

Planificación Familiar en Guatemala

Logros de 50 Años

JULIO 2015

Roberto Santiso-Gálvez, MD
Victoria M. Ward, PhD
Jane T. Bertrand, PhD, MBA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Planificación Familiar en Guatemala

Logros de 50 Años

Roberto Santiso-Gálvez, MD

Victoria M. Ward, PhD

Jane T. Bertrand, PhD, MBA



MEASURE Evaluation está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Acuerdo de Cooperación AID-OAA-L-14-00004, implementado por el Centro de Población Carolina de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, en asociación con Futures Group, ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health, y Tulane University. Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan la opinión de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.



Prefacio

Esta publicación constituye uno de los ocho estudios de caso que se desarrollaron en el marco de un análisis más amplio denominado “Planificación Familiar en América Latina y el Caribe: Logros de 50 Años.” Como su título indica, el informe principal documenta y analiza los logros en toda la región desde que comenzó el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a inicios de la década de los años sesenta. El lector de este estudio de caso puede acceder al Resumen Ejecutivo o al informe principal ingresando en:

<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101>

Agradecimientos

Los autores agradecen a las personas que contribuyeron con una perspectiva histórica de gran valor para este estudio de caso: Yma Alfaro, Karina Arriaza, Marisela de la Cruz, Rebeca Guízar, Gustavo Gutiérrez, Luis Hernández, Baudilio López, Mirna Montenegro, Edwin Morales, Claudia Roca, Alejandro Silva, Jorge Solórzano y Silvia Xinico. También agradecen a Yma Alfaro, Marisela de la Cruz, Héctor Menéndez e Isabel Stout el haber revisado una versión previa del documento. Roberto Santiso Gálvez y María Cristina Rosales tradujeron el estudio de caso al español.

Queremos expresar un reconocimiento especial a tres personas que dedicaron enorme cantidad de tiempo y energía a este estudio de caso y al informe principal: Kime McClintock y Jerry Parks (principales asistentes de investigación en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane), y María Cristina Rosales (asistente editorial en Guatemala). Su dedicación para documentar antecedentes, comprobar hechos, verificar referencias y editar los textos enriquecieron en gran medida la calidad del producto final. También agradecemos a Nicole Carter, Alejandra Leyton y Maayan Jaffe su contribución como asistentes de investigación en secciones específicas del informe principal y/o de los estudios de caso. Mirella Augusto y María Carolina Herdoiza contribuyeron a este esfuerzo con valioso apoyo logístico y administrativo. Agradecemos a Erin Luben, Elizabeth T. Robinson y Nash Herndon en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill por su asistencia editorial, y a Denise Todloski por el diseño de la portada.

La Oficina para América Latina y el Caribe de USAID (USAID/LAC) encomendó este trabajo y dio directrices técnicas constructivas para su desarrollo. Queremos agradecer a Kimberly Cole su hábil manejo del proceso y su detallada síntesis de los comentarios de las personas que revisaron este estudio de caso. Otras personas de USAID/LAC que revisaron este estudio de caso fueron Maggie Farrell, Amber Hill, Lindsay Stewart, Verónica Valdivieso, Mary Vandembroucke y Natalia Machuca. Por último, los autores agradecen a un grupo de especialistas sobre América Latina y el Caribe, internos y externos a USAID, que revisaron parcial o totalmente los textos, a quienes se les da el reconocimiento correspondiente en el informe principal.

Citas sugeridas:

Bertrand JT, Ward VM, Santiso-Gálvez R. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Santiso-Gálvez R, Ward VM, Bertrand JT. *Planificación Familiar en Guatemala. Logros de 50 Años*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Tabla de Contenido

Prefacio.....	2
Agradecimientos	2
VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS.....	4
LOS PRIMEROS AÑOS (1960 a 1977).....	8
AÑOS DE CONTÍNUA CONTROVERSI A (1978-1999).....	10
CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (2000-2013).....	12
Política, Liderazgo y Gobernabilidad	14
Planificación Familiar y el Sistema de Salud	16
MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS	16
Servicios Clínicos	16
Extensión de Cobertura.....	17
Distribución Comunitaria	18
Mercadeo Social.....	18
RECURSOS HUMANOS PARA SALUD Y PF	19
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	21
INSUMOS Y MEDICAMENTOS	22
Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.....	22
FINANCIAMIENTO	23
MIRANDO HACIA EL FUTURO.....	24

VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS

Guatemala es el país más poblado de Centro América. Con una población cercana a los 15 millones de habitantes en el 2012 y un crecimiento estimado de 2.4 por ciento cada año, su población se duplica aproximadamente cada 30 años.¹ Además de tener una población que va en aumento, los guatemaltecos enfrentan barreras de acceso a servicios de salud y educación, especialmente en las zonas rurales e indígenas del país. Aproximadamente 60.2 por ciento de la población es no-indígena o ladina (primordialmente una mezcla de herencia indígena y española que habla castellano) y 39.8 por ciento está compuesta por pueblos indígenas.² Estos últimos incluyen a los pueblos Mayas, con 22 comunidades lingüísticas distintas, además de los Xinka y los Garífuna. Los pueblos indígenas tienen patrones culturales muy particulares y sus indicadores de salud, económicos y sociales son muy inferiores a los de la población ladina.³ Esto se hace evidente en las altas tasas de mortalidad materna e infantil, que son prácticamente 50 por ciento más altas en áreas rurales e indígenas del país.

Guatemala muestra gran desigualdad en los ingresos de su población. Está catalogada por el Banco Mundial como un país de ingresos mediano-bajo, pero 53 por ciento de sus habitantes viven en pobreza y 13 por ciento en pobreza extrema.⁴ Entre los pueblos rurales la situación es peor: la pobreza afecta a casi un tercio de las personas (71.3 por ciento), y la pobreza extrema, a 21.1 por ciento.⁵

Como se puede ver en el Cuadro 1, la tasa global de fecundidad (TGF) había descendido de 5.5 hijos por mujer en 1987, a 3.6 hijos por mujer en 2008/09 (3.1 para la población ladina y 4.5 para la población indígena). La tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA) entre mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad se ha más que duplicado, de 23.2 por ciento en 1987 a 54.1 por ciento en 2008-2009 para todos los métodos anticonceptivos, y de 19.0 por ciento a 44.0 por ciento para métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, existen grandes diferencias de acuerdo al lugar de residencia y etnicidad.⁶

¹ Population Reference Bureau. Hoja de Datos de la Población Mundial (afiche) Washington, DC: Population Reference Bureau; 2013. [Nota: Otras fuentes, como el Instituto Nacional de Estadística (INE), estiman que la población se duplica cada 20 a 23 años.

² Instituto Nacional de Estadística. Caracterización Estadística República de Guatemala 2012. Guatemala City: Gobierno de Guatemala; 2013.

³ Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial, Washington, DC: Banco Mundial 2012. Disponible en <http://data.worldbank.org/country/guatemala>.

⁴ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI-2011.

⁵ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI). Principales Resultados 2006. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006.

⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009. Ciudad de Guatemala, Guatemala:MSPAS; 2009.

Cuadro 1: Tendencias en la fecundidad, uso de anticonceptivos y necesidad insatisfecha entre mujeres casadas o unidas de 15-44 años de edad, 1987-2009

	1987	1995	1998-1999	2002-2003	2008-2009
Tasa Global de Fecundidad	5.5	5.1	5.0	4.4	3.6
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (%)	23.2	31.4	38.2	43.3	54.1
TPA con Métodos Modernos (%)	19.0	26.9	30.9	34.5	44.0
Necesidad Insatisfecha (%)	n/d	28.1	26.8	27.6	20.8

Fuente: Datos de la ENSMI.

Nota: Los datos que se presentan en este cuadro se obtuvieron a través de la encuesta DHS STATcompiler para los siguientes años: 1987, 1995, 1998-99, 2002-03 y 2008-09. Los datos de la necesidad insatisfecha no estaban disponibles en STATcompiler y se obtuvieron directamente de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR, conocida en inglés como RHS).

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 (ENSMI) reveló que entre la población indígena, la tasa de prevalencia anticonceptiva para todos los métodos era 40.2 por ciento, pero solamente 28.4 por ciento usaba métodos modernos. También indicó que las mujeres de las áreas urbanas utilizaban algún tipo de anticoncepción a un nivel más alto (65.7 por ciento) que las de las áreas rurales (45.6 por ciento). La fecundidad deseada en áreas urbanas era más baja (2.3) que la tasa real observada (2.9). Las áreas rurales mostraban patrones similares, pero la diferencia era un poco mayor: 3.5 (deseada) en comparación a 4.2 (observada). La demanda insatisfecha de planificación familiar (PF) a nivel nacional era 20.8 por ciento pero, al analizarla por etnicidad, el área indígena tenía una necesidad insatisfecha más alta (29.6 por ciento) que la población no indígena o ladina (15.1 por ciento).⁷

Aproximadamente una tercera parte de la población de Guatemala tiene entre 10 a 24 años de edad.⁸ Entre las mujeres casadas o unidas, las más jóvenes son las más vulnerables. Sólo 28.1 por ciento de las jóvenes de 15 a 19 años usan anticonceptivos modernos. Diversos factores incluyen los retos de este grupo: pobreza, discriminación étnica, inequidad de género, falta de oportunidades de educación y empleo, y presión para casarse o tener hijos a edades muy tempranas. Una vez madres, estas jóvenes cargan con la responsabilidad casi exclusiva de la crianza de sus hijos. Además, su bajo nivel social y económico las hace más vulnerables hacia la violencia de género. Guatemala está entre los países de Centro América con mayores niveles de violencia basada en género.⁹

Las altas tasas de fecundidad en adolescentes (97 por 1,000 mujeres de 15-19 años) colocan a Guatemala como el tercer país, después de la República Dominicana y Nicaragua, con tasas de

⁷ ENSMI, 2008-2009.

