



# **Construyendo la Imagen-Objetivo Para la salud reproductiva en Guatemala**

**Elaborado por:**

**Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud  
En el Occidente de Guatemala  
-PIES de Occidente-  
[www.piesdeoccidente.org](http://www.piesdeoccidente.org)**

**Investigadores:  
Dr. Juan Jacobo Dardón Sosa  
Mtra. Cecilia Patricia Morales Garzón**

**Quetzaltenango, junio del 2004**

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| Introducción.....  | 3  |
| CAPÍTULO I: Antecedentes a la investigación.....   | 5  |
| 1. Breve introducción al contexto de la salud reproductiva en Guatemala...   | 5  |
| 2. Planteamiento del problema.....   | 6  |
| 3. Metodología.....  | 7  |
| CAPITULO II: Marco Internacional de la Salud Reproductiva.....   | 8  |
| 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.....  | 10 |
| 2. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....   | 10 |
| 3. Convención Internacional sobre los Derechos del niño.....   | 10 |
| 4. Cumbre Mundial ONU sobre Desarrollo Social.....   | 11 |
| 5. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación<br>Contra la Mujer, CEDAW.....  | 12 |
| 6. Conferencias Mundiales sobre la Mujer.....  | 12 |
| 7. Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo: “Cumbre de la Tierra”...   | 14 |
| 8. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.....   | 15 |
| 9. XXV Conferencia Sanitaria Panamericana.....   | 17 |
| 10. XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana.....   | 17 |
| 11. Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas.....   | 18 |
| CAPÍTULO III: La salud reproductiva en Guatemala.....  | 19 |
| 1. La concepción de Salud Reproductiva.....  | 20 |
| 2. La situación de la salud reproductiva en Guatemala.....   | 22 |
| 3. La política pública para la salud reproductiva en Guatemala.....  | 36 |
| 4. Programa Nacional de Salud Reproductiva, PNSR.....  | 42 |
| CAPÍTULO IV: Aproximación a la “imagen objetivo” de la salud reproductiva en<br>Guatemala desde la experiencia y conocimiento de actores sociales..... | 52 |
| 1. Introducción.....   | 52 |
| 2. Metodología planteada para realizar la aproximación a la imagen-objetivo<br>de la salud reproductiva.....   | 53 |
| 3. Metodología y resultados del I taller o grupo focal.....  | 55 |
| 4. Consulta-taller con jóvenes 64  |    |
| 5. Grupo focal con mujeres con experiencia política en los temas relacionados<br>a Salud Reproductiva.....   | 69 |
| 6. Consulta a las ONG miembros de FESIRGUA.....  | 71 |
| 7. Resultados Generales.....   | 79 |
| CAPÍTULO V: La “imagen-objetivo” de la salud reproductiva de la FESIRGUA,<br>apuntes para su desarrollo.....   | 84 |
| Referencias citadas.....   | 87 |
| Anexos.....  | 89 |

## Introducción

El documento que se presenta es el resultado del proceso de investigación realizado por la Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud para el Occidente de Guatemala que tuvo como propósito definir “la imagen-objetivo para la salud reproductiva en Guatemala”.

El documento presenta un capítulo sobre antecedentes de la investigación en el cual se plantea el problema que motivó esta investigación y la metodología general del proceso de investigación.

Un segundo capítulo, presenta el marco internacional de la salud reproductiva. Se realizó un recorrido histórico por medio de las convenciones y cumbres internacionales relevantes a la actual concepción de la salud reproductiva en el mundo. Conocer este marco internacional se consideró fundamental para ubicar las acciones sobre salud reproductiva impulsadas por la vía de las instituciones internacionales, regionales y mundiales del sector salud como de la cooperación internacional. Así también, conocer el marco jurídico internacional con el que se relacionan las leyes nacionales sobre la materia.

En el tercer capítulo, se presenta la salud reproductiva en Guatemala. En su introducción se discute el uso del término de salud reproductiva en la historia de la salud en el país. Seguidamente se presenta una síntesis de la concepción actual de la salud reproductiva basada en género y los derechos: reproductivos y sexuales. Utilizando básicamente a la Encuesta de Salud Materno Infantil 2002, la Línea Basal de Mortalidad Materna y el Informe Nacional del Sistema de Naciones Unidas 2002 sobre Desarrollo Humano, Mujeres y Salud se construye una aproximación a la situación nacional de la salud reproductiva discutiendo sus principales indicadores. Seguidamente, se hace un recorrido histórico de la discusión para la construcción de una política nacional de salud reproductiva destacando la importancia de la Ley sobre Desarrollo Social emitida por el Congreso de República en el 2002. En un último apartado, se recoge el Programa Nacional de Salud Reproductiva, se analizan sus principales componentes como también se hace una reseña de aquellos instrumentos importantes, entre los cuales destaca la Línea Basal de la Mortalidad Materna del 2000. Por la relevancia para la investigación, se rescatan del último informe nacional sobre salud reproductiva los vacíos identificados por el MSPAS para mejorar y avanzar en el mejoramiento de los indicadores de salud reproductiva en el país.

En el cuarto capítulo, se recogen los resultados de las entrevistas colectivas realizadas (grupos focales) donde se resalta la perspectiva de los

jóvenes, las mujeres con roles dirigenciales y, de los cuadros operativos y directivos de las organizaciones miembros de FESIRGUA.

Finalmente, en el último capítulo, se define la “imagen-objetivo” de FESIRGUA como un proceso dirigido al posicionamiento en la agenda de gobierno del tema como prioridad, al fortalecimiento institucional mediante una estrategia diferenciada y acumulativa en la cual se propone la especialización coordinada en subtemas de la salud reproductiva por las organizaciones miembros de FESIRGUA. Se proponen 5 líneas de acción generales para alcanzar la “imagen-objetivo de FESIRGUA para la salud reproductiva en Guatemala”.

## Capítulo I. Antecedentes a la investigación

### 1. Breve introducción al contexto de la Salud Reproductiva en Guatemala

Según el último censo de población realizado por el INE en el 2002 y publicado en el 2003, Guatemala cuenta con 11'237,196, habitantes, siendo la mayor población de Centroamérica. La tasa de crecimiento no ha variado durante los últimos 10 años y es una de las más elevadas de Centroamérica. La mayor proporción de población se encuentra en la región metropolitana. La distribución geográfica de la población es heterogénea en cantidad y grupos étnicos. El elevado crecimiento de la población guatemalteca se debe a la alta tasa de fecundidad<sup>1</sup> y la reducción rápida de la mortalidad general. En la región central, norte, nor y sur occidente se concentra el mayor porcentaje de la población indígena.

Acerca de la situación socioeconómica de la población, en los últimos diez años los niveles de pobreza muestran una leve tendencia a disminuir, pero la desigualdad social es más evidente debido a las políticas económicas. Grandes grupos poblacionales sufren dificultades para satisfacer las necesidades de servicios esenciales, como la salud, la educación, la vivienda, el agua potable, etc., lo que provoca que sufran mayor vulnerabilidad ante las enfermedades infectocontagiosas y carenciales.

Debido a las tasas de mortalidad infantil y en la niñez, comparativamente altas, la esperanza de vida al nacer es menor a 65 años, una de las más bajas de América Latina. Según la ENSMI 2002, la situación de la salud materno-infantil en Guatemala presenta grandes retos, pues sus indicadores son los más rezagados en Centroamérica. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad es de 4.4 hijo/as por mujer, las mujeres embarazadas reciben menor atención por personal especializado, la desnutrición crónica (retardo en el crecimiento o déficit de talla para edad) es 49% en los niños de 3 a 59 meses, mientras que el porcentaje de desnutrición global para la misma edad (peso para edad) es del 22.7%. Acerca de la mortalidad infantil, de cada mil nacidos vivos, 39 mueren antes de su primer año, mientras que la mortalidad en la niñez es de 59 por mil nacidos vivos. Además, aunque el uso de métodos de planificación familiar aumentó en los últimos tres años, siendo de 43.3% en mujeres casadas o unidas, es la menor tasa de prevalencia en Centroamérica.

En los últimos años se ha observado una tendencia a la reducción de los niveles de la mortalidad general, a excepción de la neonatal, asociada a escasa cobertura de atención institucional del embarazo y el parto por personal competente. Ha habido un leve descenso de la fecundidad, relacionado al bajo nivel de escolaridad de la población, el alto grado de deserción escolar y el mayor porcentaje de ruralidad, además de las influencias sociales para estigmatizar lo

---

<sup>1</sup> La alta fecundidad se da por la combinación de la influencia de patrones culturales tradicionales, limitado acceso a la educación de grupos postergados y limitaciones en el acceso a la información, especialmente en temas relacionados con la sexualidad y reproducción.

relacionado con la sexualidad y reproducción. Según las encuestas materno infantiles realizadas en el país, la brecha entre fecundidad deseada y no deseada se asocia más a la escasa oportunidad de educación, acceso a la información y servicios sobre salud reproductiva.

El marco político y legal que propicia el fortalecimiento de acciones directas en el campo de la salud reproductiva lo constituye la Ley de Desarrollo Social, la Política de Desarrollo Social y Población, el Plan Nacional de Salud 2000-2004, el Programa Nacional de Salud Reproductiva, la Ley de Dignificación y Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA y su reglamento.

## **2. Planteamiento del Problema**

La FESIRGUA, es una Federación formada por las organizaciones no gubernamentales: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA–; Asociación Renacimiento; Asociación de Promoción, Investigación y Educación en Salud –PIES de Occidente–; Cooperación para el Desarrollo Rural de Occidente –CDRO–; BELEJEB BATZ; Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo –IDEI–; Cooperativa Agrícola Integral El Recuerdo; Asociación SHARE de Guatemala –SHARE– y RIXIN TINIMIT. La FESIRGUA fue conformada con el fin de trabajar para mejorar la salud reproductiva e infantil de la población excluida y con poco acceso a servicios de salud de calidad en Guatemala, siendo sus objetivos los siguientes:

- Incrementar el acceso y mejorar la calidad de los servicios integrales de salud reproductiva e infantil.
- Fortalecer la capacidad técnico administrativa que garantice la calidad y sostenibilidad de los servicios de salud reproductiva.
- Realizar y fortalecer la incidencia política en diferentes niveles, desde lo comunitario hasta las políticas públicas, para la mejora de los programas de salud reproductiva e infantil.
- Fortalecer la participación comunitaria para el seguimiento a los procesos de cambio de actitudes y prácticas en salud reproductiva e infantil.

Sin embargo, FESIRGUA aún no tiene un consenso interinstitucional explícito sobre los contenidos y alcances de sus objetivos enmarcados en una definición discutida y consensuada de salud reproductiva; esta situación plantea problemas para el cumplimiento de los objetivos enunciados en el plan estratégico 2002-2006 de FESIRGUA, en particular acerca del objetivo sobre incidencia.

La construcción interorganizacional o institucional de dicho consenso, frente a la realidad de la salud reproductiva en Guatemala y a la política pública sobre el tema, requieren de una reflexión detenida y de largo aliento que incluye varias fases o momentos. El primer momento abarca dilucidar sobre la necesidad o no de una construcción conceptual propia, mientras que en un segundo momento, se requiere de operacionalizar dicha construcción hasta alcanzar la enumeración de

los indicadores que le permitan a FESIRGUA en el futuro elaborar un plan de monitoreo que de cuenta tanto del impacto de la política, como de la dimensión de los problemas en salud reproductiva en Guatemala.

Por las razones anteriores, FESIRGUA decidió avanzar un primer paso en dicho proceso, para lo cual se propuso la intermediación de PIES de Occidente en la construcción de la “Imagen-Objetivo de la Salud Reproductiva en Guatemala de la FESIRGUA”. Los objetivos planteados fueron los siguientes:

- Analizar la política y el programa gubernamental de salud reproductiva en el marco internacional (acuerdos de Beijing) y nacional sobre los siguientes instrumentos: Acuerdos de Paz, Ley de Desarrollo Social, Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Reforma del Sector Salud.
- Definir desde la Federación de Salud Infantil y Reproductiva de Guatemala (FESIRGUA) una posición conceptual y estratégica respecto a la salud reproductiva, considerando la realidad social, económica, política y cultural de la población guatemalteca.

### **3. Metodología**

Se partió del supuesto de que las organizaciones de FESIRGUA han acumulado en su conjunto mucha experiencia en trabajar diversos componentes de salud reproductiva, por lo que la investigación se centró inicialmente en una reflexión conceptual y ubicación contextual del tema desde sus cuadros medios y directivos.

Paralelamente a este proceso investigativo, se realizó una revisión bibliográfica y documental en fuentes de información nacional e internacional, tales como declaraciones a partir de las Conferencias Mundiales sobre Población, la Mujer, los Derechos humanos, etc.; y una compilación de los documentos que recogen la política nacional de salud reproductiva, entre otros.

Aunado a lo anterior, una parte importante de la metodología la constituyó la sistematización del conocimiento en los actores sobre aspectos de la salud reproductiva y su situación en Guatemala, tales como: definición, políticas, instituciones y programas. Para esta sistematización se realizaron entrevistas individuales o colectivas (grupos focales) a referentes clave, tales como miembros de instituciones internacionales, gobiernos central y locales, ONG y otras organizaciones. La investigación se realizó buscando una aproximación a la problemática y sus soluciones destacando la perspectiva de los jóvenes, las mujeres y de las/los indígenas.

## Capítulo II. Marco internacional de la salud reproductiva

El enfoque universal de la salud reproductiva ha ido evolucionando a través del tiempo. Esta evolución se percibe claramente en la secuencia de eventos internacionales organizadas por las Naciones Unidas, tales como conferencias y cumbres internacionales. En el Cuadro No. 1 se enumera en un listado cronológico los diferentes eventos realizados y relacionados con el tema, mencionando brevemente una descripción de sus aspectos más relevantes y algunas referencias de los mismos.

| <b>Cuadro No. 1</b>   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <b>Eventos internacionales relevantes al tema de Salud Reproductiva</b> |   |                                       |
| <b>Fecha</b>  | <b>Descripción</b>  | <b>Referencias</b>                    |
| 1948  | <b>Declaración Internacional de los Derechos Humanos.</b><br>Proclama la igualdad, libertad y fraternidad de los seres humanos, el derecho a la vida y seguridad, al trabajo, al bienestar, la salud, la educación y los beneficios sociales.   | Art.16(3), 22, 25 (1), (2).           |
| 1952  | <b>Adopción de la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer.</b> Es un primer instrumento legal, fue aprobada por la Asamblea General para atender a los derechos de las mujeres a votar, acceder y ejercer funciones públicas.   |                                       |
| 1962  | <b>Adopción de la Convención sobre Matrimonio con Consentimiento, Edad Mínima para el Matrimonio y Registro de los Matrimonios.</b> Esta convención inició los trabajos sobre la igualdad dentro del matrimonio y sobre la disolución del mismo.  |                                       |
| 1966  | <b>Pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales.</b><br>Se busca la reducción de la mortalidad materna e infantil y promover el derecho a la salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.  | Art. 10 (1, 2), 12, 27.               |
| 1967  | <b>Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación de la Mujer.</b> Adopción por la Asamblea General de la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación de la Mujer, primer instrumento global que cubría todas las áreas de la vida en sociedad y de la vida familiar.  |                                       |
| 1975  | <b>Año Internacional de la Mujer y I Conferencia Internacional de la Mujer,</b> Ciudad de México.   |                                       |
| 1976-1985   | <b>Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz.</b>  |                                       |
| 1979  | <b>Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. CEDAW.</b><br>Se determina la obligación del Estado de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en todas las esferas, incluyendo la atención médica general y de la salud sexual y reproductiva. | Art. 5 (b), 10 (h), 12, 14 (2 b), 16. |
| 1980  | <b>II Conferencia Mundial sobre la Mujer,</b> Copenhague.   |                                       |
| 1985  | <b>III Conferencia Mundial de la Mujer</b> para el examen y evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. Nairobi.   |                                       |
| 1989  | <b>Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.</b><br>Los Estados adoptarán las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de enfermedades, perjuicio o abuso físico o mental, incluido el abuso sexual.  | Art. 19 (1); Art. 24 (1-2).           |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 1993   | <b>Conferencia Mundial de Derechos Humanos</b> , Viena.   |  |
| 1994   | Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo. CIPD. Salud de la mujer y maternidad sin riesgo. Marco de los derechos reproductivos y define el término de “Salud Reproductiva”.   | Cap: VIII (C. 8.20-8.22, 8.26), VII. Cap. II y IV.             |
| 1995   | <b>Cumbre Mundial ONU Sobre Desarrollo Social</b> , Dinamarca. Los seres humanos son el elemento central en el desarrollo sostenible, tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con el ambiente. Se incluye la salud sexual y reproductiva.                                  | Inciso A (7, 8 y 9), B (h, j), II compr. (b);VI compr. (d, g). |
| 1995   | <b>IV Conferencia Mundial de la Mujer</b> . Beijing, China. Plataforma para la acción mundial. Da acceso a la salud y reconceptualización de su enfoque con base en las necesidades de las mujeres, incluyendo salud sexual.  | 12 áreas temáticas. Art. 38, 41.                               |
| 1998   | <b>XXV Conferencia Panamericana de Salud</b> . Define el término “salud reproductiva”.  |  |
| 2000   | <b>Beijing + 5</b> . Evaluación de medio término de los avances en el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en Beijing en 1995.   |  |
| 2000   | <b>Declaración del Milenio de la ONU</b> , Nueva York. Identifica ocho objetivos de desarrollo a lograr en el 2015 para mejorar las condiciones de vida de la población. Entre ellos el desarrollo, la erradicación de la pobreza, los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno |  |
| 2002   | <b>XXVI Conferencia Panamericana de Salud</b> . Define la Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y mortalidad materna.  | Resolución CSP26.R13   |
| Fuente: Elaboración propia con base a fuentes de NNUU y OPS. |   |  |

El vuelco que dio el mundo a finales de los años noventa con la caída del muro de Berlín, que marco el fin de la “guerra fría”, permitió la aceptación abierta por el contexto de las naciones de la revitalización del enfoque de los derechos humanos como directriz del proceso universal de democratización de los Estados y de la solución pacífica y política de los conflictos internacionales, así como reiterar la aceptación por todos los gobiernos del mundo de la libre determinación de los pueblos.

Como se observa en el cuadro anterior, la concepción actual de la Salud Reproductiva ha ido evolucionando a la par que en el seno de la Naciones Unidas la agenda internacional también se ha ido modificando. Vemos como la década de los años noventa, resultó en una década de múltiples cumbres y conferencias mundiales sobre diversos temas sociales poco tratados hasta dicha década. Particularmente, se observó durante la década la amplia convocatoria de organizaciones de la sociedad civil mundial que acudieron primero a la cumbre de la Tierra en 1992 y luego en el Cairo en 1994. Todas estas cumbres, propiciaron que el encuentro de Beijing fuera para el movimiento de las mujeres a escala mundial un escenario privilegiado que lo consolidó mediante el establecimiento de un marco para acción coordinada en la misma escala.

El enfoque de los derechos humanos y la aceptación de que el desarrollo solo medido a través del crecimiento económico no conduce a un mundo equitativo y respetuoso de los recursos naturales, fueron los hitos mundiales que posibilitaron la actual concepción de la salud reproductiva enfocada en los derechos y en el ciclo

de vida de las personas. A continuación se menciona una breve reseña de las cumbres y conferencias mundiales relevantes:

### **1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sesión del 10 de diciembre de 1948. En el texto de introducción la Asamblea General proclama a la Declaración Universal de los Derechos Humanos “como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción”.

Declara la igualdad, libertad y fraternidad de los seres humanos, el derecho a la vida, seguridad y al trabajo. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

### **2. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue proclamado por la asamblea general de la ONU en 1966 y firmado por 154 países. Sus principales compromisos relacionados con salud reproductiva son la reducción de la mortalidad materna e infantil y promover el derecho a la salud física y mental.

Abarca la atención a la salud oportuna y apropiada así como, a los principales determinantes a la salud. Entre ellos, el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud incluida la salud sexual y reproductiva y, la participación de la población en todos los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud en los planos comunitarios, nacionales e internacionales.

### **3. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.**

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño fue proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1989 y fue firmada por 193 países. Los Estados se comprometieron a adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Se declaró que el niño/a tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Por ello se debe reducir la mortalidad infantil y en la niñez; asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sean necesarias a todos los niños/as haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud; asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

#### **4. Cumbre Mundial ONU sobre Desarrollo Social.**

La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social fue celebrada en 1995. En dicha Cumbre se declaró que los seres humanos son el elemento central en el desarrollo sostenible, tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con el ambiente.

El desarrollo social es fundamental en las responsabilidades de los gobiernos y de todos los sectores de la sociedad civil. Implica promover el respeto universal, la observancia y la protección de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos y la plena participación de la mujer.

El desarrollo social prioriza: la igualdad y la equidad de géneros; proteger los derechos de los niños/as y los jóvenes, y; fortalecer la cohesión social y de la sociedad civil. Así también asume como prioridad, la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles desde la tuberculosis y el paludismo hasta el VIH/SIDA. Sobre el VIH/SIDA, llama a los gobiernos a impartir la educación necesaria, prestando servicios de prevención, procurando que se disponga y accese a los servicios adecuados de atención y apoyo y, tomando todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación y aislamiento de las personas enfermas.

La Declaración reitera que la familia es la unidad básica de la sociedad y debe ser fortalecida con atención a los derechos, la capacidad y las obligaciones de sus integrantes. De la misma manera hace una llamado a los Estados miembros a superar las causas de la pobreza y a atender las necesidades básicas de todos, eliminar el hambre y la malnutrición, establecer la seguridad alimentaria, dar educación, empleo y medios de vida, servicios de atención primaria de la salud, incluida la salud reproductiva, agua potable, saneamiento, etc.

La Declaración orienta garantizar, el acceso universal a la variedad más amplia de servicios de atención de la salud, incluso los relacionados con la salud reproductiva, de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD. Se promoverá la colaboración con igualdad de géneros en la vida familiar, comunitaria y en la sociedad (cuidado de los hijos, apoyo a familiares ancianos, paternidad responsable y un comportamiento sexual y reproductivo responsable).

## **5. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, CEDAW.**

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer fue celebrada en 1979 y firmada por 173 países. La Convención entró en vigor en 1981. En esta Convención se declara a la maternidad como función social, se determina la obligación del Estado para adoptar medidas apropiadas para eliminar toda forma de discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar el acceso a información, educación y servicios, incluyendo los que se refieren a planificación de la familia. Aborda el derecho a libre decisión de las mujeres en cuanto al matrimonio y al espaciamiento de los embarazos.

## **6. Conferencias Mundiales sobre la Mujer**

Hasta la fecha se han realizado cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer. La primera fue celebrada en la ciudad de México en 1975, la segunda en Copenhague en 1980, la tercera en Nairobi en 1985 y la cuarta en Beijing en 1995.

Las Conferencias se organizaron para analizar la problemática que sufren las mujeres. En México, los estados participantes plantearon la necesidad de aprobar el plan de acción que permitiera impulsar la aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y los mecanismos y medidas que permitieran ponerla en marcha. Se instituyó la Tribuna por el Año Internacional de la Mujer, que declaró en 1976 el Decenio Internacional de la Mujer de la ONU. La Asamblea General refrendó la propuesta de la Conferencia de México y proclamó el periodo 1976-1985 como el “Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz”, (Rodríguez, 2002: 16).

En la II Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1980, realizada en Copenhague, se evaluó el progreso alcanzado en el Decenio y se adoptó un plan de acción con énfasis en el empleo, la salud y la educación, así mismo se apremió a las agencias de la ONU a preparar datos confiables para el análisis sobre la situación de la mujer en el mundo.

A la Conferencia de Nairobi, Kenia en 1985, o “Conferencia mundial para analizar y evaluar los logros de la década de las Naciones Unidas para la mujer: Igualdad, desarrollo y paz” asistieron 157 países y se adoptaron por consenso las Estrategias Progresivas de Nairobi para la Promoción de la Mujer (EPNPM). Las estrategias reflejan comprensión de los obstáculos al mejoramiento del estado de la mujer, resultante de una creciente conciencia de que los roles reproductivos y productivos de las mujeres están íntimamente relacionados con sus condiciones económicas, sociales, culturales, políticas, legales, educativas y religiosas.

La Conferencia de Nairobi reconoció que los objetivos de igualdad, desarrollo y paz están interrelacionados y se refuerzan mutuamente y que los derechos de las

mujeres pueden promoverse óptimamente en condiciones de paz y seguridad. Destacó la necesidad de una dimensión moral para asegurar que el desarrollo es justo y responde a las necesidades y derechos de la persona. También se abordaron los temas empleo, salud y educación, bases de los objetivos principales de la Conferencia.

En cuanto a la salud reproductiva, las EPNPM advierten que una mejora en la situación de las mujeres puede aportar una reducción en la mortalidad y morbilidad. Además, que un mejor control de la fecundidad y del crecimiento de la población, será beneficioso para el ambiente, las mujeres, niños y hombres cuya vida depende de dicho mantenimiento, (CEDPA, 2000: 257).

La Conferencia de Nairobi permitió a las mujeres formular su preocupación acerca del rol del Estado en temas de su fecundidad, también permitió a las ONG y a los grupos de mujeres tener un rol mayor en la esfera de la normativa internacional.

Se destaca que en Nairobi, las feministas de los países en desarrollo y desarrollados comenzaron a criticar los esfuerzos nacionales por alcanzar sus metas demográficas con poca consideración a su salud y sus derechos; ya que, la Conferencia en Ciudad de México contribuyó a incrementar la resolución de las mujeres de reformular las ecuaciones de población con un enfoque centrado en las mujeres. La Conferencia de Nairobi influyó profundamente en los resultados de la “Cumbre de la Tierra” celebrada en Río (1992), en la Conferencia de Derechos Humanos en Viena (1993) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) que consideraron seriamente el rol de las mujeres en su discusión.

La IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, fue realizada en Beijing en septiembre de 1995. Esta conferencia adquiere especial relevancia, ya que definió las estrategias para el cierre del milenio, y adecuó las mismas a los retos del nuevo siglo a través de la Plataforma para la Acción Mundial –PAM<sup>2</sup>.

Beijing se destaca como la Conferencia de mayor trascendencia para las mujeres del Siglo XX. Uno de sus mayores logros son: haber mejorado la capacidad de incidencia del movimiento de mujeres ante el Estado durante los procesos previos de negociación para participar en Beijing; haber favorecido los niveles de articulación de las organizaciones de mujeres en los ámbitos nacional,

---

<sup>2</sup> La PAM está formada por la Declaración y el Plan de Acción, que contemplan el compromiso de todos/as los actores/as con la necesidad impostergable de apoyar eficazmente el desarrollo, promoción y plena ciudadanía de las mujeres. El plan consta del contexto mundial un diagnóstico general de la situación socioeconómica, política y cultural de las mujeres en el mundo; y las áreas de especial interés, 12 temas prioritarios identificados por las mujeres para su desarrollo y plena participación. Entre dichos temas se encuentra la falta de acceso, desigualdades y carencias de educación, salud y servicios de las mujeres, la violencia contra la mujer y la falta de respeto, promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres y niñas (Rodríguez, 2002: 15, 16).

subregional, regional y mundial; y haber involucrado a un respetable número de mujeres en los procesos nacionales y globales, (Rodríguez, 2002: 11).

