida, cerca de la mitad de los niños lactantes recibe alimentos sólidos.

Más del 40 por ciento de los niños recibe alimentación complementaria antes de cumplir 2 meses de vida.



B. Nutrición de Niños Menores de 5 Años

Según la ENSMI-95, el 50 por ciento de los niños menores de 5 años en Guatemala adolecerían de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad. Los niveles son mayores entre los niños de 12-59 meses de edad, de orden 4 o más y entre aquellos con intervalo entre nacimientos de menos de 24 meses.

El nivel de desnutrición crónica relativamente alto a nivel del país enmascara grandes diferencias geográficas. La prevalencia de la desnutrición crónica es relativamente baja en la región Metropolitana (34 por ciento) en comparación con los niveles observados en la región Nor-Occidente y en los departamentos de Quiché y Huehuetenango donde alcanza el 70 por ciento.

El 57 por ciento de los niños menores de 12-23 meses padece de desnutrición crónica (en comparación con 70 por ciento en 1987).

Gráfico 12
Evolución de la Desnutrición Crónica

Porcentaje clasificado como desnutrido

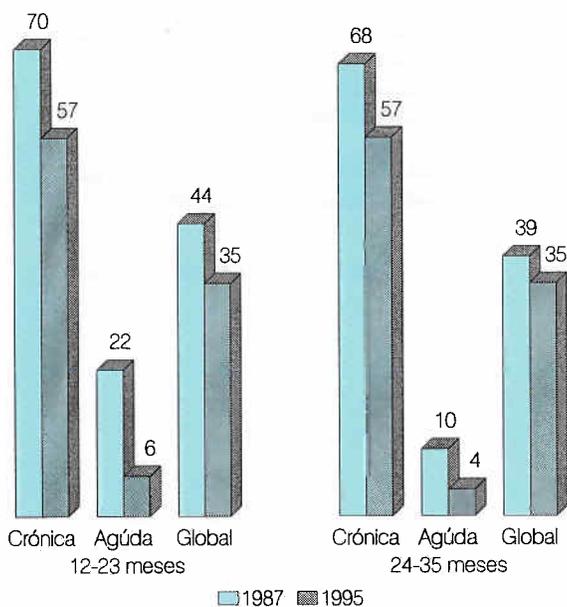
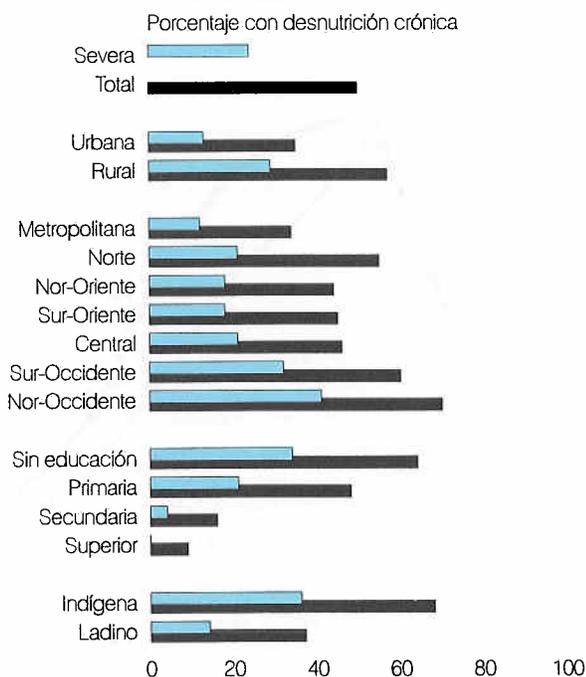


Gráfico 13
Diferenciales en los Niveles de Desnutrición Crónica por Residencia, Educación y Grupo Étnico

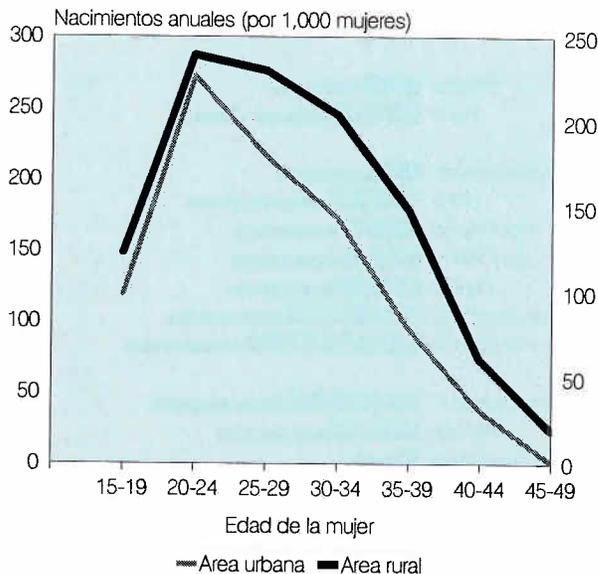


VI. Fecundidad

Desde finales de los años 70 la fecundidad ha venido disminuyendo como resultado de la concentración de la población en áreas urbanas, la mejora de los niveles educativos, y la difusión y oferta de anticonceptivos. Según la **ENSMI-95**, la fecundidad descendió casi 23 por ciento en los últimos 15 años, 9 por ciento en los últimos 8 años. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 5.1 hijos en promedio durante toda su vida fértil, en comparación con más de 6 durante los años 70.