⁸ Instituto Nacional de Estadística. Población en Guatemala [demografía]. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Instituto Nacional de Estadística; 2011. Disponible en <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/>.

⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 2010. "Lineamientos Estratégicos en Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes para Orientar los Planes Estratégicos Territoriales en Salud Periodo 2010-2015.

fecundidad en adolescentes más altas en América Latina.¹⁰ De acuerdo a los datos de la ENSMI 2008/09, 9.5 por ciento de las jóvenes de 15 a 24 años relataron haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años; 48.5 por ciento entre los 15 y 17 años; y 25 por ciento entre los 18 y 19 años.

De acuerdo al Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), los embarazos en jóvenes de 10 a 19 años representan el 20 por ciento del total de partos atendidos en los servicios de salud.¹¹ La mortalidad materna en adolescentes y jóvenes (10-24 años) representa 33.8 por ciento del total de las muertes maternas. Según datos de monitoreo del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), 4,354 adolescentes de 10 a 14 años, y 59,058 adolescentes de 15 a 19 años, dieron a luz en 2013.¹² Desde el punto de vista legal, los embarazos en edades de 10 a 14 años se consideran resultado de una violación, muchas veces cometida por los propios familiares, lo cual hoy día constituye un delito penal en Guatemala. El sistema judicial ha intensificado esfuerzos por poner en vigor esta ley y se está comenzando a procesar penalmente al autor de la violación.^{13,14} El OSAR es un grupo multidisciplinario con 21 miembros que realiza una función de auditoría social de las políticas y programas de salud reproductiva (SSR), la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, la maternidad segura y la salud neonatal. OSAR recoge datos de los indicadores para monitorear el cumplimiento adecuado del marco político y legal de la SSR en Guatemala, y ha desempeñado un papel muy importante en denunciar este tipo de situación que ha afectado el país durante muchos años, pero casi nunca había sido expuesta abiertamente a la opinión pública.

En cuanto a preferencia por métodos específicos, los datos más recientes muestran que la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQV) es el método de mayor prevalencia entre mujeres usuarias de anticonceptivos (con 34.9 por ciento); seguido por el método inyectable de tres meses, DepoProvera, (con 27.2 por ciento). La Gráfica 1 muestra la evolución que ha tenido la mezcla de métodos en Guatemala, de 1987 a 2009.

Según datos de la ENSMI 2008/09, el uso de AQV femenina es más común entre mujeres usuarias de métodos anticonceptivos con mayores niveles de educación y mejores condiciones económicas.¹⁵ El uso de inyectables tuvo un marcado incremento, de 10.2 por ciento en 1998, a 27.2 por ciento en 2009, con un uso ligeramente más alto en las áreas rurales que en las urbanas.

¹⁰ Banco Mundial. Catálogo de Datos. Washington, DC: Banco Mundial; 2012. Disponible en <http://datacatalog.worldbank.org/>.

¹¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Lineamientos Estratégicos en Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes para Orientar los Planes Estratégicos Territoriales en Salud Periodo 2010-2015. Guatemala Ciudad, Guatemala: MSPAS; 2010.

¹² Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR). Registro de Nacimientos por Edad de la Madre. Guatemala Ciudad, Guatemala: OSAR; 2013. Disponible en <http://osarguatemala.org/userfiles/Partos%20por%20edad%20de%20la%20madre%20ano%202013.pdf>.

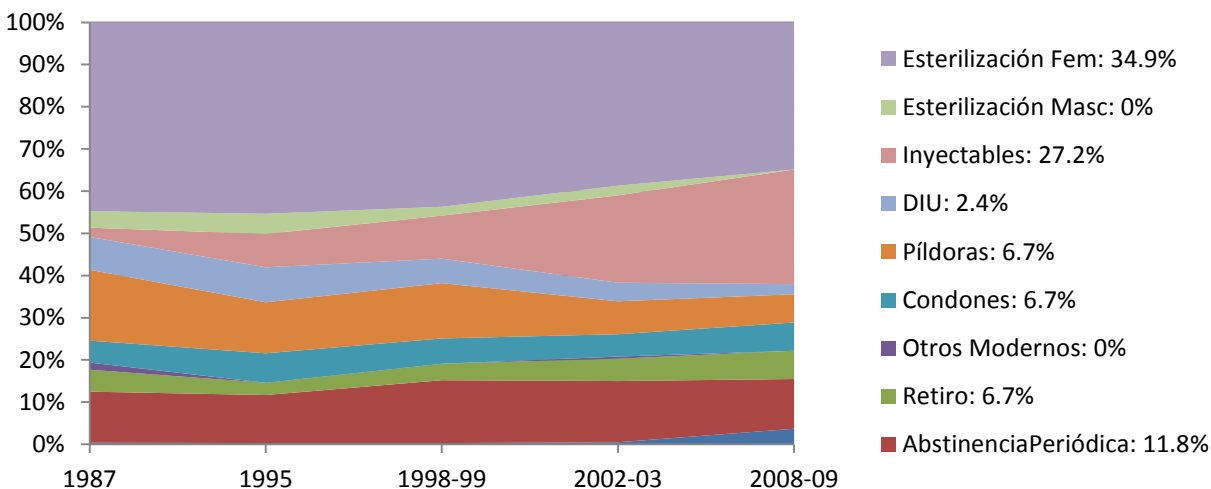
¹³ Congreso de la República de Guatemala. Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, Decreto Número 9-2009, Artículo 28. 2009.

¹⁴ Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR). Partos en Niñas Y Adolescentes, una Deuda Social en Guatemala. Monitoreo del Primer Semestre del 2012." Ciudad de Guatemala, Guatemala: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2012.

¹⁵ ENSMI, 2008-2009.

A pesar que el gobierno ha ofrecido servicios de PF desde hace muchos años, el sector privado/organización no gubernamental (ONG) era el principal proveedor de métodos modernos hasta el 2000, con una cobertura de 70.4 por ciento del mercado (Gráfica 2).¹⁶ Sin embargo, a partir del año 2000, cuando el gobierno comenzó a dar un apoyo más sistemático a la PF, los papeles se invirtieron. El uso de servicios del sector público aumentó a 60.2 por ciento de las usuarias: el MSPAS cubriendo el 50.9 por ciento y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) un 9.3 por ciento. En cambio, el sector privado/ONG tuvo un notorio descenso como fuente de provisión de anticonceptivos, cubriendo ahora solamente 38 por ciento del mercado de la siguiente manera: La Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) (15.9 por ciento), farmacias privadas (11.9 por ciento); clínicas y hospitales privados (5.4 por ciento); consultorios y médicos privados (3.6 por ciento), y otras fuentes privadas (1.2 por ciento). Se menciona también a “otras fuentes diversas” con (1.8 por ciento).¹⁷ Una encuesta reciente realizada en 30 municipalidades del altiplano occidental de Guatemala con poblaciones predominantemente pobres, rurales, e indígenas (cuya publicación se esperaba para 2014), muestra que 80 por ciento de los usuarios de anticonceptivos obtienen sus métodos en instalaciones del MSPAS.¹⁸

Guatemala enfrenta el reto de lograr una mejor coordinación de esfuerzos entre los distintos proveedores de PF para tratar de eliminar inequidades existentes en el acceso a los servicios, de acuerdo al nivel educativo y los ingresos económicos de los usuarios, particularmente en las áreas rurales.



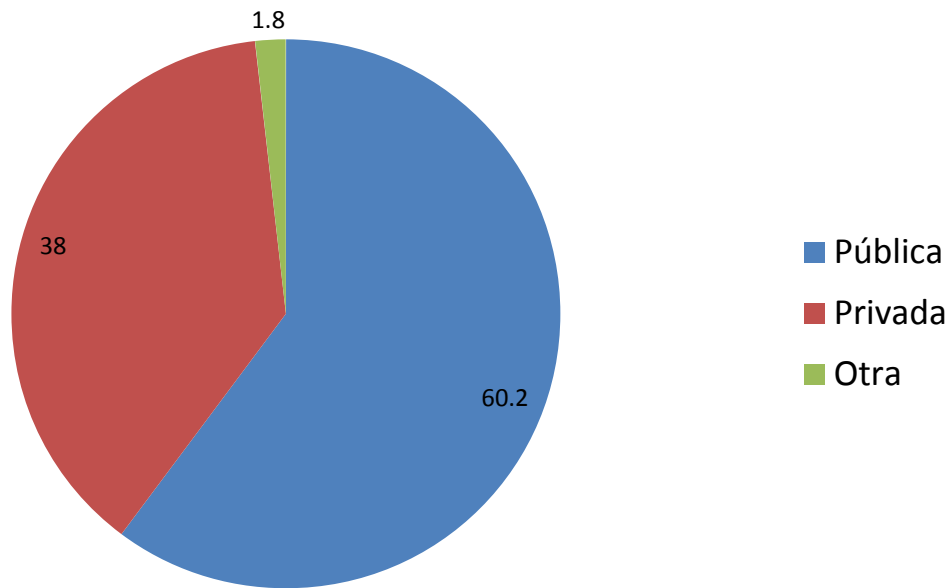
Fuente: Datos de la ENSMI; los porcentajes de la leyenda se refieren a la encuesta más reciente (2009). Nota:* Incluye otros métodos folklóricos. La Abstinencia Periódica se refiere al ritmo y al método Billings. La ENSMI considera estos tres métodos como métodos “naturales.”