Entre sus principales compromisos están el defender los derechos fundamentales y la dignidad humana de las mujeres y los hombres, equidad de géneros, potenciar el papel de la mujer y su adelanto al promover la educación e independencia económica de la mujer y erradicar la pobreza. Da acceso a la salud y reconceptualiza su enfoque con base en las necesidades de las mujeres, incluyendo derechos sexuales y salud sexual y reproductiva. También eliminar las barreras legales y reglamentarias que se oponen a la enseñanza en materia de cuestiones sexuales y de salud reproductiva.

## **7. Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo: “Cumbre de la Tierra”**

La Cumbre de la Tierra fue realizada en la ciudad de Río de Janeiro, en 1992. Asistieron 172 gobiernos y aproximadamente 2,400 representantes de ONG; además, 172,000 personas asistieron al foro paralelo de ONG.

En la Conferencia sobre medio ambiente y desarrollo (CNUMD) se sembraron las semillas del cambio en la nueva forma de pensar sobre población. El papel de la población en el desarrollo sostenible se debatió activamente aunque no se llegó a acuerdos sobre un lenguaje oficial, en parte debido a que ONG se negaron a aceptar metas demográficas. Como resultado de ello, la no inclusión de la población en la Agenda 21<sup>3</sup>. El documento de la Conferencia abrió el debate acerca de la población, ambiente y desarrollo en una acción interrelacionada con los derechos de la mujer en su base.

Algunos elementos clave de la Agenda 21 relacionados con la salud reproductiva, los derechos reproductivos y los temas de género son la promoción del vínculo entre el mejoramiento del estado de la mujer y la dinámica demográfica, en particular mediante el acceso de las mujeres a la educación, los programas de atención de salud primaria y reproductiva, a la independencia económica y su participación eficaz y equitativa en todos los niveles de toma de decisiones. En la Agenda 21 se declara que existe un efecto sinérgico entre las tendencias demográficas y el desarrollo sostenible y se formulan las siguientes recomendaciones para acción en el campo de la salud reproductiva:

*“Los programas y servicios de salud reproductiva deberían, según proceda, formularse y realizarse para reducir la mortalidad materno infantil debida a todas las causas y permitir a las mujeres y a los hombres realizar sus aspiraciones personales en términos de dimensión de la familia, de cierta forma a tono con su libertad, dignidad y valores personales”.*

---

<sup>3</sup> La Agenda 21 se considera una guía de acción para lograr el desarrollo sostenible mundial, aunque debilitada por el compromiso y la negociación, se señala por especialistas como el programa de acción más completo jamás aprobado por la comunidad internacional.

*“Los gobiernos deberían adoptar medidas activas para implementar; como cuestión urgente, de acuerdo con las condiciones y sistemas legales específicos del país, medidas encaminadas a asegurar que las mujeres y los hombres tienen el mismo derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, a tener acceso a la información, a la educación y a los medios, según procesa, que les permitan ejercer este derecho de acuerdo con su libertad, dignidad y valores personales, tomando en cuenta las consideraciones éticas y culturales. Los gobiernos deberían adoptar medidas activas para implementar programas destinados a establecer y fortalecer las instalaciones de salud preventiva y curativa, incluyendo atención de salud reproductiva centrada en las mujeres y administrada por las mujeres, servicios asequibles, para la planificación responsable de la dimensión de la familia, de acuerdo con la libertad, dignidad y los valores personales, teniendo en cuenta consideraciones éticas y culturales. Los programas deberían concentrarse en proporcionar atención integral de salud, incluyendo atención prenatal, educación e información sobre salud y paternidad responsable y deberían proporcionar la oportunidad para que todas las mujeres amamenten exclusivamente a sus hijos, al menos durante los primeros cuatro meses post parto” (CEDPA, 2000: 258).*

## **8. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.**

La Conferencia internacional sobre población y desarrollo, CIPD, fue realizada en la ciudad de El Cairo en 1994 con la presencia de 179 gobiernos. Al Foro Independiente de ONG asistieron 4,200 representantes de más de 1,500 ONG de 113 países.

En la CIPD los temas principales fueron: la población, el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible. Se partió de la conciencia emergente de que la población, el medio ambiente, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible están vinculados. La meta general de la CIPD fue elaborar un plan de acción para la próxima década que aborde la población en el contexto del desarrollo nacional y los derechos de las mujeres sobre temas de reproducción, y su participación en el desarrollo.

En la Conferencia se subrayó el papel crítico de las políticas de población para aminorar la pobreza, detener el deterioro ambiental, mejorar la salud y la educación y potenciar a las mujeres para que participen plenamente de sus sociedades. Por ello, el programa de acción de la CIPD, adoptó una nueva estrategia que se concentró en atender las necesidades de cada una de las mujeres y cada uno de los hombres en lugar de alcanzar metas demográficas. Se determinó que es necesario el reconocimiento de que los esfuerzos encaminados a frenar el crecimiento de la población, eliminar la desigualdad de género, aminorar la pobreza, alcanzar el desarrollo económico y proteger el medio ambiente se refuerzan mutuamente. Por ello, la CIPD pidió la potenciación de las mujeres y la garantía de sus derechos reproductivos, incluido el derecho de determinar el

número de hijos que desea tener la familia, como fundamentalmente importante en su propio derecho; también reconoció que alcanzar estas metas ayudaría a estabilizar el crecimiento de la población y contribuiría a un desarrollo sostenible (CEDPA, 2000: 258).

El programa de acción de la CIPD fijó metas de 20 años en tres áreas afines:

- Hacer la planificación familiar universalmente disponible para el 2015, o antes, como parte de un enfoque amplio para la salud y los derechos reproductivos, reduciendo también así la mortalidad de los lactantes, niños y madres a todos los niveles;
- Integrar las preocupaciones de población en todas las políticas y programas encaminados a alcanzar un desarrollo sostenible;
- Potenciar a las mujeres y a las adolescentes y proporcionarles más opciones mediante acceso ampliado a la educación y servicios de salud y oportunidades de empleo.

En dicho programa se detallan las acciones requeridas para garantizar la potenciación de las mujeres, en la vida política, social, económica y cultural de sus comunidades, no simplemente mejorar su condición y rol; se reconoce el papel central de la sexualidad y las relaciones de género en la salud y derechos de las mujeres; se afirma que los hombres deberían responsabilizarse de su propio comportamiento sexual, su fertilidad, la transmisión de ETS y el bienestar de su pareja y los hijos que procrean y se pide y define la atención de la salud reproductiva y sexual que proporcione información y servicios integrales y de calidad (incluido el aborto seguro donde no infringe la ley) para todas las mujeres, incluidas las adolescentes (CEDPA, 2000: 259).

Entre lo más valioso de la CIPD, es que reafirmó el consenso global de que las decisiones de planificación familiar voluntaria son un derecho humano básico de todas las parejas y personas y que la coacción en cualquier forma es inaceptable. Dentro de este marco de derechos humanos, abogó por la integración de las actividades de planificación familiar en un esfuerzo más amplio por atender las necesidades de salud reproductiva.

En conclusión, el enfoque de la salud sexual y reproductiva basado en los derechos que fue adoptado en la CIPD, refleja una nueva política global de consenso sobre la relación existente entre las políticas de población y los derechos de salud sexual y reproductiva. Se afirmó que si se potencian a las mujeres y si se satisfacen las necesidades de la salud sexual y reproductiva de la gente, será posible lograr la estabilización de la población por medio de opciones y oportunidades en lugar de control y coerción. Este enfoque basado en los derechos se construyó a partir de acuerdos internacionales de derechos humanos ya existentes y reconoce la salud y los derechos sexuales y reproductivos como metas importantes en sí mismas (Family Care International, 2000).

Según esta tendencia, la información y los servicios de planificación familiar han de proporcionarse como parte de un enfoque integral de la atención de salud reproductiva que también incluye atención prenatal, parto seguro y atención postnatal; prevención del aborto y control de las consecuencias de los abortos inseguros; prevención de las ETS y el VIH/SIDA; prevención de la infecundidad; examen selectivo de las infecciones del conducto reproductivo y cáncer cervical y de mama; y disuasión activa de prácticas nocivas tales como la mutilación de los órganos genitales femeninos.

La atención centrada en la persona es uno de los principales componentes del enfoque basado en los derechos, enfatizando el consentimiento libre e informado y el respeto por los derechos de las personas. Dicha atención busca prestar servicios que satisfagan las necesidades individuales de las personas; incluyan la participación de las personas en el diseño y la evaluación de los programas; ofrezcan instalaciones limpias, bien equipadas y dotadas con el personal técnicamente competente y bien supervisado e integren o vinculen componentes de servicio (Family Care International, 2000).

En el Cairo, los delegados acordaron adoptar metas específicas de recursos para asistencia internacional en población, tomando como base las estimaciones de lo que se requiere para permitir a todos los países hacer la planificación familiar y de salud reproductiva accesible a todas las personas a más tardar el año 2015. El logro de esta meta requerirá, según las estimaciones, \$ 17,000 millones para el año 2000 y más de \$ 21,000 millones anuales para el año 2015, una tercera parte de cuya cifra se convino, ha de provenir de la comunidad internacional.

## **9. XXV Conferencia Sanitaria Panamericana**

La XXV Conferencia Sanitaria Panamericana fue celebrada en 1998. En dicha conferencia se estableció que la salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano individual y social. Por ello se integró un concepto ampliado de salud reproductiva y se instó a que los países ejecutaran los planes de acciones elaborados, se reconociera la importancia de los servicios de salud reproductiva, se mejoraran los de sistemas de información, se estimulara la investigación y dentro del marco de la reforma se destinaran recursos financieros para salud reproductiva.

## **10. XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana**

La XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana fue celebrada en 2002. En esta Conferencia se desarrollaron los componentes de mujer, salud y desarrollo. El objetivo central fue incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y los programas. De los objetivos de la Conferencia, en el marco de la salud reproductiva se destaca, el de “fortalecer el modelo (de género) para abordar la violencia de género a los niveles de política, sectorial y comunitario, y usarlo para involucrar a los hombres en la

toma de decisiones acerca de la salud reproductiva y para abordar las inequidades en la esfera de la salud mental”.

En esta conferencia se definió la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas con los siguientes componentes: promover políticas y normas eficaces a nivel nacional y municipal; brindar servicios de salud reproductiva, atención obstétrica esencial y asistencia del parto por personal calificado; empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades; crear asociaciones y coaliciones; reforzar los sistemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas y; financiar la atención de la salud reproductiva dentro de la reforma del sector de la salud.

## **11. Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas**

La Asamblea General de la ONU fue celebrada en el año 2000, en la ciudad de Nueva York. La declaración emitida el 8 de septiembre en esta Asamblea se conoce como la Declaración del Milenio y en la cual establece que los valores y principios fundamentales para las relaciones internacionales del siglo XXI son: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad común. Establece como objetivos a alcanzar en el 2015: la paz, la seguridad y el desarme; el desarrollo y la erradicación de la pobreza; la protección del entorno común; los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; la atención a las necesidades especiales de África y el fortalecimiento de la ONU.

Las metas a alcanzar se orientan a erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres; luchar contra la violencia contra la mujer; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; y garantizar la sostenibilidad ambiental. También insta a la industria farmacéutica a que aumente la disponibilidad de los medicamentos esenciales y los ponga al alcance de todas las personas de los países en desarrollo que los necesiten.

## Capítulo III. La salud reproductiva en Guatemala

Actualmente se define a la salud reproductiva como un: *“Estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad en todo lo relacionado al sistema reproductivo, sus funciones o procesos. Implica que las personas son capaces de tener vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hacen, cuando y que tan frecuentemente lo hacen”* (OMS, 1990).

Sin embargo, el uso del término o concepto de salud reproductiva tiene una historia relativamente reciente en el país. Si bien, se reconocen prácticas ancestrales para el control de la fecundidad, fue hasta la segunda mitad del siglo pasado que se introdujo la preocupación mundial por el crecimiento demográfico y con esta preocupación, la introducción en la salud pública de medidas para contrarrestar el proceso “explosivo” de su crecimiento. La línea inicial se desarrolló en los años 60 en términos de planificación familiar, con el acompañamiento de una amplia investigación en métodos que dieron origen a la píldora, el condón de látex y a los dispositivos intrauterinos.

En Guatemala, el ejercicio de la salud reproductiva se inició en la década de 1960, como una acción de planificación familiar que se realizaba casi exclusivamente en el sector privado de la salud. En el sector de la salud pública fue hasta en la década de 1970-80, cuando se comenzó a prestar servicios de planificación familiar al alcance la población con la coparticipación de una ONG especializada en el tema<sup>4</sup> y el financiamiento internacional. La introducción en el Sistema Nacional de Salud de prácticas de planificación familiar se efectuó por medio del Programa Materno Infantil.

De acuerdo con el proceso anterior, el uso del término de salud reproductiva en Guatemala se remonta a los años ochenta, sin embargo su uso permanecía restringido a los profesionales de ciencias médicas y era poco mencionado públicamente. Esta limitación en el uso del término se debía por un lado a sus connotaciones de tema tabú, esto al referirse a relaciones privadas propias de la familia o cultura según las posturas religiosas y conservadoras en ciertos sectores de la población acerca de la sexualidad y la reproducción humana; por otro lado, a sus referencias hacia las políticas demográficas y de control de la natalidad, las cuales encontraban oposición en sectores políticos posicionados en contra del intervencionismo internacional y del racismo hacia las poblaciones indígenas.

Estas actitudes respecto a dichos temas han creado una controversia de tal magnitud en la opinión pública que han impedido el análisis, discusión y abordaje de la problemática relacionada con los temas de población, salud reproductiva y planificación familiar de una manera objetiva y valorativa de la situación particular

---

<sup>4</sup> Se trata de la Asociación Pro-bienestar de la Familia, APROFAM, fundada en 1964. Esta asociación desde sus orígenes ha contado con el financiamiento y respaldo técnico de la Agencia de Cooperación para el Desarrollo de los Estados Unidos.

de las mujeres. Las posiciones conservadoras sobre el tema han impactado en diferentes ámbitos, uno muy importante es la investigación demográfica, a tal punto que tanto en 1987 como en 1995 la Encuesta de Salud Materno Infantil —ENSMI— debía ser aprobada por la curia eclesiástica guatemalteca la cual, por ejemplo determinó que en la ENSMI de 1995 no se incluyeran preguntas sobre el embarazo adolescente y el aborto. En general, las posturas conservadoras han logrado que el tema no haya sido considerado adecuada y oportunamente en las políticas de desarrollo del país.

Hasta después de 1995, “salud reproductiva” comenzó a ser un término con dominio más popular, que hoy se utiliza más cotidiana y abiertamente. Este cambio fue motivado por el aumento de la incidencia del movimiento nacional de las mujeres, la incidencia de las ONG que trabajan en el tema, la cooperación internacional, las conferencias internacionales y por la actitud política del sector salud con respecto del tema a partir del año 2000.

El paradigma actual de la salud reproductiva muestra una transformación desde los programas e intervenciones que previamente eran enfocados solo en el espaciamiento de embarazos y la demografía, hasta una nueva visión, en la cual la salud integral de la mujer se concibe como “calidad de vida, equidad de género y respeto a sus derechos humanos sexuales y reproductivos” (MSPAS-PNSR, 2003f:1).

En términos de la salud reproductiva, el MSPAS de Guatemala incluye a los niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, y hombres y mujeres adultos mayores con el fin de impulsar acciones que garanticen padres/madres saludables que a su vez tengan hijos/as saludables capaces de ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfrutar de los beneficios sociales de la vida. Para ello, se realizan acciones en salud materna y neonatal, atención integral a la niñez, adolescentes, mujeres y hombres; y la prevención del riesgo reproductivo, salud mental, prevención y control del cáncer ginecológico, promoción de la participación masculina en actividades de salud reproductiva, atención integral a la salud de los adolescentes y prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA, (MSPAS, 2001).

## **1. La concepción de Salud Reproductiva**

Actualmente, se considera que la salud reproductiva implica el enfoque de género, los derechos reproductivos y los derechos sexuales (Family Care International, 2000; OMS, 1990: 54).

El **enfoque de género** se refiere a los roles y responsabilidades de los hombres y mujeres, de los niños y niñas. La igualdad de género significa igual tratamiento a las mujeres y hombres ante la ley, las políticas y el acceso a recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. La equidad de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre los hombres y las mujeres y con frecuencia requiere

proyectos y programas dirigidos específicamente a las mujeres para terminar con las inequidades.

El impulsar la igualdad y equidad de género y el empoderamiento de la mujer es asegurar que las mujeres cuenten con la capacidad de controlar su propia fecundidad, ambos son los pilares de los programas relacionados con la población y el desarrollo.

Los **derechos reproductivos** incluyen los derechos de los hombres y las mujeres, como parejas e individuos a:

- Decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, cuando y con qué frecuencia;
- A ser informados y tener acceso a seguros, efectivos, permisibles y aceptables métodos de planificación familiar de su escogencia así como otros métodos que ellos escojan para la regulación de fertilidad, los cuales no estén contra la ley;
- Tener acceso a servicios apropiados de cuidado de la salud que sean capaces de brindar seguridad a la mujer durante el embarazo y parto y provean a las parejas la mejor oportunidad de tener un niño sano;
- Alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. La promoción del ejercicio responsable de estos derechos (reproductivos) debería ser la base fundamental para los programas y políticas apoyados por el gobierno –y la comunidad- en el campo de la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

Los **derechos sexuales** incluyen los derechos de todas las personas a:

- Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual y reproductiva;
- Ser libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales;
- Esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales;
- Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libre de coacción, discriminación y violencia.

Según lo mencionado anteriormente, la atención en la salud sexual y reproductiva incluye básicamente:

- La información, orientación y servicios de planificación familiar;
- La atención prenatal, del parto y posnatal;
- La atención de la salud infantil;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las infecciones del tracto reproductivo;
- Donde sea legal, los servicios seguros de aborto y el tratamiento de las complicaciones relacionadas al aborto;
- La prevención y el tratamiento de la infertilidad;

- La información, educación y orientación en materias de sexualidad humana y salud reproductiva y paternidad y maternidad;
- Si no se ofrecen servicios de tratamiento y diagnóstico del cáncer del sistema reproductivo y VIH/SIDA, debería organizarse un sistema de referencia a este tipo de atención o servicios.

## **2. La situación de la salud reproductiva en Guatemala.**

En general, diversos sectores<sup>5</sup> coinciden en señalar que en Guatemala han mejorado las condiciones de la salud y la calidad de vida de mujeres, niñas y niños en Guatemala, en especial de los que residen en áreas con mayor grado de ruralidad y de la población indígena. Hay evidencia de esa mejoría en los indicadores de salud materno-infantil, reportados por estudios realizados en colaboración con organizaciones nacionales y agencias de cooperación en el año 2002, tales como la línea basal de mortalidad materna —LBMM (2003)— y la encuesta de salud materno infantil —ENSMI (2003).

Si bien el panorama es optimista, también los diversos sectores coinciden al señalar que la mejoría ha sido un proceso muy lento y manifestaron su preocupación porque dadas las condiciones económicas en estado crítico que actualmente enfrenta el país, los logros alcanzados pueden revertirse en los próximos años. A esta condición estructural se le agrega el temor porque el actual gobierno de marcha atrás con los avances alcanzados durante el anterior período de gobierno 2000-2003 quien asumió a la salud reproductiva como una de sus prioridades nacionales. En el actual plan de gobierno del 2004, presentado por el Presidente y el Vicepresidente de la República a la sociedad, si bien con carácter de provisional, no se puntualizó la política nacional de salud reproductiva en vigencia.

A continuación se revisan los principales indicadores sobre salud reproductiva derivados de la ENSMI 2002 y de la “Línea basal de mortalidad materna para el año 2000”, ambos estudios publicados en el 2003. Adicionalmente a la ENSMI 2002, en Guatemala se han realizado cuatro encuestas nacionales sobre salud materno infantil, así en el año de 1987 se realizó la primera encuesta; en 1995 la segunda; entre 1998/99 la tercera y en el 2002 la cuarta que fue publicada en el 2003.

---

<sup>5</sup> SNUG, Informe 2002: Guatemala desarrollo humano, mujer y salud; Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de las Mujeres, 2004; MSPAS, 2003; y las múltiples instituciones de cooperación internacional, públicas y privadas que participaron con la ENSMI 2002; entrevistas realizadas.

## 2.1. Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se ha reducido de 45 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1998/99 a 39 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en el 2002.

| <b>Cuadro No. 2</b><br><b>Salud Reproductiva</b><br><b>Tasa de mortalidad infantil</b><br>Tasas para los diez años previos a la encuesta<br>2002 |                     |      |
|--|---------------------|------|
| Indicador  | Descripción         | Tasa |
| Tasa de mortalidad infantil (TMI)*   |                     | 39   |
| Tasa de mortalidad neonatal*   |                     | 22   |
| Tasa de mortalidad en la niñez*  |                     | 53   |
| TMI según edad de la madre**   | < 20                | 51   |
|  | 20 – 29             | 39   |
|  | 30 – 39             | 42   |
|  | 40 – 49             | 93   |
| TMI según intervalo con nacimiento anterior**  | < de 3 años         | 47   |
|  | 3 años y más        | 30   |
| TMI según área de residencia**   | Urbana              | 35   |
|  | Rural               | 48   |
| TMI según grupo étnico**   | No indígena         | 40   |
|  | Indígena            | 49   |
| TMI según educación de la madre**  | Sin educación       | 57   |
|  | Primaria            | 40   |
|  | Secundaria+         | 17   |
| TMI según control prenatal   | Primer trimestre    | 30   |
|  | 2do o 3er trimestre | 39   |
|  | Ningún control      | 50   |
| TMI según lugar del parto  | Institucional       | 30   |
|  | En la casa          | 41   |
| TMI según peso al nacer  | < 5.5 lb.           | 55   |
|  | > 5.5 lb.           | 27   |

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENSMI, (2003).

Según los resultados de las ENSMI, la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha descendido significativamente en Guatemala durante la última década<sup>6</sup>. En el período comprendido entre 1987 y el 2002 la TMI descendió de 73 a 39 niños/as que mueren antes de cumplir el primer año de vida por cada 1,000 nacidos vivos.

El principal cambio reciente es la disminución de la mortalidad post neonatal (período comprendido entre el 2 y 12 meses de vida). Entre 1995 y 2002 dicha tasa descendió de 25 a 16 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos. Debe

<sup>6</sup> A esta disminución de la mortalidad infantil contribuyeron estrategias integrales para la supervivencia de la niñez: inmunizaciones, atención de las infecciones respiratorias, prevención y tratamiento de diarreas, malaria, sarampión, dengue y desnutrición.

recordarse que la mortalidad durante el primer mes de vida o neonatal, representa el 50% de la mortalidad infantil<sup>7</sup>.

La mortalidad en la niñez también se redujo significativamente. Entre 1987 y el 2002, la tasa de mortalidad de la niñez descendió de 110 a 53 niños y niñas que mueren antes de cumplir cinco años, por cada 1,000 nacidos vivos.

Los niños/as que nacen con tres y más años de espaciamiento con el embarazo anterior, o cuando las madres tienen entre 20 y 39 años de edad, tienen menores probabilidades de morir antes del primer año que los que nacen con intervalos menores de 3 años o cuyas madres son menores de 20 años o mayores de 40 (ENSMI, 2003). En el Cuadro No. 2 se muestra a los indicadores obtenidos en la ENSMI para el año 2002. Como se observa, los indicadores muestran una tendencia clara con relación a los factores de riesgo, todos requieren para mejorar la condición de vulnerabilidad tanto con actividades de información-educación como de acceso a los servicios.

## 2.2 La desnutrición en la infancia.

En Guatemala se presenta el porcentaje más alto de niños/as desnutridos en América Latina. El estado nutricional de niños/as es directamente relacionado con riesgos de enfermedad y muerte. En los menores de 5 años, la desnutrición crónica o retardo en el crecimiento (talla para edad) es del 49% (ENSMI, 2003). Es decir, la mitad de los menores de 5 años sufre condiciones adversas para su crecimiento asociadas a una precaria situación socioeconómica, malas prácticas alimentarias y alto riesgo de infecciones diarreicas y respiratorias. La desnutrición global o general (peso para la edad) es de 23%, cifra que disminuyó cuatro puntos porcentuales desde 1995.

| Cuadro No. 3<br>Salud Reproductiva<br>Tasa de desnutrición infantil<br>2002 |               |      |
|---|---------------|------|
| Descripción   | Descriptor    | Tasa |
| Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva                          |               | 51   |
| Promedio de meses con lactancia materna exclusiva                           | 3.5           |      |
| Menores de 5 años con desnutrición crónica, por cada cien.                  | Urbana        | 36   |
|   | Rural         | 55   |
|   | No indígena   | 36   |
|   | Indígena      | 69   |
|   | Sin educación | 66   |
|   | Primaria      | 46   |
|   | Secundaria+   | 19   |
| Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSMI, (2003).                   |               |      |

<sup>7</sup> La mortalidad infantil está asociada al espaciamiento entre los embarazos y a la edad de la madre al momento del parto. Los intervalos más largos entre nacimientos contribuyen a las mejoras en el estado nutricional de niños/as.

La desnutrición es mayor en el área rural que en la urbana y en los hijos/as de madres sin educación formal, y es el doble en los niños indígenas que en los no indígenas. La niñez desnutrida tiene mayor riesgo de morir por enfermedades infecciosas: diarrea, sarampión y neumonía, (Véase, Cuadro No. 3). La desnutrición se relaciona directamente con la duración de la lactancia materna.

### **2.3. Las niñas y las adolescentes.**

Las niñas y las adolescentes son un subgrupo importante en la atención de la Salud Reproductiva, en el año 2000 había en el país 1.62 millones de niñas y adolescentes menores de 18 años según la ENCOVI<sup>8</sup>. El 64% vivía en las áreas rurales y 36% en áreas urbanas, 42% de las niñas y adolescentes eran indígenas (SNUG, 2002: 189). De acuerdo con el informe de las Naciones Unidas para Guatemala del 2002, las adolescentes muestran bajas tasas de mortalidad, de 14.43 por 10,000. La tasa de mortalidad en el grupo 15-19 es el doble de la del grupo 10-14 años. Además, en el grupo 15-19 la mortalidad es más frecuente en el sexo femenino (60%) que en los varones, dato que en el informe el SNUG lo asocia al embarazo y al parto (SNUG, 2002: 189). Otras causas de muerte en el grupo de 10-19 años son las muertes violentas accidentales, suicidios, homicidios, violencia intrafamiliar. Esta última es un 21% más frecuente en las mujeres que en los hombres (SNUG, 2002: 198).

Acerca de la salud adolescente (15-19 años) de aquellas mujeres no embarazadas, el 28.1% presentaban anemia mientras que en las embarazadas, el 24.3% la presentaban. La ENSMI señala que la desnutrición en adolescentes está asociada con mayores riesgos en la maternidad prematura (ENSMI, 2003: 199).