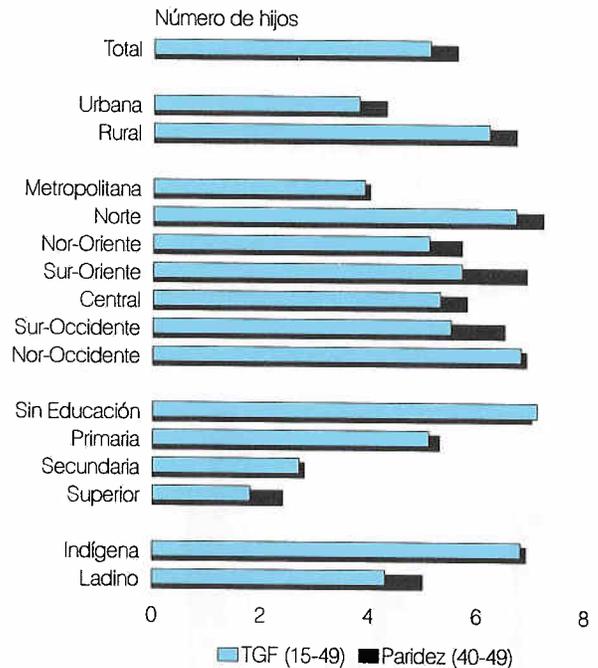
Con los niveles actuales de fecundidad, las mujeres sin ningún nivel de educación tienen 5 hijos más que aquellas con educación superior. Las mujeres rurales tienen en promedio 2 hijos más que aquellas que viven en áreas urbanas.

Gráfico 14
Tasas Específicas de Fecundidad por Área de Residencia



Existen, sin embargo, diferencias por educación y lugar de residencia. Las mujeres con educación superior tienen 1.8 hijos en contraste con 7.1 para las mujeres sin educación, y en el área rural las mujeres tienen en promedio 2.4 hijos más que en el área urbana. Con los niveles actuales de fecundidad, las mujeres de las regiones Norte y Nor-Occidente terminarían con un hijo más que las de las regiones Nor-Oriente, Sur-Oriente, Central y Sur-Occidente; en los departamentos de Huehuetenango y Alta Verapaz las mujeres en edad fértil tendrían 3 hijos más que en la región Metropolitana.

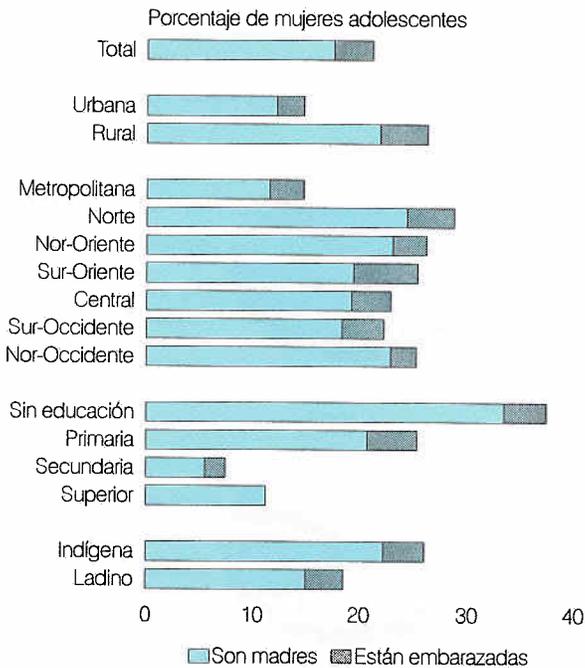
Gráfico 15
Tasa Global de Fecundidad y Paridez por Residencia, Educación y Grupo Étnico



La fecundidad de adolescentes es un aspecto que requiere atención preferencial por la profunda repercusión que tiene en la vida de las jóvenes. En la ENSMI-95 se encontró que el 21 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo. A los 19 años ya son cuatro de cada diez y entre ellas hay un 14 por ciento que ya tiene por lo menos 2 hijos. La alta fecundidad de adolescentes se hace más evidente en la región Norte del país donde las madres adolescentes son casi dos veces más frecuentes que en la región Metropolitana (28 por ciento en comparación con 15 por ciento).



Gráfico 16
Embarazos en Adolescentes y Maternidad
por Residencia, Educación y Grupo Étnico



VII. Planificación Familiar

A. Conocimiento y Uso de Métodos

En Guatemala un poco más de tres cuartas partes de las mujeres han oído hablar de métodos modernos de regulación de la fecundidad. Los métodos más conocidos son las pastillas, la esterilización femenina, las inyecciones y el condón.