Gráfica 1: Mezcla de Métodos (1987-2009).

¹⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1995. Guatemala City, Guatemala: MSPAS; 1995.

¹⁷ ENSMI, 2008-09.

¹⁸ MEASURE Evaluation. Encuesta de Monitoreo y Evaluación del Programa del Altiplano Occidental, Línea de Base 2013. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; en imprenta.



Fuente: Datos de la ENSMI.

Gráfica 2: Fuente de Provisión de Métodos (2008-09).

LOS PRIMEROS AÑOS (1960 a 1977)

Al igual que en otros países de América Latina, la PF inició en Guatemala a iniciativa de un grupo de médicos, enfermeras, sociólogos y trabajadores sociales preocupados por la alta tasa de mortalidad materna, asociada en buena parte al alto número de abortos inseguros.¹⁹

APROFAM se fundó en 1964 como entidad privada creada por los primeros defensores de la PF en el país; su primera clínica se abrió en 1965 en el Hospital Latinoamericano de la ciudad de Guatemala, en donde un médico, una enfermera y una trabajadora social ofrecían consejería e insumos de PF, incluidos anticonceptivos orales, métodos de barrera, (cremas y tabletas vaginales, condones), dispositivos intrauterinos (DIU) y métodos naturales. En el año 1965, el IGSS abrió una clínica de PF en la que se ofrecían métodos anticonceptivos y consejería dentro de su servicio de atención materno-infantil. APROFAM se hizo miembro asociado de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) en 1969, y en 1971 se convirtió en miembro permanente.²⁰

¹⁹ Galich L, Santiso-Gálvez R, Goldsmith A, Ferguson J. El problema del aborto hospitalario en Ciudad de Guatemala [documento de la conferencia]. International Fertility Research Program, (AID/csd 2979), Serie Terminación del Embarazo No. 77, presentado en el Quinto Congreso Nacional de AGOG en Guatemala; 1975.

²⁰ Federación Internacional de Planificación Familiar. Guatemala [página Web]. Disponible en <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/western-hemisphere/guatemala>.

El primer acuerdo tripartito para PF entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el MSPAS y APROFAM se firmó en 1967, autorizando a esta última a establecer servicios de PF en 20 centros del ministerio.²¹

Durante los años 60 y 70, el apoyo de los donantes a la PF provenía principalmente de USAID y sus agencias de cooperación, aunque había otros donantes como IPPF. Los esfuerzos de PF se concentraban en el sector privado no lucrativo, más que nada APROFAM.

El apoyo de USAID a la PF en los primeros años consistió en importantes esfuerzos para capacitar al personal en consejería y oferta de metodología anticonceptiva temporal y permanente, tanto masculina como femenina; también donaba métodos anticonceptivos y material médico quirúrgico, y brindaba asistencia técnica para diseñar y producir materiales de información, educación y comunicación (IEC).²²

Durante los primeros años de la década de los 60, la iglesia Católica romana venía analizando la situación de PF en el mundo y, en 1968, el Vaticano publicó la encíclica *Humanae Vitae* en la que se pronunció en contra del uso de cualquier método anticonceptivo que no fuera un método “natural.”²³ Ante esto, comenzaron las críticas en contra de la PF en general y de APROFAM, en particular. La iglesia Católica se opuso a la PF en Guatemala y ejerció bastante influencia en las autoridades gubernamentales al respecto. El IGSS cedió a esta presión e impuso estrictas restricciones al acceso a los servicios de PF.^{24,25}

Con el propósito de medir la receptividad del público y el interés hacia la PF se realizaron varios estudios en áreas urbanas y rurales con el apoyo de USAID, que confirmaron que existía demanda de servicios de PF, a pesar que la mayor parte de la población se identificaba a sí misma como Católica. La creciente tasa de abortos inducidos también sirvió para demostrar la medida en que las mujeres deseaban controlar su fecundidad.²⁶

En 1969, el gobierno reorganizó el MSPAS y creó una sección especial para PF dentro de la División de Salud Materno-Infantil y Familiar, en donde una oficina integral formada por personal del MSPAS y de APROFAM incluyó la PF entre sus servicios. El MSPAS permitió que APROFAM siguiera ofreciendo servicios en sus unidades clínicas, pero lo hizo con mucha cautela, dando poca difusión a la prestación de servicios de PF en sus centros de salud. Desde la perspectiva de recursos humanos, esta fue una época difícil para el personal de APROFAM ya que algunos médicos de la red pública de servicios de salud se oponían a las clínicas atendidas por APROFAM por razones religiosas.

El MSPAS administró directamente los fondos de USAID para ofrecer servicios de PF desde 1967 hasta 1975. En 1970, la provisión de servicios de PF se expandió a 450 instalaciones,

²¹ MSPAS-USAID-APROFAM, 1967. Proyecto No. 520-0189, Población y Salud Rural.

²² MSPAS-USAID-APROFAM, 1967.

²³ Papa Pablo VI. *Humanae Vitae*. Carta Encíclica sobre la Regulación de los Nacimientos. Estado Vaticano: Tipografía Políglota Vaticana; 1968.

²⁴ Santiso R, Bertrand JT. Guatemala: Los Días Pioneros del Movimiento de Planificación Familiar. En Robinson W. Ross JA (eds.). *The Global Family Planning Revolution*. Washington, DC: The World Bank; 2007:137-153.

²⁵ Santiso & Bertrand, 2007:139.

²⁶ Burski, C. Planificación familiar en Guatemala (informe de consultoría). Ciudad de Guatemala, Burski; 1077.

manteniendo un perfil bajo. APROFAM asumió la responsabilidad de distribuir los anticonceptivos y capacitar al personal del MSPAS continuando así hasta el año 1975, cuando el MSPAS suspendió temporalmente los servicios de PF debido a problemas administrativos internos dentro del propio ministerio.²⁷

En la década de los años 70, Guatemala se encontraba en medio de un conflicto armado interno que duró más de 30 años (1960-1996). Durante esta época, el ejército de Guatemala y los grupos guerrilleros se enfrentaron entre sí, con un saldo de más de 200,000 personas muertas. Los efectos de la guerra se manifestaron con más fuerza en el área rural, en donde los pueblos indígenas quedaron en el medio y fueron víctimas de grandes masacres. Debido a esto, el conflicto armado dejó huellas profundas y creó desconfianza hacia el gobierno. El uso de anticonceptivos ya era bajo entre la población indígena, debido a la oposición cultural y religiosa a la PF y al poco acceso a los servicios de salud. De acuerdo a los expertos que trabajaban en Guatemala durante esos años, la lucha interna incrementó de salud la aprehensión popular hacia los objetivos ideológicos y políticos de la PF.

El 4 de febrero de 1976, Guatemala sufrió un terremoto que acabó con la vida de 25,000 personas y destruyó buena parte del país, incluida la infraestructura del MSPAS. El ministerio cerró su Oficina de Información, Educación y Capacitación y dedicó sus esfuerzos a reconstruir la infraestructura, delegando a APROFAM la continuación del convenio con USAID. A pesar de numerosos problemas, APROFAM continuó trabajando muy de cerca con el MSPAS; fue el principal promotor de las actividades de población y PF en Guatemala, y diseñó un sistema de distribución directa para facilitar el apoyo logístico para los insumos anticonceptivos del MSPAS. Para 1977, con este sistema se había logrado expandir el programa de 126 a 324 clínicas del MSPAS y, en enero de 1978, las instalaciones del MSPAS que ofrecían servicios de PF alcanzaron 500 puntos de servicio.²⁸

AÑOS DE CONTÍNUA CONTROVERSIA (1978-1999)

Entre 1978 y 1979, los grupos pronatalistas opuestos a la PF iniciaron una serie de ataques en contra del dispositivo intrauterino (DIU) por considerarlo un abortivo. El MSPAS cedió a la presión de la iglesia Católica e interrumpió el programa de PF, ordenando la extracción de todos los DIU a las usuarias de PF en todos los servicios del ministerio; además, suspendió los servicios de AQV y canceló temporalmente la coordinación con APROFAM.²⁹

A finales de 1979, un grupo de representantes del sector privado se reunió con el Ministro de Salud y lo persuadió a continuar el programa de PF y la relación con APROFAM. Poco tiempo después los servicios de PF se reanudaron, pero de manera limitada. El programa sufrió un retroceso adicional cuando el MSPAS ordenó que los servicios debían ofrecerse únicamente por personal médico y ya no por enfermeras capacitadas, como se hacía antes.

²⁷ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Proyecto No. 189. Informe de Evaluación. Ciudad de Guatemala, Guatemala: USAID; 1976.

²⁸ Burski, 1977.

²⁹ Santiso & Bertrand, 2007.