En cuanto a la fecundidad de las adolescentes, se registra que a los 15 años, el 6.1% de las jóvenes han estado embarazadas alguna vez, incrementándose este porcentaje conforme la edad. De las mujeres que han tenido al menos un embarazo, el 68% tuvo el primero antes de cumplir los 18 años (ENSMI, 2003).

El porcentaje de adolescentes que son madres disminuye notablemente con un mayor nivel de educación y con residencia urbana: 49.4% adolescentes menores de 18 años sin educación ya son madres, en comparación con 32% entre aquellas con educación media o superior. La tendencia de la fecundidad en los últimos tres quinquenios, en el grupo de 15 a 19 años no ha disminuido, a diferencia del grupo de 25 a 29 años (SNUG, 2002: 199). Según la ENSMI 1998/99, el uso de algún método anticonceptivo entre las adolescentes entre los 15 y 17 años fue de 15.8%, y entre los 18 y 19 años fue de 32.7% (ENSMI, 2003: 124).

Los resultados anteriores comparados con los resultados de la ENSMI 2002 muestran que las adolescentes tienen poco acceso a la información y educación

---

<sup>8</sup> Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI, realizada entre junio y diciembre del 2000 por el INE.

sexual y reproductiva, así como a los servicios de planificación familiar y de atención integral a la adolescente (Véase, Cuadro No. 4).

| <b>Cuadro No. 4</b>  |                |                |
|--|----------------|----------------|
| <b>Salud Reproductiva</b>  |                |                |
| <b>Inicio sexual, primer nacimiento, métodos de espaciamiento en adolescentes (15-19 años)</b> |                |                |
| <b>Descriptor</b>  | <b>Sexo</b>    |                |
|  | <b>Mujeres</b> | <b>Hombres</b> |
| Con experiencia sexual   |                |                |
| 15 a 17 años   | 16%            | 28%            |
| 18 a 19 años   | 36%            | 61%            |
| Edad mediana   |                |                |
| 1ª. Relación sexual  | 18.2%          | 16.7%          |
| 1ª. Unión  | 19%            | 22.9%          |
| 1er. Nacimiento  | 20.3%          | 24.3%          |
| Han recibido charlas de educación sexual   |                |                |
| 15 a 17 años   | 34%            | 42%            |
| 18 a 19 años   | 36%            | 53%            |
| Usan métodos de Planificación familiar   |                |                |
| Total  | 4%             | Nd             |
| Unidas/os  | 22%            | 1.5%           |
| No unidas/os   | 18%            | Nd             |
| Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSMI, (2003).                                      |                |                |

De acuerdo con el informe de las Naciones Unidas del 2002, debe recalcar que los riesgos a la vida de la madre adolescente son grandes, ya que la razón de mortalidad materna en el grupo de 15 a 19 años es de 102 por 100,000 nacidos vivos, siendo las causas de muerte las hemorragias, sepsis, pre-eclampsia, eclampsia y “parto difícil”. Dichas causas son prevenibles con educación sexual y reproductiva, acceso a los servicios de salud y a los métodos de espaciamiento de embarazos (SNUG, 2002: 200).

Otro aspecto importante es que la mortalidad y morbilidad infantil y en la niñez, entre los hijos de madres adolescentes, es más elevada que la de hijos de mujeres adultas. El aborto también implica muchos riesgos para la salud de la adolescente, ya que por estar prohibido en Guatemala, lo efectúan personas empíricas, en condiciones sanitarias inadecuadas y en la clandestinidad.

## **2.4 Las mujeres adultas.**

Las mujeres adultas comprendidas entre los 18 a 59 años constituyen el 45% del total de la población femenina. Las Mujeres en edad reproductiva con menos riesgo<sup>9</sup> son las comprendidas entre los 18 a 36 años y conforman el estrato

<sup>9</sup> La clasificación de edad reproductiva según riesgos procede del ámbito de la salud pública y está basada en los análisis epidemiológicos que han documentado como los riesgos de enfermedad y muerte aumentan para las mujeres embarazadas durante ciertas etapas de su vida reproductiva. Los riesgos de muerte mas altos se dan en mujeres en los dos extremos del período reproductivo: entre los 14 -19 años de edad y a partir de los 37años. Este último límite puede variar dependiendo

mayoritario (61%) las que habitan principalmente el área rural del país (56%). Las mujeres en edad reproductiva con riesgo (comprendidas entre los 37 a 49 años) conforman poco más de la cuarta parte de la población femenina adulta (26%) y más de la mitad de esta (54%) se ubica también en el área rural. Las mujeres adultas en edad no reproductiva están comprendidas de los 50 a 59 años y a partir de los 60 años son consideradas en la vejez (SNUG, 2002: 211).

## **2.5 Mortalidad materna.**

Los años reproductivos constituyen más de la mitad de la vida de una mujer y la mayoría de las dolencias de las mujeres se deben a cuestiones ginecológicas. Para la mayoría de mujeres en Guatemala, los embarazos son muy tempranos, existe espaciamiento corto entre embarazos, alto riesgo de ITS/VIH/SIDA, en la mayoría de ellas se manifiestan síntomas de menopausia y climaterio, el riesgo de cáncer cérvico uterino y de mama es alto y padecen altos índices de infecciones del tracto reproductivo y violencia intrafamiliar.

La frecuencia de embarazos, la edad, la multiparidad y la nutrición son componentes de la medición del riesgo reproductivo que enfrentan las mujeres. El riesgo de enfermedad y muerte materna es mayor cuando hay alta fecundidad, sobre todo si esta ocurre en las mujeres con alto riesgo (menores de 18 años y mayores de 36).

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de nuestro país. Su magnitud refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y las condiciones económicas precarias (MSPAS, PNSR. 2003d:5). Según la “línea basal de la mortalidad materna del año 2000”, nacieron en el país 425,410 niños/as en una población de 3,246,937 mujeres en edad fértil (10-49 años), muriendo 651 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, es decir, murieron diariamente dos mujeres. Lo anterior hace una razón de mortalidad materna de 153 por cada 100,000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad materna de 19 por cada 100,000 mujeres en edad fértil. La razón de mortalidad materna ha disminuido en 30% entre 1989 y 2000, pasando de 219 a 153 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

Las principales causas de muerte materna en Guatemala siguen siendo las hemorragias (53%), infecciones (14%), hipertensión inducida por el embarazo (12%) y las complicaciones por aborto (10%). La mayoría de muertes materna ocurre el día del parto o en la primera semana tras el mismo. De cada 10 muertes maternas 5 ocurren en el hogar.

---

de la condición socioeconómica y del acceso a la tecnología reproductiva de vanguardia que tengan las mujeres.

La mortalidad materna afecta mayormente a mujeres indígenas y analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad: Alta Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Totonicapán y El Quiché. El impacto de muerte materna fue tres veces superior en las mujeres indígenas.

En 7 departamentos del país, la razón de mortalidad materna es superior al promedio nacional de 153 por cada 100,000 NV: Alta Verapaz (266 muertes maternas por cada 100,000 NV), Sololá (264), Huehuetenango (246), Izabal (207), Totonicapán (197), Quiché (171) y Petén (162). El impacto de muerte materna fue tres veces superior en las mujeres indígenas con una razón de 221 en contraste con 70 de las mujeres ladinas, (Véase, Cuadro No. 5).

| Cuadro No. 5<br>Salud Reproductiva<br>Mortalidad materna y atención del parto<br>2002 |                                 |      |
|---|---------------------------------|------|
| Indicador   | Descriptor                      | Tasa |
| Razón de mortalidad materna (RMM) <sup>a</sup>  | Por 100,000 nacidos vivos       | 153  |
| RMM según paridad <sup>a</sup>  | Nulíparas                       | 80   |
|   | De 1 a 3 hijos/as               | 108  |
|   | 4 y más hijos/as                | 269  |
| RMM según grupo étnico <sup>a</sup>   | No Indígenas                    | 70   |
|   | Indígenas                       | 211  |
| Causas de muerte materna, por ciento  | Hemorragia                      | 53   |
|   | Infección                       | 14   |
|   | Hipertensión                    | 12   |
|   | Aborto                          | 10   |
|   | Otras causas                    | 11   |
| Atención de parto <sup>b</sup> , por ciento   | En establecimiento de salud     | 42   |
|   | Por personal médico o enfermera | 41   |

Fuentes: Elaboración propia con base <sup>a</sup> Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000; <sup>b</sup> ENSMI, (2003).

Según la ENSMI 2002, sólo cuatro de cada 10 partos son atendidos por médicos o enfermeras. Seis de cada diez mujeres tuvieron su parto atendidas por comadrona, por un familiar o por ellas mismas y tres de cada diez recibieron atención de un proveedor de salud. En las áreas urbanas, el porcentaje de nacimientos a cargo de este personal de salud es más del doble (66%) que en las áreas rurales (30%). Dicha atención la reciben el 57% de las mujeres no indígenas y solo el 19% de las mujeres indígenas. Lo anterior muestra la urgente necesidad de reducir las brechas de inequidad (urbano/rural, no indígena/indígena, y otras) que limitan el acceso a la atención de calidad a miles de mujeres, que se convierten en víctimas potenciales de la muerte materna. También es necesario contar con acceso a servicios de salud y personal competente, capaz de dar atención prenatal adecuada y atender partos normales y complicaciones obstétricas antes, durante y después del parto.

A mayor número de embarazos previos, aumentan las probabilidades de muerte materna. Entre las mujeres que han tenido cuatro o más hijos/as, la razón de mortalidad materna es de 269 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, cifra 3 veces mayor a la de mujeres que no han tenido hijos previamente (80 muertes maternas por 100,000 NV) o a las que han tenido entre 1 y 3 hijos (108 muertes maternas por 100,000 NV).

De acuerdo con la OPS en su estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, si bien las complicaciones de las muertes maternas asociadas al embarazo, parto o puerperio no pueden prevenirse, las muertes maternas derivadas de las mismas si son prevenibles. Por ello, deben aumentarse las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial (AOE)<sup>10</sup>, ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y calificada y, facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y de calidad.

Para solucionar la problemática de la mortalidad materna se requiere una respuesta integrada y efectiva, dada la multicausalidad del problema. Por lo que en el 2003, el PNSR desarrolló los lineamientos estratégicos para la reducción de la muerte materna, cuyo objetivo es guiar la coordinación multisectorial a todo nivel, para reducir las demoras que inciden en la mortalidad materna y neonatal: el reconocimiento de señales de peligro, en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención, en el acceso oportuno a la atención y en recibir una atención de calidad. Se promovió el enfoque actual de que “todo embarazo está en riesgo”, dado que las complicaciones que provocan las muertes maternas no pueden predecirse.

## **2.6 Espaciamiento entre embarazos.**

Los niños/as nacidos 3 ó 4 años después del nacimiento previo tienen una probabilidad 2.3 veces mayor de sobrevivir el primer año de vida y 2.4 veces mayor de sobrevivir hasta los 5 años de edad, que los nacidos con intervalos intergenésicos más cortos. Por su parte, las mujeres con embarazos en intervalos de entre 27 y 32 meses entre un embarazo y otro, tienen 2.5 veces más posibilidades de sobrevivir al parto que aquellas con embarazos mas seguidos (ENSMI, 2003). Los múltiples embarazos y la frecuencia de los mismos han sido señalados como causa del “síndrome de agotamiento materno”, debido a que el organismo necesita de 2 a 3 años para recuperarse de un embarazo, (SNUG, 2002: 227), (Véase, Cuadro No. 6).

---

<sup>10</sup> Según la OMS, en la 26 a. Conferencia Sanitaria Panamericana (2002) la AOE básica incluye: tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes); tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones de aborto, eclampsia; procedimientos manuales (retirar la placenta, coser desgarros o epistomías); vigilar la dilatación (incluido partograma) y la atención neonatal básica.

| <b>Cuadro No. 6</b>                  |             |                |             |
|--------------------------------------|-------------|----------------|-------------|
| <b>Salud Reproductiva</b>            |             |                |             |
| <b>Espaciamiento entre embarazos</b> |             |                |             |
| <b>1995-2002</b>                     |             |                |             |
| <b>Meses entre embarazos</b>         | <b>1995</b> | <b>1998/99</b> | <b>2002</b> |
| Menor a 24 meses                     | 30%         | 32%            | 30%         |
| Entre 24 y 35 meses                  | 38%         | 36%            | 36%         |
| Mayor a 35 meses                     | 32%         | 32%            | 34%         |

Fuente: ENSMI, (2003).

El espaciamiento entre embarazos es un indicador asociado con el nivel de fecundidad ya que embarazos muy seguidos se relacionan con alta paridad, véase Cuadro No. 7. La tasa global de fecundidad actual es de 4.4 hijos/as, mientras que en 1987 fue de 5.6, en 1995 fue de 5.1 y 1998/99 en 5 hijos por mujer. En el contexto de América Latina, la tasa global de fecundidad de Guatemala es una de las más elevadas.

| <b>Cuadro No. 7</b>                              |                   |             |
|--|-------------------|-------------|
| <b>Salud Reproductiva</b>                        |                   |             |
| <b>Tasas de Fecundidad</b>                       |                   |             |
| <b>2002</b>                                      |                   |             |
| <b>Indicador</b>                                 | <b>Descriptor</b> | <b>Tasa</b> |
| Tasa global de fecundidad (TGF)                  |                   | 4.4         |
| TGF según área de residencia                     | Urbana            | 3.4         |
|  | Rural             | 5.2         |
| TGF según grupo étnico                           | Indígenas         | 6.1         |
|  | No indígenas      | 3.7         |
| TGF según educación                              | Sin educación     | 6.4         |
|  | Primaria          | 4.7         |
|  | Secundaria +      | 2.1         |
| No. de hijos/as deseado                          |                   | 3.7         |
| No. de hijos/as deseado según área de residencia | Urbana            | 2.8         |
|  | Rural             | 4.3         |
| No. de hijos/as deseado según grupo étnico       | Indígenas         | 5.1         |
|  | No indígenas      | 3.1         |
| No. de hijos/as deseado según educación          | Sin educación     | 5.3         |
|  | Primaria          | 3.9         |
|  | Secundaria +      | 1.9         |
| Meses de intervalo entre nacimientos, por ciento | < 24              | 30          |
|  | 24 a 35           | 36          |
|  | 35 >              | 34          |

Fuente: Elaboración propia con datos de ENSMI 2002.

El inicio temprano de la vida sexual influye en la elevada fecundidad de Guatemala. Antes de los 18 años, el 56% de los hombres y el 40% de las mujeres han tenido su primera relación sexual, y antes de los 25 años la probabilidad aumenta a 80% en hombres y 69% en mujeres (ENSMI, 2003). Antes de los 20 años, el 49% de las mujeres ha tenido su primera unión frente al 21% en los hombres. El 40% de las mujeres han tenido su primer hijo/a antes de los 20 años (ENSMI, 2003).

## 2.7 Uso de métodos de planificación familiar.

Las mujeres son las que generalmente asumen la responsabilidad y el riesgo del uso de anticonceptivos, con escasa o ninguna información al respecto y con dificultades en el acceso asociadas a la demanda y oferta de los mismos y los costos elevados de algunos de ellos (SNUG, 2002: 229).

Según la ENSMI 2002 existe un importante aumento de uso de métodos de planificación familiar en mujeres unidas en edad reproductiva, de 23% en 1987 a 44% en 2002. Estos cambios se atribuyen al fortalecimiento del componente de planificación familiar y al acceso a información y servicios de atención. Pero a pesar de la mayor utilización de métodos de espaciamiento de embarazos se ha logrado una disminución mínima del porcentaje de embarazos con espaciamientos menores a los 36 meses con relación al embarazo anterior. Este indicador pasó del 68% a 66% entre las mediciones de 1998/99 y la del 2002.

| Indicador   | Descriptor       | %  |
|---|------------------|----|
| Uso de métodos de planificación familiar                                  |                  | 43 |
| Uso de métodos según área de residencia                                   | Urbana           | 57 |
|   | Rural            | 35 |
| Uso de métodos según grupo étnico   | Indígenas        | 53 |
|   | No indígenas     | 24 |
| Uso de métodos según educación  | Sin educación    | 25 |
|   | Primaria         | 46 |
|   | Secundaria+      | 68 |
| Fuentes de suministros para métodos modernos de planificación familiar    | Fuentes públicas | 44 |
|   | Fuentes privadas | 55 |
|   | Otras            | 1  |
| Exposición a mensajes de planificación familiar en medios de comunicación |                  | 56 |
| Exposición a mensajes impresos de planificación familiar                  |                  | 47 |
| Demanda insatisfecha total de planificación familiar                      |                  | 28 |
| Demanda insatisfecha según área de residencia                             | Urbana           | 20 |
|   | Rural            | 32 |
| Demanda insatisfecha según grupo étnico                                   | Indígenas        | 39 |
|   | No indígenas     | 22 |
| Demanda insatisfecha según educación                                      | Sin educación    | 38 |
|   | Primaria         | 27 |
|   | Secundaria+      | 12 |

Fuente: ENSMI, (2003).

Sin embargo para el 2002, el 28% de las mujeres unidas en edad reproductiva no cuenta con los medios necesarios para cumplir con sus intenciones reproductivas (número de hijos deseados). Dicha demanda es mayor entre las mujeres del área rural (32%), entre las mujeres indígenas (39%) y entre las que carecen de educación formal (38%). La demanda insatisfecha en términos de planificación familiar aumentó 5 puntos porcentuales respecto a 1998/99. De acuerdo con las autoridades del sector salud, existe un gran desafío para atender

dicha demanda, por lo que los esfuerzos en este aspecto deben ser mayores que los realizados en este período, (Véanse, Cuadros Nos. 8-9).

Los métodos estrictamente masculinos son los menos utilizados. En el año 2000, el 94% del total de procedimientos de esterilización quirúrgica realizados por el Ministerio de Salud Pública, correspondieron a mujeres.

| Cuadro No.9<br>Salud Reproductiva<br>Planificación familiar en hombres en unión de 15 a 59 años<br>2002 |               |    |
|---|---------------|----|
| Indicador   | Descriptor    | %  |
| Uso de métodos de planificación familiar  |               | 49 |
| Uso de métodos según área de residencia   | Urbana        | 60 |
|   | Rural         | 43 |
| Uso de métodos según grupo étnico   | Indígenas     | 35 |
|   | No indígenas  | 56 |
| Uso de métodos según educación  | Sin educación | 31 |
|   | Primaria      | 43 |
|   | Secundaria    | 73 |

Fuente: ENSMI, (2003).

## 2.8 Menopausia y climaterio.

El proceso fisiológico del climaterio y la menopausia forma parte del ciclo de vida y conlleva cambios en la vida de las mujeres. En Guatemala más de medio millón de mujeres están entre las edades entre 46 y 59 años y por lo tanto, sujetas al evento biológico del síndrome climatérico; sin embargo, no existe un abordamiento integral de esta condición en los programas públicos de salud.

## 2.9 Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA.

El primer reporte oficial de VIH/SIDA en Guatemala se dio en 1984, en un hombre homosexual que había vivido en Estados Unidos de América. La epidemia creció lentamente hasta 1989 con 33 casos reportados y luego se registró un incremento significativo en los casos. A diciembre del 2002, se reportaron por medio del sistema de Vigilancia del Programa Nacional de SIDA 5,312 casos de SIDA, sin embargo, se conoce que existe un subregistro importante de casos por lo que el número total de personas que pueden estar infectadas con el virus VIH es incierto. Un estimado conservador formulado tanto por el sistema de Naciones Unidas en Guatemala como por la ENSMI 2002, está en un rango entre 40 a 80 mil casos de VIH (SNUG, 2002: 231; ENSMI, 2003: 228).

En 1986 se registraron los dos primeros casos de VIH/SIDA en la población femenina. En 1989 se reportaron 5 casos más representado el 13% del total de casos y a fines de 2001 se reportaba un 26% de casos femeninos. Desde 1995 crece el número de casos en las mujeres, lo que incrementa también el número de niños infectados. Para finales del 2001 había un total de 176 casos en niños

menores a 9 años (4% del total de casos reportados). Desde 1999, el Programa Nacional del SIDA tiene un protocolo para el tratamiento de la mujer seropositiva durante el embarazo y para el recién nacido, lo que ha permitido el nacimiento de niños/as sanos de madres infectadas (SNUG, 2002: 232).

| <b>Cuadro No. 10</b><br><b>Salud Reproductiva</b><br><b>Vías de transmisión de la infección VIH de las personas reportadas con SIDA</b><br><b>Casos acumulados de 1984 a enero 2002</b> |                             |                    |
|---|-----------------------------|--------------------|
| <b>Vía de transmisión</b>   | <b>Personas notificadas</b> | <b>Porcentajes</b> |
| Hombres homosexuales  | 412                         | 9.36               |
| Hombres bisexuales  | 244                         | 5.55               |
| Hombres heterosexuales  | 2,456                       | 55.81              |
| Mujeres heterosexuales  | 1,018                       | 23.13              |
| Madre-hijo  | 196                         | 4.45               |
| Transfusiones   | 75                          | 1.7                |
| <b>Totales</b>  | <b>4,401</b>                | <b>100</b>         |
| Fuente: SNUG 2002.  |                             |                    |

Según el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los casos acumulados registrados en la niñez con SIDA entre 1984 y enero 2002, fueron los siguientes: de 0 a 4 años, 159 casos; de 5 a 9 años, 17 casos; de 10 a 14 años, 23 casos y de 15 a 19 años, 169 casos.

Las fuentes consultadas afirman que los roles tradicionales que asigna la sociedad a las mujeres y el menor acceso a información y educación, les dan menores posibilidades de protegerse o negociar con sus parejas prácticas sexuales seguras, por lo que cada día aumentan los riesgos de las mujeres y sus hijos/as de contagiarse con el VIH. La relación de casos de SIDA ha cambiado de 3 hombres por una mujer a dos casos de hombres por cada caso de una mujer (MSPAS-PNSR, 2003c).

| <b>Cuadro No. 11</b><br><b>Salud Reproductiva</b><br><b>Prevención de ITS y VIH/SID</b><br><b>2002</b> |                  |                  |
|--|------------------|------------------|
| <b>Aspecto</b>   | <b>Mujeres</b>   | <b>Hombres</b>   |
|  | <b>(15 a 49)</b> | <b>(15 a 59)</b> |
| Han oído hablar de ITS y VIH/SIDA  | 86%              | 95%              |
| Conocen que se puede tener VIH asintomático  | 69%              | 75%              |
| Conocen el examen para detectar VIH/SIDA   | 57%              | 61%              |
| Principales formas de prevención de ITS y VIH/SIDA conocidas   |                  |                  |
| Uso de condón  | 35%              | 42%              |
| Una sola pareja  | 42%              | 40%              |
| No tener relaciones con desconocidos/as  | 7%               | 33%              |
| No tener relaciones sexuales   | 25%              | 5%               |
| Fuente: Elaboración propia con datos de ENSMI, (2003).   |                  |                  |

## 2.10 Cáncer de cuello uterino y de la mama.

Los tumores malignos del aparato reproductivo se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino y dentro del conjunto de tumores malignos, los ginecológicos (útero, ovarios y mama) superan a otras localizaciones de cáncer en la mujer (SNUG, 2002: 230).

En el país, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de morbilidad de todos los cánceres en las mujeres. Sin embargo, solo el 68% de las mujeres entre 30 a 49 años se han realizado un examen de papanicolau alguna vez. El Cuadro No. 12 muestra una relación entre la realización de dicho examen y aspectos como área de residencia, grupo étnico y educación.

| <b>Cuadro No. 12</b>                        |                   |          |
|---|-------------------|----------|
| <b>Salud Reproductiva</b>                   |                   |          |
| <b>Realización de papanicolau</b>           |                   |          |
| <b>2002</b>                                 |                   |          |
| <b>Indicador</b>                            | <b>Descriptor</b> | <b>%</b> |
| Mujeres que se han realizado el papanicolau | de 30 a 49 años   | 68       |
| Según área de residencia                    | Urbana            | 77       |
|   | Rural             | 58       |
| Según grupo étnico                          | Indígenas         | 42       |
|   | No indígenas      | 74       |
| Según educación                             | Sin educación     | 48       |
|   | Primaria          | 68       |
|   | Secundaria +      | 87       |
| Fuentes: ENSMI, (2003).                     |                   |          |

Como se observa en el Cuadro No. 13, en el segmento de pobreza extrema, el porcentaje de mujeres que se ha hecho el examen es del 3% en el área rural y del 7% en la urbana. Las mujeres en pobreza que no se han hecho el examen son en el área urbana el 66% y 74% en el área rural (SNUG, 2002: 230, 231).

| <b>Cuadro No. 13</b>   |                      |    |         |    |                         |    |         |    |                 |    |         |    |
|--|----------------------|----|---------|----|-------------------------|----|---------|----|-----------------|----|---------|----|
| <b>Salud Reproductiva</b>  |                      |    |         |    |                         |    |         |    |                 |    |         |    |
| <b>Mujeres adultas que se han practicado el examen de papanicolau,</b> |                      |    |         |    |                         |    |         |    |                 |    |         |    |
| <b>según situación de pobreza (en porcentajes).</b>                    |                      |    |         |    |                         |    |         |    |                 |    |         |    |
| <b>2000</b>  |                      |    |         |    |                         |    |         |    |                 |    |         |    |
| <b>Mujeres adultas en edad reproductiva (18 a 59 años)</b>             | <b>Pobre extremo</b> |    |         |    | <b>Pobre no extremo</b> |    |         |    | <b>No pobre</b> |    |         |    |
|  | Urbana               |    | Rural   |    | Urbana                  |    | Rural   |    | Urbana          |    | Rural   |    |
|  | Si                   | No | Si      | No | Si                      | No | Si      | No | Si              | No | Si      | No |
| Con menos riesgo   | 47                   | 77 | 59      | 73 | 55                      | 77 | 62      | 75 | 56              | 85 | 55      | 76 |
| Con riesgo   | 53                   | 33 | 61      | 27 | 45                      | 23 | 38      | 25 | 44              | 15 | 45      | 24 |
| Total  | 3                    | 97 | 7       | 93 | 33                      | 66 | 16      | 74 | 57              | 43 | 43      | 57 |
| Total de mujeres   | 20,268               |    | 269,824 |    | 208,019                 |    | 612,486 |    | 776,493         |    | 370,303 |    |
| Fuente: SNUG, 2002.  |                      |    |         |    |                         |    |         |    |                 |    |         |    |

Dicha situación se relaciona con la falta de información de las mujeres sobre la importancia de este procedimiento para la prevención del cáncer del cuello del útero y a una oferta limitada del servicio, por parte del sistema de salud. En

Guatemala, el cáncer de la mama es el cuarto tumor mas frecuente en el grupo de mujeres de 15 a 49 años.

### **2.11 Violencia contra la niña, niño, adolescente y la mujer.**

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública cuyas repercusiones son adversas e irreversibles para la salud. Muchas niñas/os y adolescentes sufren el maltrato infantil y abuso sexual<sup>11</sup>. Según SNUG citando a CIPRODENI (2001), las estadísticas indican que 7 de cada 10 niños/as son maltratados en este país y muy pocos casos son denunciados a las autoridades. De igual manera el SNUG citando a CONACMI (2001), afirma que el tipo de maltrato más usual fue el físico (43%), el maltrato por negligencia (41%), el abuso sexual (10%) y el maltrato emocional (6%). En el caso de abuso sexual, los principales agresores son los hombres (SNUG, 2002: 203, 204).