El 31 por ciento de las mujeres actualmente unidas manifestó estar usando métodos en 1995. Este nivel de uso representa un aumento importante en comparación con un nivel del 23 por ciento observado en la ENSMI-87. Si bien el mayor aumento entre 1987 y 1995 se registró en el uso de la esterilización al pasar del 11 al 16 por ciento (un aumento de casi un punto porcentual por año), también el uso de

las inyecciones aumentó de forma considerable (de 0.5 a 2.5 por ciento). Por otro lado, el uso de las pastillas disminuyó ligeramente su participación relativa en el conjunto de métodos usados, siendo usadas por cerca de un 4 por ciento de las mujeres.

En la actualidad, el 31 por ciento de las mujeres unidas usa métodos anticonceptivos en comparación con el 23 por ciento que usaba en 1987.

La abstinencia periódica sólo es empleada por el 4 por ciento de las mujeres unidas, pero casi seis de cada diez usuarias de ritmo no sabe en qué momento del ciclo menstrual son mayores los riesgos de embarazo.

Gráfico 17
Conocimiento y Uso de Métodos de Planificación Familiar entre Mujeres Unidas

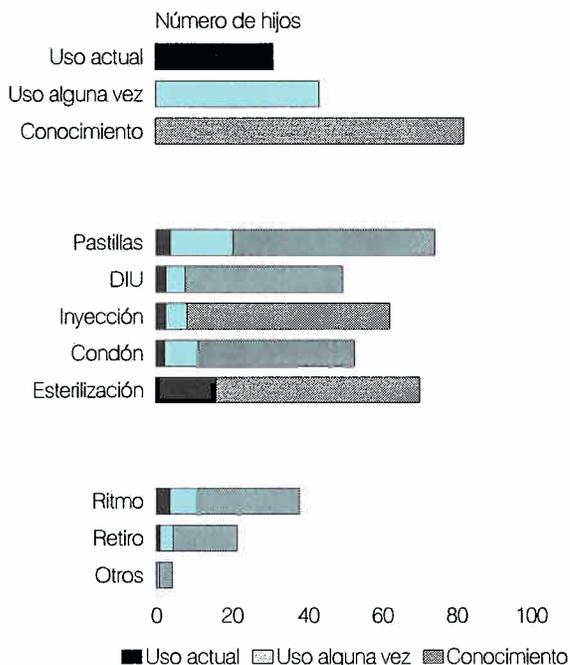
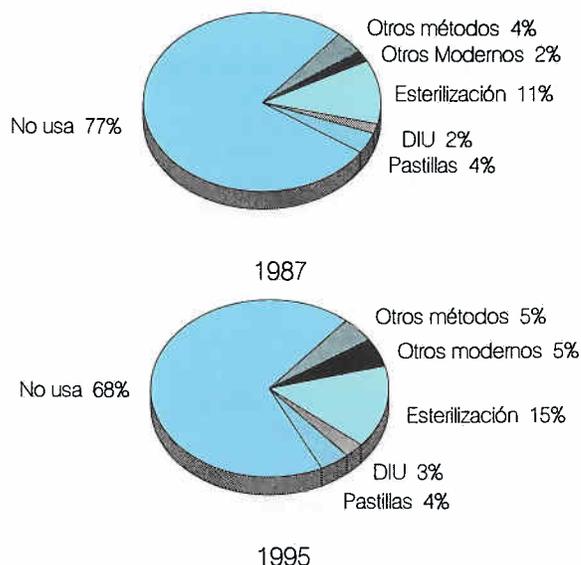


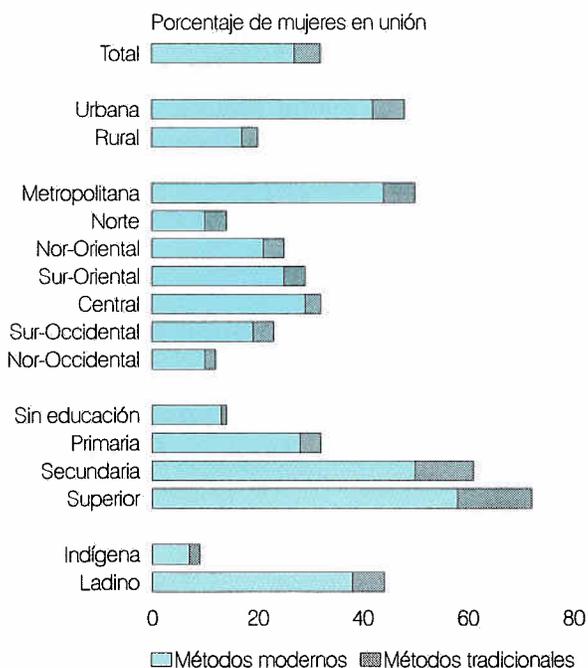
Gráfico 18
Cambio en el Uso de Métodos entre 1987 y 1995



Casi seis de cada diez usuarias de ritmo no sabe en qué momento del ciclo menstrual son mayores los riesgos de embarazos.