Cuando el MSPAS creó la Unidad de Planificación Familiar y el Programa de Salud Materna en 1984, la ayuda internacional comenzó a fluir hacia el sector público. APROFAM coordinó el apoyo de USAID e IPPF al IGSS para que éste pudiera ofrecer métodos reversibles, equipo para AQV, así como capacitación para personal médico y paramédico. USAID apoyó la capacitación en procesos administrativos y operativos y ofreció apoyo tecnológico a nivel nacional a través de APROFAM, hasta que en la década de los años 90 el IGSS inició su propio programa de PF dentro de los servicios de atención materno-infantil.³⁰

A inicios de la década de los 80, APROFAM implementó una campaña de información, cabildeo e incidencia política para contrarrestar los ataques a la PF y sensibilizar a líderes de opinión y decisión y a la sociedad en general, sobre el impacto del rápido crecimiento poblacional en el desarrollo del país. La campaña también posicionó la PF como medio para mejorar la salud materno-infantil. Esta y otras campañas, que recibieron asistencia técnica y financiera de USAID e IPPF, incluyeron el uso de múltiples canales de comunicación (prensa escrita, programas de radio, radio y telenovelas, así como cortos de televisión y documentales) que ganaron varios premios a nivel nacional e internacional.

En los años 80, APROFAM también organizó un concurso de prensa para premiar a los periodistas y medios de comunicación que realizaran el mejor reportaje sobre población y desarrollo, crecimiento demográfico, paternidad responsable, educación sexual, VIH-SIDA y PF, llegando a despertar el interés de los periodistas y ganando importantes espacios en los medios de comunicación. Esta iniciativa generó controversia entre los medios que abogaban por la PF y los que defendían la postura conservadora, a tal grado que los anunciantes que se oponían a la PF retiraron anuncios de sus medios. Sin embargo, el concurso de prensa de APROFAM continuó hasta mediados de los años 2000 y se convirtió en un premio reconocido y apreciado entre periodistas y comunicadores.

En 1986, el Arzobispo de Guatemala escribió una carta al presidente Ronald Reagan en la que le solicitó suspender la ayuda estadounidense a la PF debido a alegatos de esterilizaciones masivas de mujeres indígenas sin su consentimiento. El Presidente Reagan envió una comitiva a Guatemala que concluyó que los alegatos eran infundados, y el programa continuó. Sin embargo, tanto el MSPAS como APROFAM reforzaron su programa de consejería y sus esfuerzos de información y capacitación del personal para fortalecer el control de calidad de los servicios y asegurarse que APROFAM cumplía a cabalidad con el requisito de consentimiento informado, particularmente para AQV.

A finales de los años 80 y principios de los 90, diversas instituciones y personas (particularmente mujeres) trabajaban para sensibilizar a funcionarios del organismo legislativo y ejecutivo para impulsar las acciones y compromisos que se propondrían en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD) a celebrarse en 1994.³¹ Sin

³⁰ USAID/Healthcare Improvement Project. Informe Técnico, El Legado de USAID a la Asistencia en PF al Sector Público de Guatemala: Más de Una Década de Éxito a través de los Proyectos Calidad en Salud y Mejora de la Atención de la Salud. USAID, Bethesda, MD: University Research Co., LLC; 2012. Disponible en https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/guatemala_legacy_of_fp_assistance_jan2012.pdf.

³¹ Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) & Secretaría de Planificación y de la Presidencia (SEGEPLAN). Informe Nacional de la Encuesta Mundial de Avances del Programa de Acción de la Conferencia Internacional

embargo, en la Conferencia, la delegación de Guatemala actuó de acuerdo a las instrucciones del presidente en funciones Ramiro de León Carpio y votó en consistencia con el Vaticano.

Tras varias décadas de disturbios civiles, en 1996 se firmaron los Acuerdos de Paz entre el gobierno y la guerrilla. Los acuerdos establecieron los compromisos del gobierno para el futuro desarrollo de Guatemala, en los campos de salud, educación y derechos humanos. Los Acuerdos de Paz abordaron la condición y los derechos de la mujer y de los pueblos indígenas, dando prioridad a las necesidades de ambos grupos. Durante este período el apoyo de la cooperación internacional a la PF, principalmente de parte de USAID, continuó sin interrupciones.

Entre 1996 y 1997, el presidente Alvaro Arzú ordenó realizar una encuesta entre líderes de opinión y decisión para conocer su postura hacia la PF, lo que intensificó el debate entre quienes la apoyaban y quienes se oponían. Al final, el programa de PF del MSPAS continuó, pero sin demasiado apoyo del gobierno. Durante ese período, la participación de la sociedad civil para promover políticas y leyes a favor de la PF/SSR tuvo un marcado incremento.

A finales de la década de los 90, en un esfuerzo por descentralizar los servicios y apoyar la medicina preventiva, el gobierno lanzó una iniciativa para ampliar la cobertura de salud a nivel nacional, particularmente a los pueblos indígenas, a través de ONG locales. Esta iniciativa se conoció como el Programa de Extensión de Cobertura, pero no incluyó la PF sino hasta años después.

CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (2000-2013)

En el año 2000, el clima político en torno a la PF comenzó a cambiar. No se puede dejar de mencionar la extraordinaria labor que los grupos de mujeres realizaron durante los últimos 15 años. Fundamentando sus esfuerzos de cabildeo en el contexto de “derechos humanos,” las mujeres continúan luchando por defender sus derechos reproductivos. Las mujeres diputadas en el Congreso Nacional, apoyadas por grupos de mujeres profesionales, políticas y de la sociedad civil, promovieron leyes a favor de la PF/SR y defendieron la entrega de servicios de anticoncepción. También ayudaron a obtener mejoras políticas en torno a la SSR, dentro del marco legal general que se construyó durante esa década. Los medios de comunicación y los expertos en PF que vivieron la experiencia relatan episodios de mujeres marchando por las calles, realizando protestas frente al Palacio Nacional y organizando a sus comunidades para eliminar barreras de acceso a la PF. Estas mujeres, indígenas y no indígenas, coordinaron con el Congreso, firmaron acuerdos con el Procurador de los Derechos Humanos, propusieron alcaldes, hicieron públicas sus peticiones, entrevistaron candidatos presidenciales, e involucraron a sus familias y comunidades en el esfuerzo por defender sus derechos a servicios de salud y planificación familiar.

El presidente Alfonso Portillo respondió a estas demandas y ofreció respaldo político a la PF, promoviendo y facilitando los servicios a nivel del MSPAS y creando una amplia base de capacitación de personal a nivel nacional. Con el apoyo técnico y financiero de USAID, se creó

sobre Población y Desarrollo. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2012.

oficialmente el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) durante la administración del presidente Portillo (que gobernó de 2000 a 2004). La sociedad civil lideró esfuerzos importantes para mejorar el ambiente político para PF/SR, VIH y salud materna. Los proyectos auspiciados por USAID combinaron la sensibilización hacia PF, el diálogo político, y la formulación de políticas en una amplia gama de temas de SR, promoviendo la participación multisectorial en los procesos de desarrollo de las políticas públicas. Así comenzó la consolidación de la PF en Guatemala. Durante este gobierno, el MSPAS se convirtió en el principal proveedor de servicios de PF en el país, lo cual sigue siendo la realidad en 2014.

El MSPAS, sus ONG socias, y el IGSS recibieron importante apoyo técnico y financiero de USAID y otras agencias cooperantes, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) para fortalecer el sistema de atención de salud y lograr un mayor acceso a servicios clínicos, en particular para poblaciones indígenas en los entornos rurales y aislados del altiplano occidental.³²

En 2001, USAID notificó al Gobierno de Guatemala y al IGSS sobre el inminente retiro de su apoyo financiero para la compra de anticonceptivos y estableció, de manera conjunta con el UNFPA, un plan de retiro gradual para que ambas instituciones (MSPAS e IGSS) fueran haciéndose responsables de la compra de anticonceptivos, lo cual se logró totalmente a partir del año 2010, como se verá más adelante. Sin embargo, contrario a lo que ocurrió en otros países de la región de América Latina y el Caribe, esto no implicó el inicio de la suspensión de la ayuda para otros programas de población en este país.

Hasta 2014, la asistencia técnica y financiera de USAID para PF/SR en Guatemala ha continuado de manera importante, con un promedio de US\$6.5 millones de dólares anuales. Por medio de distintos proyectos y actividades, el apoyo se orienta a organizar y fortalecer la participación de la sociedad civil alrededor del derecho a la PF/SR, expandir los servicios de PF, mejorar la calidad de atención, así como a fortalecer los sistemas de información y logística de anticonceptivos. También a producir y distribuir materiales de comunicación para el cambio de comportamiento, formar recursos humanos, implementar el monitoreo y la evaluación de los programas de PF/SSR, y promover la consejería con pertinencia cultural a grupos diversos e incorporar al hombre a PF/SR.

Aunque Guatemala ha logrado avances importantes en su programa de PF en los últimos doce años, la población ha tenido un crecimiento sostenido y la demanda de servicios sociales, incluida la PF, ha aumentado. Los indicadores que USAID utiliza para iniciar el proceso de graduación (tasa global de fecundidad, tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos, e inequidades entre los subgrupos de población) no habían incrementado lo suficiente para convertir a Guatemala en un país candidato a graduarse, por lo menos en años próximos cuando este documento se estaba escribiendo en 2014.

³² USAID/Healthcare Improvement Project, 2012.