Aunque se carece de estadísticas epidemiológicas integradas sobre este problema, según los registros de la Procuraduría General de la Nación, en su informe de denuncias recibidas durante el año 2001, el abuso sexual ocupa el tercer lugar de las denuncias (38%), proviniendo el 90% de estas denuncias de la capital (SNUG, 2002: 204). Otro dato más reciente indica que de enero a julio del 2003 el Ministerio Publico recibió 1247 denuncias de violencia contra mujeres, en su mayor parte de 19 a 30 años. Además, se reportaron 232 mujeres asesinadas entre enero y agosto del año 2003.

En la ENSMI 2002, en las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años, el 15.3% manifestaron haber recibido maltrato físico desde que cumplieron los 15 años, el porcentaje es más elevado para las mujeres indígenas con 20.1% en contraste con las mujeres ladinas quienes reportaron un 13.2% de casos. El 2.9% de las mujeres de 15 a 49 años reportaron abuso sexual antes de cumplir los 12 años, mientras que el 4.1% reportó haberlo sufrido a los 12 años o más. Las mujeres residentes en el área urbana, ladinas y de mayor educación informaron con mayor frecuencia el abuso sexual antes de los 12 años.

### **2.12 Las mujeres adultas mayores.**

En Guatemala la información sobre la realidad de las mujeres adultas mayores es muy limitada, en particular acerca de su vida sexual y reproductiva, ya que para las estadísticas en salud, las mujeres dejan de existir una vez finaliza su función reproductiva (SNUG, 2002: 258).

La calidad de atención que las mujeres reciben en su juventud influye fuertemente sobre los problemas de salud reproductiva que padecen después de la menopausia. El prolapso uterino, la incontinencia urinaria y los debilitantes resultados de vivir con fístulas entre la vejiga y la vagina son algunos de los

---

<sup>11</sup> Se define el abuso sexual como cualquier contacto sexual entre una niña/o o adolescente y un adulto o un mayor, con el propósito de que el atacante obtenga gratificación sexual.

problemas posmenopáusicos consecuencias de una atención obstétrica deficiente o de no haberla recibido. Tampoco se atienden los efectos como el vacío emocional, y la pérdida del sentido de la vida, por la pérdida de la función que define en gran medida su identidad de mujeres, ni se da importancia a su sexualidad por lo que se reprimen sus necesidades y preocupaciones sobre este tema. Sin embargo, los riesgos de ETS permanecen mientras las mujeres sean sexualmente activas y emergen nuevas prioridades de salud como los cánceres ginecológicos (SNUG, 2002: 259, 260).

### **3. La política pública para la salud reproductiva en Guatemala.**

La planificación familiar en Guatemala como política pública ha recorrido un largo camino a partir de la década de 1960 cuando en el mundo se inicia la reflexión sobre la temática de la relación entre población y desarrollo. La planificación familiar desde entonces ha tenido una fuerte oposición de sectores políticos, religiosos y culturales que han dificultado que dichos programas se incluyeran en los programas básicos de salud pública o que no contaran con apoyo político y tuvieran un ínfimo impacto.

Durante la década de 1970, con el apoyo de USAID, diversos sectores comenzaron a proponer la planificación familiar como política de población con pobres resultados. A pesar de ello, se aumentó la oferta de servicios de planificación familiar y se abrieron espacios para impulsar programas más integrales de salud para las mujeres, programas que se constituyen en los antecedentes prácticos de la actual concepción de salud reproductiva.

En la década de 1980, los planes de desarrollo nacional elaborados por SEGEPLAN, incluyeron el componente de población y también incorporaron variables de población en el análisis de los problemas sectoriales.

En 1985, se decreta la nueva Constitución política del país, en la cual se recalca la importancia de la protección de los derechos humanos, sociales e individuales. Se destaca a la salud como un derecho fundamental del ser humano y se determina la obligación del Estado de desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. La protección de los menores, de la maternidad y del derecho a decidir libremente el número de hijos/as que se quieran tener, tienen especial protección del Estado.

En 1987 se realizó la primer encuesta de salud materno-infantil. La metodología utilizada en esta encuesta sigue siendo la misma utilizada en las encuestas posteriores con algunas variantes en el mejoramiento de la muestra y ampliación del cuestionario.

En 1990 se presentó una iniciativa de ley sobre población y desarrollo que incluyó aspectos de salud reproductiva, apoyada por grupos que tradicionalmente han promovido acciones de salud reproductiva. La iniciativa fue aprobada en

tercera lectura por el Congreso de la República, sin embargo sectores en oposición (iglesias, grupos religiosos laicos y sectores conservadores de la sociedad civil) presionaron por el veto presidencial. Dicha situación fue un precedente importante que cuestionaba la capacidad del gobierno de impulsar estos temas y los sectores conservadores reforzaron su influencia en los procesos de toma de decisiones políticas y funcionales del Gobierno, lo que resultó en la falta de apoyo del Gobierno de Guatemala a los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, CIPD.

En 1992, se organizó la Comisión Intersectorial de Educación en Población, CIEP, formada por sectores representativos de la sociedad civil organizada, incluidas iglesias católica y evangélica, con el objeto de coordinar actividades de educación en población. Sin embargo, por la falta de apoyo político del gobierno, los temas de población fueron eliminados del proceso de planificación y los datos poblacionales fueron de referencia. Las actividades de planificación familiar del MSPAS fueron reducidas y los servicios de salud reproductiva se limitaron a atención de embarazo y parto.

En 1994 nace el Comité Beijing-Guatemala, conformado por mujeres feministas, organizaciones y grupos de mujeres que articularon el plan de acción para motivar la participación de guatemaltecas en la Conferencia Mundial a realizarse en Beijing, China en 1995 (Rodríguez, 2002: 11). En 1995 se realiza la segunda ENSMI.

El gobierno del Partido de Avanzada Nacional de 1996 a 1999 aprovecha las fortalezas de su gestión en el marco de la transición democrática y cristaliza el esfuerzo de formulación del BID y consultores privados, para efectuar una reforma del sector salud con racionalidad económica. En ella, el MSPAS debía cumplir su función rectora, mientras que la administración y prestación de servicios de salud deberían efectuarse a través de organizaciones privadas, mientras se privilegiaban los mecanismos de mercado para el funcionamiento y relacionamiento del sector (relaciones contractuales, convenios).

En opinión de la INS, el objetivo de la reforma ha sido la configuración del sector salud caracterizada por servicios de salud que ofertan solo paquetes básicos financiados por escasos fondos públicos –subsidiados por la cooperación internacional y otros fondos privados- y focalizados en los pobres, mientras se genera un desmantelamiento del IGSS y se desarrollan los seguros privados y formas prepago como principal forma de financiamiento para la población con capacidad de pago. Al final del proceso de reforma se espera obtener un subsector privado dinámico, basado en las leyes del mercado. Según la misma fuente, lo que más avanzó en este período fue la extensión de cobertura de primer nivel de atención en salud del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, a través de la

contratación de instituciones privadas y un masivo voluntariado<sup>12</sup> (Instancia Nacional de Salud, 2003: 10).

Con la firma de los Acuerdos de Paz en 1996 se reconoció que el tema de la salud requiere especial atención para el desarrollo económico y social. Este enfoque social del desarrollo en los Acuerdos de Paz permitió abrir espacios para que los temas de población y salud reproductiva pudieran incorporarse en las acciones del Gobierno. En ellos se contempló la meta de la reducción de la mortalidad materna, de proporcionar servicios de salud integral a las mujeres y de mejorar el nivel de educación. También, se hicieron recomendaciones para reducir las desigualdades de género en todos los campos: económicos, sociales, legales, etc. Los Acuerdos de Paz han sido un marco de referencia para las modificaciones a la legislación y para los planes de trabajo institucionales y sectoriales que luego incluyeron los temas de población.

En septiembre de 1996 el Gabinete Social, presidido por el Vicepresidente de la República, Dr. Flores Asturias, asignó a la Secretaría Técnica el tema de la salud reproductiva. Se realizó una consulta participativa que logró los objetivos de identificar el espectro de visiones existentes en la sociedad guatemalteca en torno al tema de salud reproductiva y buscar consensos entre los actores sociales de Guatemala para establecer acuerdos mínimos para formular una política nacional en la materia (SEGEPLAN-Secretaría Técnica del Gabinete Social, 1997:1,3). Cuando el proceso estaba en su punto para pasar a la propuesta, fue engavetado por el mismo Asturias.

En 1996 y 1997 en Guatemala, el Comité Beijing-Guatemala organizó la realización de procesos de consulta con mujeres de diversos sectores, regiones y grupos socio-culturales para verificar la situación del cumplimiento por parte del Estado de Guatemala de los compromisos contraídos en Beijing, 1995. En tales encuentros se analizaron cuatro ejes de especial preocupación para las mujeres guatemaltecas: la educación; los mecanismos institucionales para el avance de las mujeres; el poder y la participación política; y los derechos humanos referidos a la violencia contra las mujeres (Rodríguez, 2002:13). Los resultados obtenidos mostraron poco avance y leve voluntad política gubernamental para llevar a cabo los compromisos de Beijing (Rodríguez, 2002:16). De 1996 a 1998, el Comité Beijing ha impulsado el proceso de definición y articulación de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades.

En 1997 fue promulgado un nuevo Código de Salud. Esta versión del Código este, explicita que el Estado promoverá acciones tendientes a promover la salud de las mujeres y la niñez con un enfoque integral, con prevención y atención del grupo

---

<sup>12</sup> El voluntariado se refiere a las formas de participación de la comunidad mediante vigilantes de salud o trabajo. Valdría para el futuro del trabajo de FESIRGUA que reflexionara sobre este tipo de voluntariado en las comunidades porque sobre este concepto descansa la reforma del sector salud en su estrategia de ampliación de cobertura.

familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, incluyendo las actividades de salud reproductiva y planificación familiar, por lo que las mismas comenzaron a retomarse dentro de los servicios del sistema de salud pública. Con el Código de Salud y su reglamento interno se definió una nueva estructura de Ministerio y se establecieron nuevas reglas para todo el sector, se hicieron mejoras administrativas importantes y puesta en funcionamiento del Programa de Accesibilidad de Medicamentos.

En 1997 se realizó la ENSMI que fue publicada en 1998. En 1999 se promulgó la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer que obliga al Gobierno, a través de los órganos competentes del sector salud y seguridad social, a establecer mecanismos específicos —con la participación de las mujeres como sujetos activos— en la definición de políticas del sector. Se busca lograr el acceso de las mujeres en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de salud integral, incluyendo a la salud reproductiva y mental.

En el Plan de Gobierno 2000–2004 se incluían como líneas de trabajo la salud integral de grupos familiares y salud de los pueblos indígenas, con énfasis en la mujer. Para la promoción de la información y educación en salud reproductiva y planificación familiar se solicitó financiamiento a la cooperación internacional. La matriz de política social 2000-2004, que definió la política de gobierno incluyó como meta la reducción de la mortalidad materna a 100 por 100,000 nacidos vivos, reducir la mortalidad infantil de 40 en 1999 a 35 por 1,000 nacidos vivos en el 2003, impulsar la reducción de la tasa de infección del VIH-SIDA en un 25%, contar con programas de salud reproductiva en los 21 departamentos de la República, etc. Para lograr lo anterior se visualizó por parte de sectores de gobierno, ONG nacionales e internacionales y la cooperación internacional que se debía organizar un programa de salud reproductiva con cobertura nacional. A esta confluencia de intereses se sumaron las Diputadas en el Congreso de la República que manifestaron su voluntad política para apoyar iniciativas de ley que incluyeran temas de población y salud reproductiva y que comprometieran al estado a brindar dichos servicios.

En el año 2000 se formuló el Plan Nacional de Salud 2000-2004, donde el MSPAS define la atención de la salud reproductiva como la prioridad nacional. En ese año también se decretó la Ley general del VIH/SIDA y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y SIDA, y por acuerdo ministerial se declaró al mes de mayo como el mes de la salud integral de las mujeres, promoviendo actividades de salud integral, sexual y reproductiva de las mujeres a través de jornadas nacionales y multisectoriales.

El Fondo de las Naciones Unidas para Asuntos de Población —FNUAP— enfatizó que la iniciativa para promover políticas en salud reproductiva debía considerar el respaldo y el consenso de la sociedad civil. El FNUAP, desarrolló estrategias y acciones con el fin de lograr un proceso para crear una propuesta de ley negociada con sectores representativos de la sociedad civil organizada, incluyendo las iglesias, para reducir la influencia de los grupos opositores durante el

proceso de aprobación por el Congreso y la Presidencia de la República. Con base en esta estrategia, se organizó un colectivo de interés para alcanzar los acuerdos con la iglesia católica que incluyeran los puntos de interés que ella necesitara resaltar y su neutralidad en aquellos puntos no compartidos. Finalmente, en el año 2001 tras un proceso de año y medio, se aprobó la Ley de Desarrollo Social que brindó el respaldo para la elaboración y ejecución del Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Con la Ley de Desarrollo Social se promovió de manera institucional el concepto de salud reproductiva, tal como se lee en su artículo 25:

*“Para propósitos de la presente ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no y de decidir cuando y con que frecuencia de una manera responsable”.*

La Ley de Desarrollo Social destaca la salud reproductiva **como un derecho de guatemaltecos y guatemaltecas** y fortalece acciones fundamentales como el acceso a información completa, veraz y oportuna, la paternidad y maternidad responsables, la maternidad saludable, la lactancia materna, la planificación familiar y la prevención de ITS/VIH/SIDA. Para cumplir la Ley de Desarrollo Social, el Presidente de la República en Consejo de Ministros debía definir la Política de Desarrollo Social y Población con base en la integración y articulación de los planteamientos recibidos por SEGEPLAN. En el artículo 26 de dicha política, se dispone que el MSPAS y el MINEDUC deben diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa Nacional de Salud Reproductiva, basados en información veraz, objetiva y ética como parte integral de los servicios de salud pública.

En enero del 2001 se suscribe la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006, que incluye la promoción de la salud integral de las mujeres como base para el desarrollo y la eliminación de la violencia contra las mujeres. En el mismo año se promueve el acuerdo ministerial acerca de la salud materna y neonatal cuyo objetivo es la mejoría del desempeño y calidad de atención.

En septiembre del 2001, se propone la Estrategia de Reducción de la Pobreza —ERP— como un marco que debería de integrar la acción gubernamental focalizada en aquellas regiones con los mayores índices de extrema pobreza. Su aporte fundamental fue el realizar una estimación del monto necesario para solventar la brecha de extrema pobreza. La ERP se quedó estancada en la elaboración de diagnósticos municipales sin llegar a la etapa de ejecución de proyectos. No recibió el apoyo político buscado por el Gobierno Central en la comunidad internacional al no alcanzar la meta de sustituir a los Acuerdos de Paz frente al grupo consultivo realizado en febrero del 2002.

En abril del 2002 el Gobierno de la República aprueba la Política de Desarrollo Social y Población cuyos objetivos de salud son reducir la mortalidad materna, la mortalidad infantil y las ITS/VIH/SIDA a través de dos ejes programáticos: el Programa Nacional de Salud Reproductiva y el Programa Nacional de Prevención de VIH/SIDA.

En el año 2002 se reforma el Código Municipal, dándose un impulso a las competencias del municipio en el presupuesto, la participación y organización comunitaria y los planes de ordenamiento territorial y de desarrollo. También se reforma la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano/Rural, la que se piensa contribuirá a la eliminación de la exclusión social y política<sup>13</sup>, sustenta la participación social permanente y la representación de los pueblos indígenas<sup>14</sup> y de la población no indígena, así como de los diversos sectores, incluyendo las mujeres en la gestión pública para llevar a cabo el proceso de planificación del desarrollo en el nivel local, incluyendo lo relativo a salud.

En ese mismo año se crea la Ley de Descentralización, que considera el traslado del poder de decisión política y administrativa del Gobierno Central hacia entes autónomos caracterizados por una mayor cercanía y relación con la población en sus aspiraciones, demandas y necesidades<sup>15</sup>. Esto produce espacios de participación nuevos y necesarios para el desarrollo y el fortalecimiento del sistema de salud, entre ellos la participación de las mujeres, la consideración de las necesidades reales en salud por parte de las mujeres y otros actores sociales. Se promueve el apoyo a la participación de la población, de las organizaciones comunitarias y la fiscalización social.

Los anteriores instrumentos propician los esfuerzos por reducir la mortalidad materna, convocando la participación de los gobiernos municipales y central, la sociedad civil organizada y las comunidades, en programas, proyectos y acciones.

En el 2002 se realiza la cuarta Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, los datos fueron recolectados de abril a noviembre del 2002 y los resultados son publicados en el año 2003. Por primera vez se registró información de hombres de 15 a 59 años de edad, para comprender y analizar su comportamiento reproductivo y se incorporaron módulos sobre infecciones de transmisión sexual y violencia intrafamiliar.

En el año 2002 el Comité Beijing-Guatemala publicó el informe “Plataforma para la acción mundial” como un instrumento a ser aplicado en Guatemala para mejorar la situación de la mujer. En el mismo año el Sistema de Naciones Unidas

---

<sup>13</sup> Los críticos a esta Ley se refieren a la correlación de la participación de las sociedades civiles en cada uno de los niveles y a la dificultad de introducir temas de planificación del desarrollo diferentes a la planificación de infraestructura.

<sup>14</sup> La representatividad de los pueblos indígenas es un tema político aún sin solución en el seno de las organizaciones y municipios indígenas.

<sup>15</sup> La ley se encuentra estancada con poco avance en el diseño de políticas financieras locales, lo que requiere modificaciones en leyes como los arbitrios municipales.

en Guatemala publicó el “Informe Guatemala: Desarrollo humano, mujeres y salud en el cual se sistematiza y concluye en la precaria situación de las mujeres en el país”.

#### **4. Programa Nacional de Salud Reproductiva, PNSR.**

A continuación se describe el PNSR y sus instrumentos principales, entre ellos la Línea Basal de Mortalidad Materna. También se sintetizan las recomendaciones del informe sobre salud reproductiva del 2003 por considerarlas de importancia para el ejercicio de definición de la imagen-objetivo de FESIRGUA.

Según la ENSMI 2002, el marco legal de la Ley de Desarrollo Social ha servido para que el MSPAS oficialice el PNSR y emprenda acciones como:

- Mejorar el ambiente político y normativo con la revisión y actualización de las guías nacionales de salud reproductiva, revisión de las normas de atención, asignación para la atención en salud reproductiva y firma de convenios de cooperación con agencias donantes;
- Implementar la estructura organizacional y gerencia, lineamientos técnicos y normativos en el nivel central, de áreas y distritos, manuales de administración logística de medicamentos, con criterios de calidad, enfocados a las necesidades de los usuarios/as;
- Mejorar el acceso y calidad de los servicios, todos los hospitales del MSPAS prestan servicios de planificación familiar, incluyendo anticoncepción quirúrgica voluntaria en algunos de ellos, equipamiento esencial para provisión de servicios de planificación familiar en hospitales y centros de salud y capacitación.

En el año 2001, es presentado el Programa Nacional de Salud Reproductiva, que utiliza de la definición de la OMS de la salud reproductiva y no la contenida en la Ley de Desarrollo Social pero explícitamente contempla la inclusión de: niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva y mayores. Los componentes del programa son salud materna y neonatal, atención integral a la niñez, adolescentes, mujeres y hombres. Así como la prevención del riesgo reproductivo, salud mental, prevención y control del cáncer ginecológico, promoción de la participación masculina en actividades de salud reproductiva, atención integral a la salud de los adolescentes y prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH/SIDA).

Se definieron como objetivos del programa el promover servicios de salud reproductiva a la población, para que los individuos y parejas disfruten de una vida reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, disminuyendo la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, asegurando el pleno respeto a sus características lingüísticas y socioculturales; y, proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población a la información, educación, comunicación y servicios de salud reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables, para que asuma su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos.

La atención de la salud reproductiva se concibe en el PNSR:

- Con enfoque integral (acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación), que permitan una vida saludable y el empoderamiento de hombres y mujeres basado en relaciones igualitarias, que refuercen la autonomía y autodeterminación;
- Incorporación de la participación social de hombres y mujeres en el diseño, ejecución y evaluación de servicios, con enfoque multidisciplinario. Incorporación de diversos sectores en la construcción de la salud;
- Vinculada a un proceso educativo que considera la formación integral dirigida a autogestión, permanente y que aporta elementos para incorporar la sexualidad de manera plena, enriquecedora y saludable en toda etapa de la vida y de acuerdo al contexto en que se vive;
- Considerando estándares de calidad tales como: decisión libre e informada (consejería), accesibilidad, trato humanizado, amplia gama de disponibilidad de insumos, competencia técnica del proveedor y apoyo logístico.

Los aspectos considerados prioritarios en el PNSR son:

- Ampliar cobertura de servicios de salud de la niñez, adolescentes, mujeres y hombres a través de coordinación efectiva de sector público, sector privado, IGSS, ONG's y organizaciones de base comunitaria, para promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud reproductiva;
- Garantizar el ejercicio del derecho a información de la población guatemalteca para el desarrollo adecuado de la salud reproductiva;
- Asegurar en la población el derecho a una maternidad segura;
- Brindar a los adolescentes, educación, información, comunicación y servicios de calidad, que favorezcan el desarrollo de una salud reproductiva adecuada;
- Desarrollar recursos humanos en salud reproductiva (funcionarios de OG's, ONG's, líderes comunitarios y otros representantes de la sociedad civil);
- Fortalecer el sistema de salud mediante el mejoramiento de la calidad de servicios en salud reproductiva (formulación, monitoreo y evaluación de normas y regulaciones en esta materia);
- Evitar el maltrato de la mujer fomentando la convivencia pacífica, el logro de la igualdad y la equidad de género.

Las estrategias propuestas son:

- Coordinación, participación y convocatoria nacional con relación a la salud reproductiva;
- Integración normativa;
- Fortalecimiento de gerencia institucional mediante descentralización y desconcentración apoyando el desarrollo de políticas, leyes, normas y programas que respetando costumbres de la población legitimen sus derechos reproductivos;
- Mejoramiento del desempeño del recurso humano en salud;
- Fortalecimiento del sistema de información y de su utilización para la toma de decisiones en salud reproductiva;
- Promover investigación en aspectos de salud reproductiva;

- Promover la salud reproductiva fomentando prácticas positivas en el individuo, familia, comunidad que lleven a alcanzar estilos de vida saludables;
- Monitoreo y evaluación del proceso de desarrollo e implementación del Programa de salud reproductiva y de sus impactos;
- Incorporación del Programa a los modelos actuales de gestión.

Las metas de impacto propuestas se sintetizan en el Cuadro No. 14.

| Cuadro No. 14<br>Salud Reproductiva<br>Metas de impacto<br>2001   |                           |                   |
|---|---------------------------|-------------------|
| Indicadores   | Situación Actual Año 2000 | Metas Año 2004    |
| Mortalidad materna*   | 190 X 100,000 n.v.        | 95 X 100,000 n.v. |
| Mortalidad infantil   | 45 X 1,000 n.v.           | 35 X 1,000 n.v.   |
| Mortalidad en menores de 5 años   | 59 X 1,000 n.v.           | 48 X 1,000 n.v.   |
| Tasa global de fecundidad   | 5.0 por mujer             | 3.8 por mujer     |
| n.v.: nacidos vivos<br>Fuente: PNSR 2001 con base en ENSMI 98 – 99, *ENSMI 95<br>Se observa que para la LBMM 2000 la tasa fue de 153 x 100,000 n.v. |                           |                   |

En el documento se enumeran las líneas de acción por ciclo vital en salud reproductiva, considerándose los recién nacidos, lactantes, niños y niñas, adolescentes, mujeres adultas, mujeres embarazadas y hombres adultos. También se presentan las líneas de acción por cada nivel de atención: central, direcciones de área de salud, hospitales, centros de salud, puestos de salud y comunidad.

Durante el 2002 se publicó el manual “Lineamientos y normas de Salud Reproductiva” que reúne, actualiza e incorpora temas de salud reproductiva y el concepto de integralidad de la salud reproductiva. Los temas tratados son: salud reproductiva y el nuevo enfoque de atención y provisión de servicios a las mujeres y sus recién nacidos durante el embarazo, parto y post parto. Incluye atención y provisión de servicios en: planificación familiar, cáncer cérvico uterino y de mama, adolescencia, infertilidad, climaterio y menopausia y maternidad y paternidad responsables.

También durante el 2002 se publicó el documento Marco del Programa Nacional de Salud Reproductiva en el cual define su misión como:

*“El PNSR contribuye a mejorar la salud de la familia, haciendo énfasis en la mujer y el hombre en su etapa reproductiva y el neonato, con intervenciones integrales, reguladas por el nivel central y ejecutado por los niveles descentralizados”.*

Define su visión como:

*“Un PNSR que funciona de una manera eficaz y eficiente y está articulado intraministerialmente, con otros ministerios, con sectores de la sociedad civil y los gobiernos locales para la normalización de los procesos de prestación*

*de servicios de alta calidad, costo efectivo, aceptable culturalmente y con enfoque de género”.*

La naturaleza del PNSR es regulatoria y normativa con funciones de transferencia de normas, lineamientos, protocolos y estrategias pero no de ejecución directa. Se desarrolla en el ámbito ministerial central y se proyecta de manera coordinada, hacia el ámbito nacional a través de las Direcciones de Áreas de Salud y sus establecimientos. En un concepto más amplio, el programa debe abarcar el ámbito municipal y regional.

Sus objetivos generales son regular y normar la atención de la salud reproductiva en el país para que las intervenciones produzcan un impacto en la reducción de la mortalidad materno neonatal y de las enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, tanto de la mujer como del hombre, e impulsar políticas y estrategias en salud reproductiva que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de las familias guatemaltecas, involucrando ampliamente a todos los actores afines.

Los objetivos específicos son:

- Aumentar la eficiencia y eficacia de las unidades ejecutoras (DAS, DS, PPSS) en el campo de la salud reproductiva a través de la transferencia de normas, protocolos e instrumentos y la sistematización de los procesos;
- Elaborar las guías, protocolos e instrumentos que normen la atención de la salud reproductiva;
- Identificar y priorizar las acciones de cooperación intra y extra sectoriales que favorezcan el trabajo integrado en torno a la salud reproductiva, monitorear, evaluar y supervisar el grado de cumplimiento de las normas, protocolos e instrumentos a través de indicadores probados y validados en el campo de la salud reproductiva;
- Desarrollar estrategias especiales que respondan a situaciones críticas en coordinación con los otros actores intra y extra ministeriales; y
- Participar en la movilización de recursos financieros, internos y externos, para las actividades y acciones del PNSR.