La mayor prevalencia de uso de métodos se encuentra entre las mujeres de mayor nivel de instrucción y las residentes en las áreas urbanas; a nivel regional sobresale la región Metropolitana, donde un 44 por ciento de las mujeres usan métodos modernos y 6 por ciento usan otros métodos.

Gráfico 19
Métodos Usados por las Mujeres en Unión por Residencia, Educación y Grupo Étnico



El sector privado en Guatemala, especialmente APROFAM, desempeña un papel predominante en el suministro de anticonceptivos, con una cobertura de más de dos terceras partes de las usuarias actuales de métodos modernos de planificación familiar. Las farmacias constituyen la principal fuente para los llamados métodos de suministro (píldora, inyección, condón y métodos vaginales).

En la región metropolitana se encuentra el mayor nivel de uso de métodos (50 por ciento); los menores niveles de uso, alrededor del 12 por ciento, se encuentran en las regiones del Norte del país, principalmente en los departamentos del Quiché, Alta Verapaz y Huehuetenango.



B. La Necesidad de Planificación Familiar

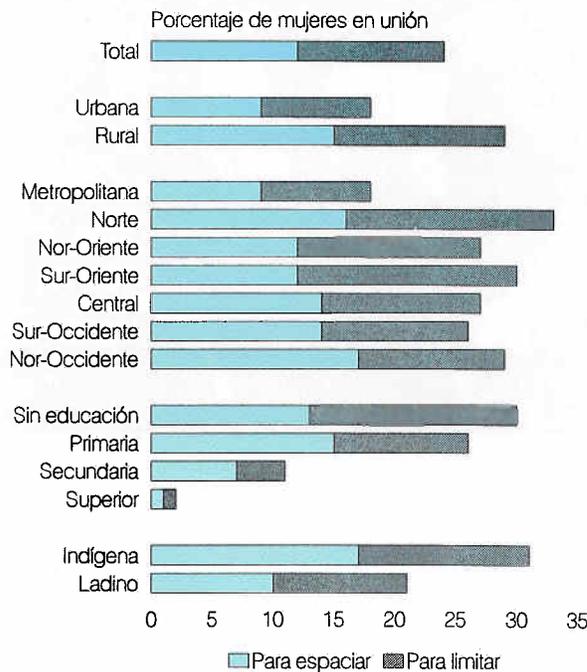
Una proporción importante del uso de métodos en Guatemala (tres cuartas partes) se utiliza con fines de **limitar** la descendencia y una cuarta parte para **espaciar** mejor los hijos. Dado este patrón de preferencias reproductivas en Guatemala hacia la limitación del tamaño de la familia, es de esperarse que continúe el incremento en el uso de anticonceptivos modernos, entre las mujeres que todavía tienen necesidad no satisfecha de métodos. El 37 por ciento de las mujeres en unión y que no practican la anticoncepción manifestaron su intención de hacerlo en el futuro, en una gran proporción (25 por ciento) en los próximos 12 meses. Los métodos más populares entre estas mujeres son la esterilización femenina, la pastilla y las inyecciones, cada uno de los cuales fue mencionado por 22 por ciento de las entrevistadas.

Los resultados indican que el 24 por ciento de las mujeres guatemaltecas en unión conyugal tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar. Para un poco más de la mitad de estas mujeres la necesidad sería con el fin de limitar la familia, lo cual es consistente con los altos niveles de no deseo de más hijos de la población guatemalteca.

Mujeres con necesidad insatisfecha se consideran aquellas que no usan anticonceptivos, que no desean más hijos o cuyo último embarazo no fue deseado.

A nivel regional, los mayores niveles de necesidad insatisfecha se encuentran en la región Norte (Alta Verapaz), Sur-Oriente y Nor-Occidente (alrededor de 30 por ciento) y los menores en la región Metropolitana con 17 por ciento. El grupo indígena presenta también altos niveles de necesidad insatisfecha con 32 por ciento de las mujeres en unión.