Política, Liderazgo y Gobernabilidad

Guatemala cuenta con un marco jurídico legal que decreta el acceso universal a los servicios de PF, sustentado en el ámbito nacional e internacional, como resultado de una serie de políticas y leyes puestas en vigor a lo largo de los últimos 25 años.

En 1985, APROFAM cabildeó exitosamente ante el Congreso de la República para incluir el Artículo 47 en la nueva Constitución del país, que garantiza a las parejas el derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos a tener. Sin embargo, los grupos opositores también lograron incluir el Artículo 3 que declara que la vida comienza desde el momento de la concepción, con el objetivo de atacar los métodos anticonceptivos como abortivos.

En el país se logró impulsar un ambiente político más favorable a la PF/SSR a raíz de una serie de eventos, incluidos los Acuerdos de Paz de 1996, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), y las acciones de cabildeo e incidencia política realizadas por el movimiento de mujeres con apoyo de USAID y UNFPA. Todo esto dio lugar a un consenso entre los grupos más diversos e influyó favorablemente en la política gubernamental respecto a la temática. En 2001, el Congreso respondió aprobando la Ley de Desarrollo Social, Decreto No. 42-201, que constituye el marco jurídico para el desarrollo, el cual incluye la salud reproductiva.

Esta ley establece en su Artículo 26, “que el Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, deberán diseñar, coordinar, ejecutar y promover un Programa de Salud Reproductiva.” Especifica que uno de los componentes del PNSR debe ser la PF y decreta la disponibilidad asegurada de los insumos y servicios requeridos para PF a nivel nacional.³³

En el año 2002, se creó la Política de Desarrollo Social y Población en Materia de Salud, que establece el cumplimiento de un conjunto de objetivos y acciones contempladas en la Ley de Desarrollo Social.

En 2004, se decretó la ley del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas, destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas (Decreto 21-2004) que en su Artículo 25 establece que por lo menos 15 por ciento de los recursos recaudados por la aplicación de este impuesto, se destinará para los programas del MSPAS de PF/SSR y prevención del alcoholismo.

En el año 2005, se decretó la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar (Decreto 87-2005), la cual fue finalmente aprobada en 2006. Esta ley exige al gobierno garantizar los recursos financieros necesarios para adquirir anticonceptivos y obliga al Ministerio de Educación a incluir en la currícula educativa contenidos sobre derechos y

³³ Las organizaciones que analizaron e hicieron la propuesta de Ley de Desarrollo Social, fueron: Alianza Evangélica de Guatemala, Conferencia Episcopal de Guatemala, Procuraduría de los Derechos Humanos, Asamblea Nacional del Magisterio, Convergencia Cívico Política de Mujeres, Unión Sindical de Trabajadores de Guatemala, Asociación de Ginecología y Obstetricia, Comité de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF), Asociación de Periodistas de Guatemala, Universidad Rafael Landívar (Católica), Universidad del Valle de Guatemala y Universidad de San Carlos de Guatemala.

responsabilidades en la promoción y cuidado de la salud, la sexualidad y el embarazo precoz y no deseado. Esta ley volvió a enfrentar seriamente a los grupos conservadores y al gobierno y su reglamento no se logró aprobar sino hasta cuatro años más tarde por varias acciones de inconstitucionalidad que los opositores interpusieron en su contra. La ley responsabiliza al gobierno a hacerse cargo de la adquisición de insumos anticonceptivos y contempla también la creación de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA), similar a un comité DAIA, que fue aprobada finalmente en el año 2009.³⁴

En 2010, se aprobó la Ley para la Maternidad Saludable (32-2010) con cinco principios rectores: gratuidad, accesibilidad, equidad, respeto a la interculturalidad y sostenibilidad. El Artículo 27 de esta ley reformó el Decreto 21-2004 que establece que, de la asignación del 15 por ciento para los programas de salud reproductiva, como mínimo, debe destinarse 30 por ciento para la compra de anticonceptivos. Esta ley, además, señala que el incumplimiento de las disposiciones tiene sanciones penales, tanto para los funcionarios y empleados públicos, como para los proveedores de servicios y los esposos o convivientes (si impiden el acceso al uso de anticonceptivos). Se aprobó también el Decreto del Congreso de la República 19-2010, que permite al MSPAS comprar los anticonceptivos a través del UNFPA o cualquier otra institución internacional que ofrezca los precios más favorables para los anticonceptivos.

La sociedad civil se ha organizado en grupos (tanto indígenas como no indígenas) que participan e influyen en las políticas de PF/SSR. Estos grupos trabajan en estrecha colaboración con el poder legislativo y el Procurador de los Derechos Humanos para monitorear el cumplimiento de esta ley y luchan por lograr el acceso a la PF. Estos grupos fueron los responsables de presionar al Congreso para anular un veto Presidencial a la Ley de Acceso Universal a la PF. Gracias al esfuerzo de estos grupos de mujeres también se sensibilizó al sector privado con respecto a los problemas de salud y nutrición en el país y su relación con aspectos de población. Entre estos grupos vale la pena mencionar al OSAR, la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, por la Nutrición y Educación (ALIANMISAR), la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM) y la Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, entre otros.

En resumen, después de años de controversia alrededor de la PF/SSR, el marco jurídico y legal favorable a la PF en Guatemala se encontraba fortalecido para 2014. La sociedad civil ha incrementado su participación y el gobierno ha etiquetado recursos financieros para la PF. USAID ha continuado sus esfuerzos para ayudar al gobierno a eliminar barreras operativas potenciales en torno a la adquisición de anticonceptivos y los marcos regulatorios han sido mejorados. Sin embargo, hace falta llevar a cabo un monitoreo cuidadoso de las regulaciones y procedimientos actuales para ayudar a garantizar el cumplimiento de las leyes, decretos, políticas y planes nacionales existentes.

³⁴ El DAIA es un comité multidisciplinario y multi-institucional para garantizar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos que fue convocado por el MSPAS con apoyo de USAD.

Planificación Familiar y el Sistema de Salud

El sector salud está compuesto por el MSPAS, el IGSS, el Ministerio de la Defensa y otros ministerios, secretarías y municipalidades, las ONG y el sector privado. A lo largo de varias décadas, el sector público en Guatemala ha enfrentado numerosos problemas, principalmente con relación a recursos humanos, infraestructura, equipo, finanzas, productos médicos y coordinación en los tres niveles de atención.

En 2010, Guatemala gastó 6.9 por ciento del PIB en salud, lo que equivale a US\$327 dólares por persona. Del total de gastos en salud, 34.9 por ciento lo cubre el gobierno, 65.1 lo cubren fuentes privadas, de las cuales la porción más grande – 81.2 por ciento – proviene de “gastos de bolsillo” de los usuarios; los planes privados de salud cubren únicamente 4.8 por ciento.³⁵ La menor participación del gobierno en los gastos de salud limita el acceso a los servicios a los más pobres y amenaza la estabilidad de las familias que viven arriba de la línea de pobreza pero no ganan lo suficiente para cubrir los “gastos de bolsillo” para el cuidado de su salud.

Entre el período 1996 y 2000, Guatemala inició un proceso de reforma del sector salud, introduciendo nuevas políticas para fortalecer la atención primaria de la salud. El proceso consistió en el reordenamiento, descentralización y modernización del sector público de salud, incluida la implementación de nuevos esquemas de financiamiento, privatización e integración. Este proceso no ha sido fácil y continúa presentando constantes retos, particularmente en el sistema de atención primaria de la salud, el cual no provee cobertura adecuada a las regiones del altiplano occidental en donde reside una gran mayoría de población indígena.

MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS

Servicios Clínicos

Los servicios de PF se ofrecen primordialmente por el MSPAS, el IGSS y las ONG que trabajan en PF dentro del sector privado no lucrativo, siendo la más grande, APROFAM. El MSPAS actualmente ofrece servicios en las 29 áreas de salud del país.³⁶ La PF se ofrece en más de 2,000 puntos de entrega de servicios, incluidos 43 hospitales, 281 centros de salud, 926 puestos de salud y 1,190 centros de convergencia comunitaria.³⁷

Los servicios e insumos de salud materno-infantil, que incluyen PF y otros servicios de SSR, se ofrecen gratuitamente a todos los guatemaltecos que los solicitan, en los tres niveles de atención, e incluyen consejería y materiales de IEC. Los métodos que se ofrecen incluyen métodos de barrera y anticonceptivos hormonales (orales e inyectables) DIU, esterilización quirúrgica voluntaria masculina y femenina, condón, e implantes subdérmicos. También se ofrece

³⁵ Banco Mundial, 2013.

³⁶ Área de Salud es un territorio geográfico que incluye puestos de salud, centros de salud, hospitales y cualquier otra unidad en la que se prestan servicios de salud dentro de su jurisdicción geográfica.

³⁷ USAID/Healthcare Improvement Project, 2012. Nota: “centros de convergencia comunitaria” son centros de salud operados por ONGs, con su propio personal y con supervisión del MSPAS. Reporte Técnico, El Legado de USAID a la Asistencia Técnica en PF para el sector público. Enero, 2012

información, capacitación y consejería sobre métodos naturales, como el ritmo, el método del collar (Método de Días Fijos), y el Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA).³⁸

El IGSS cuenta con 24 hospitales, 30 consultorios, 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en hospitales nacionales y ofrece los mismos métodos que el MSPAS, aunque ha tenido altas y bajas en la provisión de servicios de PF por falta de definición en sus políticas.³⁹ Por esto mismo, su participación ha sido mínima (9.3 por ciento del mercado de PF) y no ha tenido mayor impacto en cuanto a cobertura y acceso a servicios de PF.

Aunque los anticonceptivos orales, los inyectables, el condón, el DIU y los implantes están incluidos en el listado básico de anticonceptivos, se conoce de frecuentes desabastecimientos en distintos lugares, particularmente en las áreas indígenas y rurales, por varias razones. Aunque se da información sobre varios métodos, muchas veces cuando la persona los solicita no se encuentran disponibles.

Extensión de Cobertura

Como se mencionó antes, el MSPAS creó un modelo de atención que incluye servicios tanto preventivos como curativos, con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de atención primaria de la salud en áreas rurales, acercando los servicios a la comunidad y creando espacios de participación comunitaria, particularmente entre la población marginada del área rural que tradicionalmente no tiene, ni ha tenido, acceso a servicios de salud. Este modelo de entrega de servicios no incluyó la PF sino hasta inicios de la década de 2000.

Bajo este modelo de servicio que cubre aproximadamente a 4.5 millones de personas, el MSPAS contrata a determinadas ONG para ofrecer servicios de atención primaria en salud. El modelo opera con la participación del personal de atención primaria del MSPAS; en la mayoría de casos, un médico o enfermera ambulatoria y un facilitador institucional, que contrataban las ONG, viajaban a las comunidades rurales-indígenas una vez por mes para ofrecer servicios básicos de salud.⁴⁰ En 2013, el MSPAS lanzó un modelo mejorado, a través de pequeños consultorios clínicos en los que una auxiliar de enfermería ofrece servicios de salud todos los días, con lo que se duplicó el gasto per cápita en salud, de US\$7 a cerca de US\$15 por persona, por año. Este modelo estaba en transición en 2014, pero había cierta incertidumbre en cuanto a su sostenibilidad, ya que algunos detractores trataban de desacreditar esta estrategia. El pago a las ONG por parte del Gobierno de Guatemala ha sido un problema recurrente, y los donantes rutinariamente han tenido que intervenir para facilitar el pago. USAID y otras agencias de cooperación han apoyado este modelo.

³⁸ USAID/Healthcare Improvement Project, 2012.

³⁹ Lorenzana Gonzalez M. Estudio del Papel del UNFPA Guatemala en el Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva—Sistematización de la Experiencia. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2008.

⁴⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Coordinación General de Áreas de Salud, Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención. Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS; 2007. Disponible en <http://icosguate.org/files/Extension%20de%20cobertura.pdf>.

Otras ONG que trabajan específicamente con poblaciones indígenas para darles educación en PF y acceso a servicios de SR incluyen a Alas de Guatemala (WINGS en inglés), una organización benéfica; el Frente de Salud Infantil y Reproductiva (Fesirgua), y Rxiin Tnamet, una federación de organizaciones comunitarias de origen Maya que trabaja en el Departamento de Sololá. Estas y otras ONG han recibido apoyo de USAID y otros donantes.

Aunque la mayoría de organizaciones del Programa de Extensión de Cobertura reciben del MSPAS métodos de PF, capacitación, supervisión, monitoreo, evaluación, y han recibido importante apoyo de la cooperación internacional, algunas dependen ahora de recursos propios para dar servicios y han enfrentado desabastecimientos de anticonceptivos y otros problemas.

Distribución Comunitaria

APROFAM inició la distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA) en la ciudad de Guatemala, en octubre de 1975, como un modelo diseñado para facilitar el acceso directo de los clientes a los anticonceptivos. La demanda de servicios era alta y había largas esperas en las clínicas para conseguir los métodos. Las clínicas operaban con horarios limitados y el personal estaba recargado.

El programa de DCA creció rápidamente y, para 1977, había 7,000 promotores reclutados. En la ciudad de Guatemala, los promotores de DCA ofrecían charlas educativas y vendían anticonceptivos a un costo nominal. El programa se expandió poco después a los Departamentos de Suchitepéquez y Mazatenango. APROFAM daba capacitación intensiva y soporte técnico a los distribuidores, además de 40 por ciento del monto recaudado por la venta de anticonceptivos.⁴¹ La DCA continúa siendo un modelo de entrega de servicios importante, tanto en el MSPAS como en APROFAM, a través de la red comunitaria de líderes (promotores voluntarios), los multiplicadores juveniles y las unidades móviles de salud.

Mercadeo Social

Al igual que en otros países de la región, el mercadeo social comenzó en Guatemala en 1985 por medio de la Importadora de Productos Farmacéuticos, S.A. (IPROFASA), con el apoyo técnico y financiero de USAID.⁴² Utilizando técnicas de mercadeo comercial, IPROFASA recibía los insumos subsidiados por USAID; después de maquilarlos para las poblaciones objetivo, primordialmente de las zonas urbanas, los anticonceptivos (particularmente píldoras y condones) se ponían a disposición del público a precios favorables, vinculándolos a campañas de comunicación bien diseñadas para promover cambios de comportamiento. IPROFASA estableció su propia red de distribución y utilizaba tiendas minoristas y farmacias para llevar al público los insumos subsidiados. En 2014, IPROFASA todavía existía, pero ya no recibe apoyo de USAID.

⁴¹ Burski, 1977.

⁴² McCoy TL, Townsend MC. Continuidad de proyectos de salud financiados con fondos del gobierno de los Estados Unidos en Guatemala, planificación familiar. 1987.

La Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO), inició sus esfuerzos en Guatemala en 1997, enfocándose en la prevención del VIH/SIDA con información, actividades de comunicación para el cambio de comportamiento, y distribución y promoción del condón para poblaciones con comportamientos de alto riesgo.

En los últimos años (2009-presente), PASMO continúa promoviendo y creando demanda para métodos de larga duración (particularmente DIU e implantes). A través del Proyecto Red Segura, PASMO opera con una red de médicos privados que ofrece servicios ginecológicos, DIU e implantes a precios accesibles, cumpliendo con estándares y protocolos internacionales.

En términos generales, en Guatemala se ha ampliado la entrega de servicios de PF y se han logrado avances importantes. Esto se debe, en parte, a que hay mayor información disponible y mayor aceptación de la PF dentro de las comunidades. La consejería que hoy día ofrecen, tanto el MSPAS como las ONG que trabajan en PF, trata de balancear las necesidades de la población con un enfoque de género e interculturalidad, con base en el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos. Los esfuerzos de cabildeo e incidencia política de las mujeres indígenas y no-indígenas, en diferentes áreas geográficas y niveles de toma de decisión, también han sido esenciales para el éxito logrado. Entre estos grupos sobresale la Alianza de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, Nutrición y Educación (ALIANMISAR), una red de organizaciones que reúne aproximadamente a 200 grupos de mujeres indígenas. Con apoyo de USAID, esta red aboga por la salud reproductiva de las mujeres indígenas y promueve los servicios comunitarios.

A pesar del avance alcanzado, existen problemas importantes que se deben resolver. Una de las principales quejas se refiere a deficiencias del sistema de adquisición de insumos y del sistema logístico. Otro reto, son las barreras institucionales y médicas, como sesgos en la oferta de servicios de parte de los proveedores. Aunque se les ha dado capacitación, algunas veces hay falta de sensibilidad respecto al derecho de la mujer a recibir información completa y adecuada a su nivel de educación, etnia y condición social. Hay todavía sectores importantes de la población que no tienen acceso a servicios, y el acceso de la juventud a educación, información y servicios de SSR, es mínimo. Se necesita mejorar la calidad de los servicios, principalmente para la población indígena que continúa teniendo un alto grado de necesidad insatisfecha (casi 30 por ciento).

RECURSOS HUMANOS PARA SALUD Y PF

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número ideal de médicos a tener es 23-25 por 10,000 habitantes. Un estudio realizado por el UNFPA en 2008, indicó que Guatemala tenía 9.9 médicos por 10,000 habitantes.⁴³ De acuerdo al mismo estudio, la relación médico/enfermera profesional era de 1:3, y de enfermera profesional/auxiliar de enfermería, de 1:14. Los recursos humanos para la atención de la salud estaban más concentrados en las zonas

⁴³ Pan American Health Organization. Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015, una década de recursos humanos en salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 4-7 de octubre de 2005. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=337&Itemid=338.

urbanas, con una relación de 4:1 urbano/rural para los médicos, y 3:2 para las enfermeras profesionales.⁴⁴ En esa fecha (2008), el país contaba con varios grupos de especialistas en salud pública con grado de maestría. Los datos del Banco Mundial para 2009 reportaban 9,965 médicos en Guatemala, lo que equivale a nueve médicos por 10,000 personas.⁴⁵

Desde el año 2000, USAID y otras agencias de cooperación han brindado apoyo para capacitar al personal en todos los puntos de entrega de servicios del MSPAS, tanto en tecnología anticonceptiva, como en consejería, manejo logístico de anticonceptivos, monitoreo y evaluación, procedimientos de AQV, inserción de DIU, e implantes y procesos de mejora de la calidad de atención. También han proporcionado capacitación en liderazgo, gerencia de programas y administración.

Se han establecido 14 centros de capacitación en AQV en siete Áreas de Salud y siete hospitales. Desde el año 2000, se ha capacitado a más de 15,000 personas en provisión de servicios de PF y consejería, incluidos más de 5,000 médicos, 7,000 enfermeras y 3,000 trabajadores de salud que trabajan en el PEC. También se han ofrecido cursos de refrescamiento de capacitación. Este programa produjo videos interactivos y diseño y produjo numerosos materiales de información, capacitación y comunicación para el cambio de comportamiento.⁴⁶ Varias instituciones de cooperación internacional, como UNFPA, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras, continúan apoyando la capacitación del personal de salud. Sin embargo, la rotación de personal calificado y la contratación de nuevo personal contribuyen, entre otras causas, a que se presenten deficiencias médicas o institucionales.

En Guatemala hay un gran número de prestadoras y prestadores de servicios de salud comunitaria, entre quienes se debe mencionar las más de 23,000 comadronas tradicionales, de las cuales cerca de 15,000 están registradas en el MSPAS y han sido capacitadas, con apoyo del UNFPA, en atención calificada del parto limpio y seguro. Una buena parte de ellas son analfabetas y no están calificadas para manejar casos de emergencia. El MSPAS ha tratado de integrar a las comadronas como consejeras y personal de apoyo en el proceso del parto, pero este papel secundario no siempre es aceptado por las comadronas que ven su profesión como una contribución importante a la salud materno-infantil en Guatemala.

A nivel nacional, las comadronas atienden 42 por ciento de todos los partos pero no han recibido un reconocimiento adecuado de su labor por parte de la comunidad médica. A pesar de haber sido capacitadas en atención de parto normal, los médicos no le han dado la categoría de personal calificado; frecuentemente se les rechaza participación en los servicios de salud, y sus referencias no siempre se aceptan. En el 2014, el MSPAS estaba tratando de hacer legítima su participación dentro de los servicios de salud y de mejorar su relación con el personal institucional.

En 2014, con el apoyo técnico y financiero de USAID, el MSPAS estaba afinando los detalles para lanzar un programa de tres años para capacitar técnicas universitarias en partería (TUP),

⁴⁴ Lorenzana González, 2008.

⁴⁵ Banco Mundial, 2012.

⁴⁶ USAID/Healthcare Improvement Project, 2012.

formación que las calificaría para integrarse al sistema de salud como personal técnico calificado. Su participación es muy importante a mediano y largo plazo para mejorar el embarazo y el parto seguro.

El proyecto PlanFam, financiado por USAID, es apoyado por medio de un acuerdo firmado entre USAID y el MSPAS para incrementar el uso de métodos de PF de larga duración en los servicios del ministerio. La agencia cooperante que implementa este proyecto ha dado capacitación, monitoreo y supervisión a los proveedores de servicio. A través de este proyecto, USAID apoyó a APROFAM para ofrecer cobertura ambulatoria en los servicios del sector público y fortalecer los servicios de PF entre la población Maya, primordialmente en el altiplano occidental.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Guatemala ha tenido, históricamente, un débil sistema de información en salud para apoyar la toma de decisiones. Durante muchos años, el MSPAS ha tratado de mejorar su sistema de información gerencial, previamente conocido como Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), con el apoyo de USAID y otros donantes externos. Sin embargo, este sistema no ha sido eficiente por varias razones, incluidas la falta de personal capacitado para administrar un sistema de información complejo, además de la frecuente rotación de personal en los niveles altos que dirigen las políticas y prácticas de información. Esto ha dado como resultado la falta de datos confiables, accesibles y oportunos para la toma de decisiones.

En 2002, con apoyo de USAID, el MSPAS publicó el primer “Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Anticonceptivos.” Este manual ha sido fundamental para la evolución del sistema de información logística.⁴⁷

Con el apoyo de USAID y UNFPA, el proceso ha sido acompañado por una constante capacitación en el uso de un sistema logístico computarizado, dirigida a todas las personas que participan en la entrega de insumos, que equivalen a más de 8,000 personas a nivel nacional, entre médicos, enfermeras auxiliares, personal de bodega, personal comunitario, contadores, personal ambulatorio y supervisores de salud reproductiva.⁴⁸ De acuerdo a los expertos, en los pocos años desde que se desarrolló y puso en operación este sistema de información se ha logrado reducir los desabastecimientos.

A partir de 2014, el MSPAS estaba tratando de crear un sistema único de información logística para todos los medicamentos que incluye a los anticonceptivos. Aunque, de acuerdo a informantes clave, se tiene la inquietud que el sistema único podría disminuir la eficiencia del actual sistema de información logística de anticonceptivos.

Otra herramienta valiosa para la toma de decisiones ha sido la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) que ha sido realizada periódicamente, desde 1987, con el apoyo de

⁴⁷ Lorenzana Gonzalez, 2008

⁴⁸ USAID/Healthcare Improvement Project, 2012.

USAID. La sexta encuesta (ENSMI 2014) se estaba realizando a finales de 2014, con el apoyo económico de USAID y de los gobiernos de Suecia, España y Canadá.

INSUMOS Y MEDICAMENTOS

Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos

Los anticonceptivos en Guatemala se proporcionan y distribuyen por el MSPAS, el IGSS, APROFAM y otras ONG, casas farmacéuticas, distribuidores comerciales, farmacias y médicos privados.

En 2002, el gobierno asumió el compromiso de financiar los costos de adquisición de insumos anticonceptivos en forma gradual hasta llegar al 100 por ciento en 2010; el financiamiento está garantizado al existir en el país un marco legal y jurídico favorable. El gobierno ha logrado superar algunos retos y dificultades en los mecanismos de adquisición y distribución y, de acuerdo a expertos locales que trabajan en este campo, de 2006 a 2011 más de 80 por ciento del impuesto recaudado por la venta de bebidas alcohólicas se utilizó para adquirir anticonceptivos.

USAID ha apoyado la iniciativa para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, desde 2003. La CNAA se estableció en 2009 con apoyo de USAID y tiene múltiples funciones: desarrollar estrategias nacionales para asegurar el acceso de la población guatemalteca a los servicios de PF; coordinar información sobre las necesidades anticonceptivas; gestionar la disponibilidad de fondos; e identificar estrategias y mecanismos para la compra de insumos de PF. La CNAA ha logrado importantes avances en sus funciones, pero todavía hay retos que se deben enfrentar.

A pesar de los logros alcanzados, los procesos de adquisición, logística y distribución no siempre han tenido resultados óptimos. El mecanismo actual de adquisiciones no ha sido tan eficiente y oportuno como debería serlo y, aunque la partida presupuestaria al Ministerio de Finanzas ha sido etiquetada y contemplada por ley, su asignación depende de la voluntad política de las autoridades de turno. En el año 2012, únicamente se utilizó 38 por ciento del impuesto recaudado a las bebidas alcohólicas para comprar anticonceptivos. Sin embargo, 2012 fue un año atípico por ser el primer año de un nuevo gobierno. Para evitar este tipo de situación en el futuro y garantizar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, se hace preciso mantener una labor constante de cabildeo e incidencia política en distintos niveles, así como también monitorear las disposiciones de ley. El OSAR ha manifestado su disposición para monitorear la situación y velar por transparencia en la adquisición de anticonceptivos para garantizar los mejores resultados para Guatemala.

El papel de la CNAA se ha vuelto más importante durante los últimos años. De acuerdo a la ley, la CNAA incluye representantes de una gama de entidades gubernamentales y privadas: la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), los Ministerios de Educación, Salud Pública y Asistencia Social y Finanzas Públicas; la Defensoría de la Mujer Indígena; IGSS; APROFAM; la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, y la Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres.

Aunque se necesita establecer soluciones adecuadas para tener regulaciones claras, prácticas y permanentes que faciliten la adquisición de anticonceptivos, Guatemala ha logrado un progreso importante en términos de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. A partir del 2011, la CNAA en alianza con la sociedad civil (específicamente el OSAR), monitorean la ejecución presupuestaria del impuesto a bebidas alcohólicas para PF/SSR.

En 2014, la CNAA estaba en proceso de descentralizar sus operaciones y terminando los procesos legales para crear subcomisiones regionales que puedan tener representación en el comité central, ejerciendo funciones en las 29 áreas de salud del país. La principal función de estas subcomisiones será garantizar la adquisición de anticonceptivos para cada uno de los departamentos o estados.

También se está realizando un análisis de la segmentación del mercado, con el apoyo técnico de USAID, UNFPA y OPS. El análisis inicial mostró marcadas diferencias en el acceso a servicios de PF/SSR. Las poblaciones rurales, las de los quintiles más bajos, y las jóvenes y adolescentes están desatendidas, y sus necesidades no están siendo satisfechas. Por lo tanto, lograr el acceso universal y equitativo a los servicios e información, poniendo énfasis en los grupos con mayor condición de vulnerabilidad: adolescentes y jóvenes, rural, urbano marginal, indígena continúa siendo uno de los retos más importantes.⁴⁹

Para lograr el éxito deseado en estas y otra iniciativas, los miembros de la CNAA están comprometidos con la PF/SSR y permanecen muy activos. Cuentan con un plan de acción bien definido y juegan un papel importante en diseñar e implementar mecanismos que aseguren la disponibilidad de insumos anticonceptivos y promuevan mayor acceso a servicios de buena calidad.

Guatemala forma parte de una iniciativa subregional promovida por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), que está orientada a facilitar la negociación conjunta de Centro América y la República Dominicana para comprar productos médicos esenciales, incluidos los anticonceptivos. Una estrategia se ha descrito para Guatemala. Se espera que esta iniciativa proporcionará al MSPAS más herramientas eficientes para negociar con las grandes empresas farmacéuticas y lograr una adquisición más costo-efectiva.⁵⁰

FINANCIAMIENTO

Durante el período 2002-2006, el MSPAS adquirió los insumos anticonceptivos a través de un convenio de co-financiamiento con el UNFPA, mediante el cual el gobierno fue asignando recursos públicos en forma gradual, pasando del 5 por ciento durante el primer año, al 100 por ciento de fondos al final de los 9 años programados. Los fondos estatales se combinaron con fondos de la Agencia de Cooperación Canadiense para el Desarrollo (CIDA) y de los Países Bajos. A partir del año 2010, Guatemala ya no recibe fondos internacionales para la compra de

⁴⁹ Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA). Estrategia de Segmentación del mercado de anticonceptivos en Guatemala [working paper]. Guatemala City, Guatemala: CNAA; 2013.

⁵⁰ USAID | DELIVER Project. *Llevando Medicamentos a toda la Población: Alianza para Sistemas Logísticos de Salud*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2013.

anticonceptivos y ha cumplido con la absorción de las compras gradualmente, aunque esto no ha sido fácil por razones tanto externas como internas del proceso.

Desde 2006, se había etiquetado una partida presupuestaria para SR en la mayoría de los presupuestos anuales para salud. Sin embargo, en 2007, el Ministerio de Finanzas prohibió a las entidades ejecutoras de fondos públicos transferir fondos a ONG nacionales o internacionales (decreto 66-2007). Debido a esta disposición, en 2008 el MSPAS no pudo pagar a tiempo su factura por los métodos anticonceptivos entregados por UNFPA, a pesar de contar con fondos del impuesto a bebidas alcohólicas. Finalmente el gobierno pagó esta factura, pero no sin molestos retrasos.

Como resultado de los esfuerzos de cabildeo e incidencia política de la sociedad civil y de la CNAA, y del apoyo del presidente de la Comisión Nacional de Salud del Congreso de la República, se logró una excepción en la ley anual del presupuesto. En 2009, el MSPAS logró cubrir el 100 por ciento del presupuesto para la compra de anticonceptivos con los fondos provenientes del impuesto a las bebidas alcohólicas (US\$1,325.301). En el año 2010, el MSPAS y el UNFPA firmaron un nuevo convenio de compras.⁵¹

La adquisición de anticonceptivos del IGSS se negoció en 2002 con el UNFPA, a través de un convenio similar al del MSPAS de aportes graduales para 5 años, comenzando con el 20 por ciento el primer año, hasta completar el pago total del costo de los anticonceptivos al final del quinto año. Sin embargo, el programa de PF del IGSS no estuvo vigente de 2004 a 2005, por lo que se suspendió este convenio. En 2007, el programa de PF en el IGSS se reinició, pero las compras se contrataron a través de proveedores comerciales a nivel local y no a través del UNFPA.

APROFAM completó un plan de disminución gradual en 2004 cuando recibió la última donación de Depo-Provera. Para 2014, APROFAM compra anticonceptivos a través de compras directas con fabricantes locales e internacionales, y a través de IPPF, y los distribuye a costos moderados.⁵²

MIRANDO HACIA EL FUTURO

La PF y la salud reproductiva en Guatemala forman parte de la agenda nacional. La demanda y los servicios han aumentado y el nuevo reto será adaptarlos a las necesidades y preferencias de los usuarios potenciales, con estrategias para hacer efectivo el acceso a jóvenes y poblaciones indígenas. A medida que aumente la cantidad de servicios y mejore el acceso a ellos, será importante mejorar su calidad (p. ej., garantizar que los servicios sean amigables y culturalmente apropiados). Se deben eliminar las barreras médicas e institucionales existentes y permitir que los usuarios exijan atención de buena calidad como un derecho humano.

⁵¹ USAID | DELIVER Project. *La Adquisición de Anticonceptivos en América Latina y el Caribe, Un Análisis de Opciones Actuales y Futuras en Ocho Países*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2010.

⁵² USAID | DELIVER Project. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Anticonceptivos: Guatemala*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2006. Available at: http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/countryreports/GT_PoliPracOpciAdqu.pdf.

Por ley, el Ministerio de Educación tiene instrucciones de incluir información sobre SSR en la currícula de estudios, acorde con la edad de los estudiantes. Sin embargo, esto no siempre ha sido así. Aunque el Ministerio de Educación forma parte de la CNAA y ha recibido apoyo del UNFPA para producir materiales de IEC, estos no han sido incluidos en el pensum de estudios debido a falta de apoyo de las autoridades superiores. Para 2014, se estaba mejorando la coordinación interinstitucional entre el MSPAS y el Ministerio de Educación por medio de las “mesas técnicas de trabajo” que reciben el apoyo técnico y financiero de USAID.

Guatemala ha dependido de la asistencia técnica y financiera de USAID para la PF. En su estrategia de cooperación para el desarrollo para el período 2012-2016, USAID/Guatemala incluyó continuar apoyando el programa de salud. En Estados Unidos, la administración del presidente Obama solicitó 74 millones de dólares de ayuda para Guatemala para 2014. De éstos, 14 millones de dólares (19 por ciento) serán asignados para salud, de los cuales 6.4 millones se destinarían a PF y salud reproductiva, y 4 millones de dólares a salud materno infantil. A finales del año fiscal 2014, Guatemala y Haití eran los únicos dos países de América Latina y el Caribe que continuaban teniendo programas bilaterales de salud, incluida PF.⁵³

La CNAA está empezando a hacer una serie de estimaciones y proyecciones para proponer una estrategia de segmentación de mercado⁵⁴ con un enfoque de mercado total.⁵⁵ Se espera que esta estrategia incluya, tanto PF, como la prevención del VIH/SIDA y responda a las necesidades de las poblaciones más vulnerables. Implementar una estrategia basada en la evidencia podría eliminar la necesidad insatisfecha de PF para el año 2020.⁵⁶ Este será un análisis muy importante al que habrá que dar un cuidadoso monitoreo y seguimiento.

Para sostener los avances logrados y hacer realidad el acceso universal, equitativo y libre a los servicios de PF/SSR, Guatemala debe:

1. mantener firme el compromiso y la voluntad política para garantizar la provisión equitativa de servicios de PF/SSR a toda la población, particularmente a los sectores que están en condición de vulnerabilidad, como los adolescentes y las poblaciones indígenas, de acuerdo a las necesidades específicas de cada grupo;
2. fortalecer y mejorar los procesos de adquisición, distribución, logística, almacenamiento y entrega de los insumos anticonceptivos a nivel nacional;
3. eliminar barreras médicas e institucionales que obstaculizan el acceso equitativo a los servicios de buena calidad;
4. mejorar el sistema de información, SIGSA, y el nuevo sistema de información logística para que el MSPAS pueda proporcionar estadísticas confiables y oportunas;

⁵³ Devex. USAID-Guatemala partnership [Web page]. Washington, DC: Devex; 2013. Available at: https://www.devex.com/en/news/usaids-guatemala-partnership/81520?mem=ua&src=biz_insight.

⁵⁴ In FP, market segmentation is used to divide the FP market into groups based on choice of method and provider, and ability to match clients with sources based on need and ability to pay. See USAID/Reproductive Health Supplies Coalition. *Market Development Approaches Working Group. Market Segmentation Primer*. Washington, DC: Abt Associates; 2009. Available at: http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/MDAWG_Market_Segmentation_Primer_FINAL_doc.pdf.

⁵⁵ USAID/Reproductive Health Supplies Coalition, 2009.

⁵⁶ CNAA, 2013.

5. fomentar el proceso de descentralización del sistema de salud, la participación ciudadana, las alianzas con organizaciones de la sociedad civil organizada y con grupos de mujeres, para ampliar la cobertura de los servicios y garantizar que se cumplan, con transparencia y eficiencia, las provisiones de la Ley de Acceso Universal a la Planificación Familiar; y
6. eliminar permanentemente las barreras legales existentes para la adquisición internacional de anticonceptivos y encontrar nuevos mecanismos de compra y diferentes proveedores de insumos que den como resultado un ahorro para el país.

La composición multilingüe y multicultural de la población de Guatemala presenta retos adicionales para implementar programas de desarrollo. Se hace preciso abordar necesidades específicas con distintas estrategias. A pesar de las condiciones sociales, políticas y económicas que afectan la salud, Guatemala ha tenido grandes avances en sus servicios de PF y SSR a partir del año 2000. La cooperación externa ha sido fundamental para el éxito alcanzado. Una disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, mejores sistemas de información y logística, proveedores de servicios de salud capacitados, nuevas herramientas y materiales de comunicación, y participación activa de la sociedad civil, son avances que parecían imposibles de lograr a principios del milenio. Todas estas mejoras se han logrado gracias a la participación activa de diferentes personas e instituciones del sector público y privado, y al apoyo técnico y financiero, principalmente de USAID. Sin embargo, es necesario continuar con el compromiso y la decisión firmes a nivel nacional para sostener los logros alcanzados hasta la fecha y poder seguir avanzando hacia mejores resultados en el campo de la salud.

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>