Para ello las estrategias definidas son:

- Difundir e informar el marco legal y político internacional y nacional, que norma la salud reproductiva en el país, a todos los actores políticos y sociales del país, en coordinación y articulación con otras instancias vinculadas al tema.
- Generar el involucramiento coordinado de todas las instancias intra e intersectoriales que permitan la consecución de los objetivos comunes para la reducción de la Mortalidad materna.
- Participar en el fortalecimiento de la rectoría del MSPAS priorizando las acciones de las agencias nacionales y de cooperación en lo referente a la atención a la mujer, el hombre en su período reproductivo y el neonato.
- Fortalecer la capacidad técnica del recurso humano mediante la transferencia de las competencias que permitan el mejoramiento del desempeño.

- Incorporar dentro del análisis de sala situacional en los distintos niveles de atención la problemática de salud reproductiva en coordinación con epidemiología.
- Integrar en los instrumentos del Sistema Gerencial de Información en Salud y Supervisión, la información que permitan el registro y análisis para la toma de decisiones, en los distintos niveles de atención.
- Participar, promover y articular con otros actores, intraministeriales e intersectoriales investigaciones en aspectos de salud reproductiva.
- Establecimiento de los mecanismos que aseguren el financiamiento de los insumos necesarios para el cumplimiento de las acciones del PNSR, incluyendo los métodos de planificación familiar.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva se organiza de la siguiente forma:

Coordinación general

Unidad de estandarización y normalización

- Componente materno neonatal
- Componente de planificación familiar y logística
- Componente de cáncer
- Componente de climaterio, menopausia, fertilidad e infertilidad

Unidad de capacitación

Unidad de vigilancia, monitoreo y evaluación

- Componente de información
- Componente de vigilancia epidemiológica
- Componente de supervisión, monitoreo y evaluación
- Componente de investigación

Unidad de promoción

- Componente del IEC
- Componente de paternidad y maternidad responsable

Unidad de gestión

Además, una unidad administrativa apoyará a la Coordinación general del programa en la conducción y dirección del mismo y se conformarán comisiones técnicas interinstitucionales como intersectoriales que apoyarán el desarrollo del Programa.

Los indicadores que permitirán medir el avance en el logro de los objetivos con relación a las metas establecidas por el programa son:

Indicadores de Impacto:

- No. de muertes maternas.
- No. de muertes MEF.
- Razón de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad neonatal.

- % de muertes maternas por causa específica.
- Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino.
- Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino.
- Total de casos diagnosticados con lesiones pre invasivas.
- Total de casos diagnosticados con lesiones invasivas.

Indicadores de proceso, resultados:

- Referencias oportunas: No. de complicaciones referidas/No. de complicaciones detectadas (100).
- Demanda obstétrica satisfecha: Complicaciones maternas directas que son atendidas adecuadamente/No. de mujeres con complicaciones obstétricas esperadas (100).
- % de cesáreas: No. De cesáreas/No. Total de partos institucionales (100).
- Cobertura de atención prenatal: Total de primeras consultas de prenatal/total de embarazos esperados (100).
- Usuarias nuevas de PF: No. Absoluto de personas admitidas por primera vez a un método de PF, sin importar si cambia de método después, en un servicio.
- Años protección pareja: Protección estimada (en términos de número de parejas protegidas por año) contra embarazo, provisto por métodos anticonceptivos basado en consumo de métodos.
- % de abastecimiento de métodos anticonceptivos: No. de establecimientos de uno o más métodos/No. Total de servicios de salud (100).
- % de utilizaron de BRES (balance, requisición, envío, suministros): No. de establecimientos que ingresan los datos de los BRES antes del 12 de cada mes/No. total de servicios de salud (100).
- % de redes de PyMR (paternidad y maternidad responsable) departamentales organizadas y funcionando.
- % de mujeres de 25 a 60 años sometidas a tamizaje de cáncer de cuello uterino: No. de mujeres de 25 a 60 años sometidas a tamizaje de cáncer de cuello uterino/Total de mujeres de 25 a 60 años.

En el año 2003 se publicaron los Protocolos de Salud Reproductiva que forman parte del proceso general técnico y normativo, cuyo fin es unificar y actualizar los procedimientos básicos, diagnósticos y terapéuticos que permitan al personal institucional prestar una atención rápida, eficiente y de calidad a la población.

El documento se compone de las siguientes partes que son:

**Manejo de la atención prenatal, del parto y del recién nacido en condiciones normales.** Se orienta sobre su manejo según conceptos actualizados y fundamentados en la medicina basada en la evidencia (todo embarazo representa un riesgo, la sistematización de la atención del recién nacido, el manejo activo del 3er. período, el uso restrictivo de la episiotomía, etc);

**Manejo de las complicaciones propias del embarazo, parto y puerperio, tanto maternas como fetales.** Las complicaciones son: aborto, atención post aborto, embarazo ectópico, desprendimiento de placenta normo inserta, placenta previa, hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, infección amniótica, infección urinaria, amenaza de parto pretérmino, presentación podálica, parto múltiple, inversión uterina, ruptura uterina, restricción del crecimiento uterino, sufrimiento fetal, muerte fetal, vigilancia fetal, hemorragia post parto e infección puerperal;

**Protocolos ginecológicos** de planificación familiar, esterilidad e infertilidad, climaterio y menopausia, cáncer cérvico uterino, cáncer de la mama, cáncer del endometrio, cáncer de ovario, neoplasia del trofoblasto, estas últimas complicaciones neoplásicas que se relacionan estrechamente con la mortalidad materna y principales emergencias obstétricas, tanto maternas como fetales, su manejo inmediato y su rápida y oportuna referencia a los niveles superiores, con capacidad de resolver estas complicaciones, que están directamente relacionadas con la mortalidad materno neonatal (MSPAS, PNSR; 2003g: 1,2).

En el año 2003 se constituye la unidad ejecutora del Programa Nacional de Salud Reproductiva, mediante el Decreto 520-0428 del MSPAS, la Unidad Nacional de Salud Reproductiva en el MSPAS, la Red Nacional de Paternidad y Maternidad Responsables, el Programa Nacional de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia, los Programas de Atención a las Personas y las Guías nacionales de Salud Reproductiva (Tomo I: Planificación Familiar).

Es importante mencionar que en marzo del 2003 se publicaron: el informe final de la línea basal mortalidad materna en el año 2000; los lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna; los lineamientos nacionales para la prevención y control del cáncer del cuello uterino; el informe nacional de salud reproductiva y el informe anual de la política de desarrollo social y población.

Acerca de los lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna, el MSPAS concluye que la clave para reducir la mortalidad materna reside en el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas del país, en especial de las mujeres, así como en el tratamiento oportuno y eficaz de las complicaciones que provocan estas muertes. Para ello prioriza acciones relacionadas al fortalecimiento de la atención obstétrica de emergencia, la atención del parto por personal competente y el acceso a servicios de atención materna y neonatal de calidad. El objetivo de los lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna es proponer la implementación de intervenciones, bajo una coordinación multisectorial en los niveles nacional, departamental y comunitario, para reducir la mortalidad materna.

Según las recomendaciones del informe de la línea basal de la mortalidad materna, debe avanzarse en la implementación de las políticas públicas y en la aplicación del marco legal vigente nacional e internacional que favorezcan una

maternidad saludable en el país. A nivel departamental y municipal, deben potenciarse los esfuerzos institucionales y de coordinación pertinentes para implementar lo postulado en el nivel nacional. En el nivel comunitario, los actores sociales, municipales, las ONG y contrapartes locales de los diferentes órganos del estado deben apropiarse de este reto e implementar acciones a favor de la maternidad saludable y priorizando la reducción de la mortalidad materna, de manera creativa, coordinada y bien informada (MSPAS, PNSR; 2003d:10).

El MSPAS define que las demoras que afectan la sobrevivencia materna y neonatal son: el reconocimiento del problema (signos de peligro), la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención, el acceso a una atención oportuna y el recibir una atención de calidad (MSPAS, PNSR; 2003d:13). Para cada demora, se enumeran los recursos normativos y operativos disponibles: normas del PNSR, la estrategia AIEPI-AIMN/C; guías comunitarias para desarrollar planes de emergencia, para la participación comunitaria, para el desarrollo de foros municipales de apoyo a la maternidad saludable; manuales para implementar maternidades comunitarias; normas y lineamientos para maternidad y paternidad responsable; guías para la mejoría del desempeño; paquete básico de capacitación en atención materna y neonatal; centros de capacitación en habilidades clínicas en hospitales de Coatepeque, Malacatán, Amatitlán y Suchitepéquez; manual de manejo de complicaciones del embarazo; partograma; ficha y carné perinatal; Libro de registro de partos y sistema de vigilancia de muertes maternas (MSPAS, PNSR; 2003d :14-18). Además se definen los indicadores pertinentes.

En el informe de salud reproductiva del 2003, se puntualiza que en Guatemala, la atención a la salud reproductiva se brinda por diversos programas de atención a las personas<sup>16</sup> (MSPAS, PNSR;2003c: 13).

Las áreas prioritarias a fortalecer y los vacíos existentes en los componentes de atención a las personas en salud reproductiva reconocidos por el informe son:

#### Atención materna y neonatal

Se debe reconocer y divulgar que todo embarazo enfrenta riesgos y establecer la reducción de la mortalidad materna e infantil como una prioridad nacional. Se necesita ampliar la cobertura de servicios de salud para atención materno neonatal esencial, priorizando las áreas de más difícil acceso y mayor mortalidad materna y neonatal. Es clave asegurar la presencia de un profesional de la salud con las competencias requeridas para brindar atención prenatal, asistir un parto normal y atender complicaciones del embarazo y parto oportunamente y en condiciones seguras (MSPAS, PNSR; 2003c: 21).

Es preciso asegurar que las mujeres tengan acceso a educación, información y apoyo social para que reconozcan y enfrenten los riesgos que representa el embarazo y tomar las decisiones que favorezcan su salud y la de la

---

<sup>16</sup> En el anexo se presentan los componentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva, sus intervenciones prioritarias y los avances y resultados.

familia. Debe promoverse el espaciamiento óptimo entre embarazos (MSPAS, PNSR; 2003c: 22).

#### Atención integral de la niñez

Se debe continuar el esfuerzo para la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años y de los niños/as en período neonatal, situación compleja debido a factores de incidencia como corto espaciamiento entre embarazos, complicaciones durante el parto y parto, edad y paridad de las madres, insatisfacción permanente de necesidades básicas, de salud y condiciones de pobreza.

Es necesario asegurar acceso oportuno de mujeres y menores de 5 años a servicios de atención de calidad en salud materna y neonatal y salud integral; fomentar la lactancia materna completa y otras prácticas alimentarias saludables; enfatiza atención preventiva de enfermedades infecciosas y parasitarias. Las acciones para reducir la desnutrición deben considerar el monitoreo y promoción del crecimiento a nivel comunitario, como parte integral de los servicios de salud, enfatizando a niños/as y mujeres, en particular a menores de 24 meses, mujeres embarazadas y dando lactancia (MSPAS, PNSR;2003c: 22).

#### Atención integral del adolescente

Las organizaciones que trabajan con los adolescentes deben contar con apoyo político y facilidades para brindar educación, información y servicios de salud reproductiva, sensibles a las características de la juventud, con énfasis en temas de prevención de VIH/SIDA y embarazo adolescente.

En el país deben fortalecerse y extenderse los servicios de salud reproductiva para los jóvenes, en particular en áreas rurales y para población indígena, cuyo acceso a servicios e información es menor (MSPAS, PNSR; 2003c: 22).

#### Atención en planificación familiar

Se necesita ampliar la cobertura del Programa de Nacional de Salud Reproductiva para brindar información consejería y servicios de planificación familiar a quienes lo requieran, eliminando barreras geográficas, médicas e institucionales, económicas y socioculturales que impiden el acceso a la planificación familiar. Es importante la divulgación de los beneficios de la planificación familiar para lograr espaciamiento óptimo del embarazo (MSPAS, PNSR; 2003c: 22).

#### Prevención y atención de ITS y VIH/SIDA

Debe informarse y educarse a la población acerca de cómo se transmiten y como prevenir las ITS, VIH/SIDA. Debe aumentarse el esfuerzo del país para detener el contagio (MSPAS, PNSR; 2003c: 23).

### Prevención del cáncer cérvico uterino y de mama

Deben implementarse acciones y programas para informar a las mujeres sobre los factores de riesgo de dichas patologías, la forma de prevenirlos y fortalecer los programas de detección temprana para las mujeres en edad reproductiva, así como el sistema de referencia para el tratamiento oportuno de los casos detectados (MSPAS, PNSR;2003c: 23).

En el año 2004 se publican los programas de atención a las personas, incluyendo los programas de salud integral de la niñez y la adolescencia, salud reproductiva, salud mental, ITS e inmunizaciones, entre otros. Además, la instancia coordinadora de acciones políticas por la salud y el desarrollo de las mujeres presenta las intervenciones prioritarias en salud integral de las mujeres y la niñez, incluyendo la salud reproductiva, como una propuesta desde la sociedad civil para ser incorporada en el Plan Nacional de Salud 2004-2007.

Finalmente, se conoce que el programa de salud reproductiva está sufriendo una revisión. Algunos sectores han manifestado su temor de que el actual gobierno retroceda en los logros alcanzados por el anterior gobierno, sino derogando la legislación sobre desarrollo social, sí limitando la política de desarrollo social y población<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Entrevistas a informantes clave y grupos focales.

## **Capítulo IV. Aproximación a la “imagen objetivo” de la salud reproductiva en Guatemala desde la experiencia y conocimiento de actores sociales**

### **1. Introducción**

La salud reproductiva en Guatemala ha ido evolucionando en su concepción, desde un concepto contraceptivo hasta un enfoque de derechos. De igual manera, la salud en general se reconocía como una potestad exclusiva del Estado hasta hace algunas décadas. Se reconoce que a partir de 1976, particularmente como consecuencia del terremoto acaecido en febrero de dicho año, se inició un movimiento social en el ramo motivado por la incapacidad del Estado para cubrir la demanda de la población particularmente rural y de escasos recursos. Así, los temas de salud pasaron a ser parte importante de la acción social de diversas instituciones como la iglesia, las cooperativas, las asociaciones y últimamente por el mundo institucional conocido como “organizaciones no gubernamentales”.

A la par del crecimiento institucional en la acción social de salud no gubernamental, también se aumentó la participación de personas que empezaron a realizar diversas prácticas de salud con aprendizajes en espacios educativos no formales. Un avance en el derrotero del reconocimiento de la acción social en el campo de la salud lo constituye los acuerdos paz en los que se reconoce las prácticas y conocimientos tradicionales en salud. Un campo fértil para la sistematización.

La presente consultoría realizó una aproximación a la construcción de la imagen objetivo de la salud reproductiva desde los actores sociales que hacen salud reproductiva y con un enfoque específico desde los sectores joven y mujer. El proceso anterior estuvo acompañado de la revisión realizada del marco internacional y nacional sobre el tema, ya planteado en los capítulos precedentes.

Para alcanzar el objetivo de la consultoría y teniendo en consideración los costos de operación, el tiempo a invertir por las organizaciones miembros de FESIRGUA y la modalidad de involucrar en todo el proceso a los miembros de las organizaciones se optó por la realización de encuentros secuenciales tipo “grupo focal” con seguimiento electrónico y la realización de grupos focales con jóvenes y mujeres. Con esta modalidad se planteó alcanzar la aproximación a la imagen-objetivo de la salud reproductiva en Guatemala. El proceso de consulta se planteó comprendería las siguientes actividades y temas:

Sistematización del conocimiento en los actores sobre los siguientes aspectos de la salud reproductiva en Guatemala:

- Definición
- Políticas
- Instituciones

- Programas
- Aproximación a la problemática según la perspectiva de los jóvenes, las mujeres y las/los indígenas.
- Aproximación a las soluciones de la problemática según la perspectiva de los jóvenes, las mujeres y las/los indígenas.

## **2. Metodología planteada para realizar la aproximación a la imagen-objetivo de la salud reproductiva:**

La metodología general que se propuso fue del tipo “consulta” y en trabajo de grupos focales con la participación de “informantes clave”. Un aspecto importante para la definición del método y de la ruta a seguir en la aproximación a la construcción conceptual fue la recomendación sugerida por PIES de Occidente de realizar la consultoría con la adopción de este tipo de metodología quienes argumentaron que muchas de sus organizaciones ya tenían un plan general anual de actividades y estos con una agenda apretada; así también, coincidieron que el marco de la construcción conceptual podría elaborarse en una fase temprana con la participación de “informantes clave” y luego validarse con la participación más amplia de actores en la base social e institucional.

La propuesta metodológica general planteada fue la siguiente:

### **2.1 Realización de 4 talleres (en la forma de grupos focales ).**

- Talleres de construcción conceptual con delegados/as. Cada taller se realizaría en un día programado el primero en las reuniones de la Asamblea Ordinaria de FESIRGUA y luego con el conjunto de delegados de cada una de las organizaciones.
- Luego del primer taller, el equipo consultor proporcionaría documentos de lectura intertalleres con la finalidad de alcanzar un nivel informado para la discusión temática: de contextualización, de problematización y de propuesta.
- Cada taller tendría una duración efectiva de 4 horas. Esto en consideración a los asistentes que tendrían que viajar a sus lugares de origen durante el mismo día y así abatir costos.

### **2.2 Realización de 1 taller de validación.**

- Taller de validación de contenidos con participación amplia. Se planteó un taller con la participación de directores y otros miembros de las organizaciones miembros para que de acuerdo con los insumos proporcionados de la primera fase de sistematización se proporcionarán los elementos finales para la construcción conceptual de la imagen-objetivo.
- El equipo consultor proporcionaría el documento borrador, insumo para la discusión.
- El taller de validación tendría una duración de 4 horas.

### **2.3 Consultas electrónicas y comunicación permanente**

- Considerando que todas las organizaciones ya contaban con conexión a internet y tienen cuenta de correo electrónico, se propuso este mecanismo para realizar consultas puntuales a las personas delegadas de cada una de las organizaciones de FESIRGUA.

## **2.4 Revisión bibliográfica**

- Revisión de literatura nacional e internacional sobre el tema, tal como las Declaraciones a partir de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer, experiencias relevantes y estudios diagnósticos.
- Revisión de la política de salud, el programa de Salud Reproductiva y los planes del Ministerio de Salud en Salud Reproductiva.
- Revisión de un marco comparativo incluyendo Centroamérica y México, referente a los estudios diagnósticos, políticas, programas y planes sobre el tema.

Con el fin de lograr que los talleres de reflexión o grupos focales reflejaran la perspectiva de los jóvenes, las mujeres y las/los indígenas, así como contaran con los mejores niveles de preparación y participación de las organizaciones miembros de FESIRGUA, se solicitó a cada ONG lo siguiente:

## **2.5 Definir un grupo de 4 personas delegadas (informantes clave) por cada organización**

El grupo seleccionado debe cumplir con los elementos del siguiente perfil:

- Diferente nivel directivo-operativo
- Balance indígena-ladino
- Balance joven-adulto (joven: 12-24 años)
- Balance mujer-hombre

**2.6 Llenar una ficha de registro de cada persona delegada de las organizaciones** que incluya correo electrónico personal, esto con el propósito de mantener una comunicación y consulta permanente con cada uno/a.

## **2.7 Compromiso de las personas delegadas a cumplir con las siguientes actividades:**

- Leer y comentar la información enviada
- Participar en los talleres de consulta y diseño
- Contestar cuestionarios apegándose a las instrucciones del mismo (de contenido y de tiempo). Para esta dinámica se utilizará el correo electrónico.
- Consultar y/o socializar en sus ámbitos de trabajo la información requerida.

## **2.8 Cumplimiento de las siguientes acciones**

Para lograr una adecuada comunicación entre las organizaciones, se recomendó que se tomaran en cuenta los siguientes aspectos y acciones:

- La sede del equipo consultor estará en las oficinas de PIES de Occidente, en la ciudad de Quetzaltenango. El correo electrónico es [srfesirgua@intelnett.com](mailto:srfesirgua@intelnett.com).

- Los consultores mantendrán informado/a a la dirección o coordinación de las organizaciones miembros de FESIRGUA acerca del proceso de la consulta.
- Se enviará documentación, información o requerimientos a los delegados a través del correo electrónico.

### 3. Metodología y resultados del I taller o grupo focal.

Para la realización del I taller, la dirección de PIES consultó con el Coordinador de FESIRGUA y con el conjunto de directores/coordinadores de las ONG miembros, el primer taller se realizó el 4 de septiembre del 2003.

#### 3.1 Metodología del I taller.

El primer taller en el conjunto del diseño de los cuatro talleres tenía como propósito general integrar al grupo de delegados/as de las ONG miembros de PIES generando una inducción al proyecto que les permitiera aprehender la metodología propuesta y hacerles hincapié en la importancia de su participación con iniciativa. Adicionalmente, propiciar las mejores condiciones grupales. El taller tuvo los objetivos siguientes:

- Construir participativamente el concepto de salud reproductiva, e
- Iniciar la contextualización del proceso de modernización del sector salud a partir del conocimiento de los delegados/as.

Para lograr lo anterior se planteó el siguiente programa:

| <b>Cuadro No. 15</b>     |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| <b>Programa taller I</b> |  |  |  |
| <b>No.</b>               | <b>Actividad</b>                             | <b>Objetivo</b>  | <b>Método</b>  |
| 1                        | Presentación                                 | Generar un ambiente de empatía entre los asistentes  | Presentación de cada asistente mencionando su organización y experiencia en salud reproductiva   |
| 2                        | Propósito                                    | Informar a los asistentes sobre el marco general del taller, así como sobre la agenda y metodología a utilizar | Presentación del resumen del proyecto a cargo de la Dra. Aura Magdalena Pisquiy Cotí, directora de PIES de Occidente y Dr. Juan Jacobo Dardón Sosa, consultor. |
| 3                        | Llenado de fichas personales                 | Elaborar una base de datos de los delegados/as de cada organización  | Llenar una ficha previamente elaborada   |
| 4                        | Discusión de concepto de salud reproductiva  | Construir colectivamente una definición de Salud Reproductiva  | Se presentará una pregunta general; se responderá en fichas; se identificarán las fichas;  |
| 5                        |  |  | Se realizará en plenaria la construcción de la definición utilizando las fichas  |
| 6                        | Ampliar o delimitar la definición construida | Discutir diferencias y similitudes entre definiciones alternativas a la anterior                               | En plenaria se ampliará o reducirá la definición del grupo.  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 7 | Inducción hacia la discusión de política pública de salud reproductiva. | Discutir sobre la pertinencia en Guatemala de la definición construida de salud reproductiva para formular interrogantes que deberán trabajarse posteriormente | Se presentará una pregunta general como motivación a una discusión abierta.               |
| 8 | Acuerdos y preguntas  | Definir una agenda de seguimiento  | Acordar las fechas de los próximos talleres, la metodología de consulta y de comunicación |

### 3.2 Definición de salud reproductiva

Para la realización del taller se optó por utilizar la definición de salud reproductiva que utilizan los documentos de la OMS considerando su respaldo institucional y que se supuso como conocida por las ONG miembros de FESIRGUA:

“Estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad en todo lo relacionado al sistema reproductivo, sus funciones o procesos. Implica que las personas son capaces de tener vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hacen, cuando y que tan frecuentemente lo hacen”

Para el análisis de los resultados del taller se utilizó la definición de salud reproductiva de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) considerando su mayor amplitud y el enfoque de derechos incorporado:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales”.

De la definición anterior, con la finalidad de realizar el análisis de los diferentes momentos del taller, se plantearon los siguientes componentes generales desde la perspectiva actual de los derechos. Estos fueron propuestos por Salles y Tuirán (2001:94) en el seminario internacional sobre “Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad” realizado en México en 1996 y auspiciado por el Consorcio Latinoamericano de Programas sobre Sexualidad y Salud Reproductiva. El concepto de salud reproductiva contiene de manera general los siguientes derechos para las personas:

- Regular la fecundidad segura y eficientemente;

- Tener y criar hijos e hijas saludables;
- Comprender y disfrutar la propia sexualidad;
- Permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con su ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Los componentes anteriores de toda definición de salud reproductiva deben considerarse en el marco de los tres principios básicos siguientes:

- Respetar la libertad de elección de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre le número, espaciamiento y calendario de los nacimientos;
- Aceptar los vínculos con la sexualidad, reconociendo la importancia para las personas una vida sexual y segura;
- Incorporar el contexto cultural y socioeconómico que es concebido como inseparable de la salud reproductiva (roles sociales y familiares de hombres y mujeres; acceso a la información, educación, recursos materiales y financieros, y a los servicios de salud).

### 3.3 Resultados del I taller

Para la realización del taller se tenía previsto la asistencia de 4 delgados por cada una de las organizaciones, es decir 36 delegados. A los anteriores, se sumarían 3 miembros de la coordinación de PIES. Al taller asistieron 11 delegadas/os (30%) pertenecientes a 6 organizaciones (66%).

#### 3.3.1 Delegados al proceso de consulta

| <b>Cuadro No. 16</b>         |                    |          |
|------------------------------|--------------------|----------|
| <b>Delegados taller I</b>    |                    |          |
| <b>Descriptor</b>            | <b>Descripción</b> | <b>N</b> |
| Edad                         | Joven              | 2        |
|                              | Adulto             | 9        |
| Grupo étnico                 | Indígena           | 9        |
|                              | Ladino             | 1        |
|                              | No aplica          | 1        |
| Cargo que desempeña          | Técnico            | 3        |
|                              | Operativo          | 8        |
| Sexo                         | Mujer              | 8        |
|                              | Hombre             | 3        |
| <b>Total 11 delegados/as</b> |                    |          |

Los asistentes al taller fueron delegados por sus respectivas organizaciones para participar en todo el proceso de consulta. Para ello cada organización seleccionó a sus delegados de acuerdo con los criterios proporcionados y descritos en un apartado arriba. Para fines del análisis de los resultados obtenidos en el taller, el cuadro de delegados quedó de la siguiente manera:

Posteriormente al taller y como parte de los acuerdos asumidos en el mismo, se sumaron otros delegados o delegadas alcanzando una distribución de la siguiente manera:

| <b>Cuadro No. 17</b>               |                    |          |
|------------------------------------|--------------------|----------|
| <b>Total de delegados taller I</b> |                    |          |
| <b>Descriptor</b>                  | <b>Descripción</b> | <b>N</b> |
| Edad                               | Joven              | 5        |
|                                    | Adulto             | 11       |
| Grupo étnico                       | Indígena           | 12       |
|                                    | Ladino             | 3        |
|                                    | No aplica          | 1        |
| Cargo que desempeña                | Técnico            | 6        |
|                                    | Operativo          | 10       |
| Sexo                               | Mujer              | 11       |
|                                    | Hombre             | 5        |
| <b>Total 16 delegados/as</b>       |                    |          |

Como se puede observar en el cuadro anterior, la tendencia se mantiene con delegados adultos, indígenas, operativos y mujeres.

La poca participación motivo a realizar una nueva convocatoria en la cual los/las directores de las organizaciones debían completar sus delegados/as con la finalidad de que todas las organizaciones participaran, sin embargo el nuevo intento resultó infructuoso. Las razones argumentadas a la dirección de PIES de Occidente fueron, que los directores no comprendían la metodología propuesta y en algunos casos, que las organizaciones no tenían el perfil del personal solicitado.

### **3.3.2 Conocimiento sobre salud reproductiva**

A continuación se describen los resultados obtenidos por las personas delegadas participantes al primer taller. Los resultados se presentan diferenciado el enfoque de interés para la consulta y al final se presenta a manera de conclusión la tendencia general.

#### **3.3.2.1 Segmento joven**

Los jóvenes reconocen el derecho a decidir sobre la regulación de los embarazos de manera individual y como pareja, comprendiendo la importancia de la educación en salud reproductiva como necesaria. No asumen directamente la idea de hijos e hijas saludables en su conceptualización de salud reproductiva. Se refleja una tendencia a no incorporar o expresar la sexualidad propia. Se busca o demanda información sobre las ETS y sus riesgos, no se habla del SIDA.

No se reconoce directamente la libertad de decidir sobre sí mismos, pero manera indirecta al conocer los métodos de PF implicaría la libertad a decidir y de utilizarlos. No se refieren directamente a la sexualidad como parte de su ser joven.

Se refieren a la necesidad de tener acceso a los servicios y se hace la referencia del rol familiar en la educación en salud reproductiva, lo que puede denotar su ausencia.

De los componentes de la salud reproductiva se reconoce al de regulación de la fecundidad como el de mayor asociación; y de los principios, el contextual referido al rol familiar, la responsabilidad social y el acceso a los servicios.

### **3.3.2.2 Segmento adulto**

Una parte de los adultos no hace referencia a la regulación de manera explícita como componente de la salud reproductiva. Los conceptos vertidos reflejan en aquellos que lo incorporan, asociado a conocimiento, información, derechos, libre decisión en planificar los hijos deseados y el espaciamiento entre los mismos. Se asume la calidad de vida y el bienestar de los hijos en relación con la salud reproductiva. Se denota una tendencia hacia un mayor reconocimiento explícito de la sexualidad tanto individual como de pareja. Se habla en términos de la libertad de disfrutar como de organizar la relación. Se expresa la preocupación de la morbi-mortalidad materno infantil como una tendencia que puede reflejar el enfoque del tema de salud reproductiva en este ámbito. Se reconoce ampliamente la relación de salud reproductiva con los riesgos a la salud y el bienestar.

La libertad de elegir se reconoce como un componente de la salud reproductiva donde el adulto se involucra directamente, pero no constituye aún una tendencia predominante. Se observa la tendencia a relacionar el acceso a los servicios y a incorporar las relaciones sociales en términos de bienestar. Se plantea la incorporación de la realidad de diversidad cultural en la conceptualización de salud reproductiva. No se plantearon roles de maternidad y paternidad.

De los componentes de la salud reproductiva, los relacionados a tener y crear hijos/as saludables, así como estar libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas a su ejercicio de su sexualidad y reproducción son la que mejor se asocian con su percepción de salud reproductiva. En cuanto a los principios de la salud reproductiva, se asocia mejor en el orden contextual con la salud integral de la familia y el acceso a los servicios de salud, orientado mayormente en términos de salud materno-infantil.

### **3.3.2.3 Segmento Indígena**

Se presenta una tendencia hacia la educación para el conocimiento sobre la regulación de la fecundidad. En menor medida, se explicita la planificación y la decisión sobre los hijos deseados. En la definición de salud reproductiva se hace referencia marginal a incluir el derecho a la salud de hijos/as como un componente relevante. Se hace poca referencia hacia la sexualidad como libertad y decisión en su práctica. El derecho a la salud se percibe desde el ámbito del segmento materno-infantil y al bienestar de la familia.

Una tendencia de menor asociatividad en la definición de salud reproductiva es el derecho a la libertad de decisión. Se define una relación entre el derecho individual y el reconocimiento de las prácticas propias culturales sobre la salud reproductiva. Se percibe una tendencia a igualar la importancia de la familia y la cultura en la definición de la salud reproductiva. Se define el contexto como intercultural y a la búsqueda del equilibrio en lo social. Se refiere al acceso a los servicios.

Se refirió al componente estar libre de enfermedades como el de mayor asociatividad con la definición de salud reproductiva, aunque los componentes de regulación de fecundidad y tener y criar hijos/as saludables se observaron con moderada relación.

#### **3.3.2.4 Segmento Ladino**

Se explicita el derecho de la mujer en la regulación de la fecundidad y también desde la pareja. No se visualiza el componente de tener y criar hijos/as saludables. Se expresa la sexualidad como derecho y una vida sexual sana con responsabilidad. Se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de la mujer que incluyen los de la salud asociados a la reproducción. Evidencia la importancia de disminuir la mortalidad materna.

Se reconoce el respeto de la libertad de elección en cuanto a la reproducción desde la mujer y desde la pareja. Se asume el contexto socioeconómico en cuanto a la responsabilidad de las funciones reproductivas en la mujer y en el hombre. No se explicita el tema del acceso a los servicios.

En el caso del segmento ladino se reconocen de igual manera todos los componentes y principios analíticos en la definición de salud reproductiva. Las tendencias anteriores se elaboraron con un reducido número de casos en el segmento ladino por lo que los resultados se tienen que asumir con esa reserva. Los casos también correspondieron a mujeres ladinas.

#### **3.3.2.5 Segmento Técnico**

Se observó una tendencia similar entre los que hicieron referencia a la regulación de la fecundidad y los que no hicieron referencia a este componente. Se explicitó un rango amplio de elementos constitutivos en el derecho a una regulación de la fecundidad, desde el conocimiento del aparato reproductivo de hombres y mujeres hasta la decisión libre e informada. El componente al derecho de tener y criar hijos/as saludables, en general, es asumido pero como una consecuencia de la relación informado y planificado de la salud reproductiva. Se hizo mínima referencia a la sexualidad como derecho a su disfrute aunque se reconocieron los vínculos de la sexualidad en la relación de pareja. El segmento técnico hizo clara referencia a la necesidad de conocer la ETS y su prevención. Es una tendencia marcada el derecho a estar libre de enfermedades.

Los derechos a la libertad de decisión fueron expresados de manera moderada en la definición de salud reproductiva por el segmento. Se observó una tendencia a resaltar la importancia de los servicios para la salud reproductiva en la definición. Así también, el reconocimiento del contexto intercultural y multiétnico.

Si bien en este segmento se abordaron todos los componentes analíticos de salud reproductiva ninguno mostró una fuerte asociatividad en la definición de salud reproductiva. En general, se tiende a incorporar los aspectos socioeconómicos y culturales como el derecho al acceso a los servicios.

### **3.3.2.6 Segmento Operativo**

La tendencia en el componente de regular la fecundidad segura y eficientemente, se observa orientada de manera equilibrada entre el conocimiento, la decisión de la pareja y el espaciamiento de embarazos. Aunque una parte del segmento excluye este derecho en la definición de salud reproductiva. El derecho de tener y criar hijos/as saludables no se visualiza como una especificidad de la definición. Se observa una tendencia dividida entre los que reconocen la sexualidad como un derecho a su disfrute y aquellos que quizás no la visualizan o la rechazan. Los que reconocen el derecho a la salud reproductiva opinan que la sexualidad se define desde el individuo y la relación sexual desde la pareja. En el segmento, hay una marcada tendencia a plantear el derecho a permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad o reproducción.

Existe una marcada tendencia hacia el reconocimiento de la libre decisión individual y de pareja sobre los temas de salud reproductiva. Se reconoce en el contexto la importancia del acceso a los servicios y en menor medida la importancia del rol familiar y de responsabilidad en la definición de salud reproductiva.

De los componentes de la definición analítica de salud reproductiva, se reconocen en el segmento los de regulación de la fecundidad con una tendencia mayoritaria pero tratándose del sector operativo, hay aún una parte de este segmento que no reconoce la regulación como un derecho. El otro componente, este fuertemente asociado, es el derecho a permanecer libre de enfermedades. Entre los principios se asocia moderadamente el derecho al libre decisión y fuertemente el contexto de los servicios en salud reproductiva.

### **3.3.2.7 Segmento Mujer**

Se observa una tendencia mayoritaria a reconocer explícitamente el componente de regular su fecundidad de manera segura y eficientemente. En menor medida se realiza este reconocimiento desde un enfoque de derechos. En esta definición de regulación de la fecundidad se reconoce la tendencia de las mujeres a incorporar al hombre. También es una tendencia en las mujeres reconocer la importancia de la información para decidir sobre la regulación. La mujer se refiere a la familia como su ámbito de competencia en términos de salud integral. Se refiere a su protección y al mejoramiento de la calidad de vida.

Incorpora explícitamente a la pareja en su concepción de salud reproductiva pero en menor medida al componente de decidir sobre la regulación de la fertilidad. Se observó una tendencia a asumir la propia sexualidad en términos de decisión, de salud, de oportunidad y de responsabilidad.

Se plantea la libertad a decidir en el marco de la pareja sin embargo, en menor medida esta libertad se plantea desde la mujer. La reproducción, en una proporción menor de mujeres, es visualizada como una responsabilidad hacia el conjunto social. Destaca la importancia del acceso a los servicios y al contexto intercultural. Aunque no se mostró como una tendencia predominante, se hace referencia a la corresponsabilidad de los roles de hombre y mujer en el ámbito de la relación reproductiva.

Los componentes que son visualizados con mayor asociatividad por la definición de las mujeres son la regulación de la fecundidad, tener y criar hijos saludables y permanecer libres de enfermedades, incapacidad y muerte con el ejercicio de su sexualidad y reproducción. Entre los principios se dibuja la relación de responsabilidad hacia la salud reproductiva y destaca el acceso a los servicios. En ambos, componentes y principios, llama la atención la escasa referencia hacia la sexualidad como un derecho propio y como un vínculo social.

### **3.3.2.8 Segmento Hombre**

La regulación de la fecundidad no se manifiesta como una preocupación predominante en la definición de salud reproductiva de los hombres. El reconocimiento de la salud de los hijos/as para los hombres, como componente relevante de la salud reproductiva, aparece de manera marginal. Se observa una tendencia a no expresar la comprensión y el disfrute de la sexualidad propia, sin embargo se presenta explícitamente en menor medida. No se reconoce explícitamente la importancia de la sexualidad como una relación social y función de la vida sana. Se refiere a la salud reproductiva como una ausencia de enfermedades en general y no vinculadas a la transmisión sexual. Se reconoce una tendencia minoritaria a definir a la salud reproductiva como derecho y libertad de decisión.

Los hombres se autoexcluyen del concepto de salud reproductiva haciendo mayor referencia a los niños/as, jóvenes y mujeres. No se explicita la relación del tema con el acceso a los servicios, información y recursos materiales o financieros.

El componente que se visualiza con mayor asociatividad con la definición de salud reproductiva por los hombres se relaciona a permanecer libre de enfermedades. En lo que se refiere a los principios se hace mayor referencia a una relación social en donde el hombre alcance su realización personal.

### 3.3.2.9 Tendencias por segmento

Se reconocen diferencias en la definición que los jóvenes y adultos realizan de sobre salud reproductiva. Los ámbitos relacionados a la procreación son vistos por los jóvenes de manera genérica mientras en los adultos los son como un componente. La familia se visualiza por los jóvenes como un ámbito importante para la educación sobre salud reproductiva mientras que en los adultos no se refieren al tema como componente. Los derechos y la libertad de decidir sobre la salud reproductiva y la sexualidad son tendencias que aparecen de manera minoritaria tanto en los jóvenes como en los adultos. En ambos segmentos, se hizo referencia al acceso a los servicios de salud, en el caso de los adultos asociado con el segmento de población materno-infantil.

Una comparación entre ladinos e indígenas en cuanto a su definición de salud reproductiva no se puede visualizar a partir del presente ejercicio por la baja participación de los ladinos y que en este caso fueron mujeres. Sin embargo podemos visualizar que en el caso de los indígenas, la definición de salud reproductiva tiende a no evidenciar los rasgos de control de la fecundidad y a establecer el ámbito familiar como el ámbito de las acciones de la salud reproductiva. Entre los ladinos (mujeres) se evidenció el enfoque de los derechos como enfoque para definir la salud reproductiva.

Al visualizar las tendencias entre el segmento técnico (directivo) y operativo de las ONG participantes se observa que los primeros le atribuyen en general una importancia equilibrada a cada uno de los componentes contrastando con el segmento operativo que le atribuyen mayor relevancia a la regulación de la fecundidad y a permanecer libre de enfermedades. Para ambos segmentos la importancia del acceso a los recursos esta presente.

Las diferencias en la definición de salud reproductiva entre los hombres y mujeres se encuentran en tanto en los componentes analíticos como en los principios. Los hombres tienden a autoexcluirse de la definición de salud reproductiva. Los hombres reconocen mejor los derechos al disfrute y la vinculación social de la sexualidad que las mujeres, sin embargo en ambos casos es un reconocimiento poco manifiesto. El reconocimiento de la salud de los hijos/as para los hombres, aparece de manera marginal, no así en el caso de las mujeres, donde es ampliamente considerado tanto para los hijos como para la familia.

### 3.3.3 Acuerdos.

Al finalizar el I taller, se alcanzaron acuerdos para el seguimiento del proceso de estudio-consultoría. Los acuerdos fueron los siguientes:

- Los delegados/as participantes se comprometieron a completar la inscripción de los delegados/as de su organización, con el fin de totalizar los 4 delegados necesarios para el trabajo. La fecha límite definida fue el 12 de septiembre.

- Los delegados/as participantes se comprometieron a obtener la información necesaria para completar la definición de Salud Reproductiva. La fecha límite definida fue el 12 de septiembre.
- El coordinador de la FESIRGUA, Dr. Gonzalo Ball se comprometió a recordar a los directores de cada organización los acuerdos, con el fin de agilizar su realización.
- Se realizarán visitas a las organizaciones ubicadas en Quetzaltenango, con el fin de obtener la participación e información necesarias.
- Al completar los delegados se procedería a definir la fecha del II taller a realizarse en Octubre del 2003.

### **3.4 Talleres II-IV planeados**

Posteriormente a la realización del I taller de conceptualización, se realizó un seguimiento por la vía de la dirección de PIES y la coordinación general de FESIRGUA. Inicialmente se pensó en realizar el II taller en el mes de octubre. Realizadas las consultas interdirectores, se llegó a la conclusión que debido a que varias de las ONG se habían involucrado en la promoción cívica de la participación ciudadana en las elecciones, se trasladara el siguiente taller hasta febrero del 2004. Llegado febrero 2004 se preguntó sobre la fecha para la realización del II taller con la respuesta que los directores de FESIRGUA no definían una fecha para el seguimiento de los talleres. Finalmente, los investigadores-consultores evaluando el poco interés de los directores de la ONG miembros de FESIRGUA en cooperar para alcanzar el propósito del estudio-sistematización, decidieron plantearle a la dirección de PIES de Occidente un cambio en la estrategia metodológica con la finalidad

A mediados de marzo se le propuso a la directora de PIES de Occidente la variante en la estrategia metodológica consistente en intentar realizar entrevistas con los directores, realizar un encuentro con jóvenes miembros y no miembros de las bases de FESIRGUA y, realizar un grupo focal con mujeres con actividad política para evaluar la política pública en el tema de Salud Reproductiva. Finalmente, realizar un taller de discusión-socialización con directores y coordinadores de FESIRGUA para discutir la imagen-objetivo. Adelante se detallan los resultados de la nueva estrategia metodológica asumida.

## **4. Consulta-taller con jóvenes**

### **4.1 Metodología de la consulta-taller.**

Durante los días 5,6 y 7 de marzo, en San Cristóbal, Alta Verapaz se realizó una consulta-taller con 31 jóvenes de diferentes partes del país. El objetivo fue conocer la definición de salud reproductiva, la problemática de los jóvenes acerca de ese tema y la forma en que los jóvenes desearían que fuese abordado el tema en su medio. Se hizo una convocatoria en donde el perfil solicitado fue: hombres y mujeres jóvenes, mayas y mestizos, de 14 a 25 años, provenientes de ambientes urbanos o rurales, diferentes regiones del país, con liderazgo positivo, escolaridad no necesaria y de preferencia con pertenencia a un grupo organizado.

La actividad se dividió en una parte introductoria que utilizó dinámicas lúdicas para generar el ambiente de cohesión y confianza necesario. En la segunda parte se realizaron cuestionarios exploratorios, entrevistas por grupos focales y presentaciones teatrales sobre los aspectos considerados importantes por las y los jóvenes. Una tercera parte, se utilizó para la resolución de dudas y aclaraciones sobre lo vertido durante los días de la consulta-taller y para realizar la evaluación. En este trabajo se resalta, la primera y segunda parte de la consulta.

Es importante resaltar que para el éxito de la consulta taller se contó con la colaboración del quipo de facilitadores y voluntarios de ACJ, cuya labor fue medular para generar el ambiente adecuado y la empatía para la participación activa de los y las jóvenes.

## 4.2 Definición de salud reproductiva

Para el análisis de los resultados de la consulta-taller se utilizó la definición de salud reproductiva de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) considerando su mayor amplitud y el enfoque de derechos incorporado. Véase explicación en apartado anterior sobre el trabajo realizado con delegados/as de FESIRGUA.

## 4.3 Resultados de la consulta-taller

### 4.3.1 Participantes

A la consulta taller asistieron 31 jóvenes de ambos sexos, de diferentes lugares del país, según se detalla en los cuadros siguientes:

| <b>Cuadro No. 18</b>                    |          |                                      |          |
|---|----------|--------------------------------------|----------|
| <b>Jóvenes asistentes a la consulta</b> |          |                                      |          |
| <b>Sexo</b>                             | <b>N</b> | <b>Edad</b>                          | <b>N</b> |
| Mujeres                                 | 16       | Hombres y Mujeres entre 14 y 17 años | 12       |
| Hombres                                 | 15       | Hombres y Mujeres entre 18 y 25 años | 19       |
| <b>Total 31 delegados/as</b>            |          |                                      |          |

| <b>Cuadro No. 19</b>                               |                        |                      |
|--|------------------------|----------------------|
| <b>Procedencia de los asistentes a la consulta</b> |                        |                      |
| <b>Procedencia</b>                                 |                        |                      |
| <b>31 Participantes</b>                            | <b>6 Departamentos</b> | <b>13 Municipios</b> |
| 3  | Guatemala              | 2                    |
| 2  | Chimaltenango          | 2                    |
| 2  | Chiquimula             | 2                    |
| 5  | Totonicapán            | 2                    |
| 17   | Quetzaltenango         | 6                    |
| 2  | Alta Verapaz           | 1                    |

Los participantes fueron divididos, por motivos analíticos, en grupos de acuerdo con la edad y sexo según se muestra en el siguiente cuadro:

| <b>Cuadro No. 20</b>  |                            |          |
|---|----------------------------|----------|
| <b>Grupos definidos de jóvenes asistentes a la consulta</b> |                            |          |
| <b>Descriptor</b>   | <b>Descripción</b>         | <b>N</b> |
| Mujeres adolescentes  | Mujeres entre 14 y 17 años | 7        |
| Mujeres jóvenes   | Mujeres entre 18 y 25 años | 9        |
| Hombres adolescentes  | Hombres entre 14 y 17 años | 5        |
| Hombres jóvenes   | Hombres entre 18 y 25 años | 10       |
| <b>Total 31 delegados/as</b>                                |                            |          |

Se procedió a realizar el análisis de las respuestas dadas por los jóvenes como definición de salud reproductiva. A continuación se describen los resultados obtenidos diferenciados con el enfoque de derechos utilizado para el análisis de la consulta y al final, se presenta a manera de conclusión, la tendencia general.

#### **4.3.2 Segmento mujeres adolescentes:**

La tendencia de las mujeres adolescentes a expresar la asociación al concepto de salud reproductiva de los componentes de regular la fecundidad segura y eficientemente, tener y criar hijos/hijas saludables y permanecer libre de enfermedades, y respetar la libertad de elección de forma de reproducirse es mínima. El componente de regular la fecundidad segura y eficientemente, es referido desde la forma de cómo hacerlo y el derecho de hacerlo para vivir mejor. El componente de tener y criar hijos/hijas saludables y permanecer libre de enfermedades es referido indirectamente al mencionar el menor número de hijos para vivir en mejores condiciones. No se expresó el componente de comprender y disfrutar la propia sexualidad.

Acerca de los principios, es mínima la tendencia de las mujeres adolescentes a asociar el principio de respetar la libertad de elección de forma de reproducirse y lo refieren desde el derecho de hacerlo para vivir mejor. Los principios de aceptar los vínculos con la sexualidad, e incorporar el contexto cultural y socioeconómico (acceso) no fueron expresados.

Las mujeres adolescentes expresaron una tendencia a asociar el concepto de salud reproductiva a la salud física, mental, la higiene, la autoestima, también se refieren a la reproducción de la salud como servicios, al nacimiento y la multiplicación humana.

#### **4.3.3 Segmento hombres adolescentes**

Los hombres adolescentes no expresaron los componentes de derecho a regular fecundidad segura y eficientemente, ni tener y criar hijos/hijas saludables como asociados a la salud reproductiva. Es mínima la tendencia de expresar la

asociación al concepto de salud reproductiva del componente de comprender “disfrutar propia sexualidad”. También es mínima la tendencia de asociar al concepto de salud reproductiva el componente de permanecer libre de enfermedades, que es referido a través de practicar la sexualidad saludable y sin riesgos de contagiarse de ETS.

Los principios de respetar la libertad de elección, aceptar los vínculos con la sexualidad, e incorporar el contexto cultural y socioeconómico (acceso) no fueron expresados.

Los hombres adolescentes expresaron una tendencia a asociar el concepto de salud reproductiva a tener salud en general, a través del acceso a alimentos y medicinas; y al crecimiento de la salud en un lugar a través del aumento de hospitales, ambos conceptos sin aludir a la vida sexual ni reproductiva. También hubo una tendencia minoritaria en referir la salud reproductiva como el ciclo de vida: el nacimiento, reproducción y muerte.

#### **4.3.4 Segmento mujer adulta**

Las mujeres adultas mostraron una mínima la tendencia a asociar al concepto de salud reproductiva los componentes de regular la fecundidad segura y eficientemente, tener y criar hijos/hijas saludables, comprender y disfrutar la propia sexualidad, y permanecer libre de enfermedades. El componente de regular la fecundidad segura y eficientemente fue indirectamente referido a través de la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida. El componente de tener y criar hijos/hijas saludables, fue referido como formar una familia y cuidar la salud de los hijos o indirectamente con la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida. El componente de comprender y disfrutar la propia sexualidad, se refiere desde el derecho al disfrute de la sexualidad e indirectamente con la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida. El componente de permanecer libre de enfermedades se refiere indirectamente con la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida y también se asume desde la referencia al bienestar físico al practicar la sexualidad.

Acerca de los principios, es mínima la tendencia de las jóvenes adultas a reconocer los principios de respetar la libertad de elección de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos, aceptar los vínculos con la sexualidad e incorporar el contexto cultural y socioeconómico (acceso). Respetar la libertad de elección de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos, es referido indirectamente con la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida. El aceptar los vínculos con la sexualidad se refiere desde el derecho al disfrute de la sexualidad, e indirectamente con la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida. El incorporar el contexto cultural y socioeconómico

(acceso), se refiere indirectamente con la buena salud en cuanto a educación sexual y mejores condiciones de vida.

Las jóvenes adultas expresaron una tendencia mayoritaria a asociar el concepto de salud reproductiva a la salud en general, expresado como al crecimiento de la salud, a tener limpieza en todos los aspectos, al acceso a vitaminas y medicinas sin aludir a la vida sexual ni reproductiva. Una menor tendencia es expresada al definir la salud reproductiva como el cuidado de la salud de la pareja, hombre y mujer a través del acceso al médico, aunque tampoco se alude a la vida sexual y reproductiva; en menor medida se refiere a la práctica de la sexualidad, al conocimiento fisiológico de los órganos sexuales de hombres y mujeres y la relación para la procreación.

#### **4.3.5 Segmento hombre adulto**

Los hombres adultos muestran una mínima tendencia de asociar al concepto de salud reproductiva los componentes de regular fecundidad segura y eficientemente, tener y criar hijos/hijas saludables, de comprender disfrutar propia sexualidad, y de permanecer libre de enfermedades. El componente de regular fecundidad segura y eficientemente es referido indirectamente al mencionar los conocimientos y prácticas que ayudan a manejar la reproducción humana de forma adecuada y al mencionar la reproducción humana de acuerdo al medio y a su situación actual. El tener y criar hijos/hijas saludables, se refiere indirectamente al mencionar la reproducción humana adecuada. El comprender disfrutar propia sexualidad se refiere desde un conjunto de normas para practicar la sexualidad sana y un conjunto de condiciones que garantizan las buenas relaciones en pareja. El permanecer libre de enfermedades que se refiere desde un conjunto de normas para prevenir ETS y tener salud sexual y se refiere indirectamente al mencionar la reproducción humana adecuada.

Los jóvenes adultos muestran una mínima tendencia de asociar al concepto de salud reproductiva los principios de respetar la libertad, aceptar los vínculos con la sexualidad y incorporar el contexto cultural y socioeconómico (acceso). El principio de respetar la libertad, se refiere indirectamente al mencionar la reproducción humana adecuada y de acuerdo a la situación actual. El aceptar los vínculos con la sexualidad, se refiere indirectamente al mencionar la vida sexual en pareja. El incorporar el contexto cultural y socioeconómico (acceso), se refiere indirectamente al mencionar la reproducción humana adecuada.

Los jóvenes adultos expresaron una tendencia a asociar el concepto de salud reproductiva a la sexualidad, la reproducción y el nacimiento de los hijos. En menor medida se asocia a la higiene de las “partes íntimas” y el cuidado para el desarrollo sano de los órganos y cuerpo, sin mencionar la sexualidad ni la reproducción. También en menor medida está la tendencia a asociarla al ciclo de vida: el nacimiento, reproducción y muerte y a mejorar las condiciones de vida, sin mencionar la sexualidad ni reproducción. En un caso se expresó que se desconoce el término.

## **5. Grupo focal con mujeres con experiencia política en los temas relacionados a Salud Reproductiva**

Se consultó con un grupo de mujeres que forman parte de una coordinadora de organizaciones de mujeres de un departamento de Guatemala. La coordinadora esta constituida por mujeres que representan mas de 8 organizaciones de distinta naturaleza, cada una con sus grupos de base y objetivos particulares, pero al interior de la coordinadora se busca alcanzar aquellos objetivos que son comunes y que tienen que ver con la participación de las mujeres propiciando en políticas públicas encaminadas al logro del bienestar de las mismas, entre las que se incluyen acciones del marco de la Salud Reproductiva.

### **5.1. Metodología**

El grupo focal se realizó con informantes clave, lideresas políticas en el sector mujer. Se preparó una guía de preguntas para conocer la participación de las mujeres en la confección de la política de desarrollo social, sus conocimientos sobre salud reproductiva, las acciones que plantean y las actividades que han realizado relacionadas con la salud reproductiva. Las respuestas fueron sistematizadas como se detalla adelante de acuerdo con el interés de la consulta.

### **5.2 Las participantes**

Participaron en la consulta 9 mujeres de 7 organizaciones; todas las mujeres tenían cargos directivos y 6 de ellas son directoras o presidentas de sus respectivas organizaciones. Todas las mujeres tenían más de 10 años de trabajo en el sector mujeres y algunas de ellas con 20 o más años de experiencia. Las mujeres pertenecen a una coordinadora de organizaciones de mujeres en un nivel departamental. Tienen una historia de 7 años de organización.

### **5.3 Resultados**

#### **5.3.1 Participación de la coordinadora de Mujeres en el desarrollo de la ley de desarrollo social y población y la política de desarrollo social**

La Coordinadora no participó en el desarrollo de la Ley de Desarrollo Social y Población ni en la definición de la Política de Desarrollo Social. Sin embargo, la Coordinadora conoce el contenido de la Ley. Una de las organizaciones refirió haber participado en talleres de conceptualización en la región y su organización en la capital, participó en el trabajo de concepción de la Ley en las diferentes alianzas y coordinaciones de organizaciones de mujeres, desde estructuras partidarias y en la Comisión de Salud del Congreso se presionó por la aprobación de la ley.

### 5.3.2 Agenda política de la Coordinadora de Mujeres en el tema de Salud Reproductiva

La Coordinadora manifestó que tienen planificadas acciones de sensibilización para generar políticas públicas en salud reproductiva:

| <b>Cuadro No. 21</b>  |  |
|---|--|
| <b>Acciones planificadas por la Coordinadora de Mujeres</b>   |  |
| <b>Acciones</b>   | <b>Objetivo</b>  |
| Se generaran acciones entre mujeres y otros sectores para que se propicien políticas públicas   | Elevar la calidad y cobertura de los servicios integrales de salud   |
| Campañas a través de medios de comunicación (TV local y de radios comunitarias)   | Sensibilización social acerca de la salud reproductiva de las mujeres y la violencia sexual.   |
|   | Sensibilización social para iniciar el cambio de la concepción del programa materno infantil, pues invisibiliza la responsabilidad paterna-infantil. |
| Campañas a través de medios de comunicación en las comunidades y en los institutos, colegios y el área rural dirigidas a los jóvenes. | Promoción del conocimiento de los métodos de salud reproductiva, planificación familiar, sexualidad humana y los riesgos de las ETS                  |

### 5.3.3 Acciones realizadas por la Coordinadora de Mujeres en el tema de Salud Reproductiva

Las informantes clave manifestaron que sus organizaciones han realizado varias acciones relacionadas a la salud reproductiva y la Coordinadora en menor medida, a continuación se detallan:

| <b>Cuadro No. 22</b>   |   |
|--|---|
| <b>Acciones en salud reproductiva realizadas por la Coordinadora de Mujeres</b>  |   |
| <b>Tema</b>  | <b>Acción</b>   |
| Dificultad de acceso a centros y puestos de salud y; la calidad de la atención primaria para las mujeres de las áreas rural y urbano marginales. | Participación en el foro de la mujer analizando dichos temas.   |
| Comisión municipal de la familia, la mujer, la niñez y la juventud.  | Participación en las negociaciones para su creación ante la municipalidad de la cabecera departamental. |

|   |  |
|---|--|
| <p>Secretaría municipal de la mujer en la cabecera departamental.</p> | <p>Participación en las negociaciones con la Consejo Municipal para su creación. El consejo municipal anterior editó el acuerdo el 13 de enero del 2004 de la creación de la misma. Se firmó el convenio Municipalidad-Coordinadora de Mujeres, que funcionaría como el ente rector del quehacer de la Secretaría. Actualmente el nuevo Consejo Municipal está analizando dichos instrumentos. La Coordinadora está negociando la asignación de un local en la municipalidad para la Secretaría de la Mujer y la partida presupuestaria para los honorarios de la asistente de la secretaria.</p>  |
| <p>Conmemoración del 8 de marzo del 2004</p>                          | <p>Organizado entre la Coordinadora y la Comisión Municipal de la mujer, con la participación de disertantes de la sociedad civil.</p>   |
| <p>Salud infantil</p>   | <p>Participación voluntaria y directa en la comunidad, promocionando importancia de la vacunación a través de comadronas.</p>  |
| <p>Salud materno infantil/ETS</p>                                     | <p>A través de una organización miembro. Establecimiento de una sede propia. Formación permanente y capacitación de 50 comadronas de 24 municipios. Promoción de la importancia de que las comadronas tradicionales se preparen para atender a las necesidades de los niños y mujeres, así como del aprendizaje y utilización de técnicas higiénicas para protegerse del HIV-SIDA. Integración a la Asamblea del Consejo Departamental de Salud. Representación en la Directiva del Hospital Regional. Planteamiento de la necesidad de que las comadronas continúen el acompañamiento a sus pacientes, para brindar apoyo emocional a la paciente y participar en la consulta médica para conocer el diagnóstico.</p> |

## 6. Consulta a las ONG miembros de FESIRGUA

La consulta a las ONG de la FESIRGUA tuvo el propósito de conocer de primera mano, la visión, misión, planes o programas de las mismas. Así también, realizar una aproximación al conocimiento sobre la política nacional de salud reproductiva, las oportunidades de cooperación y sobretodo, la visualización de los directores de la imagen-objetivo que cada uno de ellos/as tiene para así proyectar el quehacer de la FESIRGUA.

## 6.1 Objetivos de la consulta

La consulta tuvo los objetivos siguientes:

- Conocer el concepto de salud reproductiva de cada ONG.
- Determinar si las ONG conocen o no, la Política Desarrollo Social y Población y el Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- Conocer cuáles son las actividades y perspectivas de salud reproductiva de cada ONG.

## 6.2 Metodología

Como una alternativa a la metodología inicialmente planteada (véase al inicio de este capítulo) se decidió realizar una entrevista a cada director de las ONG miembros de FESIRGUA. Sin embargo, debido a las actividades de los directores, no fue posible coordinar con todos ellos, por lo cual se decidió entrevistar a las personas encargadas del área o programa de salud reproductiva y posteriormente completar cuestionarios que fueron enviados electrónicamente y por fax.

Para alcanzar los objetivos se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el concepto de salud reproductiva que utiliza su institución?
- ¿Cuáles son las actividades de salud reproductiva que realiza su institución? (favor describir brevemente las coberturas y regiones de trabajo).
- ¿Cuáles son sus perspectivas a corto y mediano plazo sobre el trabajo de su institución con aspectos de salud reproductiva?
- ¿Conoce la Política de Desarrollo Social y Población, tiene algunos comentarios sobre ella?
- ¿Conoce el Programa Nacional de Salud Reproductiva, tiene algunos comentarios sobre él?
- ¿La ONG tiene plan estratégico? ¿Puede facilitarnos una copia del mismo?

## 6.3 Resultados de la consulta

Se realizaron entrevistas con 2 organizaciones el 2 de abril y el lunes, 5 de abril del presente año. Luego de un mes, al ver que estaba siendo difícil coordinar las demás entrevistas, se mandaron por el correo electrónico y fax los cuestionarios. Obtener las respuestas fue un proceso en general lento, a pesar de las múltiples verificaciones telefónicas para apremiar el proceso. Entre las causas de lo anterior se enumeran mal servicio de correo electrónico, viajes de los directores o encargados de responder el cuestionario, pérdida de los cuestionarios, etc. De los siete cuestionarios sólo se recibieron seis, de los cuales solo dos fueron llenados por directores y el resto por coordinadores de área o programa.

### 6.3.1 Definición sobre salud reproductiva

Se encontró que no se tiene una definición homogénea de salud reproductiva en las organizaciones miembros de FESIRGUA. La definición que utiliza cada una de las ONG institucionalmente para realizar el trabajo de salud reproductiva presenta variabilidad en términos de: el enfoque de derechos como lo preceptúa la definición de El Cairo fue referido por una ONG y otras 4 lo utilizan en parte; 5 ONG elaboran su definición con el enfoque integral; una de ellas se coloca en aspectos con los que concuerda con la política de salud reproductiva, lo que supone que existen otros aspectos con los que no está de acuerdo; una ONG refirió trabajar sin una definición; 3 ONG se plantearon los aspectos culturales; una ONG hizo referencia a los aspectos intersectoriales como importantes; y, dos ONG hicieron referencia a los aspectos contextuales.

Comparando estos resultados con los hallazgos del I taller realizado con delgados de las ONG se puede visualizar que ambos resultados muestran congruencia en cuanto a la ausencia de una definición sólida de salud reproductiva.

### **6.3.2 Conocimiento de la Política de Desarrollo Social y Población y; el Programa Nacional de Salud Reproductiva de las ONG miembros de FESIRGUA**

Acercas de la Política de Desarrollo Social y Población, solamente 2 ONG dijeron no conocerla, mientras que el resto la conocía con diferente grado de profundidad, incluso algunas mencionaron que el conocimiento que tienen no es necesario para apropiarse del contenido y ejecutarla. 4 ONG proporcionaron comentarios y críticas a la misma, entre ellas la necesidad de la modificación de las condicionantes socioeconómicas que provocan los mayores problemas de salud, la necesidad de institucionalizarla y divulgarla a la población y ONG relacionadas para que se apropien de la política.

Acercas del Programa Nacional de Salud Reproductiva —PNSR—, 5 ONG dijeron conocerlo y dieron sus críticas y comentarios al respecto, entre ellas:

- El PNSR es un programa amplio y más actualizado, en relación con el de los años anteriores.
- Debe promocionarse a diferentes niveles para incrementar la participación.
- Carece de enfoque intercultural e intersectorial.
- Posee limitado enfoque generacional y deficiencia en la perspectiva de género.
- Su enfoque es asistencial-curativo, con prioridad a la fase reproductiva de la mujer.
- No promueve la participación social.
- Carece de presupuesto asignado para la ejecución en los niveles operativos (hospitales, centros y puestos de salud).
- Deben fortalecerse las acciones dirigidas a la educación e información a los adolescentes.
- Debe dársele una priorización mayor y un mejor accionar.

### **6.3.3 Actividades y perspectivas en aspectos de Salud Reproductiva**

Con el fin de conocer las actividades relacionadas a la salud reproductiva planificadas se preguntó a las ONG si tenían plan estratégico. Solamente El Recuerdo respondió que no utilizaba plan estratégico sino que trabajaba con base a proyectos y planes anuales. Se solicitó a cada ONG una copia de dicho plan, con el fin de analizarlo, pero solamente Renacimiento, PIES y RIXIN TINIMIT lo proporcionaron. Por ello, no se efectuó dicho análisis.

Se preguntó sobre las actividades y perspectivas en aspectos de salud reproductiva a cada ONG, las cuáles se presentan en los Cuadros No. XXa y XXb.

Para realizar el análisis de las actividades que las ONG realizan en aspectos de salud reproductiva, se crearon las categorías de: Promoción de servicios sobre salud reproductiva, maternidad sana, métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, atención infantil, capacitación, asistencia técnica, violencia contra la mujer, investigación, incidencia en políticas y cobertura geográfica. En el siguiente cuadro se muestran el número de ONG en cada actividad.

| <b>Cuadro No. 23</b>                                  |                   |
|---|-------------------|
| <b>Actividades de Salud Reproductiva</b>              |                   |
| <b>Número de ONG que las realizan</b>                 |                   |
| <b>Actividad</b>                                      | <b>No. de ONG</b> |
| Promoción de servicios sobre salud reproductiva       | 7                 |
| Maternidad sana                                       | 6                 |
| Métodos de planificación familiar                     | 6                 |
| Enfermedades de transmisión sexual                    | 6                 |
| Cáncer cérvico uterino                                | 5                 |
| Capacitación  | 5                 |
| Atención infantil                                     | 3                 |
| Violencia contra la mujer                             | 2                 |
| Investigación   | 2                 |
| Cáncer de mama  | 1                 |
| Asistencia técnica                                    | 1                 |
| Incidencia en políticas                               | 1                 |
| Fuente: Cuestionario y entrevista a directores, 2004. |                   |

Como puede observarse, la promoción de servicios sobre salud reproductiva, la maternidad sana, los métodos de planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, el cáncer cérvico uterino y la capacitación en diferentes temas son las actividades realizadas por la mayoría de ONG. Las actividades menos realizadas fueron las relacionadas a la violencia contra la mujer, investigación, cáncer de mama, asistencia técnica e incidencia en políticas.

### 6.3.3.1 Promoción de servicios sobre salud reproductiva

La promoción de servicios sobre salud reproductiva incluyó, campañas de sensibilización, promoción por diferentes medios de comunicación y conferencias en institutos. La orientación y formación en salud reproductiva en temas tales como el ciclo reproductivo de la mujer, salud materna, espaciamiento de embarazo, educación sexual y VIH/SIDA.

#### **6.3.3.2 Maternidad sana**

La maternidad sana incluyó, el control prenatal, la vacunación materna, atención del parto y control post-parto, consulta ginecológica, asesoría en salud y nutrición familiar, referencia a servicios de salud y entrega de ración mensual de alimentos.

#### **6.3.3.3 Actividades en métodos de planificación familiar**

Las actividades en métodos de planificación familiar incluyó, la consejería y provisión de métodos y las jornadas de esterilización quirúrgica voluntaria.

#### **6.3.3.4 Actividades en enfermedades de transmisión sexual**

Las actividades en enfermedades de transmisión sexual incluyó, campañas de prevención, detección y tratamiento de ETS, consulta ginecológica y prevención de VIH/SIDA en adolescentes. En el Hospital Rodolfo Robles se da consejería y tratamiento de personas VIH+ en aspectos de embarazo, nutrición y psicológicos.

#### **6.3.3.5 Actividades acerca de cáncer cérvicouterino**

Las actividades acerca de cáncer cérvicouterino incluyeron, programas y campañas de prevención y jornadas comunitarias de Papanicolau. También se realizan estos últimos en clínicas durante los controles prenatales e intergenésicos.

#### **6.3.3.6 Actividades de capacitación**

Las actividades de capacitación incluyeron, a las comadronas y los/las promotores y consisten en: riesgo obstétrico, parto normal, anticoncepción, consejería y cáncer cervical. A los promotores se les capacita en AIEPI. A las consejeras comunitarias de salud de la mujer se les capacita en: cáncer del cervix, importancia del Papanicolau, AIEPI-AINMC y; al personal comunitario capacitado en el manejo de botiquines comunitarios. También, se ha impartido capacitación a hombres para que reconozcan la importancia del control prenatal de la mujer; y, educación y orientación a diferentes poblaciones meta en materias de sexualidad humana, salud reproductiva, paternidad y maternidad. Además, con 60 niños y jóvenes del Valle del Palajunoj y del área mam, se analizaron componentes de los derechos de la niñez entre ellos la salud reproductiva, sus políticas, acciones en casos de violaciones, aborto y anticoncepción.

### **6.3.3.7 Atención infantil**

La atención infantil incluyó, la consulta médica en las clínicas con el uso de AIEPI-AINMC.

### **6.3.3.8 Violencia contra la mujer**

En cuanto a la violencia contra la mujer se realizó un proyecto de violencia doméstica con el Consejo de Población y se han desarrollado módulos de autoestima y estudios de género para mujeres.

### **6.3.3.9 Investigaciones realizadas**

Las investigaciones realizadas fueron: Incorporación del hombre en la planificación familiar; componentes de alto riesgo VIH/SIDA en población migrante mam; y elaboración de la línea basal sobre los derechos de la niñez y la salud reproductiva en institutos de Quetzaltenango.

### **6.3.3.10 Cáncer de mama**

Acerca del cáncer de mama, las actividades realizadas fueron campañas de prevención.

### **6.3.3.11 Asistencia técnica**

La asistencia técnica fue reportada por una de las ONG, que realizó un paquete de asistencia técnica en salud reproductiva, que está promocionando y vendiendo.

### **6.3.3.12 Incidencia en políticas**

Acerca de la incidencia en políticas, una ONG refirió haber participado en el grupo 28 de mayo en foros de análisis sobre salud reproductiva y sexual con grupos de mujeres, lo que originó la feria de la salud de la mujer con la intención de hacer conciencia sobre el tema para la generación de políticas para su atención. También se fundó el movimiento infanto juvenil que realiza eventos nacionales como el foro con candidatos a presidente y firma de compromisos, para movilizar la atención en temas de niñez y juventud y promover acción política.

## **6.3.4 Cobertura geográfica**

Acerca de la cobertura geográfica de las ONG miembros de FESIRGUA, solo 6 ONG lo reportaron. Dicha información puede observarse en la siguiente tabla.

## **6.3.5 Perspectivas de la salud reproductiva**

Con el fin de realizar el análisis de las perspectivas en salud reproductiva, se crearon las siguientes categorías: fortalecer institucionalización de salud reproductiva, maternidad sana, ETS, atención infantil, violencia contra la mujer, incidencia en políticas, promoción de servicios sobre salud reproductiva, métodos de planificación familiar, cáncer cérvico uterino, jóvenes y adolescentes, investigación y otros. En el siguiente cuadro se muestra el número de ONG que reportaron tener cada perspectiva.

| <b>Perspectivas</b>                                   | <b>No. ONG</b> |
|---|----------------|
| Fortalecer institucionalización de salud reproductiva | 8              |
| Jóvenes y adolescentes                                | 6              |
| Maternidad sana                                       | 4              |
| Promoción de servicios sobre salud reproductiva       | 3              |
| Métodos planificación familiar                        | 3              |
| Otros   | 3              |
| ETS   | 2              |
| Atención infantil                                     | 2              |
| Incidencia en políticas                               | 2              |
| Violencia contra la mujer                             | 1              |
| Cáncer cérvico uterino                                | 1              |
| Investigación   | 1              |

Fuente: Cuestionario y entrevista a directores, 2004.

Como puede observarse, las perspectivas más referidas fueron: Fortalecer la institucionalización de la salud reproductiva, Joven y adolescente y Maternidad sana. Mientras que las menos referidas fueron: Promoción de servicios sobre salud reproductiva, Métodos de planificación familiar, Enfermedades de transmisión sexual, Atención infantil, Incidencia en políticas, Violencia contra la mujer, Cáncer cérvico uterino, Investigación y Otros.

#### **6.3.5.1 Fortalecer la institucionalización de salud reproductiva**

Fortalecer la institucionalización de salud reproductiva se refirió a mejorar las coberturas y la calidad de los servicios; y realizar coordinación local con MSPAS y otras entidades no gubernamentales de salud para conjuntar esfuerzos que contribuyan al mejoramiento de la salud materna, infantil y familiar.

#### **6.3.5.2 La maternidad sana**

La maternidad sana se refirió a mejorar calidad en atención, reducir morbimortalidad materno-infantil y a construir una casa de salud comunitaria para hospitalización y atención de partos.

#### **6.3.5.3 La promoción de servicios sobre salud reproductiva**

La promoción de servicios sobre salud reproductiva incluyó fortalecer los servicios en varios niveles, incrementar acciones de IEC en comunidades y continuar con educación a la población en edad fértil y jóvenes.

#### **6.3.5.4 Los métodos de planificación familiar**

Los métodos de planificación familiar incluyen brindar servicios de calidad en cuanto a provisión y consejería, incremento del suministro y ofertar métodos naturales en varios niveles de servicios.

#### **6.3.5.5 Las perspectivas en cuanto a enfermedades de transmisión sexual**

Las perspectivas en cuanto a enfermedades de transmisión sexual se refirieron, incluir información y educación en los centros de referencia, fortalecer y ampliar el tema VIH/SIDA, espaciamiento de embarazos, género, autoestima, negociación del uso correcto de condón, doble protección, planificación del embarazo en mujeres VIH+.

#### **6.3.5.6 Las perspectivas en la atención infantil**

Las perspectivas en la atención infantil incluyeron, mejorar la calidad de la atención, reducir la morbimortalidad infantil y brindar servicios de calidad en atención a niños mayores de 5 años.

#### **6.3.5.7 Las perspectivas en incidencia en políticas**

Las perspectivas en incidencia en políticas incluyeron, trabajar con la niñez y juventud para su participación en políticas públicas de la niñez y juventud (derechos de la niñez: salud, educación, maltrato infantil, etc.) y mejorar currícula de educación y formación en salud reproductiva.

#### **6.3.5.8 Las perspectivas en cuanto a la violencia contra la mujer**

Las perspectivas en cuanto a la violencia contra la mujer incluyeron, visibilizar el tema de la violencia intrafamiliar con información y educación, y mejorar en la atención a las víctimas en centros de referencia.

#### **6.3.5.9 Las perspectivas en cáncer cérvicouterino**

Las perspectivas en cáncer cérvicouterino incluyeron, realizar campañas de prevención con promoción en idiomas maternos y español en radios comunitarias y de mayor audiencia departamental.

#### **6.3.5.10 Las perspectivas en investigación**

Las perspectivas en investigación incluyeron, continuar profundizando en factores de riesgo de VIH/SIDA para formular estrategias de prevención.

### 6.3.5.11 Las perspectivas en otros

Finalmente, las perspectivas en otros incluyeron, crear comités de salud y unidades de salud comunitaria gestionadas y administradas por la comunidad y crear un laboratorio químico biológico. También, implementar proyectos de salud reproductiva con la participación del hombre para la salud de las parejas.

## 7. Resultados Generales

### 7.1. Tendencias generales del I taller o grupo focal.

Fue evidente que ciertos temas no fueron expresados por las personas delegadas, entre ellos no se hizo alusión dentro de las ETS al VIH-SIDA, tampoco se hizo referencia a los roles de maternidad y paternidad responsables diferenciados. En el marco de la prevención de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con su ejercicio de su sexualidad y reproducción, no se menciona al aborto. Tampoco se menciona el maltrato de la mujer. En el caso de los hombres, además de autoexcluirse en la definición del tema, en general no se le incorpora por ninguno de los segmentos consultados.

Una generalidad es la débil apropiación de la definición con un enfoque de derechos reproductivos y una baja adjudicación de la propia sexualidad y el reconocimiento de la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura.

Se observó en todos los segmentos una tendencia general de confusión en la definición del concepto salud reproductiva al definirlo con enfatizando en alguno de sus componentes y en algunos casos, muy escuetamente. Lo anterior puede estar señalando la necesidad de realizar un trabajo de discusión y análisis del tema hacia el interior de las organizaciones para alcanzar una visualización del tema actualizada y comprensiva. Para una visualización general de la asociatividad de los componentes y principios con enfoque de derechos en la definición de salud reproductiva por parte de los delegados de FESIRGUA se preparó el cuadro siguiente:

| Cuadro No. 25  |            |             |            |
|--|------------|-------------|------------|
| Tendencia general del concepto de salud reproductiva |            |             |            |
| Taller I   |            |             |            |
| Descripción  | Descriptor | Componentes | Principios |
|  |            |             |            |

|              |                   | 1   | 2   | 3   | 4   | 1  | 2   | 3   |
|--------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|
| Edad         | Joven             | +++ | +/- | -   | +   | +  | -   | +   |
|              | Adulto            | ++  | +   | +/- | ++  | +  | -   | ++  |
| Grupo étnico | Indígena          | +   | +   | -   | ++  | +  | -   | ++  |
|              | Ladino (mujeres)* | ++  | ++  | ++  | ++  | ++ | ++  | ++  |
| Cargo        | Técnico           | +   | +   | -   | ++  | +  | -   | ++  |
|              | Operativo         | ++  | +   | +   | +++ | ++ | +   | +++ |
| Sexo         | Mujer             | +   | ++  | +/- | +++ | +  | +   | +++ |
|              | Hombre            | +/- | +   | +/- | +   | +  | +/- | +   |

+++ muy fuerte; ++ fuerte; + sensible; +/- débil; - ausente.  
 \* Se representó con pocos casos y fueron solo mujeres.  
 Componentes:  
 1. Regular la fecundidad segura y eficientemente;  
 2. Tener y criar hijos e hijas saludables;  
 3. Comprender y disfrutar la propia sexualidad;  
 4. Permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con su ejercicio de su sexualidad y reproducción.  
 Principios:  
 1. Respetar la libertad de elección de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre le número, espaciamiento y calendario de los nacimientos;  
 2. Aceptar los vínculos con la sexualidad, reconociendo la importancia para las personas una vida sexual y segura;  
 3. Incorporar el contexto cultural y socioeconómico que es concebido como inseparable de la salud reproductiva (roles sociales y familiares de hombres y mujeres; acceso a la información, educación, recursos materiales y financieros, y a los servicios de salud).

Adicionalmente a las tendencias mostradas, el cuadro anterior nos refleja que los componentes sobre “Regular la fecundidad segura y eficientemente” y “Permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción” son los contenidos predominantes en la definición de salud reproductiva en el seno de FESIRGUA. El principio de “Incorporar el contexto cultural y socioeconómico que es concebido como inseparable de la salud reproductiva (roles sociales y familiares de hombres y mujeres; acceso a la información, educación, recursos materiales y financieros, y a los servicios de salud)” es el más fuertemente asociado con la salud reproductiva.

Desde el ángulo de los segmentos de población planteados, el “segmento hombre”, se muestra con la mayor debilidad en el manejo de una definición comprensiva desde los derechos reproductivos; el “segmento operativo” se presenta como el de mayor fortaleza. Se destaca el “segmento ladino (mujer)” como el más consistente en la asociación de todos los componentes y principios de la definición de salud reproductiva desde los derechos.

## 7.2. Tendencia General de los grupos de jóvenes

Los temas aborto, VIH-SIDA, roles de maternidad y paternidad responsables diferenciados, abuso sexual, capacidad de negociación, no fueron expresados por las personas consultadas. Tampoco se menciona el maltrato de la mujer.

Se observó en todos los segmentos una tendencia general de confusión en la definición del concepto salud reproductiva al definirlo enfatizando en alguno de sus componentes y en la mayoría de los casos, muy brevemente. En general, se

percibe una falta de asociación de los componentes y los principios de la salud reproductiva desde la perspectiva de los derechos. Una porción mayor de las personas consultadas expresó conceptos relacionados con la salud e higiene, o el ciclo de vida, sin aludir a la sexualidad humana, este tipo de alusión fue más evidente en el segmento de hombres y mujeres adolescentes.

Para una visualización general de la asociatividad de los componentes y principios con enfoque de derechos en la definición de salud reproductiva por parte de los y las jóvenes consultadas se preparó el cuadro siguiente:

| <b>Cuadro No. 26</b>  |                    |          |          |          |                   |          |          |
|---|--------------------|----------|----------|----------|-------------------|----------|----------|
| <b>Tendencia general del concepto de salud reproductiva</b>   |                    |          |          |          |                   |          |          |
| <b>Consulta con jóvenes</b>   |                    |          |          |          |                   |          |          |
| <b>Descriptor</b>   | <b>Componentes</b> |          |          |          | <b>Principios</b> |          |          |
|   | <b>1</b>           | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>1</b>          | <b>2</b> | <b>3</b> |
| Mujer adolescente   | +/-                | +/-      | -        | +/-      | +/-               | -        | -        |
| Hombre adolescente  | -                  | -        | +/-      | +/-      | -                 | -        | -        |
| Mujer adulta  | +/-                | +/-      | +/-      | +/-      | +/-               | +/-      | +/-      |
| Hombre adulto   | +/-                | +/-      | +/-      | +/-      | +/-               | +/-      | +/-      |
| +++ muy fuerte; ++ fuerte; + sensible; +/- débil; - ausente.<br>* Se representó con pocos casos y fueron solo mujeres.<br>Componentes:<br>1. Regular la fecundidad segura y eficientemente;<br>2. Tener y criar hijos e hijas saludables;<br>3. Comprender y disfrutar la propia sexualidad;<br>4. Permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con su ejercicio de su sexualidad y reproducción.<br>Principios:<br>1. Respetar la libertad de elección de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre le número, espaciamiento y calendario de los nacimientos;<br>2. Aceptar los vínculos con la sexualidad, reconociendo la importancia para las personas una vida sexual y segura;<br>3. Incorporar el contexto cultural y socioeconómico que es concebido como inseparable de la salud reproductiva (roles sociales y familiares de hombres y mujeres; acceso a la información, educación, recursos materiales y financieros, y a los servicios de salud). |                    |          |          |          |                   |          |          |

El cuadro anterior nos refleja una tendencia general al desconocimiento comprensivo del tema de salud reproductiva por lo adolescentes. El componente sobre “Permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción” es el contenido predominante en la definición de salud reproductiva para los consultados. Los principios de “aceptar los vínculos con la sexualidad, reconociendo la importancia para las personas una vida sexual y segura” e “Incorporar el contexto cultural y socioeconómico que es concebido como inseparable de la salud reproductiva (roles sociales y familiares de hombres y mujeres; acceso a la información, educación, recursos materiales y financieros, y a los servicios de salud)” son los más débilmente asociados con la salud reproductiva.

El “segmento hombre adolescente”, se muestra con la mayor debilidad en el manejo de una definición comprensiva de la salud reproductiva; los “segmentos mujer adulta y hombre adulto” se presentan con un mejor dominio de la argumentación pero aún así muestran debilidad en su conceptualización de salud

reproductiva. Lo anterior confirma supone una tendencia a un aprendizaje mayor pero con deficiencias en los jóvenes adultos con relación a los adolescentes.

### 7.3 Tendencia general en las mujeres lideresas con práctica política en el marco de la salud reproductiva

Las mujeres lideresas tienden a desconocer la Política Nacional de Salud Reproductiva y a invisibilizar en su discurso la importancia del tema. En la acción planificada tienen contemplado realizar actividades informativas sobre salud reproductiva. Una de las organizaciones, de comadronas, tiene una mayor relación con la atención, consejería y manejo de métodos de espaciamiento de embarazos. La gestión de las políticas públicas en salud reproductiva se encuentra centralizada en las organizaciones de mujeres en la capital con poca participación de las organizaciones de los departamentos. La Coordinadora muestra un posicionamiento en el municipio y ha alcanzado la meta de constituir la Secretaria Municipal de la Mujer en la cabecera del departamento.

### 7.4. Tendencia general entre la práctica de salud reproductiva y las perspectivas en las ONG

| Cuadro No. 27   |                                   |        |         |      |        |     |     |        |     |     |           |      |
|---|-----------------------------------|--------|---------|------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|-----------|------|
| Actividades de salud reproductiva de las ONG miembros de FESIRGUA |                                   |        |         |      |        |     |     |        |     |     |           |      |
| ONG   | Actividades de salud reproductiva |        |         |      |        |     |     |        |     |     |           |      |
|   | 1                                 | 2      | 3       | 4    | 5      | 6   | 7   | 8      | 9   | 10  | 11        | 12   |
| ASECSA  | S/D                               | S/D    | S/D     | S/D  | S/D    | S/D | S/D | S/D    | S/D | S/D | S/D       | S/D  |
| PIES  | P                                 | CE     | CP      | DT   | PAP    |     | CM  | CO, P  |     |     | SR, COyP  |      |
| Renacimiento  | P                                 | CE     | CP      | C    | C      |     |     |        |     |     |           |      |
| CDRO  |                                   | CE, CG | CP, EQV | DT   | PAP    |     | CM  | P      |     |     |           |      |
| BELEJEB BATZ  | ES                                |        | CP      | CVIH | C, PAP | C   |     | H      | PS  | EP  | HPF       |      |
| IDEI  | ES                                |        | CP      | CVIH | PAP    |     |     | CO     |     | M   | VIH, LBDN | G, M |
| El Recuerdo   | P                                 | SB     |         |      |        |     | CM  |        |     |     |           |      |
| SHARE   | P                                 | CE, CN |         |      |        |     |     |        |     |     |           |      |
| RIXIN TINIMIT   | P                                 | CE     | CP      | C,DT |        |     | CM  | ES, SR |     |     |           |      |

1. Promoción de servicios sobre SR; 2. Maternidad sana; 3. Métodos PF; 4. ETS; 5. Cáncer cérvico uterino; 6. Cáncer de mama; 7. Atención infantil; 8. Capacitación; 9. Asistencia técnica; 10. Violencia contra la mujer; 11. Investigación; 12. Incidencia en políticas. P: Promoción, ES: Educación sexual; CE: Control de embarazo, CG: Consulta Ginecológica; SB: Servicios Básicos, CN: Consejería en nutrición; CP: Consejería y provisión de métodos; EQV: Esterilización quirúrgica voluntaria; DT: Detección y tratamiento, C: Campañas de prevención, CVIH: Consejería en VIH; PAP: Realización de examen papanicolau, C: Campañas de prevención; CM: Consulta médica; CO y P: Comadronas y promotores sobre riesgo obstétrico, parto normal, anticoncepción, cáncer cervical; H: Hombres en importancia de control del embarazo en la mujer; ES: Educación sexual. SR: Salud reproductiva; PS: Paquete y servicio de asistencia técnica en salud reproductiva; EP: Se ejecutó proyecto de violencia doméstica, M: Modulo de autoestima y género para mujeres; HPF: Incorporación del hombre en la planificación familiar, VIH: Componentes de alto riesgo en población migrante mam, LBDN: Línea basal sobre derechos de la niñez y salud reproductiva en institutos; G: Grupo 28 de mayo y M: Movimiento infanto juvenil.

Fuente: Cuestionario y entrevista a directores, 2004.

**Cuadro No. 28**  
**Perspectivas en salud reproductiva de las ONG miembros de FESIRGUA**

| ONG                  | Perspectivas en salud reproductiva |     |        |         |     |     |        |      |     |     |          |        |
|----------------------|------------------------------------|-----|--------|---------|-----|-----|--------|------|-----|-----|----------|--------|
|                      | 1                                  | 2   | 3      | 4       | 5   | 6   | 7      | 8    | 9   | 10  | 11       | 12     |
| <b>ASECSA</b>        | S/D                                | S/D | S/D    | S/D     | S/D | S/D | S/D    | S/D  | S/D | S/D | S/D      | S/D    |
| <b>Renacimiento</b>  | F                                  | FC  | MA, RM |         |     |     | MA, RM | E    |     |     |          |        |
| <b>PIES</b>          | F                                  |     |        |         | I   |     |        | E, A | IEA |     | C, CP, T |        |
| <b>CDRO</b>          | F                                  | IC  | CS     | IS, OMN |     | CP  |        | CA   |     |     |          | Co, LC |
| <b>BELEJEB BATZ</b>  | F                                  |     |        | CP      |     |     |        | T    |     |     |          |        |
| <b>IDEI</b>          |                                    |     | BS     | BS      | FC  |     | BS5    | CA   |     | VIH | NJ       |        |
| <b>El Recuerdo</b>   | M                                  |     |        |         |     |     |        |      |     |     | E        |        |
| <b>SHARE</b>         | CL                                 | E   | C      |         |     |     |        |      |     |     |          |        |
| <b>RIXIN TINIMIT</b> |                                    |     |        |         |     |     |        | FSR  |     |     |          | PH     |

1. Fortalecer institucionalización de SR, 2. Promoción de servicios sobre SR, 3. Maternidad sana, 4. Métodos PF, 5. ETS, 6. Cáncer cérvico uterino, 7. Atención infantil, 8. Jóvenes, 9. Violencia contra la mujer, 10. Investigación, 11. Incidencia en políticas, 12. Otros. F: fortalecimiento institucional, M: mejorar coberturas y calidad de servicio, C: coordinaciones locales con varias entidades para mejorar la salud materna infantil y familiar; FC: Fortalecer a nivel comunitario, IC: Incrementar acciones en comunidades, E: educación a población en edad fértil y jóvenes; MA: mejorar atención, RM: reducir morbimortalidad materno infantil, CS: casa de salud comunitaria para hospitalización y atención de partos; BS: brindar servicios de calidad en atención; C: Continuar con atención en comunidades rurales; IS: incremento del suministro, OMN: oferta de métodos naturales, CP: continuar consejería y provisión, BS: brindar servicios de calidad en métodos; I: incluir en información y atención, FC: fortalecer consejería; CP: campaña de prevención en radio; BS5: brindar servicios de calidad en mayores de 5 años; A: atención; CA: creación del centro de atención, T: trabajo con adolescentes y jóvenes, FSR: fortalecer programa de salud reproductiva; IEA: incluir violencia intrafamiliar en promoción y atención; VIH: Continuar en factores de riesgo VIH/SIDA para formular estrategias de prevención; NJ: Niñez y juventud con participación en políticas públicas; E: Mejorar currícula de educación; Co: Comités de salud y unidades de salud comunitaria gestionadas y administradas por la comunidad, LC: Laboratorio clínico biológico y PH: participación del hombre en proyectos de salud reproductiva de la pareja.  
**Fuente: Cuestionario y entrevista a directores, 2004.**

Luego del análisis de las acciones que actualmente están realizando las ONG de FESIRGUA y su propuesta de perspectivas, vemos una variación importante. En el caso de las acciones se visualizan la promoción de servicios, la maternidad sana, los métodos de PF, la ETS, la prevención del cáncer cervical y la capacitación como líneas fuertes de acción y de experiencia adquirida. En cambio, se proponen únicamente tres ejes en las perspectivas, el fortalecimiento de la institucionalización de la salud reproductiva, realizar trabajo con jóvenes y adolescentes y maternidad sana.

Los temas de investigación, participación del hombre, cáncer mamario y organización no se visualizaron del todo o solo mínimamente en las perspectivas de las ONG (Véanse, los Cuadros Nos. 27 y 28).

## Capítulo V. La “imagen-objetivo” de la salud reproductiva de la FESIRGUA, apuntes para su desarrollo

El reto de realizar un estudio para definir la “imagen-objetivo desde FESIRGUA de la salud reproductiva en Guatemala” llevó inicialmente a la búsqueda de datos para determinar encuadres cuantitativos y así voltear la acción a mejorar índices de morbi-mortalidad utilizando para ello las estrategias conocidas basadas en la eficacia y eficiencia.

El enfoque cuantitativo<sup>18</sup> es suficiente para aquellas entidades que se especializan en la ejecución de propuestas —generalmente elaboradas desde la cooperación internacional y aceptadas por los gobiernos de turno— pero no suficiente para la misión de FESIRGUA. Conforme las entrevistas individuales y focales se fueron realizando, el eje de análisis fue girando hacia el derrotero de la política pública en el tema, tanto en el plano nacional como internacional. Este seguimiento al proceso de gestión de una política social, primero que reconozca los problemas y luego, que enmarque la acción institucional y social hacia su solución proveyó de los elementos para orientar la definición de “imagen-objetivo” de una manera dinámica y procesal más allá de una mera fotografía elaborada con indicadores cuantitativos.

La “imagen-objetivo” de la FESIRGUA para la salud reproductiva en Guatemala y de alguna manera, extensiva al conjunto de las organizaciones de la sociedad civil y de la sociedad, se constituye en un proceso gradual en el cual el conjunto social va asumiendo el concepto en su versión actual, que enfoca el tema de los derechos como su eje neutral. Este proceso tiene necesariamente que recorrer vías conflictivas en las cuales las posiciones de diversos actores hacen colisión, derivando en resultados constructivos que hacen avanzar o en resultados conservadores que llaman a sostener interpretaciones rígidas y pretéritas de la reproducción, la salud y la sexualidad. Los resultados dependen, obviamente, de la capacidad argumentativa, deliberativa y de legitimidad social de los que promueven el cambio frente a la fuerza de la tradición patrimonial que impera en el sector hegemónico de poder en Guatemala.

Para avanzar en el proceso, una estrategia metodológica importante a considerar se refiere a la noción de salud reproductiva. La noción de salud reproductiva en sí misma, ha sido objeto de transformación desde su aparición en los años ochenta. Esto hace necesario que exista en el conjunto de la dirección o conducción de FESIRGUA un conocimiento no sólo de la discusión que amerita la noción sino también, ubicar esta discusión en dos planos: en la historia reciente de las conferencias y cumbres mundiales relacionadas a los diversos tópicos sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales, y; en la historia reciente del país, en la cual, el proceso de transición hacia la democracia y la reconfiguración del poder económico-político con iluminación globalizadora son ejes que repercuten en

---

<sup>18</sup> Las encuestas materno-infantiles realizadas en Guatemala se reconocen como referentes obligados y muy valiosos para comprender y realizar el trabajo de salud reproductiva.

lo que se haga o deje de hacer en términos de salud reproductiva. La salud reproductiva se entiende ligada al todo estructural de los países por lo que, obligadamente para comprenderla, la conducción de FESIRGUA necesita de una actitud proactiva hacia lo político para buscar la colocación del tema dentro de las prioridades de la agenda nacional.

En el componente operativo, la FESIRGUA como confluencia institucional de intereses sobre salud reproductiva que aspira a ponerse a la vanguardia del proceso de gestión de política pública para alcanzar una salud reproductiva equitativa y humana, debe establecer una estrategia que de cuenta de procesos diferenciados pero acumulativos en el entorno social y político, en su estructura organizativa, y en su campo de acción y cobertura.

En el entorno de la política pública en el tema de salud reproductiva, los diferentes informantes clave entrevistados visualizan para el futuro cercano un retroceso de los avances alcanzados en el tema hasta hoy. Como se señaló en el apartado inicial, Guatemala tiene el marco legislativo y político más desarrollado de Centroamérica, alcanzado durante la anterior gestión gubernamental. La Política Nacional de Desarrollo Social y de Población, así como el Programa Nacional de Salud Reproductiva se constituyen en un marco político y programático, que como lo reconocieron las mismas ONG de FESIRGUA, se necesita profundizar y desarrollar. La FESIRGUA tiene en este marco legal y político una oportunidad para realizar acciones orientadas hacia que el actual gobierno lo asuma dentro sus acciones prioritarias y por otro lado, tiene la oportunidad de participar en la construcción de la operacionalización aportando su amplia experiencia para la realización de métodos, instrumentos, indicadores y, finalmente, contribuir con una estrategia de intervención conjunta de FESIRGUA<sup>19</sup>.

La FESIRGUA tendrá que desarrollar un esfuerzo institucional sostenido para asentar una concepción de salud reproductiva en la que se reflejen plenamente las diferentes organizaciones que la componen y en toda la estructura organizativa de cada una de ellas. Se entiende por lo sucedido durante el presente estudio, que las organizaciones están supeditadas al financiamiento externo y este a su vez –como está ampliamente documentado–, tiene su propia agenda. Esta relación ONG-cooperación genera una determinación política del entorno a FESIRGUA. Conocer ese entorno político de la cooperación es otra de las tareas a realizar. La discusión interna de FESIRGUA es una necesidad para generar su propia agenda vinculada a la evolución constructiva del proceso de la salud reproductiva en Guatemala. De otra manera, el activismo ejecutor de agendas ajenas será el derrotero de las organizaciones miembros de FESIRGUA.

La FESIRGUA en el conjunto de sus organizaciones tiene un caudal acumulado de experiencia en diversidad de temas de la salud reproductiva. En esta

---

<sup>19</sup> Se propone un proyecto piloto donde área, cobertura y acciones sean coordinadas de manera multinstitucional desde las organizaciones de FESIRGUA en convenio con el MSPAS para áreas con altos indicadores de morbilidad y mortalidad neonatal y materna.

perspectiva, la FESIRGUA deberá realizar una valoración crítica de dicha experiencia y mediante una estrategia de especialización por organización, desarrollar todo su potencial. Como se demuestra en el estudio realizado —que puede haber pasado por alto muchas otras prácticas— el conjunto de las ONG cubren casi la totalidad de los temas componentes de la salud reproductiva (Véanse, Cuadros Nos. 27 y 28). Amerita, que las organizaciones piensen en la posibilidad de llegar a un acuerdo interinstitucional de especialización y así, eficientar los recursos, potenciar el conocimiento, las metodologías y las prácticas en el marco de la multiculturalidad del país.

Finalmente, en el planteamiento de una estrategia diferenciada en la cual la discusión sobre qué es salud reproductiva es una de todas (escuchando a los especialistas que siguen en esta tarea<sup>20</sup>), se propone avanzar en el proceso de constitución de la salud reproductiva en Guatemala:

- Incorporando el enfoque de derechos a la salud sexual y reproductiva, como se propuso para el análisis metodológico.
- Asumiendo críticamente la Política Nacional de Desarrollo Social y de Población así como el Programa Nacional de Salud Reproductiva, ambos como el marco político y programático respectivamente.
- Definiendo un proyecto conjunto de cobertura con especializaciones coordinadas entre las ONG. El primero deberá atender un área piloto en donde además de resolver los problemas de salud reproductiva se aporte a la construcción de métodos, instrumentos e indicadores de segundo orden o de proceso.
- Es muy importante, generar alianzas con otras organizaciones de la sociedad civil y un acuerdo de cooperación de doble vía con el MSPAS.
- Lo anterior lleva paralelamente una tarea de, insertar a FESIRGUA en los principales foros nacionales e internacionales sobre salud reproductiva

La FESIRGUA no tiene la tarea de resolver la problemática nacional de salud reproductiva pero sí aportar a desarrollar el marco político y programático con buenas prácticas y mejores propuestas. Todo lo anterior, hace de la imagen-objetivo de la salud reproductiva un reto de organización, estructuración, fortalecimiento institucional, cobertura con calidad, alianzas sinérgicas internas, alianzas cooperativas externas, y cooperación de doble vía con el Estado.

Quetzaltenango, 28 de junio de 2004

---

<sup>20</sup> Se reconoce como una de las virtudes del concepto salud reproductiva el aglutinar una serie de actividades que han permanecido dispersas como lo son: la salud materno-infantil, lactancia, el cáncer cervicouterino, las ETS, los métodos de PF, el VIH/SIDA, el embarazo adolescente, el aborto, paternidad, abuso sexual, violencia intradoméstica, etc.

### Referencias citadas

- CEDPA. (2000). Género, salud reproductiva: defensa y promoción. Manual de capacitación. Washington, D.C. E.U.A. Pp. 257.
- Congreso de la República de Guatemala. (2001). Ley de Desarrollo Social. Decreto No. 42-2001. Guatemala.
- Congreso de la República de Guatemala. (2002). Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Decreto Número 11-2002.
- Congreso de la República de Guatemala. (2002). Ley del SIDA. Decreto Número 27-2002.
- Family Care International. (2000). Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva. New York. U.S.A. Pp: 22.
- FERSIGUA. (2002). Plan estratégico 2002-2006. Guatemala. Pp. 5.
- Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres. (2004). Intervenciones prioritarias en salud integral de las mujeres y la niñez, incluyendo la salud reproductiva: Una propuesta desde la SC para ser incorporada en el Plan Nacional de Salud 2004-2006. S/p.
- Instancia Nacional de Salud. (2003). Portadores de sueños: Pensamientos y acciones en salud. Magna Terra Editores. Guatemala. Año 2, número 5. Pp. 24.
- Krueger, R.;Casey, M.;Donner, J.;Kirsch, S.; Maack, J. (2001). Social Analysis: selected tools and techniques. Social Development Papers. Banco Mundial. No. 36, junio. Washington D.C., USA. Pp: 87.
- MSPAS. (2001). Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. Pp. 44.
- MSPAS-PNSR. (2002). Lineamientos y normas de salud reproductiva. Guatemala. Pp. 99.
- MSPAS-INE, et. al. (2003). Encuesta de Salud Materno Infantil (Mujeres) 2002. Guatemala. Pp. 295.
- MSPAS-INE, et. al. (2003)a. Encuesta de Salud Materno Infantil (Hombres) 2002. Guatemala.. Pp. 238.
- MSPAS-PNSR. (2003). Borrador acuerdo ministerial reglamento programa nacional de salud reproductiva. Guatemala. S/p.
- MSPAS-PNSR. (2003)a. Guías nacionales de salud reproductiva. Guatemala. Pp. 70.
- MSPAS-PNSR. (2003)b. Informe Final: Línea Basal de la Mortalidad Materna para el año 2000. Pp. 96.
- MSPAS-PNSR. (2003)c. Informe nacional de salud reproductiva. Guatemala. Pp. 26.
- MSPAS-PNSR. (2003)d. Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Guatemala. Pp. 25.
- MSPAS-PNSR. (2003)e. Lineamientos nacionales para la prevención y control del cáncer del cuello uterino. Guatemala. Pp. 57.
- MSPAS-PNSR. (2003)f. Programa nacional de salud reproductiva: Documento marco. Guatemala. Pp. 25.
- MSPAS-PNSR. (2003)g. Protocolos de salud reproductiva. Guatemala. Pp. 162.
- Naciones Unidas. (2000). Declaración del milenio. Pp. 10.  
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>
- Naciones Unidas. (1995). Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social. Copenhague, Dinamarca. Versión electrónica disponible en:  
[www.socwatch.org.uy/1999/esp/documentos/informe\\_Copenhague.htm](http://www.socwatch.org.uy/1999/esp/documentos/informe_Copenhague.htm)
- Naciones Unidas. (1994). Cumbre Internacional sobre Población y desarrollo. Cairo, Egipto. Versión electrónica disponible en:  
[www.unfpa.un.hn/Pdfs/documentos\\_clave/cipd.pdf](http://www.unfpa.un.hn/Pdfs/documentos_clave/cipd.pdf)

- OMS. (2002). Making decisions about Contraceptive Introduction: A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. Switzerland. Pp. 120.
- OMS-OPS. (2002). Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana. Washigton, USA. Pp. 72.
- OPS. (1998). 25.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 50.a sesión del Comité Regional. USA. Pp. 24.
- Salles, V; Tuirán, R. (2001). El discurso de la Salud Reproductiva: ¿Un nuevo dogma? En: Stern, C; Figueroa, J. Coords. Sexualidad y Salud Reproductiva: avances y retos para la investigación. El Colegio de México. Pp: 93-113.
- SEGEPLAN-Secretaría Técnica del Gabinete Social (1997b). Búsqueda de Consensos en Salud Reproductiva: Conteniendo el espectro de visiones en salud reproductiva en Guatemala. Guatemala. Pp. 47.
- SEGEPLAN (2001). Informe Final Mapas de Pobreza. Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia de la República de Guatemala. Gobierno de Guatemala. Pp: 53.
- Rodríguez, Alicia; Jayes, Ana. (2001). Guatemala Beijing: Caminando hacia la equidad: el marco jurídico-político de los compromisos internacionales del Estado con las guatemaltecas. Comité Beijing. Guatemala. Guatemala. Pp. 475.
- Rodríguez, Alicia (Comp.). (2002). Guatemala Beijing: Plataforma para la acción mundial. Comité Beijing Guatemala. Guatemala. Pp. 171.
- Rodríguez, Alicia (Coord.). (2001)b. Guatemala Beijing + 5: Aproximación a la verificación del cumplimiento por parte del Estado de Guatemala de los compromisos contraídos en Beijing, 1995. Guatemala. Pp. 95.
- SEGEPLAN. (2000). Matriz de Política Social 2000 – 2004. Guatemala.
- SEGEPLAN. (2002). Política de Desarrollo Social y Población. Guatemala. Pp. 60.
- SEGEPLAN. (2003). Política de Desarrollo Social y Población: Informe anual 2003. Guatemala. Pp. 51.
- SNUG. (2002). Guatemala: Desarrollo humano, mujeres y salud. Guatemala. Pp. 439.

### **Referencias consultadas**

- Banco Mundial. ( 2001). Salud Reproductiva Rural en la Argentina. Pp. 141.
- Banco Mundial. ( 2001). Informe sobre el desarrollo rural 2000/2001: Lucha contra la pobreza. Estados Unidos. Pp. 16.
- Gragnolati, M; Marini, A. (2003). Health and poverty in Guatemala. World Bank. Pp. 56.
- OPS. (2003). Género, salud y desarrollo en las Américas: Folleto estadístico. Washington, EE.UU. S/p.
- SEGEPLAN-Secretaría Técnica del Gabinete Social (1997). Búsqueda de Consensos en Salud Reproductiva: memoria del taller de socialización de los resultados de la consulta. Quetzaltenango, Guatemala. S/p.

### **Sitios electrónicos de interés:**

Conferencias y eventos de ONU:  
<http://www.un.org/spanish/conferences/conferences.htm>

## Anexos

### Listado de personas entrevistadas:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Dr. Diego Manrique            | Jefe del Area de Salud de Quetzaltenango                             |
| Dr. Jaime Gómez               | Viceministro técnico de Salud  |
| Dra. Sandra de León           | Centro de Salud de San Juan Ostuncalco                               |
| Dr. Ariel Díaz                | Centro de Salud de Momostenango                                      |
| Lcda. Thelma Suchí            | Belejeb Bat´z  |
| Dr. Edgar Hidalgo             | Coordinador ENSMI-INE-CDC  |
| Dr. Roberto Santizo           | Coordinador PNSR   |
| Dr. José Adán Montes Figueroa | Unidad técnica salud familiar y comunitaria OPS-OMS                  |
| Dr. Daniel Frade              | Consultor nacional materno-infantil OPS-OMS                          |
| Dra. Karin Slowing            | SNUG   |
| Dra. Angélica Bixcul          | Asesora en participación comunitaria de Calidad en Salud             |
| Dra. Aura Pisquiy             | Directora PIES de Occidente  |
| Lic. Rafael Gallegos          | PIES de Occidente  |
| Dr. Gonzalo Ball              | Coordinador de FESIRGUA  |
| Sr. Luis Prieto               | INS  |
| Lcda. Lidia Sac               | IDEI   |
| Lic. Bécquer Chocoj           | Director de relaciones internacionales de CONJUVE                    |
| Sra. Julia Zum de Quemé       | AMUTED   |
| Sra. Claudia Méndez           | AMUTED   |
| Licda. Aura Marina            | Foro de la Mujer región 2  |
| Sra. Delfina García           | Foro de la Mujer región 2  |
| Sra. Mirna de León            | Foro de la Mujer región 2  |
| Sra. Luisa Chay               | Pastoral de la Mujer   |
| Sra. Clara Luz Lepe Zamora    | Coordinadora de Comadronas tradicionales de Quetzaltenango. Área Mam |
| Sra. Cecilia Pérez            | Coordinadora de Comadronas tradicionales de Quetzaltenango. Área Mam |
| Sra. Sara Arias               | delegada de UNAMG-Quetzaltenango                                     |

### Entrevistas electrónicas:

|                      |   |
|----------------------|---|
| Dra. Graciela Puebla | Secretaria UNFPA-Cuba   |
| Dr. Abelardo Morales | FLACSO-Costa Rica   |
| Dr. Bremen de Mucio  | Encargado de la unidad Mujeres y Niñez del Hospital Pereira Uruguay |