Gráfico 20
Componentes de la Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar



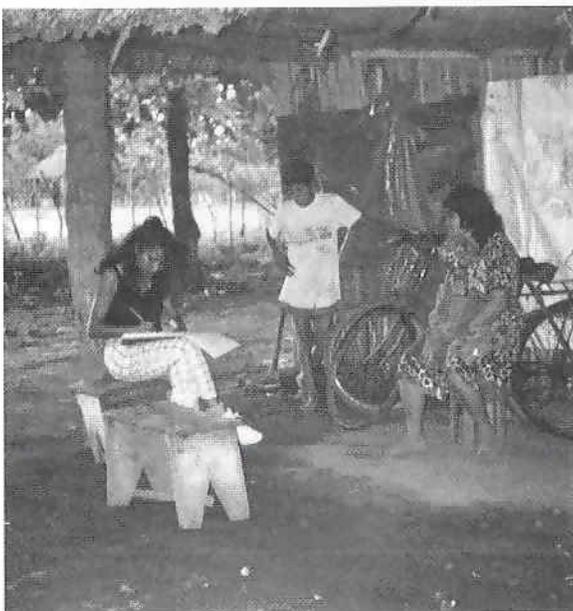
El 24 por ciento de las mujeres unidas tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, con un poco más de la mitad de ellas para limitar la familia.

VIII. Determinantes de la Fecundidad

En la ENSMI-95 se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad en Guatemala: (1) la nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo, (2) infertilidad natural postparto, (3) preferencias reproductivas y (4) uso de métodos anticonceptivos.

A. Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

El 64 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años vive en unión estable y de éstas 22 por ciento se encuentran únicamente unidas (en unión de hecho) es decir sin el vínculo matrimonial formal, observándose una mayor preferencia por la unión libre entre las mujeres que recién inician su vida en pareja. Durante los últimos 5 años las mujeres tuvieron un promedio de tres años de relación marital estable, este promedio es mayor entre aquellas mujeres sin educación y/o residentes de la región Nor-Occidente.

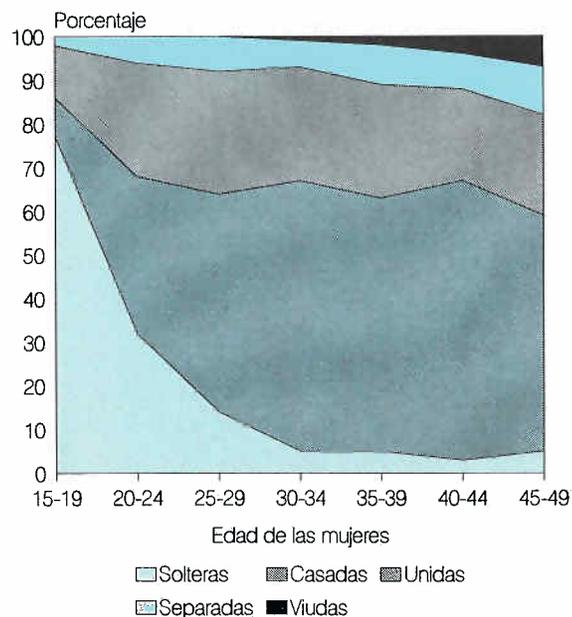


Entre las mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales, la mitad tuvo su primera experiencia antes de los 19 años, un año antes de ocurrir la primera unión estable.

La edad a la que se inicia la vida reproductiva ha variado poco en los últimos 20 años. La mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años; entre las mujeres con mayor educación se observa la tendencia a retrasar la iniciación de la maternidad.

La mitad de las mujeres ha tenido su primera experiencia sexual antes de los 19 años, en promedio casi un año antes de establecimiento de la primera unión estable.

Gráfico 21
Estado Civil de las Mujeres en Edad Reproductiva



B. Infertilidad

La mitad de las mujeres entrevistadas reinician su vida sexual 2 meses después del nacimiento de un hijo. La amenorrea postparto dura en promedio 11 meses y las mujeres se mantienen en abstinencia sexual por casi 6 meses en promedio. En consecuencia, el período de no susceptibilidad al riesgo de un nuevo embarazo se estima en alrededor de 13 meses en promedio.

C. Preferencias Reproductivas

Las mujeres guatemaltecas consideran que el número ideal de hijos debe estar entre 3 y 4 (3.6 en promedio) en comparación con 5.1 hijos que es el promedio real que tiene cada una. El ideal para las mujeres menores de 25 años es casi 1.5 hijos menos que entre las mujeres de 40 a 49 años. El deseo por una familia pequeña no es generalizado en Guatemala y llega a los cuatro hijos entre las mujeres residentes de las regiones Nor-Occidente, Norte y Sur-Occidente, del área rural, sin educación y del grupo indígena.

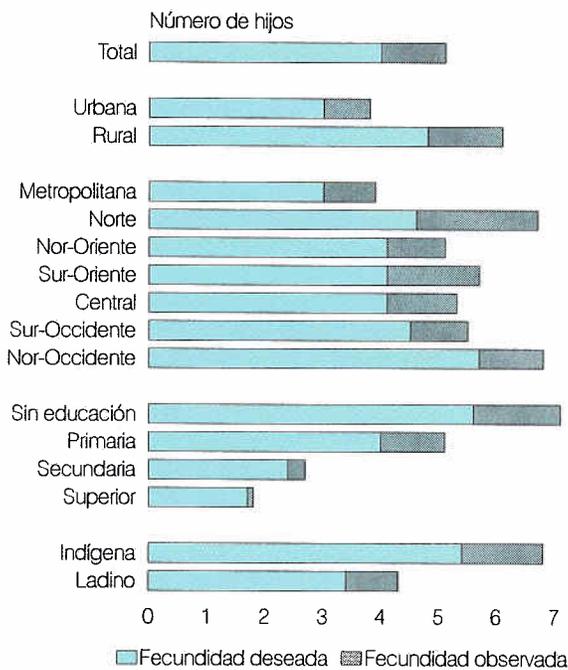
Las mujeres guatemaltecas consideran el número ideal de hijos entre 3 y 4 (3.6 en promedio) en comparación con una tasa de fecundidad observada de 5.1 hijos.

El análisis de la información relacionada con los nacimientos en los cinco años que precedieron la **ENSMI-95** revela que una proporción importante de ellos (12 por ciento) fueron no deseados, lo cual se traduce en cerca de 250,000 de niños durante el período. Otra proporción considerable de nacimientos (18 por ciento) fueron deseados pero las mujeres los hubieran querido tener más tarde.



Si las parejas hubieran tenido sólo los hijos que deseaban, la Tasa de Fecundidad Total en Guatemala se habría reducido en 22 por ciento a 4.0 hijos por mujer en lugar de 5.1; en el área urbana la reducción sería del 27 por ciento. Las reducciones más notables ocurrirían entre las mujeres con educación primaria de 5.1 hijos a 4.0, y entre las de la región Norte de 6.7 a 4.6.

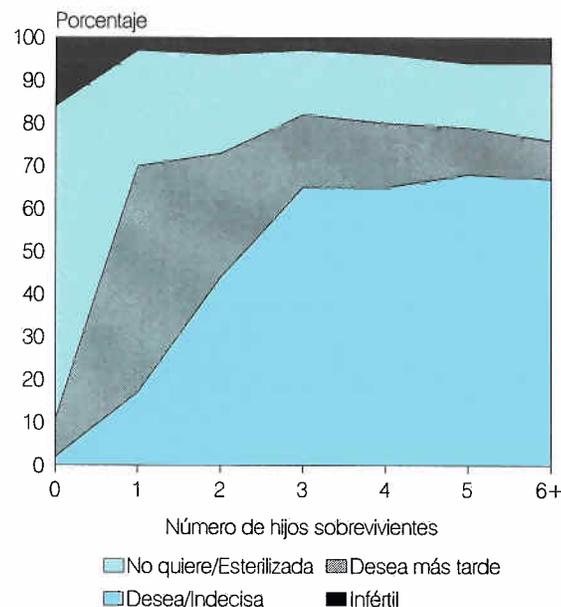
Gráfico 22
Tasa de Fecundidad Deseada y Observada por Residencia, Educación y Grupo Étnico



Si las mujeres guatemaltecas pudiesen evitar los hijos no deseados, la Tasa de Fecundidad Total se reduciría en 22 por ciento, de 5.1 a 4.0 hijos.

Los resultados confirman lo observado en la ENSMI-87 sobre el deseo de las mujeres guatemaltecas de limitar los nacimientos, aún desde edades tempranas. Entre las mujeres en unión de 20-24 años ya el 30 por ciento manifiesta su deseo de no querer más hijos y, consistente con el tamaño ideal de 3.2 hijos, alrededor de 35 por ciento de las mujeres que ya tienen 2 hijos no desean tener más.

Gráfico 23
Preferencias de Fecundidad de las Mujeres en Unión



IX. Conocimientos sobre el SIDA y Riesgos Percibidos

Un porcentaje importante (71 por ciento) de las mujeres han oído hablar del SIDA, siendo los principales vehículos de información la radio, la televisión y la prensa escrita. Sin embargo, no todas conocen cómo se transmite, ni la letalidad de la enfermedad.

El 13 por ciento de las mujeres en unión que conocen el SIDA, creen estar en riesgo moderado o grande de adquirir la enfermedad. Una de cada tres de las mujeres han cambiado su conducta sexual desde que oyeron hablar del SIDA, independientemente del riesgo que tienen de adquirir el SIDA. Entre aquellas mujeres con riesgo moderado o alto, sus principales decisiones han sido dejar de tener relaciones, sexo con un solo compañero y empezar a usar condón.

El 13 por ciento de las mujeres en unión y que conocen el SIDA, se consideran en riesgo moderado o grande de adquirir el SIDA

X. Consideraciones Finales

A. Servicios Básicos

El proceso de concentración de la población guatemalteca en la zona urbana y, especialmente, en la ciudad de Guatemala, ha hecho más accesibles los servicios de salud y planificación familiar.

Persisten las deficiencias en la conexión de los servicios básicos de electricidad, agua potable y alcantarillado en las zonas rurales y algunas urbanas. El aumento de servicios básicos, especialmente para la adecuada eliminación de excretas en la zona rural podría mejorar substancialmente los niveles de salud en la población.

Se observa una ampliación de la cobertura educativa, con mejoras sustanciales en el nivel de educación de las mujeres, lo que ha contribuido positivamente a los cambios observados en la mortalidad y fecundidad.

B. Fecundidad y Planificación Familiar

La fecundidad ha disminuido desde mediados de los años 70; en los últimos 15 años la disminución fue de un hijo por mujer.

La proporción de embarazos no deseados es alta y la mayoría de mujeres, sobre todo en los grupos sociales menos favorecidos, manifiesta su deseo de no tener más hijos.

El uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado notablemente. En la actualidad 31 por ciento de las mujeres en unión usan métodos. El uso actual va más dirigido a la **limitación** del número de hijos que al **espaciamento** entre ellos.

Dados los patrones de preferencias reproductivas en Guatemala, es de esperar que continúe el incremento en el uso de anticonceptivos, entre las mujeres que aún no los usan.

Deben reforzarse las campañas de educación, comunicación e información que generen conciencia de la importancia de materializar los ideales del tamaño de la familia y que el espaciamento mayor entre los hijos es una medida de reducción de los riesgos de mortalidad infantil y materna.

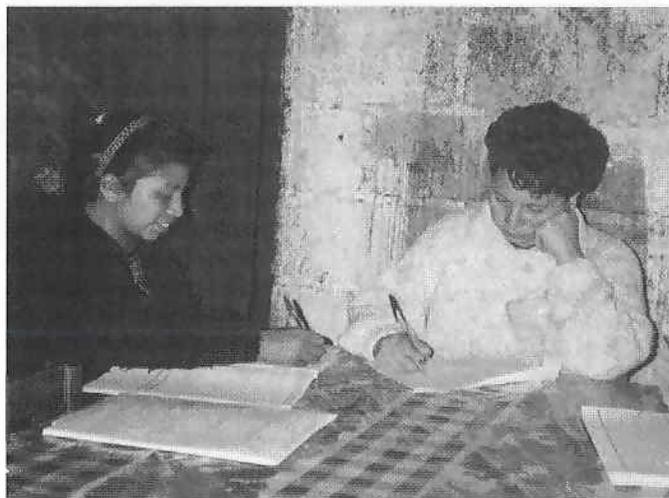


C. Salud Materno-Infantil

La mortalidad infantil ha disminuido considerablemente, pero es de esperarse, si se controlaran los factores de riesgo obstétrico vinculados con los patrones actuales de reproducción, que podría descender aún más, para lo cual se requeriría la ampliación de los servicios de salud y planificación familiar a las madres que ya tienen más de 3 hijos, especialmente aquellas mujeres que están teniendo hijos con intervalos menores de 24 meses. Para ello sería necesario reforzar la visión de la planificación familiar como un componente básico de salud pública.

La atención profesional durante la gestación ha seguido en aumento, pero todavía dos de cada tres nacimientos ocurren como partos domiciliarios. Se requerirán esfuerzos especiales para mejorar la atención institucional de partos para el grupo indígena, en las zonas rurales y en la región Nor-Occidente.

Los niveles de vacunación contra enfermedades de la niñez son altos, pero los niveles de vacunación con esquema completo son todavía bajos en algunas poblaciones y no hay la adecuada continuación de las terceras dosis en los casos que se requieren.



Se observan disminuciones en los niveles de la desnutrición entre los niños menores de 5 años, pero entre los niños de mujeres con menos de educación secundaria los niveles de desnutrición son todavía inaceptablemente elevados.

Es recomendable diseñar programas especiales de alimentación y nutrición en los departamentos de la región Nor-Occidente, en particular en Huehuetenango y Quiché, donde la desnutrición crónica presenta los niveles más altos del país.

D. Conclusiones y Recomendaciones Generales

En general, **ENSMI-95** permite documentar que se han producido muchas mejoras en el campo de la educación, la salud y la planificación familiar, pero a su vez detecta y confirma los profundos desniveles entre grupos poblacionales. Los servicios están concentrados en las capitales de los departamentos, donde se encuentran las condiciones más favorables. En la zona rural de persisten situaciones desfavorables con altos niveles de fecundidad y de mortalidad infantil, mortalidad materna, baja cobertura de vacunaciones y niveles de desnutrición relativamente altos.

Se recomienda reforzar las fuentes estadísticas, fundamentalmente las encuestas por muestreo, para poder hacer el seguimiento adecuado de la situación social del país, sobre todo en lo relacionado con la salud materno infantil y la planificación familiar, con el fin de facilitar la identificación de los grupos de riesgo obstétrico y el seguimiento de los programas de desarrollo.

XI. Metas Programáticas

La participación repetida en el programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), ofrece la oportunidad única a planificadores y administradores de fijar metas concretas, a mediano plazo, y a nivel de regiones administrativas, en el campo de la salud y planificación familiar. Las metas fijadas ahora serían evaluadas con la ejecución de una nueva **ENSMI** en el año 2000. Ejemplos de metas concretas serían:

1. En el campo de la atención prenatal, puede fijarse como meta que el 75 por ciento de los embarazos reciban dos o más dosis de vacuna antitetánica y así como atención del embarazo institucional o comunitaria (por CAT).
2. Una meta de inmunización completa y oportuna para por lo menos el 80 por ciento de los niños de 1 año para todo el país, en especial para los departamentos de la región Norte.
3. Expandir los servicios de Planificación Familiar en forma integral, a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con énfasis en los aspectos educativos y de acuerdo a las características culturales de cada región.
4. Fomentar los programas de información y difusión de los riesgos reproductivos relacionados con el número de hijos, especialmente para aquellas mujeres que ya tienen más de 3 hijos y los relacionados con la edad de la madre.
5. Reducir la desnutrición infantil aguda (P/T), crónica (T/E) y global (P/E) a la mitad de los niveles actuales, especialmente en la región Sur-Occidente, Norte y Nor-Occidente.

XII. Datos Básicos

Indicadores Demográficos, 1995 (Poster sobre Datos de Población en el Mundo Preparado por PRB)

Población total (en millones)	10.0
Población urbana (porcentaje)	33.0
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje)	3.1
Años requeridos para que se duplique la población	22
Tasa de natalidad (por 1,000 habitantes)	39
Tasa de mortalidad general (por 1,000 habitantes)	9.0
Esperanza de vida al nacer (años)	63.0

Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995

Población de la muestra

Mujeres de 15 a 49 años	12,403
Niños nacidos en últimos 5 años	9,150
Sobrevivientes menores de 5 años	8,629
Niños vivos de 12-23 meses	1,810

Características básicas¹

Porcentaje urbano	43.4
Porcentaje con menos de educación secundaria	76.0

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad

Porcentaje de mujeres actualmente unidas	64.3
Porcentaje que han estado unidas alguna vez	72.0
Para mujeres 25-49 años:	
Edad mediana a la primera unión	19.0
Edad mediana al primer nacimiento	20.1
Duración media de la amenorrea postparto (en meses) ²	10.5
Duración media de la abstinencia postparto en meses) ²	2.4

Fecundidad

Tasa total de fecundidad ³	5.1
Número medio de niños nacidos vivos de mujeres 40 a 49 años	5.6

Preferencias reproductivas

Porcentaje de mujeres actualmente unidas:	
Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)	37.0
Que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años	21.5
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	3.6

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:	
Que conoce algún método moderno	81.8
Que actualmente usa un método	31.4
Pastillas	3.8
Dispositivo intrauterino (DIU)	2.6
Inyecciones	2.5
Métodos vaginales	0.0
Condón	2.2
Esterilización femenina	14.3
Esterilización masculina	1.5
Ritmo	3.6
Retiro	0.9
Otros métodos	0.1

Mortalidad y salud materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil ⁴	51
Tasa de mortalidad de menores de cinco años ⁴	68
Razón de mortalidad materna ⁵	190

Atención materna

Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron: ⁶	
Atención de un médico, enfermera durante el embarazo ...	52.5
Atención de un médico, enfermera durante el parto	34.8

Vacunación

Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de vacunación	54.2
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna	92.0
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: ⁷	
BCG	78.2
DPT (las tres dosis)	59.4
Polio (las tres dosis)	55.9
Sarampión	75.1
Todas las vacunas ⁸	42.6

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años

Porcentaje de niños con diarrea ⁹	20.9
Porcentaje de niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)	21.5
Porcentaje de niños enfermos con IRA ¹⁰	21.9

Lactancia infantil y nutrición en la niñez

Duración media de la lactancia (en meses) ²	19.6
Porcentaje de niños de 0 a 1 meses amamantados	99.1
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados	92.9
Porcentaje de niños de 10 a 11 meses amamantados	87.6
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica ¹¹	49.7

Nutrición de las madres¹²

Porcentaje de madres con el índice de masa corporal (BMI) menor de 145 cms	3.7
--	-----

¹ Mujeres en edad fértil (15-49 años)

² Estimación con el método de prevalencia-incidencia con los nacimientos en los 36 meses anteriores a la encuesta

³ Tomando como base los partos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1992 a 1995 aproximadamente)

⁴ Defunciones por cada 1,000 nacidos vivos para el período de cinco años precedente a la encuesta (1990 a 1995 aproximadamente)

⁵ Muertes por 100,000 nacidos vivos, para el período 1990 a 1995

⁶ Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

⁷ Información obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre

⁸ Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT, y sarampión

⁹ Niños menores de cinco años cuyas madres declararon que aquéllos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

¹⁰ Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta

¹¹ Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en una distribución estándar

¹² Tomando como base a las mujeres con hijos nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta