

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

ANÁLISIS SOCIOJURÍDICO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIANA LISSETTE DE LEÓN RODAS



GUATEMALA, MARZO DEL AÑO 2009

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

ANÁLISIS SOCIOJURÍDICO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

DIANA LISSETTE DE LEÓN RODAS

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, marzo de 2009.

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: Lic. Bonerge Amilcar Mejía Orellana.
VOCAL I: Lic. César Landelino Franco López.
VOCAL II: Lic. Gustavo Bonilla.
VOCAL III: Lic. Erick Rolando Huitz Enríquez.
VOCAL IV: Br. Marco Vinicio Villatoro López.
VOCAL V: Br. Gabriela María Santizo Mazariegos.
SECRETARIO: Lic. Avidán Ortiz Orellana.

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera Fase:

Presidente: Lic. Otto Marroquín Guerra.
Vocal: Lic. Emilio Enrique Pérez Marroquín.
Secretaria: Licda. Marisol Morales Chew.

Segunda Fase:

Presidente: Lic. Gustavo Adolfo Cárdenas Díaz.
Vocal: Licda. Norma González Dubón.
Secretaria: Licda. Dora René Cruz Navas.

RAZON: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis” (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Exámen General Público).

DORIS LUCRECIA ALONSO HIDALGO

**Abogada y Notaria
Colegiado 6398**



Guatemala, 18 de octubre de 2007

**Licenciado
Marco Tulio Castillo Lufín
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad Universitaria
Guatemala**



Respetable Licenciado Castillo:

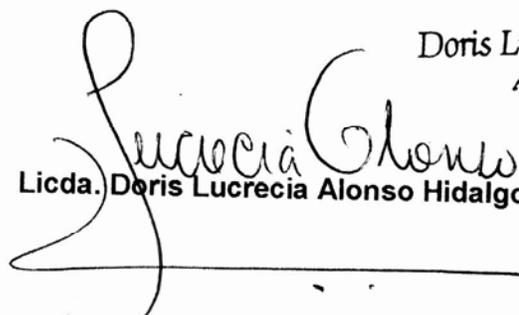
De acuerdo con el nombramiento emitido por esa Jefatura, el día dieciséis de agosto de dos mil siete, en el que se me faculta para que como Asesora pueda realizar modificaciones que tengan por objeto mejorar el trabajo de investigación de la Bachiller **DIANA LISSETTE DE LEON RODAS**, intitulado "**ANÁLISIS SOCIOJURÍDICO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**", procedo a emitir el siguiente dictamen:

Del trabajo de tesis presentado por la Bachiller **Diana Lissette De León Rodas**, se establece que el trabajo de investigación realizado contribuye grandemente y de una manera técnica y científica con los estudiosos del derecho guatemalteco, toda vez que constituye una garantía constitucional por la cual el Estado tiene como fin primordial la protección del derecho a la vida desde su concepción.

El presente trabajo de Tesis cumple con todos los requisitos exigidos por la reglamentación universitaria vigente, en esencial lo establecido en el artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis previo a optar al título de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, así como del Examen General Público. Se concluye indicando que la Bachiller **Diana Lissette De León Rodas**, en su trabajo de investigación ha utilizado la metodología pertinente, y la forma de redacción ha sido clara y práctica para la fácil comprensión del lector.

En tal virtud como Asesora, emito mi **DICTAMEN FAVORABLE** para que el presente trabajo de tesis de la Bachiller **Diana Lissette De León Rodas** continúe su trámite.

Doris Lucrecia Alonso Hidalgo
Abogada y Notaria


Licda. Doris Lucrecia Alonso Hidalgo

7ª. Avenida 3-74 Zona 9, Edificio "74", 7º. Nivel, Oficina 700
Guatemala, Centroamérica
Teléfonos 2331 9042, 2332 4494 y 2334 0088. Fax: 2331 4655
lucrecia_alonsodeorellana@hotmail.com



UNIDAD ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, diecinueve de noviembre de dos mil siete.

Atentamente, pase al (a la) LICENCIADO (A) EDDY GIOVANNI ORELLANA DONIS, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (de la) estudiante DIANA LISSETTE DE LEÓN RODAS, Intitulado: "ANÁLISIS SOCIOJURÍDICO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR".

Me permito hacer de su conocimiento que está facultado (a) para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título de trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente debe hacer constar el contenido del Artículo 32 del Normativo para el Examen General Público, el cual dice: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes".

LIC. MARCO TULIO CASTILLO LUTÍN
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS

cc.Unidad de Tesis
MTCL/sllh

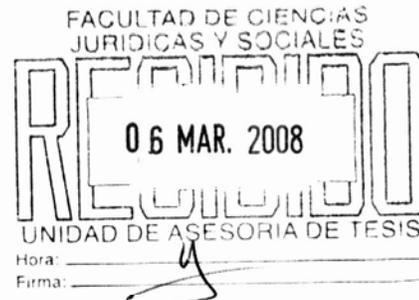


Lic. Eddy Giovanni Orellana Donis
Abogado y Notario
7ª. Av. 3-74 Zona 9 Edificio "74" Oficina 700
TEL. 23340088, 23319042, 23324494



Guatemala, 27 de Noviembre de 2007.

Licenciado
Marco Tulio Castillo Lutín
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad De San Carlos De Guatemala
Su despacho.



Licenciado Castillo Lutín:

De acuerdo con el nombramiento emitido por esa jefatura, el día 19 de Noviembre de 2007, en el que se dispone nombrarme como Revisor del trabajo de tesis de la bachiller **DIANA LISSETTE DE LEÓN RODAS**, lo cual rindo el siguiente dictamen: El trabajo de tesis presentado por la bachiller **DIANA LISSETTE DE LEÓN RODAS**, se intitula "**ANÁLISIS SOCIOJURÍDICO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**".

De la revisión practicada, se establece que el trabajo contiene contribución de forma técnica y científica a estudiosos del Derecho Guatemalteco, además la técnica de investigación utilizada fue de carácter documental- bibliográfico, así como consultas de Derecho comparado.

La presente tesis cumple con todos los requisitos exigidos por la reglamentación universitaria vigente, en esencial lo establecido en el artículo 32 del Normativo para la elaboración de Tesis de Graduación para optar al título de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, quien ha manejado la metodología pertinente, así como la redacción ha sido clara y práctica para la fácil comprensión del lector.

En tal virtud y después de haber satisfecho las exigencias del suscrito revisor, emito mi **DICTAMEN FAVORABLE** para que el presente trabajo de tesis de la bachiller **Diana Lissette de León Rodas**, continúe su trámite, a efecto se ordene la impresión del mismo y se señale día y hora para su discusión en el correspondiente examen público.



Lic. Eddy Giovanni Orellana Donis
Colegiado 4,940



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.

Guatemala, doce de enero del año dos mil nueve.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante DIANA LISSETTE DE LEÓN RODAS, Titulado ANÁLISIS SOCIOJURÍDICO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Artículo 31, 33 y 34 del Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.-

CMCM/sllh



DEDICATORIA

- A Dios y al Sagrado Corazón de Jesús:** Por bendecirme, renovar cada día mis fuerzas y permitirme alcanzar mis sueños.
- A mi madre:** Olivia Berenice Rodas Andrade por todo su amor, apoyo y comprensión.
- A mis abuelos:** Papá, José Augusto Rodas Ralon y Josefa Elizabeth Andrade Reyes, gracias por su protección y el amor que me han demostrado.
- A mis tíos:** Augusto Jordán, Héctor Salomón y Joaquín Rodas Andrade por su ejemplo a Seguir.
- A mis primos:** Ana Cecilia, Héctor Augusto y Ricardo Adrián, con cariño.
- A:** Mi familia en general y amistades con especial aprecio.
- A:** La Tricentenario Universidad de San Carlos de Guatemala y en especial a la Gloriosa Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

ÍNDICE

Pág.

Introducción.....	i
-------------------	---

CAPÍTULO I

1.La planificación familiar.....	1
1.1 Que es la planificación.....	1
1.2 La planificación familiar.....	1
1.3 Reseña histórica de la planificación familiar.....	3
1.4 Enfoque de la natalidad a través de la historia de diferentes culturas.....	4
1.5 Diferencia entre planificación familiar y control de la natalidad.....	6
1.6 Instituciones que brindan servicios de planificación familiar en Guatemala.....	9
1.7 Métodos modernos de planificación familiar utilizados a nivel mundial.....	12
1.8 Aspectos sociales a favor de la planificación familiar.....	30
1.8.1 La paternidad responsable.....	30
1.8.2 La educación sexual.....	32
1.8.3 La planificación familiar como un medio de evitar el aborto.....	33
1.8.4 El Problema de la vivienda.....	38
1.8.5 La desnutrición.....	40
1.8.6 El analfabetismo.....	45
1.8.7 El fenómeno de la migración.....	48
1.8.8 La delincuencia juvenil.....	50
1.9 Aspectos económicos.....	51
1.9.1 La explosión demográfica.....	51
1.9.2 Los recursos naturales su agotamiento y distribución.....	55
1.9.3 Políticas de población.....	58
1.9.4 Realidad socioeconómica de Guatemala.....	60
1.10 Argumentos en contra de la planificación familiar.....	64
1.10.1 Patrones culturales y consideraciones éticas.....	64
1.10.2 Argumentos ideológicos y religiosos.....	65

CAPÍTULO II

2.La planificación familiar en la legislación guatemalteca.....	67
2.1 Constitución Política de la República de Guatemala.....	67
2.2 Los Acuerdos de paz.....	70
2.3 El Código de Salud.....	71

2.5 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y Su Integración al Programa Nacional de Salud Reproductiva.....	77
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO III

3. La planificación familiar un derecho establecido internacionalmente.....	87
3.1 Regulación en material internacional.....	87
3.2 La Declaración Universal de Derechos Humanos.....	87
3.3 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.....	88
3.4 Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.....	89
3.5 Declaración de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.....	90
3.6 La Convención Americana de Derechos Humanos.....	92
3.7 Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.....	93
3.8 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.....	96
3.9 Convención sobre los Derechos del Niño.....	96
3.10 Cuarta conferencia mundial sobre mujer.....	98
3.11 Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo.....	99
3.12 Pactos internacionales de derechos humanos.....	100
3.12.1 Pacto de Derechos Económicos Sociales.....	101
3.12.2 Pacto de Derechos Civiles y Políticos.....	102

CAPÍTULO IV

4. Análisis comparado de la legislación nacional e internacional referente al tema de la planificación familiar.....	105
4.1 Leyes internacionales que protegen el derecho a la planificación familiar.....	105
4.2 Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable Argentina.....	105
4.3 Ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos Bolivia.....	109
4.4 Ley General de Salud México.....	113
4.5 Aspecto jurídico de la planificación familiar en Estados Unidos.....	121
CONCLUSIONES.....	125
RECOMENDACIONES.....	127
ANEXOS.....	129
BIBLIOGRAFIA.....	147

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el acelerado crecimiento de la población se ha convertido en un verdadero problema a nivel mundial, máxime en un país que se encuentra en un grado de subdesarrollo como Guatemala, en donde son evidentes los bajos niveles de subsistencia en muchas ocasiones inhumanos en los que vive la gran mayoría de las familias, en especial en el área rural del país. Los hijos que como consecuencia de una paternidad irresponsable procrean las familias que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema repercuten sin lugar a dudas considerablemente en la problemática de desarrollo socio económico de la población, sin mencionar la gran cantidad de niños abandonados y de la calle que trastoca los hilos más sensibles de la sociedad guatemalteca.

La ausencia de planificación familiar como consecuencia de la ignorancia, falta de educación o falta de acceso a los servicios de salud correspondientes, son una de las principales causas que inciden en la problemática, no únicamente a nivel familiar sino también en el ámbito nacional trayendo consecuencias como la desnutrición, analfabetismo, violencia intrafamiliar, agotamiento de los recursos naturales, mortalidad materno infantil, de la cual Guatemala ocupa uno de los primeros lugares a nivel latinoamericano, así como también el fenómeno de violencia que ha cobrado más fuerza en los últimos años como lo son las denominadas pandillas o maras, ya que en su mayoría los integrantes de estas agrupaciones han sido niños no esperados, maltratados, o abandonados que se integran buscando la aceptación y el calor que no encontraron en una familiar.

La población de Guatemala, crece a una tasa mayor que la que le corresponde al promedio de la población mundial e incluso que la de otros países en subdesarrollo lo que sumado al estado de pobreza en que se encuentra más del sesenta por ciento de la personas, hace suponer que no sea casualidad que ocupemos uno de los primeros lugares en analfabetismo desnutrición y desempleo a nivel mundial.

Es por todo lo anteriormente mencionado que el presente trabajo estudia el tema de planificación familiar desde un punto de vista social y jurídico, para lo cual se utilizó el método inductivo, deductivo y analítico y las técnicas documental y bibliográfica.

La investigación contiene cuatro capítulos; el primero estudia el tema de la planificación familiar a través de la historia y analiza la misma desde el punto de vista social, tratando aspectos como la paternidad responsable, la desnutrición, la migración, la delincuencia entre otros, así también analiza aspectos económicos tales como los recursos naturales, las políticas de población a nivel mundial y aspectos socioeconómicos actuales de Guatemala.

El segundo capítulo contiene la investigación desde el punto de vista jurídico analizando las diferentes normativas a nivel nacional que protegen el derecho a la planificación familiar. El tercer capítulo desarrolla un estudio detallado de la legislación internacional que protege este derecho entre los que encontramos la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana de Derechos Humanos, La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer entre otros. En el cuarto capítulo se presenta un análisis comparado de la legislación nacional e internacional referente al tema de estudio.

CAPÍTULO I

1. La planificación familiar

1.1 Qué es la planificación

Es una función primordial para alcanzar un objetivo deseado en la cual se desarrollan las siguientes interrogantes ¿Qué debe hacerse?, ¿Quién debe hacerlo? y ¿Dónde, cuándo y cómo debe hacerse? Todo esto con el fin de lograr los mejores resultados, en el tiempo apropiado y de acuerdo con los recursos que se dispone.

Para planificar es necesario escudriñar en un futuro caracterizado por la incertidumbre, a fin de obtener un conocimiento o una visión lo más aproximada posible de lo que sucederá en ese futuro, para luego definir los planes de acción que sean necesarios para alcanzar los resultados que se desean. La planificación implica un proceso consciente de estudio y selección del mejor curso de acción a seguir, frente a una variedad de alternativas posibles y factibles de acuerdo a los recursos disponibles. La actividad de planificar abarca un amplio campo de decisiones que incluye: la definición de un objetivo, la materialización de un plan y programas, la determinación de procedimientos, todos necesarios para alcanzar los objetivos deseados.

“En consecuencia se puede definir la planificación como la concepción anticipada de una actividad de acuerdo a una evaluación racional entre fines y medios. Se dice también, que la planificación es prever el futuro”.¹

1.2 La planificación familiar

Se define como planificación familiar a las prácticas que realiza una pareja que tienen como fin el control de la cantidad de hijos que desean tener utilizando anticonceptivos. En su concepto más amplio, la planificación familiar comprende dos vertientes: 1) ayudar a las parejas que no pueden reproducirse, para lograr el

¹ Rodríguez Alvarado, Ernesto. **Apuntes sobre planificación**. Pág. 10

embarazo y 2) ayudar a otras a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener.

La planificación familiar no sólo mejora la salud de las mujeres y los niños sino que también aporta beneficios especiales a la pareja, la familia y la comunidad. El uso de anticonceptivos brinda a hombres y mujeres la posibilidad de elegir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos. Las parejas que optan por una descendencia menos numerosa salen beneficiadas por la disminución de las cargas financieras, emocionales y físicas que entraña el cuidado de los hijos. A su vez, las familias reducidas benefician a la comunidad al aligerar la demanda de servicios sanitarios, educativos y sociales.

La planificación familiar contribuye a que los individuos y las parejas puedan elegir el número y el espaciamiento de sus hijos y disfrutar de la relación sexual sin temor a embarazos no deseados. Las parejas con menos hijos pueden dedicar una mayor proporción de recursos a ofrecerles y ofrecerse un nivel adecuado de alimentación, ropa, vivienda e instrucción. Por medio de la anticoncepción, las parejas jóvenes pueden aplazar el nacimiento del primer hijo o de los siguientes, lo cual les permite completar o finalizar su educación o su formación profesional y al mismo tiempo el grado de instrucción de los padres puede influir considerablemente en las perspectivas económicas de la familia.

El uso de la planificación familiar para limitar el número de hijos puede contribuir a aliviar el presupuesto de la familia puesto que cuesta menos alimentar, vestir y atender las necesidades en una familia de cuatro miembros que en una más numerosa.

El uso de la planificación familiar así también puede mejorar drásticamente la calidad de vida de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo, aligerando las cargas físicas y mentales derivadas de haber tenido que criar muchos hijos demasiado juntos, y demasiado pronto. Por otro lado permite mejorar la calidad de vida de los niños, los cuidados que éstos reciben son más esmerados cuando los padres pueden dedicar

más tiempo, energía y dinero a un menor número de hijos y al limitarse el tamaño de la familia deja más tiempo a la pareja para aumentar sus ingresos y participar en actividades comunitarias o de otro tipo.

Las comunidades se benefician de la menor demanda de recursos medioambientales y de servicios comunitarios de salud, educación y asistencia social, así como de la mejor calidad de vida de las mujeres, los hombres y los niños puesto que al limitarse la fecundidad, se reducen los problemas derivados de los escasos recursos disponibles de comida, tierra y agua potable.

Cuando se espacian o aplazan adecuadamente los nacimientos mejora la salud de las madres, los niños y las familias, con la consiguiente reducción de la demanda de servicios de salud. También se reduce la demanda de servicios educativos.

Los nacimientos menos numerosos y más espaciados contribuyen a mejorar la calidad de vida de las mujeres, el cuidado de los niños, la vida familiar y la educación, brindando además a las mujeres la posibilidad de participar más en la vida comunitaria. Las mujeres, los hombres y los niños que disponen de más posibilidades de instrucción se encuentran mejor capacitados para contribuir al desarrollo social y económico de la comunidad.²

1.3 Reseña histórica de la planificación familiar

La prescripción más antigua de la planificación familiar parece estar contenida en el Papiro de Petric o Nahum, que fue escrito en el año 850 A.C., y más información se ha encontrado en el papiro de Ebers del año 1550 a.c. y en el Papiro de Berlín del año 1350 a.c. En ellos se describe que se usaban hierbas y extractos de plantas considerados con propiedades anticonceptivas. En el antiguo Egipto se utilizaban diversas formas de preparados que actuaban como barreras o como espermicidas. Las preparaciones en forma de pasta o de pesario eran bien conocidas en la antigüedad. Los pesarios de miel con goma arábiga obtenida del árbol de la acacia y que libera

² González Fernández, Álvaro. **Consideraciones sobre planificación familiar**, Revista Cubana. Pág. 17

ácido láctico al fermentarse también eran utilizados. La combinación de la miel, que tiene propiedades adhesivas y de barrera, con la acción espermicida del ácido láctico, producía el efecto anticonceptivo.

Aristóteles, quien fue el primero en mencionar la anticoncepción, consideraba que el aceite de cedro, por su suavidad al ser untado en la matriz, impedía la concepción. Hoy se sabe que realmente el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides. Los antiguos griegos empleaban una diversidad de pastas y aplicaciones locales que incluían aceite, miel, goma de cedro, aceite de mirto, corteza de pino, granada pulverizada y tampones de lana impregnados con vinos y otros extractos.

El aborto era utilizado como método de control de la natalidad tanto por las civilizaciones griegas como romanas. Para los antiguos hebreos la anticoncepción se practicaba con la continencia sexual y la utilización de pesarios de barrera como el tampón de algodón llamado mokh.

“Sorano de Efeso escribió un texto que fue encontrado en 1838, el cual contiene lo que para algunos es la más brillante y original relación de las técnicas anticonceptivas descritas antes del siglo XIX”.³

1.4 Enfoques de la natalidad a través de la historia en las diferentes culturas

Durante la Edad Media, el continente europeo fue dominado por la Iglesia Católica romana y los conocimientos acerca de la anticoncepción estuvieron restringidos.

La iglesia estaba influenciada por las enseñanzas de San Agustín y de Santo Tomás de Aquino, los cuales se pronunciaban en contra del control de la natalidad. San Agustín condenaba todo tipo de anticoncepción incluso en parejas casadas y Santo Tomás de Aquino, años más tarde retomó el problema. Posteriormente se

³ Peláez Méndez, Juan. **Historia de la Planificación Familiar**, Pág. 18.

permitieron los métodos naturales de planificación familiar por parte de la iglesia, pero la encíclica papal *Humanae Vitae* (1968) de nuevo prohibió la anticoncepción artificial.

“Entre corrientes a favor y otras en contra de la anticoncepción se debate todo el período de la Edad Moderna y no es hasta principios del siglo XX, cuando la enfermera Margaret Higgins Sauger, conmovida por la miseria y sufrimiento de las familias numerosas de barrios pobres de New York y tras la muerte de una mujer a consecuencia de un aborto criminal, crea una clínica para estos fines en Brooklyn en 1916; dedicando así toda su vida al control de la natalidad”.

En 1915, Marie Stopes encuentra a Margaret Higgins y se suma al movimiento de control de la natalidad abriendo una clínica en Londres en 1921.

A continuación se describe un poco de la historia de los diferentes métodos anticonceptivos utilizados desde tiempos remotos.⁴

Método de la temperatura basal

Surge este método en el siglo XIX a partir de los estudios de Squire y Jacobo en 1808, quienes argumentaron el aumento de la temperatura basal corporal en la segunda mitad del ciclo menstrual. Sin embargo debido a que el conocimiento sobre la fertilidad y el ciclo menstrual era escaso se asoció erróneamente la menstruación con la ovulación, pensándose que el período más fértil del ciclo era el que seguía a la menstruación.

Método del calendario

En 1930 Ogino, de Japón y en 1933 Knaus, de Austria, demostraron que la ovulación se produce entre las menstruaciones y no durante estas, y encontraron que

⁴ *Ibid.*. Pág. 19

había un tiempo relativamente constante entre el momento de la ovulación y la menstruación siguiente. Para Ogino el período fértil era de ocho días y para Knaus era de cinco días.

Lactancia materna

En el pasado las mujeres descubrieron que amamantar a sus hijos dos o tres años después del parto les evitaba la preñez. En países en desarrollo la lactancia materna da protección anticonceptiva mayor que cualquier otro método. Se estimó que en la década del 80 la lactancia materna en Asia y África previno cuatro nacimientos durante la vida reproductiva de una mujer, lo que representa una disminución de un tercio de la fecundidad potencial.

La píldora anticonceptiva

“En la década de 1950 el mundo ya se encontraba superpoblado, y resultaba útil encontrar métodos para reducir la tasa de natalidad. Hasta el momento, la forma de conseguirlo consistía en la abstinencia sexual o el método del ritmo. La clave de la cuestión era encontrar un método económico que no interfiriera en la vida sexual de las personas. Imitando los cambios hormonales que se producen durante el embarazo (período en que no se produce fecundación), se encontró la hormona, en forma de anticonceptivo oral, que inducía una esterilidad temporal. En 1954, el biólogo norteamericano Gregory Pincus (1903-1967) realizó las pruebas que comprobaron su eficacia. En 1960, ya se había generalizado el uso de la píldora anticonceptiva”.⁵

1.5 Diferencia entre planificación familiar y control de la natalidad

En estos últimos tiempos se plantea a menudo el problema de cómo coordinar los sistemas económicos y los medios de subsistencia con el intenso incremento de la

⁵ **Ibid.** Pág. 20

población humana, así en el plano mundial como en relación con los países necesitados.

En el plano mundial observan algunos que, según cálculos estadísticos, la humanidad, dentro de algunos decenios, alcanzará una cifra total de población muy elevada, mientras que la economía avanzará con mayor lentitud. De esto se deduce que, si no se pone freno a la procreación humana, esta aumentará notablemente y en un futuro próximo la desproporción entre la población y los medios indispensables de subsistencia serán notable. Las estadísticas de los países económicamente menos desarrollados demuestran que, a causa de la general difusión de los modernos adelantos de la higiene y de la medicina, se ha prolongado la edad media del hombre y se ha reducido notablemente la mortalidad infantil, las cifras de la natalidad exceden cada año a las de la mortalidad. Por ello, en los países más pobres lo peor no es que no mejore el nivel de vida, sino que incluso empeore continuamente. Hay así quienes estiman que, para que tal situación no llegue a extremos peligrosos, es preciso evitar la concepción en cifras exorbitantes.

Es así como se presenta el control de la natalidad como una solución a esta problemática definiéndose esta como la regulación y el control de nacimientos a nivel nacional mediante el uso de distintos métodos. El control de la natalidad se relaciona con la implementación de políticas dirigidas a ejercer control sobre el crecimiento racional de la población con el fin de favorecer el desarrollo y el bienestar social de una sociedad.

El hecho de que una sociedad regule sus índices de natalidad, no significa necesariamente que se construyen y estructuran mejores familias y que se ejercite una paternidad y una maternidad más responsable y exitosa. Va más dirigida a las medidas gubernamentales a controlar el número de habitantes de un país cuando hay índices de superpoblación. Un ejemplo claro del control de la natalidad es el país de China el cual es el más poblado de la tierra. Por eso desde la década del 70 el gobierno implementó una política de control de la natalidad. En los últimos treinta años el crecimiento demográfico se ha controlado en cierto sentido, manteniendo un nivel de crecimiento

de 100 millones cada siete años; un proyecto con excelentes resultados que, entre otras cuestiones, hoy lleva a China a ser la cuarta economía mundial.

Este país ha intentado limitar su población, adoptando una política que circunscribe a las familias urbanas a un sólo niño y a las rurales a dos cuando el primero es niña. Debido a que los niños son considerados económicamente más útiles en las áreas rurales, existe un alto índice de abortos femeninos en busca de asegurar que el segundo niño sea varón. Esto da como resultado una proporción entre sexos de 119 niños nacidos por 100 niñas, lo cual llevó a las autoridades a enfatizar la importancia de la mujer, y ha llegado a prohibir la utilización de métodos médicos para predecir el sexo del feto y penar severamente el aborto selectivo de niñas. Además, el Estado emprendió recientemente reformas en su política de control de la natalidad incentivando de forma económica a las familias que tengan dos hijos.

Al poco tiempo de haberse fundado la República Popular China, en 1949, se emprendían construcciones a un ritmo acelerado en diversos sectores y se decía "más gente, más fuerza". Este lema se hizo realidad sobre todo en las zonas rurales, y así fue como el país vivió su primer auge demográfico. En la década de los 60, la población china aumentó de forma brusca y en sólo cinco años pasó de 700 millones a 800 millones.

"Por eso, en 1971, ante la presión del crecimiento demográfico, el gobierno empezó a aplicar una política de control de la natalidad. Ello marcó el inicio de la política de control de la natalidad. En 1980, cuando la población china llegó a 1.000 millones, el gobierno estableció entonces la política de un hijo por pareja, haciéndose más rígida la implementación de esta política. En los últimos treinta años, el crecimiento demográfico se ha controlado en cierto sentido, manteniendo un nivel de crecimiento de 100 millones por cada siete años".⁶

Por otro lado, la planificación familiar es un concepto más amplio que se refiere a la toma de decisiones personales o por pareja sobre cuándo y cuántos hijos se desea

⁶ http://www.revistadesarrollo.control_natal_china_htm.(octubre, 2007).

tener de manera voluntaria, es un derecho establecido a nivel internacional a través de tratados, convenciones y declaraciones y a nivel nacional a través de las Constituciones de los diferentes países, y demás leyes del ordenamiento jurídico de un país. La planificación familiar tiene por objetivo brindarle mayor protección, cuidado, amor y en general un mejor nivel de vida a los hijos, lo cual está íntimamente relacionado con la paternidad responsable.

1.6 Instituciones que brindan servicios de planificación familiar en Guatemala

Asociación Pro Familiar (APROFAM-ONG)

Durante más de 35 años en Guatemala, APROFAM-ONG es el segundo proveedor más importante de servicios de planificación familiar. En las décadas de los setenta a los ochenta, diseñó e implementó estrategias innovadoras para brindar servicios de planificación familiar a las parejas en áreas urbanas y rurales. En 2007, APROFAM fue la proveedora más importante después del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con 29% de cobertura en el país y ofrece los siguientes métodos anticonceptivos: condones masculino y femenino, píldoras, dispositivos intrauterinos, inyectables, y métodos naturales.

APROFAM, está afiliada a la Federación internacional de la planificación familiar. Tiene 41 años de servicio en el área de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, ofrece servicios integrales para la familia en 29 clínicas en 19 de los 22 departamentos y además cuenta con 3,400 promotores voluntarios, 50 multiplicadores juveniles y 5 unidades móviles. A través de sus promotores voluntarios y unidades móviles APROFAM llega a muchas de las áreas menos accesibles en el país. Brinda en sus clínicas los servicios de ginecología, servicios de planificación familiar, control pre y post natal, pediatría, medicina general, especialidades médicas (urología y cardiología, entre otras); cirugías y atención del parto, diagnóstico, venta de medicamentos, consejería en enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Desde sus inicios APROFAM-ONG se ha orientado a servir a la población más necesitada y es así como inicia el programa de distribución comunitaria con 3,400 promotores voluntarios que brindan servicios materno- infantil, acompañados de procesos de Información, educación y comunicación. En la actualidad, este programa sigue subsidiado por las ventas generadas de las clínicas. En 1997, APROFAM inició un fuerte proceso de sostenibilidad financiera, y a su vez aplicó un proceso de reingeniería al programa de distribución comunitaria. Como parte de su plan de sustentabilidad, a la población meta se han agregado personas de medianos ingresos que visitan principalmente las clínicas ubicadas en las cabeceras departamentales. En 2005 se alcanzó el 90% de sostenibilidad institucional, y se espera lograr el 100% en 2009, año en el que termina el Convenio de Donación con la USAID. A partir de 2003, APROFAM también incorpora actividades de responsabilidad social empresarial, mediante la cual brinda servicios con enfoque social a diversas empresas e instituciones del país. Además de generar fondos propios, APROFAM-ONG depende del apoyo de las siguientes organizaciones: USAID, IPPF, Wings y Fundación Bergstrom.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Actualmente, el MSPAS es el principal proveedor (32%) de servicios de planificación familiar en el país. Los servicios de planificación familiar, cuenta con un programa de entrega gratuita de anticonceptivos de acuerdo a las normas de Salud Reproductiva. El MSPAS oferta los siguientes métodos de planificación familiar: condones, píldoras, inyectable trimestral, dispositivo intra-uterino (DIU), y métodos naturales como el ritmo, el Método de la Lactancia-Amenorrea (MELA) y el método del collar o días fijos.

El MSPAS cuenta con una red de servicios en tres niveles de atención en el primer nivel cuentan con 1,244 centros de convergencia, 926 puestos de salud; en el segundo nivel 300 unidades mínimas, 281 centros de salud, 16 maternidades cantonales, y a partir del 2005 abrió tres Centros de Atención Integrada Materno Infantil (CAIMI). Se cuentan con 43 hospitales ubicados en áreas urbanas.

Durante los últimos ocho años, el MSPAS ha dirigido una serie de esfuerzos para mejorar y rediseñar algunos de los elementos del sistema de administración logística de anticonceptivos. Por ejemplo, en el año 2006, se iniciaron una serie de intervenciones para fortalecer aspectos como las normas de entrega a usuarios, la documentación de los procedimientos para la gestión logística, las estimaciones en base a consumo, el sistema de distribución y de control de inventarios, las condiciones de almacenamiento y el sistema de información.

Entre las intervenciones que sobresalen está una estrategia intensa de capacitación a todo nivel a través de los puestos de Salud y las ONG contratadas por el MSPAS, además se diseñó e implementó el sistema automatizado de información logística llamado “Módulo de Logística”.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

El IGSS protege al 17% de la población del sector formal, adscrito al régimen de seguridad social, cerca del 25% de la población económicamente activa y a sus familias. Según estimaciones del Departamento de Actuarial y Estadística del IGSS, en el año 2000 el IGSS atendía aproximadamente de 5 a 6% de las atenciones materno infantil. Tiene presencia en 11 de los 22 departamentos del país, y brinda servicios de salud reproductiva y planificación familiar en 40 establecimientos, incluidos hospitales y consultorios. A partir de 1993, el IGSS, mediante acuerdo de gerencia y con apoyo técnico y financiero de la USAID, inició el programa de planificación familiar y servicios diferenciados de salud reproductiva y planificación familiar para adolescentes, acompañado de procesos de capacitación que garantizaban un servicio de calidad a las afiliadas y beneficiarias con derecho. El IGSS provee condones, píldoras, dispositivos intrauterinos, inyectables, implantes y métodos naturales como el método del collar o de los días fijos.

Otras ONG´S y Actores

Además de las ONG contratadas por el MSPAS, bajo el programa de extensión de cobertura apoyado por el Banco Interamericano de Desarrollo, existen varias redes de ONG´s que se dedican a desarrollar proyectos de salud en áreas rurales.

Entre estas agrupaciones, destaca la primera Red de Redes de las ONG en Latinoamérica, denominada “Asociación de Redes de ONG” (ASOREDES). El propósito de esta red es incidir e implementar acciones de desarrollo comunitario integral, y fortalecer a las ONG asociadas en beneficio de comunidades prioritarias del país. Algunas de las ONG miembros brindan servicios de planificación familiar mediante su participación en el programa de extensión de cobertura del MSPAS, y en la actualidad algunas de ellas tienen convenios con el MSPAS.

“La participación de estas ONG en la oferta de métodos de planificación familiar es mínima, pero su ubicación geográfica en áreas de difícil acceso puede contribuir para disminuir la brecha en el acceso a servicios de planificación familiar, especialmente donde se encuentra la población más pobre del país, sin capacidad para pagar por los anticonceptivos”.⁷

1.7 Métodos modernos de planificación familiar utilizados a nivel mundial

Métodos naturales

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad, se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación y a la adaptación de la sexualidad a las fases fértiles o infértiles del ciclo en función de que se desee o no una concepción. La Organización Mundial de la Salud clasifica los métodos modernos de planificación familiar natural como buenos o muy buenos.

⁷ USAID. **Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de anticonceptivos en Guatemala.** Págs. 20-25

Son métodos que, para que puedan ser utilizados como métodos seguros de control de la fertilidad, requieren cierto grado de disciplina en la auto observación anotación y un correcto aprendizaje con materiales y personal bien preparado. Una crítica a estos métodos es la de que no previenen el SIDA o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, ya que al igual que la píldora anticonceptiva, el anillo vaginal y otros métodos no naturales, que implican contacto físico directo, no se protegen de dichas enfermedades.

De los métodos naturales no son recomendables el método Ogino/Knauss el cual está basado en el hecho de que la ovulación ocurre hacia el día 14 del ciclo, de que el óvulo es capaz de ser fecundado durante 24-36 horas y de que los espermatozoides son viables durante 48 a 72 horas. Durante un año se determina la duración de todos los ciclos y del valor medio se restan 18 días al más corto y 11 días al más largo. Por ejemplo si el más largo fue de 32 días y el más corto de 26, la mujer podrá tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo antes del día 8 (26 -18) y después de 21 (32-11) ni el coitus interruptus por falta de eficacia.

Métodos simples

Temperatura basal:

El método de la temperatura basal se sirve del aumento que la progesterona induce en la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, poca fertilidad post ovulatoria. Para ello la mujer deberá determinar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el periodo de infertilidad a los días posteriores a la subida de temperatura exclusivamente. El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad pre ovulatoria. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el periodo post ovulatorio, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales modernos.

Modo de registro:

- La temperatura debe tomarse todas las mañanas a la misma hora preferiblemente antes de levantarse y sin haber ingerido alimentos o bebidas.
- El tiempo de toma debe ser no menor a 3 minutos.
- Una vez sucedido el ascenso de la temperatura requiere de 3 días de abstinencia sexual.
- 72 horas después del ascenso pueden tenerse relaciones hasta el inicio del periodo menstrual.
- En el 15% de las mujeres el ascenso es lento, lo cual puede confundir a sus usuarias.
- La fiebre puede confundir la aplicabilidad de este método.

Deben abstenerse de este método en las siguientes circunstancias:

- Periodos de estrés
- Ingestión de bebidas alcohólicas
- Toma de medicamentos
- Viajes

Método de la ovulación (método Billings)

Este método se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian a los aumentos en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal. Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Próximo al momento de la ovulación se produce el llamado pico de moco caracterizado por un cambio abrupto de las propiedades del moco y su posible desaparición. El moco cervical es un signo de fertilidad y por ello su observación puede ser utilizado para el control de la fertilidad. Aunque, aplicado correctamente, puede ser considerado un método seguro, es

inferior al método de la temperatura en fase post ovulatoria. Su utilización es especialmente apto para la consecución del embarazo en casos de infertilidad ya que permite concentrar las relaciones sexuales en torno al momento de mayores probabilidades de embarazo. Como método anticonceptivo es especialmente inseguro en mujeres con ciclos monofásicos (durante la menarquia o antes de la menopausia).

Método de la amenorrea o de la lactancia (MELA)

Esta comprobado científicamente, que las mujeres que lactan intensamente a sus bebés tienen un período de tiempo mayor antes que la menstruación se reinicie y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de un nuevo embarazo respecto a las que no lactan. La lactancia probablemente alarga los intervalos de nacimientos en un promedio de cinco a ocho meses. De esta forma la prolongación de la lactancia plena en los países en desarrollo tiene un importante efecto en la reducción de la fertilidad, el control de la población y el espaciamiento de los niños. La lactancia es el método natural por excelencia para ayudar a espaciar los hijos.

Recomendaciones:

- Requiere de lactancia al recién nacido con periodicidad mínimo de tres horas.
- No posee fecha definida de protección, aun cuando exista frecuencia y tiempo adecuado de lactancia. Sin embargo si hay una lactancia exclusiva, permanente y sin menstruación, puede haber una protección del 98% en los primeros 6 meses postparto.
- La ovulación puede presentarse antes de la primera menstruación postparto, habiéndola poco confiable.
- Es aconsejable recibir orientación por el médico en la consulta postparto a realizarse 30 o 40 días del nacimiento. A fin de complementarse con un método que no interfiera con la lactancia.

Métodos compuestos

Método sintotérmico:

Combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad post ovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical, cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad preovulatoria. Permite beneficiarse de la práctica infalibilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad post ovulatoria y aumenta considerablemente la eficacia en periodo pre ovulatorio. Una ventaja adicional que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer (período post-parto, período post-píldora, premenopausia, etc.)

Métodos de barrera

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH SIDA) pasen de un miembro de la pareja a otro (sólo los condones de látex y vinilo). es el único método aceptado para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los condones femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH y el VIH y el SIDA) pasen de un miembro de la pareja a otro.

Ventajas:

- Bajo costo
- Fácil uso
- Se consigue fácil
- Protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Desventajas:

- Ocasionalmente reacciones alérgicas

Diafragma:

Es un aro flexible recubierto de látex en forma de copa para uso femenino. El tamaño es determinado por su diámetro. El cual oscila entre 50 m.m. y 150 m.m. siendo los diámetros más usados entre 70 y 80 m.m. Requiere asesoría médica para determinar el tamaño adecuado y entrenamiento para su aplicación.

Se coloca en el fondo de la vagina cubriendo el cuello del útero contactando con las paredes laterales de la vagina. Debe asociarse a un espermicida en jalea para mejorar su efectividad (96%).

Condiciones para su uso:

- Colocarlos hasta 6 horas antes de su uso. Como se asocia a espermicida, si no se presenta la relación en las dos horas siguientes requiere espermicida adicional.
- El espermicida debe colocarse en las dos caras del diafragma.

No es recomendable dejarlos por más de 24 horas.

- Por cada relación sexual debe aplicarse nueva dosis de espermicida.
- El diafragma una vez usado puede lavarse con agua tibia y jabón.
- Debe guardarse en un sitio fresco.

- Puede reutilizarse por 2 o 3 años.

Ventajas:

- No interfiere en el coito
- Posee lubricación adicional.

Desventajas:

- Requiere entrenamiento por el personal de salud para enseñar su uso correcto.
- Es relativamente difícil de insertar y colocar correctamente.
- Aumenta la incidencia de infección urinaria por compresión uretral. Especialmente si el tamaño no es el adecuado.

Contraindicaciones:

- Prolapso uterino
- Vagina poco tónica
- Alergia al látex o espermicidas
- Aversión psicológica
- Inhabilidad para aprender su uso correcto.

Espermicidas

Los espermicidas son productos químicos (por lo general, nonoxinol 9) que desactivan o matan a los espermatozoides. Están disponibles en aerosoles espumas, cremas, tabletas vaginales, o películas vaginales disolubles. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento, así como su capacidad de fecundar el óvulo.

Forma de uso:

- Debe colocarse 10 minutos antes de la relación sexual y repetir su postura si no se tiene dicha relación en las primeras dos horas.

Posee un 85% de seguridad, pero asciende al 96% cuando el compañero usa condón.

Ventajas:

- No necesita prescripción médica.
- Prácticamente inofensivos.
- No requiere entrenamiento para su uso.

Desventajas:

- Alergias
- Baja efectividad.

Métodos químicos y hormonales

Anticonceptivo subdérmico. Implante compuesto por una varilla del tamaño de un cerillo que se coloca por debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva por tres años sin ser definitivo, el médico que ha recibido capacitación puede retirarlo en cualquier momento retornando la mujer en un tiempo mínimo a la fertilidad.

Anillo vaginal. Único de administración vaginal mensual. Es el método más innovador en anticoncepción femenina; es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal liberando diariamente las dosis más bajas de hormonas.

La píldora anticonceptiva

Los métodos anticonceptivos orales incluyen las píldoras combinadas, que contienen estrógenos y progestina una forma sintética de progesterona y las píldoras sólo de progestina. Para evitar embarazos, debe tomarse una píldora durante 21 días, después de los cuales se descansa durante un periodo de 7 días. Su eficacia es del 94 por ciento. El uso de anticonceptivos orales puede aliviar los dolores menstruales, reducir el flujo menstrual y ofrecer cierta protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer de ovario y endometrio y la endometriosis (crecimiento de tejido uterino fuera del útero). Puede provocar efectos secundarios adversos, como sangrado ínter menstrual, cefaleas, hipertensión, aumento de peso, cambios de humor, descenso del deseo sexual, enfermedades cardíacas, insuficiencias respiratorias, galactorrea e interacciones medicamentosas.

Desde el punto de vista médico, el uso de anticoncepción hormonal ejerce un efecto protector contra el cáncer de endometrio y de ovario, el embarazo ectópico (fuera del útero) y las infecciones pelvianas. Aún después de diez años de que una mujer haya interrumpido su utilización, persiste el efecto protector. Otras consecuencias favorables se asocian a la reducción de días de sangrado durante las reglas menstruales. Esto es importante en los países subdesarrollados, donde alrededor del 50% por ciento de las mujeres en edad reproductiva pueden llegar a tener niveles bajos de hemoglobina o anemia. También disminuye un 60% la frecuencia de la dismenorrea (dolor menstrual), lo cual representa otro beneficio tangible para la mujer.

Métodos de emergencia

El método de Yuzpe.

Este es un método anticonceptivo que consiste en administrar 2 tabletas de anticonceptivo oral de dosis que incluya 50 ug de Etilnil-Estradiol y 250 ug de Levonorgestrel_(Noral ®, Neogynon ®), durante las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir la ingesta 12 horas más tarde.

Es un método seguro, económico, accesible y con efectos secundarios. Tiene una tasa de fallos de hasta el 2% si la mujer lo ha usado en forma correcta, lo cual representa una disminución considerable del riesgo de embarazo, comparado con el no uso de anticoncepción de emergencia. Dependiendo cuando la mujer utilice las píldoras como anticoncepción de emergencia durante el ciclo menstrual, la combinación puede prevenir la ovulación, fertilización o la implantación, se cree que básicamente modifica el revestimiento endometrial impidiendo la implantación.

Píldora de emergencia o post coito.

Método hormonal de uso ocasional. El anticonceptivo post coito, también conocido como anticoncepción de emergencia, se trata de la administración de un producto hormonal no abortivo que evita la ovulación y de esta forma previene el embarazo en aquellas mujeres que tuvieron relaciones sexuales y el método anticonceptivo ha fallado o se tuvieron relaciones sin protección, incluyendo los casos de violación.

Aunque este tratamiento se conoce también como "la píldora del día siguiente", el término puede ser engañoso pues debe utilizarse inmediatamente después de tener relaciones sexuales y el método anticonceptivo ha fallado o se tuvieron relaciones sin protección; puede tomarse en un periodo de hasta 72 horas.

Las píldoras mixtas, combinan estrógenos y progestágenos y deben tomarse dos pastillas antes de que transcurran 72 horas de realizado el coito y otras dos a las 12 horas después. No son recomendables para mujeres que no pueden tomar estrógenos.

La píldora de menor dosis, que debe consumirse cuatro pastillas durante las 72 horas siguientes a la realización del coito sin protección, seguidas de otras cuatro tabletas 12 horas más tarde.

El danazol implica la ingesta de dos pastillas antes de que transcurran 72 horas del coito sin protección y de otros dos comprimidos 12 horas más tarde.

Parches anticonceptivos.

El parche anticonceptivo es un parche transdérmico plástico, fino, de color beige. La parte adhesiva contiene los principios activos que se liberan de forma continua a través del torrente circulatorio. El parche debe colocarse durante siete días exactamente, cada semana durante tres semanas, seguido de una semana de descanso sin parche, que es cuando se debe tener el período. Debe cambiarse el mismo día de cada semana, ya que está diseñado para que actúe durante 7 días. El parche debe de ponerse sobre piel limpia, seca y sin vello, ya sea en el abdomen o en el exterior del brazo, en un lugar donde no roce con las prendas apretadas.

Método combinado

Considerado por muchos como el método anticonceptivo por excelencia, debido a su alta efectividad (similar a la píldora) y a que no posee muchos de los cuestionamientos religiosos de la píldora. Consiste en combinar el uso de preservativo masculino con una crema espermicida. La crema se coloca con un aplicador especial que viene con el envase y el hombre utiliza el preservativo de la manera habitual.

Ritmo del Calendario

Consiste en determinar los días fértiles del ciclo menstrual, lo cual corresponde a aquellos días en que puede estar presente la ovulación.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- Requiere registrar los periodos menstruales para realizar el calculo (mínimo 6 consecutivos).
- El periodo correspondiente al ciclo menstrual en que no se pueden tener relaciones se denomina periodo fértil.
- Tener en cuenta que el óvulo puede ser fecundado 12 a 24 horas de sucedido la ovulación. Pero el espermatozoide tiene una viabilidad de 48 a 72 horas.
- Es aplicable solo para mujeres con periodos regulares.

- Referenciar siempre como el primer día del ciclo menstrual el día que inicia la menstruación.
- No es aplicable a mujeres con ciclos irregulares o en aquellas cuyo ciclo largo excede 10 días al corto. Es frecuentemente utilizado en nuestro medio con una alta

Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un método que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos metálicos (ej. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta de gran manera la fecundación y también la implantación del óvulo fecundado.

Mecanismo de acción:

- Impide que los espermatozoides fecunden el óvulo alterando la capacitación espermática.
- Altera la estructura del endometrio por inflamación.
- Altera la estructura del moco volviéndolo inadecuado para la progresión espermática

Debe aplicarse por personal entrenado. Preferiblemente en el segundo día de la menstruación o 40 días post parto.

Si se coloca post aborto debe verificarse que no presente infección previa.

Es aceptado su uso hasta por 10 años.

El más usado en Colombia es la T de cobre

Ventajas:

- Alta efectividad (96%).
- No requiere entrenamiento por la usuaria.

- Puede usarse por 8 años con controles periódicos mínimo una vez al año.
- Bajo costo.
- No tiene efecto sobre el peso o metabolismo de la usuaria.
- No afecta la lactancia
- Puede extraerse cuando sea deseado.

Desventajas:

- La usuaria requiere ser seleccionada por el médico.
- El sangrado menstrual puede ser más abundante.
- Mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.

Contraindicaciones:

- Embarazo sospechado o conocido.
- Sangrado vaginal no diagnosticado.
- Infección pélvica.
- Anomalías congénitas del útero.
- Endometritis.
- Estenosis cervical severa.
- Trastornos hematológicos o de coagulación.
- Antecedente de embarazo ectópico.

Indicaciones para su extracción:

- Puede retirarse a solicitud de la usuaria, preferiblemente con la menstruación.
- Cuando existe dolor pélvico o cólicos intensos.
- Sangrado menstrual excesivo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Desplazamiento del dispositivo en la cavidad uterina.
- Embarazo (requiere manejo a criterio del ginecólogo).
- Menopausia (esto debido a que su acción ya no es necesaria).

Métodos anticonceptivos irreversibles

Son aquellos que al realizarse bien sea el hombre o mujer evitan permanente y definitivamente la fecundación. Requiere de una intervención quirúrgica de carácter ambulatorio.

Ligadura de trompas

Ligadura de trompas, o salpingoclasia. Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él. Se realiza en las mujeres de manera voluntaria.

- Es ambulatoria
- Requiere autorización escrita por la paciente y legalmente no es necesaria la autorización del compañero.
- Puede reactivar su vida sexual a la semana
- No influye en su sexualidad, por el contrario podría ser mejor ya que se es consciente de no quedar embarazada.
- Posee el 99.5% de éxito.

Indicaciones:

- Paridad satisfecha.
- Riesgo reproductivo (se refiere a aquellas enfermedades que pongan en peligro la vida de la madre con un embarazo).

Contraindicaciones:

- No hay contraindicaciones, excepto cuando existe infección activa durante el procedimiento. En tal caso solo sería diferible.

Puede realizarse en el post parto inmediato o en las primeras 72 horas y si no se estuvo embarazada preferiblemente en los días siguientes a la menstruación. En ocasiones es necesario solicitar prueba de embarazo previa.

Por ser un método irreversible es conveniente una consejería adecuada. Sin embargo existe la posibilidad de revertirla con microcirugía, pero solo Tiene un 50% de éxito.

Vasectomía

Vasectomía. Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.

No afecta:

- La capacidad de erección
- La virilidad
- La eyaculación del semen
- El placer sexual
- El balance hormonal masculino.
- No altera el volumen testicular.
- No interfiere el deseo sexual.

A los 3 meses debe practicarse un espermograma para autorizar actividad sexual sin protección. Se debe repetir cada año como seguimiento de rutina.

Posee una eficacia del 99.5%.

Indicaciones:

- Deseo de planificación permanente

Contraindicaciones:

- No realizarla si hay dudas.

- Inestabilidad conyugal.
- Disfunciones sexuales previas

Físicas:

- Infección local
- Trastorno sanguíneo previo

Complicaciones:

- Son propias de cualquier cirugía, prevenibles en gran porcentaje. Comprende los hematomas e infecciones. Sin embargo se están realizando técnicas modernas sin el requerimiento de suturas disminuyendo significativamente las complicaciones.

Ventajas:

- Morbilidad y mortalidad casi nula.
- Corto tiempo de cirugía (10 a 15 minutos).
- Anestesia local
- Bajo costo.

Desventajas:

- Requiere cirugía.
- Complicación ocasional.
- No provee protección inmediata
- Problemas psicológicos relacionados con el comportamiento sexual pueden ser agravados.

Métodos anticonceptivos masculinos en el futuro

Píldoras masculinas.

Una serie de obstáculos técnicos hace que falte mucho para lograr un medicamento anticonceptivo para uso general a mediados del siglo. Es innegable que hay muchas barreras fisiológicas para encontrar un buen anticonceptivo masculino. Ej.: Destrucción del medicamento por el organismo.

Anticonceptivos hormonales (implantes subdérmicos).

Serían 2 cápsulas subdérmicas, una liberaría dosis baja de un medicamento hormonal (LHRH, que suprimiría la producción de espermatozoides), y el otro garantizaría el impulso sexual masculino por medio de liberación de una sustancia andrógena (17 alfa metil 19 norestisterona). Este todavía está en estudio.

Inyectables

Se ha probado con derivados de testosterona y se produce supresión total de espermatozoides en hombres asiáticos, a diferencia de solo un 60 % en hombres de otras etnias. Se proponen inyecciones semanales, pero todavía está en estudio.

Como desventaja de estos medicamentos hormonales para el uso masculino se tiene que estas hormonas disminuyen la producción de testosterona a medida que interrumpen la producción de espermatozoides, y es necesario combinarlos con andrógenos sintéticos para mantener el impulso sexual; no se puede tampoco utilizar la vía oral porque se inactivan, y debe entonces ser por vía subdérmicas lo cual es muy costoso.

Vacuna Anticonceptiva.

Esto se encuentra en etapas iniciales del estudio, dicha vacuna no interfiere la producción de óvulos, ni espermatozoides, simplemente impediría que el espermatozoide lograra adherirse a la superficie del óvulo. Esta vacuna produciría anticuerpos que recubrirían la superficie del espermatozoide que sirve para enlazar con el óvulo, así se impediría un paso indispensable en la fecundación. Es posible que esta vacuna en forma de píldora aparezca como anticonceptivo femenino, ya que es más fácil bloquear el número relativamente bajo de espermatozoides que entran en el cuerpo femenino, que las docenas de millones de espermatozoides que produce el hombre día a día. Según predicciones su aparición para uso general no estaría disponible hasta el 2025. Como desventaja se señala que se necesitan muchos años para obtener al menos esta posibilidad, inicialmente sería femenina porque la versión masculina es sumamente difícil de alcanzar.

Interferencia química

Sustancia utilizable en pocos años, es el gosipol que se encuentra en el aceite de semilla de algodón. Este medicamento se usó y se le imputó como causa de infertilidad e impotencia en hombres chinos y amenorrea en mujeres. El gosipol es un método que no suprime la producción hormonal a nivel testicular, y sí la producción de espermatozoides.

Como desventaja del producto se señala su toxicidad, pues causa agotamiento del potasio en algunos hombres, y esto puede acarrear arritmias cardíacas, por ello, se están buscando dosis no tóxicas y más efectivas. La restauración de la fecundidad solo ha sido alcanzada en el 80 % de los que lo estuvieron utilizando (atractiva alternativa cuando se compara con lo irreversible de la vasectomía). Hay que señalar que ha tenido un avance lento pues el gosipol, es un producto químico natural, que no ha podido ser sintetizado químicamente hasta el momento.⁸

⁸ Sánchez Cifuentes, Álvaro. **Manual de Planificación Familiar**. Págs.17 -21

1.8 Aspectos sociales a favor de la planificación familiar.

1.8.1 La paternidad responsable

La paternidad responsable implica que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí, sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia no es una isla en la sociedad, sino que es la célula básica de la sociedad.

Al adoptar una paternidad y maternidad responsable se procura no solamente brindar una adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a los hijos, sino, además, tienen la responsabilidad de brindarles amor, amistad, tiempo y protección. Esto último representa el aspecto más importante de la paternidad, sobre todo en nuestro país, donde la mayoría de la población vive en la pobreza y todo su tiempo está orientado a conseguir recursos económicos para alimentación, vivienda, educación.

La paternidad responsable es dar vida en plenitud, tener los hijos deseados, para transmitirles una vida feliz. Es decir, que los padres (y no otros familiares o personas) enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una preparación mínima adecuada.

La paternidad responsable hay que considerarla bajo diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí. En relación a los procesos biológicos, significa el conocimiento y respeto de las funciones del cuerpo humano; a través de la inteligencia se descubre, el poder de dar la vida, y de las leyes biológicas que forman parte de la persona humana. Se debe lograr que la población conozca los aspectos biológicos de la concepción, el mejor momento para ejercerla, cómo evitar los riesgos de un embarazo no deseado, cómo espaciar las gestaciones. La labor educativa es esencial, pero también difícil y de efectos a largo plazo.

En relación a la tendencia del instinto y las pasiones, la paternidad responsable ayuda al dominio necesario para que sobre ellas dominen la razón y la voluntad ya que el instinto sexual es muy fuerte en el ser humano. Esto exige invertir recursos sobre todo en la población de riesgo. Es necesaria desde temprano en la vida del hombre y la mujer una educación sexual que, no sólo enseñe a impedir las enfermedades transmitidas sexualmente o el nacimiento de niños no deseados, sino que promueva una paternidad responsable y de seres humanos responsables.

En relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable se pone en práctica para determinar el número de la familia. Es en la etapa preconcepcional donde se abordan los temas mencionados; el embarazo no debe ser una sorpresa, sino el corolario de una preparación de la pareja, la cual debe estar orientada por expertos. Comprende, sobre todo, "Una vinculación con la conciencia recta", tanto de los padres como de los profesionales que los orientan, y esto exige preparación de ambos, en el marco de un respeto mutuo; conciencia recta, que conduce la conducta bajo principios éticos y morales.

El concepto y los aspectos de paternidad responsable exigen una unión estable de la pareja, donde los hijos logren desarrollarse como verdaderos seres humanos. El matrimonio y la familia, unión estable por excelencia y célula básica de la sociedad, garantiza el ejercicio de la paternidad responsable. El matrimonio implica la unión de un hombre con una mujer por amor, con un conocimiento pleno de lo que esto implica. La persona humana lleva consigo esta dimensión en cada sistema social, económico y político. La promoción de la dignidad del matrimonio y la familia es un deber de quienes constituyen una familia. Un matrimonio básicamente implica que el hombre y la mujer, al unirse, pueden convertirse en padres. Este momento tiene un valor significativo, tanto para su relación interpersonal como por su servicio a la vida. Ambos comunican vida a un nuevo ser. La medicina, ciencia y arte al servicio de la vida y salud de las personas, aglutina a otras ciencias y colabora en el ejercicio de una adecuada paternidad. Los esposos aprenden lo que significa darle vida a un nuevo ser.

Para evitar visiones y tendencias erróneas difundidas actualmente sobre la paternidad responsable, es necesario precisar lo que significa entrega y responsabilidad. Cada hombre y cada mujer se realiza a plenitud mediante la entrega sincera de si mismos, que se hace recíproca en el matrimonio, a través de la entrega de la masculinidad y la feminidad. Se trata de una entrega total, participando en el desarrollo pleno de la pareja, aceptándola tal cual es. Esto implica la responsabilidad procreativa vinculada al acto conyugal. Aunque la mujer es la primera que se da cuenta que es madre y el esposo adquiere conciencia de su paternidad a través de su esposa, ambos son responsables de la potencial y después efectiva paternidad. Ambos, asumen ante si y los demás la responsabilidad de la nueva vida suscitada por ellos.

1.8.2 La educación sexual

Educación sexual es un término usado para describir la educación acerca de la sexualidad humana, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y otros aspectos de la sexualidad humana.

Las mejores fuentes de educación sexual suelen ser los padres, los programas escolares o las campañas de salud pública. Los muchachos que no reciben información adecuada de estas fuentes frecuentemente llenan ese vacío con consejos inadecuados que oyen de sus amigos y de la televisión.

Aunque la educación sexual se incluye de una u otra manera en muchas escuelas, sigue siendo un tema controversial en muchos países, sobre todo acerca de que tanto y a que edad los estudiantes deben de ser informados sobre el sexo seguro y los métodos anticonceptivos, también si se debería de incluir la educación moral sobre el tema.

La educación sobre la reproducción describe el proceso en el cual un nuevo ser humano nace, incluyendo la fecundación, el desarrollo del embrión y el feto, y el nacimiento del bebe. Usualmente también incluye temas como las conductas sexuales apropiadas, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y como evitarlas, y el uso y

funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos; esto último es muy importante en el sentido de que el joven y más aun el adolescente que tiene poca o nula información referente al tema aunado a su inexperiencia suele tener relaciones sexuales sin protección trayendo como consecuencia no únicamente enfermedades sino embarazos inesperados; lo que a su vez trae una serie de consecuencias como inestabilidad emocional, económica, social en el adolescente y su familia.

“En muchos países de Latinoamérica donde se le da importancia a la virginidad femenina, la educación sexual en las escuelas se limita a recalcar la abstinencia como el único método para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. En Estados Unidos este es un tema muy debatido, ya que existe demasiada libertad sexual. La existencia del sida ha dado un sentido de urgencia al tema, de hecho en muchas naciones africanas, donde el sida se considera epidemia, la educación sexual es considerada por los expertos como una estrategia vital para mantener la salud de la población. Algunos organismos internacionales como Planned Parenthood (Paternidad Planeada) ven un beneficio global gracias a los programas de educación sexual, en tópicos como el control de la natalidad y la igualdad sexual”.⁹

1.8.3 La planificación familiar como un método de evitar el aborto

Se considera aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable (antes de comience a presentar signos de actividad vital avanzada) El problema de la viabilidad depende del marco legal de cada país.

El Aborto Inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo gestacional, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas siguientes:

a) La succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix, se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Su tiempo es de cinco a diez minutos en

⁹ Alzate Duarte, Heli. **Sexualidad Humana**. Pág. 29

pacientes no internadas. Luego se introduce una legra (instrumento metálico en forma de cuchara), a fin de eliminar por raspado cualquier resto de las cubiertas uterinas.

b) Durante la primera parte del segundo trimestre la interrupción del embarazo se puede realizar por una técnica especial de legrado-aspiración combinada a veces con fórceps, denominada dilatación y evacuación (D.E). Puede haber hemorragias y molestias tras la intervención.

c) A partir de la semana 15 de gestación el método empleado es el de infusiones salinas. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del útero a través de la pared abdominal. Este es sustituido por una solución salina concentrada al 20%, con esto empiezan a producirse contracciones uterinas, que producen la expulsión del feto.

d) Los abortos tardíos se realizan mediante histerotomía: intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen.

También existe una píldora denominada RU-486 que bloquea la hormona progesterona (eficaz en los primeros 50 días de gestación), muchas veces olvidamos que las píldoras son también formas de realizar un aborto, y su peligrosidad es que pueden ser compradas en cualquier farmacia; es muchas veces ignorado el hecho de que algo que mata una vida pueda ser comprado con la misma facilidad con la que se compra una aspirina, quitando a ese bebé que está en su primera etapa de gestación, como quien quitase un dolor de cabeza.

Principales causas del aborto

“Entre las principales causas que inducen al aborto están las siguientes:

a) Miedo por falta de capacidades económicas para alimentar al hijo y miedo a lo que digan los padres o las demás personas

b) Una sexualidad irresponsable y una ausencia absoluta de información respecto a métodos de planificación familiar en los jóvenes o adolescentes o un simple desinterés por parte de las parejas trae como consecuencias embarazos inesperados, estas personas ven en el aborto la solución más inmediata y efectiva a sus problemas sin pensar en las consecuencias psicológicas, físicas, y sociales que esto podría conllevar, cada una de las cuales sería fácilmente evitada si tan solo la pareja consciente o al menos uno de ellos, tomara consciencia de la responsabilidad de ser padres y usara al menos un método de planificación familiar.

c) Miedo a los 9 meses de embarazo y al dolor del parto. Realmente la misión más grande de toda mujer, es ser madre y traer hijos al mundo más sin embargo hay una cantidad considerable de mujeres a las cuales les aterroriza perder la figura debido al embarazo y por otro lado otras que ven terribles los dolores del parto.

d) Violación.

La violación es un abuso horrible con efectos traumáticos para muchas de sus víctimas. Para una mujer que lleva en sus entrañas una criatura fruto de una violación es algo doloroso y molesto. Sin embargo, aún en ésta situación se esta hablando de un ser humano.

El aborto puede ser considerado como uno de los crímenes más cobardes ya que se aniquila a un ser inocente e indefenso por lo que muchas personas lo describen como asesinato en el seno materno”.¹⁰

El aborto en la legislación guatemalteca

Desde el punto de vista legal encontramos que la vida en Guatemala se encuentra protegida desde su concepción esto lo encontramos fundamentado en el título II capitulo I artículo 3, de la Constitución Política de la República de Guatemala, el cual establece:

¹⁰ <http://www.cienciahoy.org.ar/aborto.htm> (octubre, 2008).

Artículo 3 Derecho a la vida. El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona. Por lo tanto el bebé que está dentro del vientre de su madre es considerado ya una persona, y tiene derechos jurídicos. Así también en la Declaración Universal de los Derechos Humanos encontramos el derecho a la vida plenamente protegido.

En la legislación guatemalteca el aborto es un delito penado con prisión desde uno a doce años, menos el aborto terapéutico en el cual corre peligro la salud de la madre. El delito del aborto esta tipificado en la parte especial capítulo III, del Código Penal Guatemalteco existiendo siete clases de aborto, los cuales se transcriben a continuación.

CAPITULO III DEL ABORTO

“ARTICULO 133. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

ABORTO PROCURADO

ARTICULO 134. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración psíquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

ABORTO CON O SIN CONSENTIMIENTO

ARTICULO 135. Quien, de propósito causare un aborto, será sancionado:

1o. Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere.

2o. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer.

Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

ABORTO CALIFICADO

ARTICULO 136. Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.

ABORTO TERAPÉUTICO

ARTICULO 137. No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico; si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

ABORTO PRETERINTENCIONAL

ARTICULO 138. Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

TENTATIVA Y ABORTO CULPOSO

ARTICULO 139. La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes.

El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.

AGRAVACIÓN ESPECÍFICA

ARTICULO 140. El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el Artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos”.¹¹

1.8.4 El problema de la vivienda

La vivienda es un derecho humano reconocido y respaldado a nivel nacional e internacional, porque este dignifica a la persona y le brinda seguridad. En Guatemala el artículo 105, de la Constitución de la República, menciona que “El Estado a través de las entidades específicas, apoyará la planificación y construcción de conjuntos habitacionales, estableciendo los adecuados sistemas de financiamiento que permitan atender los diferentes programas, para que los trabajadores puedan optar a viviendas adecuadas que llenen las condiciones de salubridad. Los propietarios de las empresas quedan obligados a proporcionar a sus trabajadores, en los casos establecidos por la ley viviendas que llenen los requisitos anteriores”.

Así mismo, existen tratados internacionales que han sido firmados y ratificados por Guatemala como el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Artículo 11, numeral primero, que establece: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento”.

Este derecho es esencial para la sobrevivencia humana, es justo que todo ser humano en el planeta, posea un lugar digno donde vivir con un ambiente sano, la persona debe tener la oportunidad de vivir en un lugar adecuado a su condición humana y el Estado deberá facilitarle la satisfacción de este derecho.

Todos los individuos en Guatemala, según lo mencionado anteriormente, tienen el derecho a una vivienda y el Estado se encuentra obligado a velar porque se cumpla,

¹¹ Código Penal Guatemalteco, Dto. 17-73. Congreso de la República de Guatemala.

implementando políticas de vivienda a corto, mediano y largo plazo, orientadas especialmente a los grupos de menores ingresos. Más sin embargo debido a la sobrepoblación que presenta Guatemala, el país más poblado de Centro América según estadísticas recientes este derecho cada día se hace más difícil de obtener, principiando con el problema del latifundio (grandes cantidades de tierra en pocas manos) y minifundio (pequeñas cantidades de tierra en muchas manos) la existencia de familias numerosas aumenta el problema pues trae consecuencias como usurpaciones, asentamientos infrahumanos y viviendas en donde se presenta el hacinamiento y falta de privacidad.

Los asentamientos marginales

Los asentamientos humanos son un problema social estrechamente vinculado a la problemática de la vivienda en la ciudad de Guatemala, es una clara manifestación de la necesidad de una vivienda y la carencia de atención por parte del Estado, en estos las personas se ven obligadas a habitar lugares sin seguridad, salubridad, en alto riesgo lo que coloca a las familias en alto grado de vulnerabilidad, susceptibles a enfermarse o morir por las condiciones de vida, razón por la que no pueden dejarse de mencionar.

Entre las causas que deben mencionarse del crecimiento urbano de la ciudad, están la migración debido a la concentración de servicios y fuentes de trabajo, la pobreza, el bajo ingreso, la falta de educación y capacitación, alto costo de las viviendas y alquileres, las familias numerosas, la imposibilidad de adquirir financiamiento, entre otras. La población que migra, al llegar a la ciudad, advierte que las oportunidades de trabajo son escasas, que por la complejidad de los trabajos disponibles se necesita cierta capacitación o especialización de la que carecen, debiendo realizar cualquier labor para sobrevivir, devengando salarios muy bajos. Esto los obliga a ocupar terrenos baldíos, generalmente barrancos o áreas de propiedad estatal, levantando viviendas provisionales, que con el tiempo se hacen estables o definitivas.

Estas viviendas poseen características comunes en sus estructuras, tales como el encontrarse ubicadas en áreas que no cuentan con servicios urbanos básicos tales como aceras, asfaltos, drenajes, desagües que se encuentran a flor de tierra; el agua potable se da a través de pequeñas tomas diseminadas y contaminadas donde hay que hacer turno desde muy temprano, las calles se conforman por una línea de vivienda que deja solamente el espacio para transitar y existen varios basureros cerca de las viviendas.

“Muchos habitantes se encuentran marginados de la vida urbana por la falta de atención y servicios que se les deben prestar. El crecimiento poblacional es acelerado, se calcula que es de 6.6% anual. El 61% de estas personas trabajan en el renglón de servicios de la ciudad, en actividades como tortillería, costurería, cocina, domésticas, lustradores, peones, etc. El 36% se ocupa en la construcción e industria, con ingresos mínimos igual que sus posibilidades de mejorar”.¹²

1.8.5 La desnutrición

El aumento de la población mundial y su crecimiento acelerado constituye uno de los más grandes problemas y una de las más graves amenazas para la humanidad. Claramente, la relación del número de personas con la cantidad de alimento disponible tiene un impacto en la nutrición estos son dos factores íntimamente relacionados.

“A finales del siglo dieciocho el economista político británico Thomas Malthus nacido el 14 de febrero de 1766; quien fue un economista perteneciente a la corriente de pensamiento clásico, considerado el padre de la Demografía, conocido principalmente por su Ensayo sobre el principio de la población (1798), especuló que el crecimiento de la población podría superar muy pronto la producción y suministro de alimentos; en el se expone el principio según el cual la población humana crece en progresión geométrica, mientras que los medios de subsistencia, entre estos principalmente los alimentos lo hacen en progresión aritmética. Así, explicaba que

¹² Instituto Nacional de Estadística. **Características generales de población y habitación**, Pág. 39

llegaría un punto en el que la población no encontraría recursos suficientes para su subsistencia. Malthus registró en su obra que la lucha entre la capacidad humana de reproducción y la producción de alimentos sería perpetua. Pese a que la progresión de crecimiento de la población era mayor que la de los alimentos (medios de subsistencia), a largo plazo entrarían en juego poderosos frenos. el freno positivo (la población podría frenarse por la guerra, el hambre, las plagas o las enfermedades), el freno preventivo (la restricción al crecimiento de la población por "la prudencia y la prevención", esto es, por la abstinencia o el retraso de la edad del matrimonio o las relaciones sexuales con protecciones a fin de evitar embarazos no esperados) o, en última instancia, el freno final (el crecimiento de las tasas de mortalidad)".¹³

De manera concluyente, Malthus tenía la razón en parte de sus planteamientos, las muestras están en muchos países pobres e inclusive ricos, unos tienen problemas con la tierra y la sobrepoblación, los otros con la sobreoferta. Aunque su revolucionario ensayo sobre El principio de la población (1798), es ampliamente combatido por muchos, otros reconocen su relevancia. Los adelantos tecnológicos han cambiado la percepción de parte de sus principios, pero muchos pueblos hoy ven a Malthus como la inevitable guía que ellos deben seguir en su desarrollo y consolidación de sus sociedades.

En la actualidad los últimos datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) muestran el poco avance de la lucha contra el hambre en el mundo. Según un informe publicado por la FAO, a nivel mundial hay 842 millones de desnutridos y las perspectivas de reducir, de manera relevante, esta cifra es difícil. Encabeza la lista global de países con hambre la República del Congo (75% de la población desnutrida), seguida de Somalia (71%), Burundi (70%) y Afganistán (70%).

La desnutrición ha aumentado también en muchos países de desarrollo intermedio, principalmente en algunas de las antiguas repúblicas soviéticas de Asia, mientras que los países de Europa Oriental y los estados bálticos han evitado en gran parte estos

¹³ http://es.wikipedia.org/Thomas_Malthus.htm. (octubre 2007)

problemas, no ha ocurrido así en Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Letonia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Serbia y Montenegro. En su quinta edición, el estudio sobre "El estado de la inseguridad alimentaría en el mundo 2005" señala que, de las personas mal alimentadas, 798 millones o un 95% viven en países en vías de desarrollo. A inicios de los años 90, el número de desnutridos se redujo en 37 millones, cifra que incrementó nuevamente en 8 millones para la segunda mitad de esa década. Tal tendencia está amenazando el objetivo impuesto por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de reducir a la mitad el número de personas desnutridas en el mundo para 2015.

Según el documento, para cumplir con esta ambiciosa meta, se tendrá que alimentar adecuadamente a 26 millones de personas al año, cifra que representa doce veces más personas bien alimentadas de las que se nutren hoy.

La ONU responsabiliza a los políticos de retrasar el proceso para mejorar la alimentación de la población. Para el director general de la FAO, Jacques Diouf, "el problema no es tanto la falta de alimentos, como la falta de voluntad política". La mayor parte de la población que sufre de subnutrición vive en zonas rurales de los países en desarrollo. Sin embargo, el informe de la FAO dice que hay señales positivas de un aumento en el compromiso en la lucha contra la hambruna.

La urbanización, junto con el crecimiento de la población y el aumento de los ingresos, contribuye a tremendas alzas en la demanda de alimentos y por lo tanto en el volumen de alimentos requeridos, pero además, a variados y dinámicos cambios en la estructura alimentaria. El cambio dietético más importante causado por la migración urbana ha sido la sustitución de los alimentos básicos como raíces, tubérculos y granos enteros por otras fuentes de energía, por ejemplo cereales muy refinados, azúcar, bebidas gaseosas y otros alimentos procesados. En el entorno urbano, las restricciones de tiempo, la disponibilidad de alimentos procesados y económicos, la frecuencia de alimentos procesados con subsidio y la conveniencia de la preparación son elementos importantes que influyen en los patrones de consumo de alimentos.

Un efecto típico de la urbanización es el aumento de la cantidad de alimentos consumidos fuera de casa. Las comidas preparadas comercialmente y otros alimentos listos para comer se consumen en los puestos de alimentos y en los vendedores ambulantes. En muchos países en desarrollo, el sector informal para la venta de alimentos se ha desarrollado como una respuesta típicamente local a las necesidades alimentarias de las ciudades; este sector suministra una fuente económica de alimentos y una importante fuente de ingresos, sobre todo para las mujeres.

La nutrición urbana también se ve afectada porque en la mayoría de los hogares urbanos de bajos ingresos, las mujeres trabajan fuera del hogar; como consecuencia, ha habido una disminución casi universal de la lactancia materna en las áreas urbanas y en todas las regiones del mundo en desarrollo, con un aumento concomitante en el uso de sustitutos de leche materna más costosos y alimentos comerciales.

A pesar del rápido crecimiento de la población, el mundo produjo en 1999 suficientes alimentos para nutrir de modo adecuado a todas las personas del globo, siempre que los alimentos hubiesen sido distribuidos equitativamente. Incluso, si la población mundial se duplica de los actuales 5 500 millones a 11, 000 millones en el año 2030, la producción del mundo será capaz de alimentar a todas estas personas. Más allá de ese nivel, a menos que se estabilice el crecimiento de la población, se podrían verificar serias carencias de alimentos. El aumento ilimitado de la población en un planeta de tamaño definido es imposible; pues con el pasar del tiempo el mundo sería como una sala para estar únicamente de pie, y cada habitante podría tener un metro cuadrado de espacio.

Es un mérito para los avances agrícolas y las capacidades de los agricultores que los suministros alimentarios hayan aumentado para satisfacer las necesidades de la población. Muchos países han obtenido mayores niveles de producción sin ampliar la tierra cultivada, pero sí al aumentar los rendimientos de los cereales y otras importantes cosechas por hectárea cultivada. Esta tendencia tendrá que continuar. Además, el procesamiento y comercialización de los alimentos se debe mejorar.

En la mayoría de los países en desarrollo, la edad media de la primera menstruación es de 11 a 14 años, o sea más tardía que en los países industrializados. La aparición de la menstruación señala el comienzo de la capacidad de una mujer para quedar embarazada. Es casi seguro que la desnutrición retrasa el principio de la menstruación. De esta manera una nutrición deficiente influye en la fertilidad humana.

El hambre y la desnutrición graves, como las carencias de alimentos o la hambruna resultante de sequías, guerras u otros factores, por lo general ocasionan la interrupción de la menstruación en mujeres de edad fértil. Las mujeres que han dejado de menstruar por estas razones son infértiles hasta que mejore su consumo alimenticio.

Se ha demostrado que un espaciamiento breve de nacimientos puede aumentar el riesgo de malnutrición e inclusive de muerte, de modo particular a partir del quinto hijo. Los embarazos muy numerosos y poco espaciados pueden ser perjudiciales para la madre y el niño. Una madre que practica la planificación de la familia, simplemente espaciando los nacimientos, también beneficia su nutrición y salud.

La planificación familiar se relaciona íntimamente con la salud y el estado nutricional. Las familias pequeñas, los intervalos amplios entre embarazos y la terminación gradual de la lactancia, se asocian con la buena salud, con un estado nutricional positivo e incluso menores tasas de mortalidad en la madre y la familia

Es probable que una disminución en la mortalidad infantil y en niños pequeños sea un prerrequisito para la aceptación más amplia de la planificación familiar en las sociedades donde las muertes en la infancia son comunes. Los padres necesitan tener confianza en que sus niños sobrevivirán antes que se arriesguen a limitar el tamaño de su familia. Como la desnutrición contribuye o es una de las causas principales de la muerte en los niños, una mejor nutrición facilitará la aceptación de la planificación familiar.

La buena nutrición es parte de una mejor calidad de vida. Tener menos hijos en una familia significa más alimentos, más espacio y menos pobreza; esto además contribuye

a una mejor calidad de vida. Un amplio intervalo de los nacimientos significa una mejora en la salud y el estado nutricional de los niños y sus madres. Este es un efecto circular.

Por lo tanto, tiene sentido relacionar la nutrición y las actividades de planificación familiar e inclusive integrarlas en un programa de salud materno infantil y de cuidado de salud para toda la familia. Puede ser ventajoso para el mismo personal de salud tratar los temas de nutrición, planificación familiar y salud de la madre y el niño. Algunos países, como Indonesia, donde la planificación familiar tiene un importante impacto en la reducción de la tasa de aumento de la población y donde las familias son más pequeñas de lo que eran hace 20 años, se han combinado las actividades de planificación familiar con las de nutrición y salud, en apariencia con buenos resultados.

“Los trabajadores de la nutrición, ya sean en el campo de la salud, agricultura, educación o servicios sociales, se deben familiarizar con los métodos modernos de planificación familiar. Deben estar capacitados para hablar sobre estos métodos con las personas, ya sea individualmente o en grupos, y deben saber cómo aconsejar a la gente a utilizar servicios locales de planificación familiar. Si estos servicios son inadecuados o causan problemas para las mujeres o las familias, los trabajadores de nutrición deben ser los defensores de mejores servicios de planificación familiar. Mientras más alternativas haya disponibles para las mujeres y los hombres, mayor probabilidad de que los nuevos bebés sean hijos deseados. Por supuesto, los trabajadores deben respetar las leyes nacionales y las normas culturales. Si el aborto es ilegal, la ley se deberá respetar”.¹⁴

1.8.6 El analfabetismo

El analfabetismo sigue siendo uno de los principales problemas tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, es uno de los temas prioritarios a solucionar desde que se analizara profundamente en la Conferencia Mundial de Educación para Todos, celebrada en 1990 en Jomtiem (Tailandia). En esta cita a la que

¹⁴FAO. **Realidad alimentaria mundial**. Estados Unidos. Pág. 24

asistieron representantes de países de todo el mundo se observó de que debido al gran incremento demográfico del globo terráqueo el analfabetismo se presenta como un problema cada día más difícil de resolver, por lo cual la alfabetización es uno de los factores clave para resolver muchos de los problemas más acuciantes que se presentan en todas las sociedades, ya que la realización plena del ser humano sólo se logra a través de la educación, el analfabetismo es igual a falta de cultura, falta de conocimiento general y de derechos y obligaciones del ser humano por lo cual promover la educación es fundamental para el desarrollo de las naciones. No en vano constituye una herramienta muy eficaz para combatir la pobreza y la desigualdad, mejorar los niveles de salud y bienestar social, y sentar las bases para un crecimiento económico sostenido y una democracia duradera.

Por estas razones la educación se incluyó entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, fijándose el año 2015 como fecha límite para alcanzar un 100% de educación primaria para todos los niños del mundo. Como consecuencia, a finales del año 2001 la Asamblea General de la ONU proclamó al período 2003-2012 como el 'Decenio de las Naciones Unidas de la Alfabetización', ratificando así el objetivo fijado en el Foro de Educación Mundial de Dakar de educación primaria efectiva para el año 2015.

Pero la situación más alarmante se deriva del poco avance que ha experimentado el proceso de alfabetización en el mundo; mientras que en la mitad del siglo XX se habían logrado grandes avances en términos de la erradicación de analfabetismo objetivo largamente declarado por la comunidad internacional- actualmente parece que esta tendencia está cambiando y se teme que hasta podrían perderse los logros obtenidos en el pasado ante el recorte de recursos para la educación en muchos países castigados por crisis económicas. En estos momentos, más de un 35% de la población mundial es analfabeta por lo tanto excluida de cualquier posibilidad de participar activamente en la sociedad del conocimiento, del empleo, la salud, etc. Son pueblos enteros los que sufren las consecuencias de la imposibilidad de acceder a la herramienta más básica para comunicarse en la sociedad moderna. Se vulnera así el

derecho de la educación básica, un derecho formalmente reconocido desde su consagración hace 50 años en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Por lo cual el objetivo prioritario en la próxima década es alfabetizar a los más de 861 millones de analfabetos adultos y a los 114 millones de niños que no van a la escuela en el mundo, incluidos los que viven en los países desarrollados. Y es que ni las sociedades más ricas están libres del analfabetismo, como lo evidencian las encuestas realizadas en países desarrollados, que arrojan hasta un 25% de población afectada por analfabetismo funcional (personas que aprendieron a leer y escribir pero que perdieron esa capacidad o no la supieron aplicar para resolver las tareas más simples y cotidianas). Concretamente, en España más de un millón de personas son analfabetas, la mayoría con más de 55 años, según el informe elaborado por el INE.

“No obstante, desde la organización sin ánimo de lucro Alfabetización sin fronteras aseguran que hasta el momento los esfuerzos de alfabetización no han logrado resolver las necesidades educativas de las poblaciones más marginadas del mundo. Para conseguir este objetivo, las diferentes organizaciones y asociaciones trabajan en la creación de espacios locales de alfabetización sustentables, donde la gente pueda expresarse, participar en actividades de aprendizaje efectivas y comunicación escrita, e intercambiar conocimientos, incorporando con el tiempo medios electrónicos y tecnologías de la información para acceder y utilizar todos los materiales y conocimientos disponibles. Se trata de un ambicioso proyecto que tratará de unir a gobiernos y actores de la sociedad civil para promover las diversas formas de alfabetización. Así es como se pretende alcanzar la pertinencia y utilidad de los conocimientos adquiridos en términos de su aplicación en la vida diaria de las personas que no saben ni leer ni escribir”.¹⁵

¹⁵ Cebrían Abellán. **Los indicadores de analfabetismo a nivel mundial.** Pág. 30

1.8.6 El fenómeno de la migración

“Inmigración es la entrada a un país o región por parte de personas que nacieron o proceden de otro lugar. Un inmigrante es alguien que cambia su lugar de residencia de manera permanente, ya sea de un país a otro o dentro de su propia nación. Hay migraciones masivas producidas antes de la consolidación de un Estado Nación, y también desplazamientos dentro del mismo país: migración interna y éxodo rural. La emigración es un fenómeno inherente a ésta, pues se refiere a la salida del país o lugar de origen, de manera que cualquier inmigración tiene como contrapartida una emigración previa.

El desarrollo de la Revolución Industrial dio origen al mayor proceso migratorio de toda la historia, la cual no ha terminado aún, sino que está tomando nuevas formas: el llamado éxodo rural, que involucró a miles de millones de campesinos en todo el mundo que fueron dando origen, a su vez, al crecimiento descontrolado y excesivo de ciudades enormes”.¹⁶

Principales causas de la migración:

Socioeconómicas:

Son las causas fundamentales en cualquier proceso migratorio. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico e inmigración y, por ende, entre subdesarrollo y emigración. La mayor parte de los que emigran lo hacen por motivos económicos, ya que forman parte de grupos familiares considerables, tienen hijos, padres y hasta abuelos que dependen de una solamente de ellos para subsistir, por lo cual generalmente el padre y en ocasiones también la madre salen fuera del pueblo o del país en busca de un mejor nivel de vida. La situación de hambre y miseria en muchos países subdesarrollados obliga a muchos emigrantes a arriesgar su vida (y hasta perderla en multitud de ocasiones), con tal de salir de esta situación.

¹⁶ Ramonet, Félix. **Qué es la Migración** . Pág. 28

Familiares:

Los vínculos familiares, es decir personas que tienen a la mayor parte de su familia en el extranjero también resulta un factor importante en la decisión de emigrar, sobre todo, en los tiempos más recientes, en los que se han registrado grandes tasas de migraciones hacia otros países.

La migración (o inmigración) internacional es una realidad creciente en las últimas décadas y el proceso de globalización ha acelerado esta tendencia. En la actualidad se cuentan alrededor de 125 millones de migrantes en el mundo (es decir, gente desplazada de un país a otro), de los cuales 80 millones se consideran como migrantes recientes. Este movimiento creciente de hombres, mujeres y niños tiene impactos importantes tanto en los países "expulsores" como en los receptores.

La problemática que lleva a migrar es multidimensional. El mayor motivo, fuera de la violencia política, es el problema del desempleo. La migración afecta no sólo a los migrantes, sino que tiene importantes consecuencias en las relaciones económicas y sociales de los países involucrados. Por ello deben pactarse reglas internacionales para enfrentar el problema tanto en la defensa de los derechos humanos y laborales de los migrantes, como para regular la circulación de mano de obra.

La Organización Mundial para las Migraciones calcula que hay aproximadamente 30 millones de migrantes trabajadores en el mundo que envían a sus países de origen alrededor de 67 mil millones de dólares anuales. Muchos estudios sitúan estas remesas en el segundo lugar como fuente de divisas en el ámbito mundial, sólo superada por el petróleo. En varios países, como El Salvador, la principal entrada de divisas depende de los envíos de las trabajadoras y los trabajadores migrantes a sus familias. Incluso en países como México, que tiene una economía altamente exportadora y con una amplia industria maquiladora, las remesas enviadas por los trabajadores migrantes ocupan el cuarto lugar en importancia como entrada de divisas. Es por ello que a muchos gobiernos no le interesa reglamentar la movilidad de la mano de obra.

Los Estados Unidos, el mayor país receptor de mano de obra migrante, ha endurecido y, en gran medida, militarizado, su política migratoria. Ha subordinado la política migratoria de otros países, como México, para que sirvan de muro de contención a los flujos migratorios de Centroamérica y el Caribe. El resto de los países del continente no está exento de graves problemas fronterizos vinculados con el flujo de trabajadores migrantes.¹⁷

Por lo que puede observarse mientras más crece la población más crece su demanda de subsistencia, por lo que muchas personas buscan en otro país un medio de ganarse la vida que no pueden obtener en el propio, máxime si tiene grandes cargas familiares, todo esto se reduciría si se pusiera en marchas exitosas políticas gubernamentales de empleo, educación y planificación familiar entre otras.

1.8.7 La delincuencia juvenil

“Se le denomina delincuencia juvenil a las actividades ilegales que desarrollan los jóvenes, cuya conducta no discurre por unas causas sociales aceptadas, ni sigue las mismas pautas de integración que la mayoría, no surge repetidamente, si no que forma parte de un proceso gradual de socialización desviada que poco a poco se va agravando. Este proceso se manifiesta más agudamente en la adolescencia, cuando el joven está más capacitado para realizar acciones por cuenta propia”.¹⁸

Una de las razones por la que los jóvenes cometen delitos entre la adolescencia media y la final es que, en esta época muchos jóvenes no son capaces de aprender a adaptarse por sí mismos, sin el auxilio del padre o de tutores. Se considera que la edad en que los jóvenes cometen más hechos punibles es a partir de los 14 a los 17 años, respectivamente. Por lo tanto, la edad promedio en que los jóvenes se sumergen en el fenómeno de delinquir alcanza su punto máximo entre los 14 y 16 años de edad;

¹⁷ **Ibid.** Pág. 29

¹⁸ Pinto, Ileana. **Qué ocasiona la delincuencia en nuestros jóvenes.** Pág. 23

Pues es un periodo en el cual el adolescente tiende particularmente a relacionarse con los otros chicos de su edad.

Las causas de la delincuencia juvenil son varias; que van desde cuestiones puramente psicológicas o psicofísicas más sin embargo la mayoría de estudios demuestran que se deben a causas de desintegración o maltrato familiar, hogares en donde los adolescentes no encuentran el calor y el amor que necesita todo ser humano en sus primeros años de vida para poder convertirse más adelante en un adulto de provecho para la sociedad, en la mayor parte de los casos estos niños no han sido planeados y por consiguientes son abandonados en las calles por lo que se ven obligados a unirse a bandas o maras en el caso de Guatemala, a fin de poder sobrevivir.

1.9 Aspectos económicos

1.9.1 La explosión demográfica

En la actualidad hay cerca de seis mil millones de personas sobre la tierra y cada año se pueden sumar 95 millones más. La ONU calcula que en el año 2.050 habrá entre 7.700 y 11.200 millones de personas en el mundo. Los hechos demuestran que dar de comer a tantas personas está provocando un fuerte deterioro medioambiental que deja especial huella en los países del tercer mundo. Allí la disminución de los bosques y especies, la contaminación de lagos, ríos y océanos, la acumulación de gases invernadero y destrucción de la capa de ozono preservadora de la vida terrestre, son consecuencias derivadas de la política llevada a cabo por aquellos gobiernos.

La pobreza les ha conducido a una sobreexplotación de los recursos naturales en un intento fallido por pagar su deuda externa. Al final, los pobres han vendido o alquilado sus mejores tierras a los ricos por no poder atenderlas, y ellos se han tenido que ir a los bosques, a degradar suelos para poder alimentar a sus familias. Nos hallamos ante una espiral descendente donde la pobreza contribuye directamente a un crecimiento de población.

Crecimiento y distribución de la población mundial

Según las estimaciones de las Naciones Unidas, autoridad de reconocido prestigio en el cálculo de niveles y tendencias de población, la población mundial alcanzó los 5,300 millones en 1990 y aumenta cada año en más de 90 millones de personas. El índice de crecimiento (1,7% anual) se encuentra por debajo del máximo de 2% anual alcanzado en 1970. Sin embargo, no se espera que el incremento anual absoluto comience a decrecer hasta después del año 2020.

Las estimaciones de la población mundial antes de 1900 se basaban en datos parciales, pero los investigadores coinciden en que, en general, el crecimiento medio de la población se acercó al 0,02% anual. El crecimiento no era constante y variaba en función del clima, producción de alimentos, enfermedades y guerras.

A partir del siglo XVII, los grandes avances del conocimiento científico, la agricultura, la industria, la medicina y la organización social hicieron posible que la población creciera de forma considerable. Las maquinarias fueron sustituyendo poco a poco la mano de obra humana, aumentando lentamente el conocimiento y los medios para controlar las enfermedades. La población mundial se quintuplicó en 300 años (pasando de 500 millones en 1650 a 2,500 millones en 1950) y el crecimiento fue más espectacular en las regiones donde se inventaron y aplicaron nuevas tecnologías.

Hacia 1950 se inicia una nueva fase en el crecimiento de población. Se logra controlar el hambre y las enfermedades incluso en zonas que no habían alcanzado todavía un alto nivel de escolarización o que no estaban tecnológicamente desarrolladas. Las causas de este cambio fueron el bajo costo de importación de vacunas, antibióticos, insecticidas y variedades de semillas de alto rendimiento. Al mejorar la red de abastecimiento de agua, las instalaciones de alcantarillado y las redes de transporte, aumentaron las cosechas y disminuyó mucho el número de fallecimientos por enfermedades infecciosas y parasitarias. En la mayor parte de los países desarrollados, la esperanza de vida al nacimiento pasó de 35-40 años en 1950 a 61 años en 1990. La rápida disminución de fallecimientos en una población con altos índices de fertilidad hizo que muchos países en vías de desarrollo alcanzaran un índice

de crecimiento anual superior al 3,1%, índice que duplicaría la población en veintitrés años.

Distribución regional

En 1990 había una población de 1.200 millones de personas en los países desarrollados y de 4.100 millones en los países menos desarrollados del mundo. Más de la mitad de la población mundial habita en el este y en el sur de Asia, destacando China con más de 1.200 millones de habitantes e India con 880 millones. Europa y los países de la antigua Rusia representaban el 15%, América el 14% y África el 12% de la población mundial.

Los diferentes índices de crecimiento regional alteran sin cesar estos porcentajes. La población de África se duplicará para el 2025, mientras que la población del Sureste asiático permanece casi constante y la de Latinoamérica crece a un ritmo fuerte aunque desigual; y las demás regiones, incluida Asia oriental, disminuyen de forma considerable. Para el 2025 se estima que el porcentaje relativo a los países desarrollados actuales descenderá al 17%. El 90% de los nacimientos actuales tiene lugar en los países menos desarrollados.

Concentración urbana

A medida que un país pasa de una economía agrícola a una economía industrial, se produce una migración en gran escala de los residentes rurales hacia las ciudades. En este proceso, el índice de crecimiento de las áreas urbanas duplica el índice de crecimiento global de la población. En 1950, el 29% de la población mundial vivía en áreas urbanas, en 1990 esta cifra era del 43% y para el año 2010 se estima que aumentará a más del 50 por ciento.

Esa migración a las ciudades conlleva una importante disminución del número de personas que vive en el campo, y en consecuencia índices de crecimiento bajos en las áreas rurales. En los países menos desarrollados, el rápido crecimiento de la población mundial ha diferido este fenómeno aplazándolo hasta las primeras décadas del siglo XXI. La previsión para América Latina es que en el año 2020 más de 300 millones de niños vivan en las ciudades.

Estimaciones de población

La mayor parte de los padres potenciales de las próximas dos décadas ya han nacido. Esto permite realizar estimaciones de población para este periodo con fiabilidad razonable, salvo imprevistos. Por otro lado, a lo largo de dos décadas, el grado de incertidumbre, tanto de los índices demográficos como de otras características de la sociedad, crece a un ritmo vertiginoso, haciendo que cualquier estimación resulte sólo especulativa.

Las estimaciones de las Naciones Unidas publicadas en 1997 indican que la población mundial pasará de 5.300 millones de personas en 1997 a 6,700 millones en el año 2000 y a 8.500 millones en el 2025. Las estimaciones máxima y mínima para el año 2025 son de 9,100 millones y 7,900 millones respectivamente. El índice medio de natalidad mundial, que en 1997 era del 26‰, se reducirá al 22‰ para finales del siglo, y al 17‰ en el año 2025 (con la correspondiente reducción del índice total de fertilidad de 3,3 en 1997 a 2,3 en el 2025). El mayor porcentaje de población con edades de alta mortalidad hará que el índice de mortalidad media mundial se reduzca sólo un poco, pasando del 9‰ en 1997 al 8‰ en el 2025. La esperanza de vida media mundial, sin embargo, pasará de 65 años en 1990 a 73 años en el 2025.

Seguirán existiendo amplias variaciones en el crecimiento de la población. En el mundo desarrollado, el crecimiento de la población seguirá siendo muy lento y en algunos países incluso disminuirá. Se estima que la población de Europa occidental decrecerá a partir del año 2010. En 1996 en las ciudades de Madrid y Londres había más habitantes de 65 años que menores de 15. En España el índice de fecundidad es de 1,4 hijos por mujer, siendo uno de los países, junto con Italia, con menor natalidad del mundo. En el caso estadounidense, las previsiones hablan de un crecimiento hasta el año 2050, debido a la inmigración. A partir de este momento el índice de crecimiento será prácticamente nulo. En cambio, para el año 2010, América Latina tendrá la mayor tasa media anual de crecimiento del mundo.

Las Naciones Unidas estiman que los países menos desarrollados tendrán unos índices de crecimiento de población en continuo descenso. Para el conjunto de países menos desarrollados, el índice de crecimiento, que en el 1997 era del 2% anual, en el

2025 se reducirá a la mitad. África seguirá siendo la zona con el índice de crecimiento más alto. La población africana se triplicará pasando de 682 millones de personas en 1990 a 1.580 millones de personas en el 2025 y se estima que seguirá creciendo hasta duplicar su volumen de población en otros 35 años.¹⁹

1.9.2 Los recursos naturales su agotamiento y distribución

El agotamiento de muchos recursos vitales para nuestra especie a consecuencia de su dilapidación o de su destrucción constituye uno de los más preocupantes problemas de la actual situación de emergencia planetaria.

El petróleo, por ejemplo, conocido hace miles de años, siempre tuvo las mismas características y propiedades, pero su aparición como recurso energético es muy reciente, cuando la sociedad ha sido capaz de explotarlo técnicamente. Y otro tanto se podría decir de muchos minerales, de recursos de los fondos marinos, de los saltos de agua o de la energía solar, que obviamente siempre han estado ahí.

Por otra parte, la idea de recurso lleva asociada la de limitación, la de algo que es valioso para satisfacer necesidades pero que no está al alcance de todos. Por eso, el agotamiento de los recursos es uno de los problemas que más preocupa socialmente, como se evidenció en la primera Cumbre de la Tierra organizada por Naciones Unidas en Río en 1992; en la cual se explicó que el consumo de algunos recursos clave superaba en un 25% las posibilidades de recuperación de la Tierra. Y cinco años después, en el llamado Foro de Río 2005, se alertó sobre la aceleración del proceso, de forma que el consumo a escala planetaria superaba ya en un 33% a las posibilidades de recuperación. Según manifestaron en ese foro los expertos: "si fuera posible extender a todos los seres humanos el nivel de consumo de los países desarrollados, sería necesario contar con tres planetas para atender a la demanda global".

¹⁹ Organización de las Naciones Unidas. **Estado de la Población Mundial**. Pág. 36

Por lo que nos enfrentamos a un grave problema de agotamiento de recursos esenciales a pesar de que la mayoría de los seres humanos tienen un reducido acceso a los mismos. Un agotamiento de recursos que ha jugado un papel determinante, aunque no exclusivo en el colapso de pasadas civilizaciones y que ahora amenaza con conducir "al colapso de la sociedad mundial en su conjunto".

Se sigue construyendo vehículos que queman alarmantemente cantidades crecientes de petróleo, sin tener en cuenta, ni las previsiones de su agotamiento, ni tampoco los problemas que provoca su combustión o el hecho de que constituye la materia prima, en ocasiones exclusiva, de multitud de materiales sintéticos (fibras, plásticos, cauchos sintéticos, medicamentos). Al quemar petróleo estamos privando a las generaciones futuras de una valiosísima materia prima.

Naturalmente resulta difícil predecir con precisión cuánto tiempo se podrá seguir disponiendo de petróleo, carbón o gas natural. La respuesta depende de las reservas estimadas y del crecimiento de la población a nivel global. Y ambas cosas están sujetas a variaciones: se siguen realizando prospecciones en busca de nuevos yacimientos e incluso se está volviendo a extraer petróleo de yacimientos que hace tiempo fueron abandonados como no rentables.

La situación de emergencia planetaria no es atribuible a un único problema, por muy grave que sea el agotamiento del petróleo. De hecho, algunos temen que no llegue a agotarse lo suficientemente aprisa para poner freno al acelerado cambio climático que está provocando su combustión. Y si seguimos considerando el problema del agotamiento de recursos, para la inmensa mayoría de la población mundial resulta tanto o más grave el drástico descenso de los recursos hídricos, un recurso tan sólo aparentemente renovable.

Es preciso referirse a otros muchos recursos que han sufrido una drástica disminución como, por ejemplo, las pesquerías. Alteraciones ecológicas, como las

provocadas en la desembocadura de los ríos, a las que no se deja llegar suficiente agua, o la utilización de técnicas como las redes de arrastre, han esquilmoado irreversiblemente muchos caladeros. Algunas de las especies comerciales se encuentran por debajo de un 1% respecto a sus existencias de hace unas décadas, con los consiguientes conflictos entre países y comunidades pesqueras: miles de pescadores se han quedado sin trabajo en países como Canadá o España.

Los problemas y desequilibrios se potencian así mutuamente. Un ejemplo claro de ello lo constituye otro recurso esencial, el de la masa forestal. En los últimos 100 años el planeta ha perdido casi la mitad de su superficie forestal. Y, como señalan informes de la FAO (Organización de la Alimentación y la Agricultura, la Tierra sigue perdiendo de forma neta cada año 11,2 millones de hectáreas de bosques vírgenes. Esto sucede, según informes del Fondo Mundial para la Naturaleza, como consecuencia fundamentalmente de su uso como fuente de energía (cerca de 2000 millones de personas en el mundo dependen de la leña como combustible), de la expansión agrícola y ganadera y de la minería y de las actividades de compañías madereras que, a menudo, escapan a todo control. Un informe del gobierno brasileño reconocía en 1999 que el 80% de la madera extraída de la Amazonía se obtenía sin permiso. Y las áreas taladas de bosque tropical en África corresponden a especies que tardan más de doscientos años en crecer.

“Esta disminución de los bosques, particularmente grave en el caso de las selvas tropicales, no sólo incrementa el efecto invernadero, al reducirse la absorción del dióxido de carbono sino que, además, agrava el descenso de los recursos hídricos: a medida que la cubierta forestal mengua, aumentan lógicamente las corrientes de los ríos, lo que favorece las inundaciones, la erosión del suelo y reduce la cantidad que se filtra en la tierra para recargar los acuíferos. En los bosques vive entre el 50 y el 90 por ciento de todas las especies terrestres, por lo que su retroceso va acompañado al desaparecimiento de muchas especies. Esto también se relaciona con la disminución de otro recurso natural: el suelo cultivable, justamente cuando la tierra se encuentra en el momento de aumento de la demanda alimentaria más grande de toda la historia. Por

una parte, se tiene la incidencia del crecimiento de la población y del número de carreteras a costa de suelos fértiles y por otra parte la falta de suelo cultivable”.²⁰

Existen por lo tanto gran diversidad de aspectos a considerar cuando se habla del agotamiento de recursos naturales sin que se pueda encontrar respuesta directa al problema; mas sin embargo las soluciones a la situación de emergencia planetaria existen y han sido apuntadas por los mismos expertos que han señalado los problemas, entre estas la más inmediata es la planificación familiar y las políticas de control de la población, se trata de poner en marcha, conjuntamente, medidas tecnológicas, cambios de comportamientos y estilos de vida y políticas gubernamentales, que afortunadamente en muchos países se han empezado a implementar.

1.9.3 Políticas de población

Las políticas gubernamentales de población pretenden alcanzar objetivos de desarrollo y bienestar aplicando medidas que, directa o indirectamente, inciden sobre procesos demográficos como la fertilidad y la migración. Como ejemplos cabe citar el establecimiento de la edad mínima reglamentaria para contraer matrimonio, los programas de divulgación de uso de anticonceptivos y planificación familiar, y los controles de migración.

Los países europeos no tuvieron políticas de población hasta el siglo XX. Se concedían ayudas a las familias numerosas en países como Gran Bretaña, Suecia, España y la Unión Soviética. Los fascistas italianos en la década de 1920 y los nacionalsocialistas alemanes en la década de 1930 incluyeron el crecimiento de la población como parte importante de sus doctrinas.

Japón, con una economía comparable a la de los países europeos, fue el primer país desarrollado en la era moderna que inició un programa de control de natalidad. En 1948 el gobierno japonés instituyó una política que incluía la anticoncepción y el aborto para limitar el tamaño de las familias.

²⁰ **Ibid.** Pág. 38

Las políticas europeas a favor de la natalidad no tuvieron mucho éxito en la década de 1930 y hasta el año 2000 comenzaron a darse avances en el control de su crecimiento poblacional. El control gubernamental de la migración parece que resulta más eficaz.

Políticas de población en América Latina

Desde su independencia, los países hispanoamericanos se plantearon los problemas de población derivados del mestizaje y la existencia de amplias zonas de escasa presencia humana. "Gobernar es poblar", fue una consigna generalizada, mientras se planteaban programas de atracción de colonos, preferentemente europeos, que no siempre llegaban con facilidad.

El vertiginoso crecimiento de los índices de natalidad, las tradiciones religiosas y familiares, las costumbres de fuerte arraigo, contrarias a la contracepción, han obligado a todos los gobiernos a desarrollar campañas de información y educación, a promover el control de la natalidad y los programas de planificación familiar.

Políticas de población en el Tercer Mundo

En 1952 la India fue el primero de los países en vías de desarrollo que adoptó una política oficial para parar el crecimiento de su población. El objetivo era facilitar el desarrollo social y económico reduciendo la carga de una población joven y en constante crecimiento. Estudios para investigar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticonceptivos de la población pusieron de relieve que un alto porcentaje de parejas no deseaban tener más hijos, aunque algunos ya practicaban una anticoncepción eficaz. Los programas de planificación familiar fueron considerados como una forma de satisfacer el deseo de un amplio sector de la población de limitar y controlar la natalidad.

La reducción del índice de crecimiento en Asia puede atribuirse sobre todo a las estrictas políticas de control de la población en China. A pesar de su inmensa población, China ha reducido con éxito los índices de natalidad y mortalidad.

Recientemente, el gobierno está apoyando una política de familias con un solo hijo con el fin de reducir el índice actual de crecimiento anual del país del 14% al 0% en el año 2010.

“En 1979, más del 90% de la población de los países en vías de desarrollo vivía bajo gobiernos que, al menos en principio, permitían el acceso a anticonceptivos por razones de sanidad y garantizaba el derecho a elegir el número de hijos y controlar los intervalos entre nacimientos. Estudios recientes muestran que en muchos países se están reduciendo los índices de natalidad y de crecimiento de la población nacional, en parte gracias a los programas de planificación familiar propiciados por los gobiernos”.²¹

1.9.4 Realidad socioeconómica de Guatemala

Guatemala es considerada uno de los dos países más pobres de la región iberoamericana, mayoritariamente rural (más de tres cuartas partes de la población), con una tremenda disfunción en el reparto de la tierra (un 2% por ciento de los propietarios concentran el 65% del suelo), y con un 62% de la población rural que vive en condiciones de extrema pobreza. Junto a esas abismales diferencias, en los últimos años han crecido los niveles de pobreza por razones estructurales entre estos:

- Alza de los productos básicos (en 1995 llegaron a alcanzar el 67 por ciento).
- Injusta distribución del ingreso nacional, con un gran acaparamiento de la décima parte de la población, que acumula el 45 por ciento.
- En el segundo quinquenio de los noventa el desempleo afectó al 40 por ciento de la población económicamente activa.
- Más de la tercera parte de la población económicamente activa no solo padece falta de calificación laboral, sino que es analfabeta.
- La sociedad se encuentra estigmatizada por profundas desigualdades y crecimiento de los grupos marginados, con un auge social concentrador y excluyente.

²¹ **Ibid.** Pág. 44

- La tercera parte de la población del área metropolitana (800.000 personas) se emplaza en asentamientos marginales, con tres cuartas partes de desempleados.
- Las coberturas de educación primaria (44 por ciento de media) y el insignificante valor alcanzado por la secundaria (1,5 por ciento) afecta más al campo que a las urbes, y a las étnias y sexos (superior en ladinos que mayas y en varones que mujeres).
- Tres cuartas partes de la población padece la necesidad básica insatisfecha de la comida.
- Los mismos pobres indican que los bajos salarios, la carencia de tierra, la falta de comida, el gran número de hijos y la escasez de vivienda son los problemas sociales graves.

Se detecta que la problemática, al margen de multitud de causas, desde históricas hasta políticas, es una espiral. Los pobres rurales se dedican al jornaleo agrario, y en las ciudades los pobres urbanos al comercio. Pero, en cualquier caso, la colaboración infantil se considera esencial. Los hijos son fuerza de trabajo necesaria, y el sistema educativo (como en otros países, y al margen de lo que indiquen la Constitución) no es ni realmente obligatorio ni gratuito. La conclusión es que ni los hijos estudian, ni se invierte en su formación para el futuro. La espiral del subdesarrollo no es que se haya creado, es que es la misma de siempre, la heredada, pero hoy agudizada.

La tasa de desnutrición es alarmante; en once de los veintidós departamentos es incluso severa. La tercera parte de los niños presentan déficit de peso, mientras la dieta alimentaria se ha reducido en variedad, cantidad y calidad (en la última década el precio de los alimentos básicos subió un 157 por ciento). Algunas fuentes afirman que tres cuartas partes de los menores de cinco años corren alto riesgo de desnutrición. En suma, que aún existiendo la hipotética posibilidad de escolarización generalizada tampoco los logros conseguidos serían muchos.

Como resultante, el país ocupa el segundo lugar iberoamericano por mayores índices de analfabetismo, con tres cuartas partes de la población rural y la tercera parte

de la urbana, rasgos agudizados entre la población indígena y femenina. Las causas son estructurales, si bien deja su impronta la escasa asignación del presupuesto a educación, con el consecuente estancamiento de las inversiones para hacer frente a unas necesidades crecientes, derivadas del fuerte crecimiento demográfico. Así se explican las realidades presentes: el nivel pre primario cubre un bajo 17 por ciento de los niños en edad escolar; entre los 5 y 6 años menos de la tercera parte; el primario (7 a 12 años) el 68 por ciento (unos 450.000 no asistieron nunca a la escuela); y la educación básica un escaso 18 por ciento.

El problema pendiente es la insuficiencia, cuando no inexistencia, de infraestructura educacional. Se demanda la construcción de escuelas en el interior del país, porque buena parte de las aldeas y caseríos carecen de educación primaria completa. Sin embargo, se ha de partir de otra premisa oficialmente reconocida, la ineficacia del modelo educativo, reflejada en actitudes de recelo a la alfabetización, como ocurre con las comunidades mayas de los quichés y cakchiqueles. Ello explica sus altas tasas medias de analfabetismo (41 por ciento); los valores son muy inferiores (14 por ciento) en la región que engloba al área metropolitana, mientras en los departamentos del nor oriente se registran los más altos índices (65 por ciento), debido a la alta proporción indigenista.²²

“Datos estadísticos de la población en Guatemala”

Población

12,728.11 (2004 estimable)

Distribución por edad

0-14	años:	40,8%	(hombres	2.641.179/mujeres	2.556.397)
15-64	años:	55,5%	(hombres	3.426.376/mujeres	3.642.157)
65 años y más: 3,6% (hombres 213.801/mujeres 248.201) (2004 estimable)					

²² Secretaria General de la Presidencia. **Realidad Socioeconómica de Guatemala.** Pág. 26.

Tasa de crecimiento

2.15% (2004 estimable)

Tasa de natalidad

29.09 nacimientos/1.000 habitantes (2004 estimable)

Tasa de mortalidad

5.27 muertes/1.000 habitantes (2004 estimable.)

Tasa de migración neta

-2.31 emigrantes /1.000 habitantes (2004 estimable)

Tasa de mortalidad infantil

total: 29,77 muertes/1.000 nacimientos

hombres: 32,26 muertes/1.000 nacimientos

mujeres: 27,16 muertes/1.000 nacimientos (2004 estimable)

Expectativa de vida al nacer

Población total: 69,69 años

hombres: 67,94 años

mujeres: 71,52 años (2004 estimable)

Tasa de fertilidad

3,7 infantes nacidos/mujer (2004 estimable)

VIH/SIDA - tasa de incidencia en la población adulta

1,1% (2004 estimable)

VIH/SIDA - habitantes infectados con VIH/SIDA

78.000 (2004 estimable)

VIH/SIDA - muertes

5.800 (2004 estimable)

Tasa de alfabetización

Mayores de 15 años que pueden leer y escribir

población total: 69,1%

hombres: 75,4%

mujeres: 63,3% (2004 estimable)".²³

Por lo que se puede apreciar en las estadísticas descritas es alarmante observar que el promedio de hijos por mujer es aproximadamente de cuatro, y que la tasa de natalidad sea cuatro veces mayor a la de mortalidad, así también es preocupante observar que haya aproximadamente 78 mil habitantes infectados con el virus del sida, es por estas razones que la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos no únicamente para prevenir embarazos sino también enfermedades de transmisión sexual es fundamental para frenar los índices de desempleo, pobreza, migración y enfermedades.

1.10 Argumentos en contra de la planificación familiar

1.10.1 Patrones culturales y consideraciones éticas

Algunas personas consideran que el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos atenta contra la ética en el sentido de que algunos métodos anticonceptivos, como el dispositivo intra uterino, actúan también al impedir la anidación del pre embrión ya fecundado no implantado en el endometrio materno. Es por ello que hay personas que los consideran como métodos anticonceptivos abortivos,

²³ **Ibid.** Pág. 47

y los rechazan, haciendo una distinción sobre los métodos anticonceptivos que consideran como no abortivos (ejemplo método combinado: preservativo y crema espermicida, método del calendario, de la temperatura basal etc).

Otras personas consideran que el uso de anticonceptivos atenta contra la salud debido a los posibles efectos secundarios que pueden derivarse del uso de los mismos, más sin embargo las investigaciones recientes demuestran pocos e incluso nulos efectos secundarios, al contrario se ha descubierto que el uso de la pastilla anticonceptiva ofrece protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer de ovario y endometrio y la endometriosis (crecimiento de tejido uterino fuera del útero) así también ejerce un efecto protector contra el cáncer de endometrio y de ovario, el embarazo ectópico (fuera del útero) y las infecciones pelvianas.

Los opositores del planeamiento familiar temen que los anticonceptivos promuevan la inmoralidad y el sexo ilícito, si bien se debe agregar que muchas creencias no occidentales temen que las políticas liberales anticonceptivas alienten un modelo de vida occidental que destruiría la familia y los valores familiares. Las disertantes feministas han considerado las prohibiciones que pesan sobre el control de la natalidad como una prohibición a la libertad sexual y la independencia femeninas.

1.10.1 Argumentos ideológicos y religiosos

Antes de la década de 1930 todas las ramas cristianas estaban unidas en su firme rechazo a los anticonceptivos. La Conferencia de Lambeth de la Iglesia Anglicana (1930) señala el inicio del fin de la unanimidad, recomendando el uso de anticonceptivos artificiales cuando la abstinencia se estimaba impracticable. Del mismo modo, el Consejo Federal de Iglesias (1931) patrocinaba en forma moderada el uso de métodos del control de la natalidad artificiales. La mayoría de los más importantes ritos protestantes siguieron el ejemplo, y para 1961, el Consejo Nacional de Iglesias asumía una línea de conducta liberal en cuanto al uso de los anticonceptivos, dejándolo sujeto al mutuo consentimiento dentro del ámbito de la pareja.

“La absoluta prohibición de los métodos de control de natalidad por la Iglesia Católica Romana, declarada por el papa Pío XI en su encíclica de 1930, *Casi Connubii*, fue mantenida por la *Humanae Vitae* de 1968 (la encíclica del papa Pablo VI), y constituye la política actual de la iglesia. La posición católica sobre la anticoncepción está sumamente influenciada por la teoría de ley natural de Aristóteles, Agustín y Aquino, quienes consideran que el propósito final de la sexualidad es la procreación; interferir con esta finalidad sería una violación de la ley natural, y por lo tanto, un pecado. También sostienen esta postura algunas ramas anglicanas, evangelistas y de cristianos Fundamentalistas. La Iglesia Católica sólo aprueba la abstinencia y el método de planeamiento natural de familia (FAM) como técnicas apropiadas para el control de la natalidad”.²⁴

Papel de la Iglesia católica y la planificación familiar en el caso de Guatemala:

Al igual que en otros países latinoamericanos, la tradición católica está profundamente enraizada en la cultura de Guatemala. Además, la Iglesia católica ha desempeñado un papel importante en la búsqueda de la paz y sigue ejerciendo una importante influencia en la población de Guatemala en general. La Iglesia desempeñó un papel activo durante los años de la guerra civil apoyando y protegiendo a los pobres, los campesinos y los indígenas, reconociendo su derecho a acceder a la educación, a los servicios de salud y a la tierra, y a no ser discriminados. No obstante, esta fuerte influencia ha sido diferente en el área de los derechos reproductivos, donde la Iglesia Católica sigue manteniendo una postura conservadora de oposición a los métodos modernos de planificación familiar y de promoción del papel de “maternidad” de la mujer.

²⁴ <http://www.geocities/catolica/.com>

CAPÍTULO I

2. La planificación familiar en la legislación guatemalteca.

2.1 Constitución Política de la República de Guatemala

La Constitución Política de la República de Guatemala, establece que el Estado se organiza para proteger a la persona y a la familia, así también garantiza la libertad de acción la seguridad la paz y el desarrollo integral de la persona, lo cual lo encontramos fundamentado en el título I de la Carta Magna; el Artículo 47 establece claramente el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos dentro del matrimonio. Dichos artículos se transcriben a continuación.

TÍTULO I

La persona humana, fines y deberes del Estado

Capítulo único

ARTICULO 1.- Protección a la Persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.

ARTICULO 2.- Deberes del Estado. Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

TITULO II

Derechos humanos

CAPÍTULO I

Derechos individuales

ARTICULO 3.- Derecho a la vida. El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

ARTICULO 4.- Libertad e igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí.

ARTICULO 5.- Libertad de acción. Toda persona tiene derecho a hacer lo que la ley no prohíbe; no está obligada a acatar órdenes que no estén basadas en ley y emitidas conforme a ella. Tampoco podrá ser perseguida ni molestada por sus opiniones o por actos que no impliquen infracción a la misma.

CAPÍTULO II

Derechos sociales

SECCIÓN PRIMERA

Familia

ARTICULO 47.- Protección a la familia. El Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia. Promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

El derecho a la salud

La Constitución de Guatemala así también proporciona un fundamento sólido a la obligación del gobierno de actuar de modo afirmativo con el fin de garantizar el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar.

La Constitución declara que el disfrute de la salud es un derecho humano fundamental para todos los ciudadanos y ciudadanas sin discriminación alguna reconoce la obligación del Estado de garantizar la vida, la libertad, la seguridad y el desarrollo integral de todos los habitantes del país. La Constitución también establece la obligación del Estado de proteger la salud de los habitantes del país y de garantizar el bienestar físico, mental y social más completo posible, desarrollando programas tanto de prevención y promoción como de tratamiento y rehabilitación.

Reconoce que la salud es un bien público que todas las personas e instituciones están obligadas a protegerlo; lo cual lo encontramos regulado en el título II artículo del 93 al 96 los cuales son transcritos a continuación:

ARTICULO 93.- Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

ARTICULO 94.- Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

ARTICULO 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

ARTICULO 96.- Control de calidad de productos. El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquéllos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.

El derecho a la participación comunitaria en los programas públicos de salud

Por último, la Constitución de Guatemala reconoce explícitamente el derecho y la obligación de todas las comunidades de participar activamente en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas públicos de salud. La inclusión de este derecho es especialmente importante en un país que sale de una guerra civil y en el que casi la mayoría de la población es indígena y ha sido privada del derecho a participar en los procesos del gobierno debido a su condición de pueblo indígena, campesina y pobre.

Esto lo encontramos regulado en el Artículo 98 el cual se transcribe a continuación:

“ARTICULO 98.- Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en el planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.²⁵

2.2 Los Acuerdos de paz

Los Acuerdos de Paz son un conjunto de 11 acuerdos, de los cuales 10 entraron en vigor el 29 de diciembre de 1996, cuando se firmó el decimoprimer, el Acuerdo para una Paz Firme y Duradera. En la elaboración de los Acuerdos de Paz, las partes aprovecharon las negociaciones dirigidas a poner fin a tres décadas de conflicto armado como una oportunidad para renovar las instituciones necesarias con el fin de garantizar los derechos del pueblo de Guatemala, especialmente del pueblo indígena. Por tanto, los acuerdos constituyen una especie de carta de derechos de los pueblos indígenas de Guatemala y pretenden cambiar a fondo no solamente el tejido social de Guatemala, sino también su panorama político.

²⁵ Constitución Política de la República de Guatemala., Asamblea Nacional Constituyente.

En el Acuerdo Integral de Derechos Humanos de 1994, ambas partes reafirmaron que los Acuerdos de Paz deben ir acompañados de una verificación nacional e internacional adecuada y acordaron solicitar al Secretario General de Naciones Unidas la organización de una misión de verificación de los derechos humanos y del cumplimiento por las partes de los compromisos del Acuerdo.

Los Acuerdos de Paz contienen varias disposiciones para eliminar la discriminación por género. Por ejemplo, uno de los Acuerdos obliga al gobierno a eliminar cualquier forma de discriminación de hecho o legal contra la mujer en cuanto a facilitar el acceso a la tierra, a la vivienda, a créditos y a participar en los proyectos de desarrollo. La perspectiva de género se incorporará a las políticas, programas y actividades de la estrategia global de desarrollo.

En el Acuerdo sobre Aspectos Sociales y Económicos y la Situación Agraria, el Gobierno prometió ejecutar programas integrales de salud para las mujeres que incluirían ofrecerles acceso a la información, prevención y servicios de atención a la salud y de planificación familiar. El gobierno se comprometió a tomar en cuenta la situación social y económica concreta de las mujeres en sus estrategias, planes y programas de desarrollo y a formar a los funcionarios para que realizaran sus análisis y planificaciones teniendo en mente la situación especial de las mujeres. A lo largo del acuerdo, el gobierno confirma su obligación de garantizar el disfrute efectivo del derecho a la salud, reconociendo que una salud mejor constituye uno de los pilares del desarrollo sustentable. Se compromete a aumentar significativamente la inversión social, en especial para la salud, a proporcionar un acceso total a los servicios básicos, a descentralizar los recursos del gobierno, y a dar prioridad a los sectores más necesitados de la sociedad y a las zonas más desfavorecidas del país”.²⁶

2.3 El Código de Salud

²⁶ Acuerdos de Paz y de los Pueblos Indígenas, República de Guatemala.

El Código de Salud de Guatemala otorga a todos los ciudadanos y ciudadanas el derecho a una salud adecuada sin discriminación alguna. El Código también establece la obligación del gobierno de emprender esfuerzos dirigidos a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, a través de las instituciones públicas de salud centralizada, descentralizada y autónoma, así como de sus entidades privadas, para lograr el mayor bienestar global físico, mental y social de sus ciudadanos y ciudadanas.

El derecho a la información en materia de salud también se encuentra protegido en el Código de Salud, que establece que en el área de la salud, toda persona tiene el derecho a la dignidad y el respeto, a la privacidad médica y a ser informada sobre los riesgos para su salud, enfermedades y servicios a los que tiene derecho por ley. Estos Artículos se transcriben a continuación.

“Artículo 6: Información sobre salud y servicios. Todos los habitantes tienen, en relación con su salud, derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados con la pérdida de la salud, las enfermedades y los servicios a los cuales tienen derecho.

ARTICULO 41: Salud de la familia. El Estado, a través del Ministerio de Salud y de las otras instituciones del sector, desarrollarán acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez con un enfoque integral de ambiente físico y social a nivel de la familia, así como la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, incluyendo aspectos de salud reproductiva”.²⁷

2.4 Ley de desarrollo social

²⁷ **Código de Salud.** Decreto 90-97, Congreso de la República de Guatemala.

La Ley de Desarrollo Social Decreto 42-2001 establece la protección y atención de la familia en materia de salud y salud reproductiva de una manera bastante amplia así también crea y promueve programas para promover e impulsar acciones que tiendan a favorecer el pleno y libre ejercicio de las personas a la paternidad y maternidad responsable. Estos Artículos que se transcriben a continuación:

CAPÍTULO II

Principios rectores en materia de desarrollo social

ARTÍCULO 6. Familia. La organización de la familia es la unidad básica de la sociedad, la que considera sobre la base legal del matrimonio. Constituye también núcleo familiar con los mismos derechos, la unión de hecho, las madres y padres solteros, en atención a los artículos de la Constitución Política de la República y 173 del Código Civil.

ARTÍCULO 14. Atención a la familia. La Política de Desarrollo Social y Población incluirá medidas para promover la organización de la familia, proteger, promover y fortalecer su salud y desarrollo integral, con el fin de lograr una constante mejoría en la calidad, expectativas y condiciones de vida de sus integrantes.

ARTÍCULO 15. Paternidad y maternidad responsable. La Política de desarrollo social y población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada, veraz y ética el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita.

SECCIÓN II
Política de desarrollo social y población
en materia de salud

ARTÍCULO 24. Protección a la salud. Todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes, estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios, integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena.

ARTÍCULO 25. Salud reproductiva. 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 con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.

ARTÍCULO 26. Programa de salud reproductiva. Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea

participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. El Programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones:

1. **Objeto.** El Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.

2. **Servicios.** Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puestos de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, está obligado a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto, prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente.

3. **Planificación familiar.** Para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevarán a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá elaborar, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y uso de los métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales, ofrecidos en los servicios de salud.

4. **Adolescentes.** En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto, espaciamiento de embarazos, prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

5. **Maternidad saludable.** La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:

- a. Crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna
- b. Fortalecer la prestación de los servicios preventivos, necesarios tendentes a evitarlas y prevenirlas.
- c. Desarrollar e instrumentar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas y otro personal, para promover y asegurar que las madres reciban cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia.
- d. Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.
- e. Promover la lactancia materna mediante acciones de divulgación, educación e información sobre los beneficios nutricionales, inmunológicas y psicológicos para el recién nacido, en los casos en que clínicamente esté indicado.
- f. Divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio ínter genésico a dos o más años.

g. Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido.²⁸

2.5 Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva”

La Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar de Guatemala, constituye la ley más completa en el ordenamiento jurídico guatemalteco en cuanto a servicios de planificación familiar se refiere; en ella encontramos la protección de los servicios de planificación familiar para toda la población, así como el aseguramiento del acceso a los servicios de planificación familiar, incluida la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva e información y adquisición de métodos de planificación familiar. Constituye una de las leyes más avanzadas y concretas en cuanto a servicios e información de planificación familiar se refiere a nivel latinoamericano.

En este decreto se establece la necesidad y obligatoriedad del Estado de dar acceso a la población a los servicios de planificación familiar, que conlleven la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva, y provisión de métodos de planificación familiar. La ley define una “estrategia especial para adolescentes” que “asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados” para ellos y establece que “el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales, deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre educación reproductiva y sexual”.

Los defensores de la normativa señalan que los guatemaltecos deben tener la posibilidad de recibir instrucción para decidir sobre su salud sexual y reproductiva, estudios indican que el 77 por ciento de las y los guatemaltecos están de acuerdo con que los centros de salud proporcionen anticonceptivos de manera gratuita, además de

²⁸ Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001, Congreso de la República de Guatemala.

que el 80 por ciento opina que las escuelas y colegios deben informar a sus hijas e hijos sobre métodos de planificación y educación sexual.

Esta ley se logro promulgar después de varias luchas entre diferentes actores del sector público entre ellos la Iglesia Católica, y el Organismo Ejecutivo contra el organismo legislativo puesto que fue hasta suspendida por la Corte de Constitucional tras varios amparos interpuestos en su contra luego de que fueron rechazados los vetos que hiciera el presidente de la República Oscar Berger contra dicha ley. Diversas organizaciones sociales entre ellas la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres; el Centro de Acción Legal de Derechos Humanos (CALDH); la Colectiva para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (Codefem), la Red de Mujeres por la Construcción de la Paz (Remupaz) y la Unión Nacional de Mujeres Guatemaltecas (UNAMG) se enfrentaron para lograr se reconocieran sus derechos establecidos tanto en la Constitución Política como en la Ley de Desarrollo Social promulgada en el año 2001.

La Ley de planificación familiar es transcrita a continuación:

DECRETO NÚMERO 87-2005

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de la República de Guatemala en el artículo 47 establece que se garantizarán la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo igualdad de derechos de los cónyuges, paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

CONSIDERANDO

Que el Código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República, en el artículo 9 establece, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población.

CONSIDERANDO

Que la Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, en los artículos 25 y 26 contempla la implementación de un programa que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.

CONSIDERANDO

Que se debe asegurar la sostenibilidad del componente de planificación familiar dentro del Programa de Salud Reproductiva, para garantizar el abastecimiento y disponibilidad de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y organizaciones privadas que trabajen o implementen programas que provean servicios básicos a la población.

POR TANTO:

En ejercicio de las funciones que le confiere el artículo 171, literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala,

DECRETA

La siguiente:

**“LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR Y SU INTEGRACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”**

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

Artículo 2. Observancia. Las disposiciones de la presente Ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en adelante denominado IGSS, entidades privadas y las ONG's que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención.

Artículo 3. Destinatarios / as. Son destinatarios de la ley, la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no

tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.

CAPÍTULO II

ACCESO DE LA POBLACIÓN A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Artículo 4. Acceso Universal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante denominado “el MSPAS”, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del Sector Salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

Artículo 5. Necesidades no satisfechas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras instituciones sectoriales que proveen servicios de planificación familiar, deberá estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales y estudios específicos realizados. Lo anterior debe permitir la definición de estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios de planificación familiar para la población de mayor postergación.

Artículo 6. Acceso geográfico. El MSPAS debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existen establecimientos tradicionales de salud, las organizaciones no gubernamentales –ONGs– que hayan suscrito convenios de previsión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarios y usuarias que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones. Además, el Ministerio de Educación, y los demás entes deben realizar actividades de información, educación y comunicación en este campo.

Artículo 7. Acceso funcional. El MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del Sector Salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la oferta de la gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedoras tengan las competencias técnicas

para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo a la normativa establecida por el MSPAS.

Artículo 8. Atención integral. El MSPAS y el IGSS deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del programa de salud reproductiva, tales como: atención prenatal, post parto y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis. Esta disposición contribuirá a disminuir las oportunidades perdidas de servicios de planificación familiar, reduciendo la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la disminución de mortalidad materno-infantil.

Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, El MSPAS y el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos; el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades.

CAPÍTULO III

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Artículo 10. Formación integral del adolescente. El MSPAS en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbimortalidad materno infantil.

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS como rector de la salud debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que las ayude a seleccionar un método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario. Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido.

Artículo 12. Competencia técnica de proveedores. El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de todos los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas en la planificación familiar.

Artículo 13. Consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas que brinden servicios de planificación familiar a la población, deben asegurar que el personal responsable, desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad.

Artículo 14. Calidad de la consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además contar con material educativo de apoyo, para facilitar la comprensión de la población de acuerdo al contexto sociocultural.

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS, el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de

abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbilidad materna y el impacto socioeconómico en la población.

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas.

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO PARA LA PROVISIÓN DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Artículo 17. Comisión de aseguramiento. Se crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, en adelante denominada CNAA, que tendrá como objetivo velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a servicios de planificación familiar.

Artículo 18. Conformación de la comisión. La Comisión de CNAA estará conformada por las siguientes instituciones públicas y privadas: a)Ministerio de Educación; b)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; c)Ministerio de Finanzas Públicas; d)Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–; e)Asociación Pro Bienestar Familiar –APROFAM–; f)Secretaría Presidencial de la Mujer; g)Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas –AGMM–; h)Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres; i)Defensoría de la Mujer Indígena-DEMI-.

El funcionamiento de la comisión CNAA quedará establecido en el reglamento respectivo.

Artículo 19. Funciones de la Comisión. La CNAA, además de las que se indiquen en el respectivo reglamento, tendrá las siguientes funciones: a)Velar la disponibilidad de fondos, especialmente del sector público para la compra de anticonceptivos, a través de: procesos de diálogo y abogacía con los diferentes actores que inciden en la asignación de recursos financieros e identificación de diversas fuentes de financiamiento, particularmente para las instituciones del estado; b)Formulación de estrategias y mecanismos para acceder a precios competitivos en el mercado internacional y la compra a escala de métodos modernos de planificación familiar; c)Velar para que las instituciones que forman parte de la Comisión, definan y compartan políticas y estrategias en materia de logística de anticonceptivos.

Artículo 20. Abastecimiento de métodos de espaciamiento de embarazos. El MSPAS, IGSS y las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud deberán asegurar el abastecimiento y provisión de métodos modernos de espaciamiento de embarazos en todos los establecimientos de la red pública y organizaciones privadas.

Artículo 21. Asignación Presupuestaria. El MSPAS deberá establecer en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca. Deberán ser incorporados además a dicho presupuesto los fondos provenientes de lo preceptuado en el Decreto 21-04, artículo 25 del Congreso de la República de Guatemala.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

Artículo 22. Integración. Los principios y preceptos de esta Ley formaran parte del instrumental técnico-jurídico de la Reforma del Sector Salud, atendiendo a la importancia que representan para la extensión de cobertura de los servicios de salud.

Artículo 23. Reglamento. El Organismo Ejecutivo emitirá y publicará el Reglamento de la presente Ley, dentro de los sesenta días siguientes a la vigencia de la misma.

Artículo 24. Derogatorias. Se derogan todas aquellas disposiciones de igual o inferior jerarquía que se opongan a lo preceptuado en la presente Ley.

Artículo 25. Vigencia. El presente Decreto entrará en vigor ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

REMÍTASE AL ORGANISMO EJECUTIVO PARA SU SANCIÓN, PROMULGACIÓN Y PUBLICACIÓN

EMITIDO EN EL PALACIO DEL ORGANISMO LEGISLATIVO, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, EL DIECISEIS DE NOVIEMBRE DE DOS MIL CINCO”.²⁹

²⁹ Ley de acceso universal y equitativo a los servicios de planificación familiar, Congreso de la República

CAPÍTULO III

3. La planificación familiar un derecho establecido internacionalmente.

3.1 Regulación en materia internacional

La planificación familiar es un derecho plenamente establecido y protegido no únicamente a nivel nacional sino también a nivel internacional, encontrando referencias tanto en declaraciones como en pactos, conferencias, convenciones etc. demostrando de esta manera que la planificación familiar es una herramienta bastante valiosa para frenar la serie de problemas que ocasiona la sobre población del planeta; por lo que a continuación se presentan algunos de estos instrumentos jurídicos.

3.2 La declaración universal de derechos humanos:

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios. La Declaración Universal de Derechos Humanos protege la vida y la dignidad del ser humano, sus derechos, la libertad fuera y dentro del matrimonio; entendiéndose esta como la libertad para hacer todo lo que la ley no prohíbe, libertad de decisión y libertad de elección en todos y cada uno de los aspectos su vida personal, entre estos la libertad para decidir cuantos hijos se desea procrear y cuando tenerlos; esto se encuentra fundamentado en los siguientes Artículos:

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.³⁰

3.3 Declaración americana de los derechos y deberes del hombre

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Declaración Americana), que se aprobó en la Conferencia de Bogotá el 2 de mayo de 1948, junto con la Carta de la Organización de Estados Americanos (Carta de la OEA), promulga 27 derechos humanos y 10 deberes del ciudadano. Entre los derechos que protege incluye el derecho a la vida, a la privacidad, a la protección especial de la madre, a la salud, a la educación y a la libertad.

“Artículo 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

³⁰ Declaración universal de derechos humanos, Asamblea General de la Naciones Unidas.

Artículo 6. Toda persona tiene derecho a constituir familia, elemento fundamental de la sociedad, y a recibir protección para ella.

Artículo 7. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

Artículo 11. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas de salud y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.³¹

3.4 Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer

Promulgada por la Asamblea general de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993, en la cual se reconoce la protección a la mujer y los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos, lo cual lo encontramos fundamentado en los siguientes Artículos:

“Artículo 1. A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Artículo 3. La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran:

c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona

³¹ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Conferencia de Bogotá.

f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar

Artículo 4. Esforzarse por garantizar en la mayor medida posible a la luz de los recursos de que dispongan y cuando sea necesario dentro del marco de la cooperación internacional que las mujeres objeto de violencia y cuando corresponda sus hijos dispongan de asistencia especializada, como servicios de rehabilitación, ayuda para el cuidado y manutención de los niños, tratamiento, asesoramiento, servicios, instalaciones y programas sociales y de salud, así como estructuras de apoyo y asimismo, adoptar todas las demás medidas adecuadas para fomentar su seguridad y rehabilitación física y psicológica”.³²

3.5 Declaración de Viena de la conferencia mundial de derechos humanos

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, celebrada del 14 al 25 de junio de 1993 considerando que la promoción y protección de los derechos humanos es una cuestión prioritaria para la comunidad internacional, reconoce y afirma que todos los derechos humanos tienen su origen en la dignidad y el valor de la persona humana, y que ésta es el sujeto central de los derechos humanos y las libertades fundamentales, por lo que debe ser el principal beneficiario de esos derechos y libertades y debe participar activamente en su realización, esta basada en los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas y en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Promueve en particular la promoción y el fomento de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos los seres humanos específicamente en el Artículo 41 establece el derecho de las mujeres a tener acceso a la más amplia gama de servicios de planificación familiar . A continuación se transcriben los Artículos relacionados con la libertad y derechos de la mujer y la familia.

Artículo 1. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirma el solemne compromiso de todos los Estados de cumplir sus obligaciones de promover el respeto universal, así como la observancia y protección de todos los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todos de conformidad con la Carta de las Naciones

³² Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Asamblea General de Naciones Unidas

Unidas, otros instrumentos relativos a los derechos humanos y el derecho internacional. El carácter universal de esos derechos y libertades no admite dudas.

Artículo 18. Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

La cuestión de los derechos humanos de la mujer debe formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas, en particular la promoción de todos los instrumentos de derechos humanos relacionados con la mujer.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a los gobiernos, las instituciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos en favor de la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer y de la niña.

Artículo 31. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos pide a los Estados que se abstengan de adoptar medidas unilaterales contrarias al derecho internacional y la Carta de las Naciones Unidas que creen obstáculos a las relaciones comerciales entre los Estados e impidan la realización plena de los derechos enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar, incluidas la alimentación y la atención de la salud, la vivienda y los servicios sociales necesarios.

Artículo 41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. En el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Mujer y la Convención sobre la

eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como de la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.³³

3.6 La convención americana de derechos humanos

La Convención Americana de Derechos Humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos, en San José, de Costa Rica 22 de noviembre de 1969 consolida y protege, un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre y la mujer reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, en ella también encontramos protegido el derecho a la libertad personal, a la familia, iguales derechos de los cónyuges y protección de los hijos dentro y fuera del matrimonio.

“Artículo 7. Derecho a la Libertad Personal

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal.

Artículo 17. Protección a la Familia

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.
2. Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten al principio de no discriminación establecido en esta Convención.

³³ Declaración de Viena de la Conferencia Mundial de derechos Humanos.

3. El matrimonio no puede celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes.

4. Los Estados partes deben tomar medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y la adecuada equivalencia de responsabilidades de los cónyuges en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo. En caso de disolución, se adoptarán disposiciones que aseguren la protección necesaria de los hijos, sobre la base única del interés y conveniencia de ellos.

5. La ley debe reconocer iguales derechos tanto a los hijos nacidos fuera de matrimonio como a los nacidos dentro del mismo”.³⁴

3.7 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer entró en vigor para Guatemala el 12 de agosto de esta Convención obliga a los estados parte a garantizar la igualdad de derechos de mujeres y hombres, a eliminar la discriminación contra las mujeres y a tomar todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer. Gran parte de las obligaciones afirmativas acordadas por el gobierno guatemalteco según la Convención de la Mujer le obligan claramente a dar los pasos para garantizar que el mayor número posible de mujeres tenga acceso a información y servicios de planificación familiar. El artículo 12 establece que los estados deben eliminar la discriminación en el campo de la atención en salud para garantizar el acceso igualitario a estos servicios, incluidos los relacionados con la planificación familiar. La Convención de la Mujer obliga a los estados parte a garantizar sobre la base de la igualdad de hombres y mujeres el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia. La Convención de la Mujer reconoce claramente la

³⁴ Convención americana de derechos humanos.

amenaza que suponen los embarazos no planeados para la vida y la salud de las mujeres, así como para su situación igualitaria en otros ámbitos de la vida.

Artículo 1. "A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Artículo 5. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

Artículo 10 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Artículo 12. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2) Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período

posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Artículo 14 . Los Estados Partes tendrán en cuenta los problemas especiales a que hace frente la mujer rural y el importante papel que desempeña en la supervivencia económica de su familia, incluido su trabajo en los sectores no monetarios de la economía, y tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar la aplicación de las disposiciones de la presente Convención a la mujer en las zonas rurales.

b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia;

c) Beneficiarse directamente de los programas de seguridad social;

Artículo 16

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

d) Los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial;

Artículo 24. Los Estados Partes se comprometen a adoptar todas las medidas necesarias en el ámbito nacional para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en la presente Convención”.³⁵

³⁵ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

3.8 Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.

La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, creada en 1995 protege en su artículo 4 el derecho a la vida, integridad, dignidad y demás derechos de la mujer.

Artículo 4. “Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

- el derecho a que se respete su vida;
- el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
- el derecho a la libertad y a la seguridad personales;
- el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;
- el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley”.³⁶

3.9 Convención sobre los derechos del niño

La Convención sobre los Derechos del Niño (Convención del Niño) entró en vigor para Guatemala el 2 de septiembre de 1990. Obliga a los estados parte a respetar y garantizar los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años.

La Convención del Niño también establece que se apliquen sus disposiciones sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, origen social u otra condición. Muchas mujeres guatemaltecas son sexualmente activas y/o comienzan a tener hijos antes de

³⁶ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer

los 18 años de edad. En promedio, es mucho más probable que las mujeres indígenas y campesinas empiecen a tener hijos cuando son aún adolescentes, a diferencia de las mestizas o aquellas que viven en sectores urbanos.

Cuando las parejas carecen de acceso a servicios e información para prevenir los embarazos tempranos o no deseados, el resultado puede ser la pérdida de la vida o graves consecuencias para la salud de la mujer, del niño, niña o de los otros hijos de la pareja. Esto se debe a que dicha falta de acceso restringe enormemente la capacidad de los padres de sostener de modo adecuado a sus hijos, y a que los embarazos tempranos o no deseados aumentan el riesgo de mortalidad materna o de que ésta sufra secuelas en su salud. Reconociendo esta realidad, la Convención del Niño establece que los estados parte deben tomar las medidas apropiadas para “desarrollar la atención en salud preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. La Convención del Niño también obliga a los estados parte a reconocer el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Artículo 1. “Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.³⁷

3.10 Cuarta conferencia mundial sobre la mujer

Celebrada en el año 1995, en Beijing. La Declaración de Beijing, plantea el compromiso de los Estados para garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Reconoce explícitamente y reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad.

Además crea la Plataforma de acción, específicamente dentro del componente de acción denominado “La mujer y la Salud”.

Esta Plataforma de acción menciona que:

³⁷ Convención sobre los derechos del niño.

Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital. La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y es derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación.

La salud reproductiva es un estado general del bienestar físico, mental y social y entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, lleva implícito el derecho a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos.

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos por la mayoría de estados. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello”.³⁸

3.11 Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo.

Celebrada en el año 1994, en el Cairo. Es importante resaltar que en el Capítulo Séptimo, dedicado a los derechos sexuales, y la salud reproductiva se plantea:

En lo referente a los derechos reproductivos y salud reproductiva, la necesidad de que los Estados tomen medidas dirigidas a garantizar:

³⁸ Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer Beijing.

La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia.

“Con respecto a la "Planificación de la Familia", la imperante necesidad de que los Estados ejerzan medidas dirigidas hacia:

- ✓ Utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia.
- ✓ A que proporcionen un ambiente propicio para el suministro de servicios de información de buena calidad en materia de planificación de la familia y de salud reproductiva"
- ✓ Proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios”³⁹

3.12 Pactos internacionales de derechos humanos

Los dos pactos de derechos humanos de la ONU adoptados en 1966 garantizan adicionalmente los derechos establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y desarrollan por una parte, el vínculo entre el derecho a servicios e información sobre planificación familiar y por la otra, el derecho a la salud. También desarrollan el derecho a la libertad, la autonomía y la privacidad. Además, ambos pactos reconocen el derecho a no ser discriminado por razón de sexo y raza. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el Pacto de Derechos Económicos y Sociales) entró en vigor para Guatemala el 19 de agosto de 1988, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (el Pacto de Derechos Civiles y Políticos) entró en vigor para Guatemala el 5 de agosto de 1992.

³⁹ Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, Organización de naciones unidas.

3.12.1 El Pacto de Derechos Económicos y Sociales.

El cual entro en vigor el 3 de enero de 1976 reconoce el derecho de todas las personas a disfrutar del mayor nivel posible de salud física y mental. El mismo pacto también declara de modo específico que en el trabajo hacia la realización del derecho a la salud, los estados deben dar los pasos para a reducción de la morbinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños. Del mismo modo, el Pacto de Derechos Económicos y Sociales obliga a los Estados Parte a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza y sexo . Así, las disposiciones del pacto engloban claramente el derecho de las mujeres, incluidas las mujeres indígenas, a obtener servicios e información sanitarios, con el fin de evitar embarazos no deseados que puedan poner en peligro su bienestar físico y psicológico.

Artículo 10. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

1. “Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.
2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.
3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición.

Artículo 11

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de las niñas y niños.

b) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.⁴⁰

3.12.2 Pacto de derechos civiles y políticos

El Pacto de derechos civiles y políticos, entro en vigencia el 23 de marzo de 1976, protege los derechos a la libertad individual, a la privacidad, al derecho a contraer matrimonio y a fundar una familia, así como el derecho a la vida. También establece que todos los derechos reconocidos en el Pacto deben ser otorgados sin distinciones por razón de raza, sexo, origen social u otra condición. El derecho de la persona a la

⁴⁰ Pacto de Derechos Económicos y Sociales, Organización de naciones unidas.

autodeterminación reproductiva se ha vinculado de modo explícito con la enumeración que hace el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de estos derechos. El ejercicio significativo de la autodeterminación reproductiva exige a los estados que se abstengan de interferir en este derecho (por ejemplo, mediante políticas coercitivas ya sea a favor o en contra de la natalidad y a garantizar que otros no interfieran en el mismo.

Artículo 2

1. “Cada uno de los estados partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

2. Cada estados parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter.

3. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a garantizar que:

Artículo 23

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

2. Se reconoce el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen edad para ello.

3. El matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes.

4. Los Estados Partes en el presente Pacto tomarán las medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y de responsabilidades de ambos esposos en cuanto

al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo. En caso de disolución, se adoptarán disposiciones que aseguren la protección necesaria a los hijos”.⁴¹

⁴¹ Pacto de derechos civiles y políticos, Organización de naciones unidas

CAPITULO IV

4. Análisis comparado de la legislación nacional e internacional referente al tema de la planificación familiar

4.1 Leyes internacionales que protegen el derecho a la planificación familiar.

A pesar de que estamos en pleno siglo XXI; de la sobrepoblación a nivel mundial y de las consecuencias que esta trae consigo, las cuales fueron analizadas en el capítulo primero de la presente investigación; no solamente en el ámbito latinoamericano sino a nivel mundial es sumamente difícil encontrar leyes o normas específicas que aborden el tema de la planificación familiar o la salud sexual, a fin de contrarrestar dichas consecuencias, más sin embargo se lograron identificar cuatro legislaciones las cuales se transcriben a continuación con fines comparativos las cuales abordan el tema de estudio; la Ley sobre salud sexual y procreación responsable del país de Argentina, la Ley sobre derechos sexuales y reproductivos de Bolivia y así también pasajes de la Ley de salud de Estados Unidos y diferentes legislaciones relacionada con el tema del país de México.

4.2 Ley sobre salud sexual y procreación responsable Argentina

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan con fuerza de Ley la siguiente

Ley sobre salud sexual y procreación responsable Argentina

ARTICULO 1° — Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2° — Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil
- c) Prevenir embarazos no deseados
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3° —El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4° — La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5° — El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;

b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;

c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;

d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6° — La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7° — Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8° — Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9° — Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10. — Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11. — La autoridad de aplicación deberá:

a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;

b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12. — El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13. — Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.⁴²

Análisis comparado con la legislación guatemalteca:

En el caso de Argentina al igual que en Guatemala, existe un programa nacional de salud sexual y procreación en el caso de Guatemala se denomina Programa nacional de salud reproductiva, el cual depende del Ministerio de Salud. En el programa argentino se brinda a los beneficiarios información sobre los métodos anticonceptivos de carácter reversible y no abortivos, en el se obliga a realizar la opción periódica del mismo, el programa tiene un porcentaje específico del presupuesto general de la administración pública, entre sus objetivos primordiales están:

- 1-Que la población alcance el más alto nivel de salud sexual
- 2-Prevenir embarazos inesperados
- 3-Promover la salud sexual de los adolescentes
- 4-Prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Al igual que en Guatemala el programa nacional de salud sexual Argentina es el más importante en el país en materia de salud reproductiva, que al igual que en el caso de Guatemala, dependen directamente del gobierno central.

4.3 “Ley sobre derechos sexuales y reproductivos de Bolivia”

El Parlamento Boliviano reunido en su cámara de Diputados decide sancionar con fuerza de ley la siguiente:

⁴² <http://www.leysobresaludsexual.argentina.htm>. (octubre 2007).

Ley sobre derechos sexuales y reproductivos

ARTÍCULO 1°.

El Estado boliviano reconoce a todas las mujeres y los hombres, sin distinción de clase, edad, religión, sexo, género, origen étnico, opción sexual u otra, el derecho al goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; protegerlos de intromisiones arbitrarias es obligación de todas las autoridades.

ARTICULO 2°.

A los efectos de la presente Ley, Derechos Sexuales comprenden:

- El derecho a vivir una sexualidad placentera, responsable y libremente decidida, sin más límites que los expresamente señalados por Ley y los derechos de otras personas.
- El derecho a la integridad corporal y la autonomía en el control del cuerpo.
- El derecho de alcanzar el más alto nivel de salud sexual.
- El derecho a la confidencialidad en el tratamiento de la sexualidad particularmente de las (os) adolescentes y jóvenes.
- El derecho de acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad, posibilitando el bienestar, el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada.
- El derecho de acceder a la orientación y consejería, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH - SIDA, hepatitis B y C, cáncer cérvico-uterino, mamario y prostático.

ARTÍCULO 3°.

Los Derechos Reproductivos comprenden:

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos.
- El derecho a la elección libre e informada de los métodos anticonceptivos modernos, seguros y efectivos de calidad y costo accesible.
- El derecho a recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo, parto; y lactancia.

- El derecho de las mujeres a no ser discriminadas en el trabajo o el estudio por razón de embarazo o maternidad.
- El derecho de acceder a la orientación y consejería de problemas de infertilidad e infecciones de transmisión sexual.

ARTÍCULO 4°.

Se prohíbe toda forma de discriminación en el ejercicio de estos derechos, ya sea por el Estado, sus agentes o por particulares, entendiéndose por discriminación para efecto de esta Ley, cualquier exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, edad, género, orientación sexual, estado civil, origen étnico, clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga. 5

ARTÍCULO 5°.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos garantiza la atención integral a la salud sexual y reproductiva que incluye:

- Información, orientación y servicios de anticoncepción de calidad y adecuados a las necesidades de mujeres y hombres, adultos y jóvenes.
- Acceso a servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades de mujeres y hombres en todo el ciclo vital que promueven la salud integral y ayuden a recuperarla.
- Reserva y confidencialidad de los temas de sexualidad y reproducción consultados por las (os) adolescentes y jóvenes.
- Atención prenatal, parto y postnatal.
- En el marco de la atención integral a la salud sexual y reproductiva, servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, VIH - SIDA, hepatitis B y C, prevención y tratamiento del cáncer cérvico uterino, de mamas y de próstata; prevención del embarazo no deseado; atención de calidad para tratar las complicaciones del aborto y sus efectos en la salud de las mujeres; orientación y servicios de anticoncepción post - aborto, orientación de la infertilidad y servicios multidisciplinarios adecuados para el tratamiento tanto de la violencia como de la menopausia y la tercera edad.

ARTÍCULO 6°.

Los órganos centralizados y descentralizados del Estado están obligados a promover e impulsar una cultura y educación, orientada a la superación de los prejuicios estereotipados de valoración de mujeres y hombres y a desarrollar acciones educativas destinadas a reconstruir los roles que mantienen la desigualdad de género.

ARTÍCULO 7°.

Los órganos centralizados y descentralizados del Estado deben promover la educación que enfatice una valoración positiva de la sexualidad, de tal manera de que hombres y mujeres puedan decidir plena, libre e informadamente sobre el ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

ARTÍCULO 8°.

El desconocimiento, inobservancia o violación de los derechos sexuales y derechos reproductivos hacen responsables a los autores (as) inmediatas (a) de tales actos, y la restitución de los derechos conculcados podrá ser demandada a través de los mecanismos creados por la Constitución Política del Estado y otras Leyes.

Comuníquese al Poder Ejecutivo. Dado en el Parlamento Congreso Boliviano a los 11 días del mes de mayo del 2004".⁴³

Análisis comparado con la legislación guatemalteca:

El Estado Boliviano, reconoce el derecho a la salud sexual, protege el derecho a la sexualidad de adolescentes y jóvenes de todas las edades, y de todas las clases sociales, esto es importante ya que tanto en Guatemala como en México no se habla en ningún momento de las relaciones sexuales en adolescentes, en Bolivia se respeta el derecho a la elección libre e informada de los métodos anticonceptivos, más sin embargo no menciona dicha ley que entidades se encargarán de brindar estos servicios. Un aspecto importante de esta ley, es que ordena a los órganos centralizados y descentralizados a impulsar acciones educativas para abolir la

⁴³ <http://www.leyderechossexuales.bolivia.htm>. (octubre, 2007).

desigualdad de género, cuestión que no es mencionada en la ley de planificación familiar en Guatemala.

En Bolivia algunos sectores se proclamaron en contra de la promulgación de esta ley, puesto que consideraban que promovería la promiscuidad en adolescentes y embarazos precoces, cuestión que igualmente sucedió en Guatemala.

4.4 Ley general de salud México

Título tercero “prestación de los servicios de salud”

Capítulo VI “Servicios de planificación familiar”

ARTICULO 67 La planificación familiar tiene carácter prioritario en sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Así mismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su numero; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que este la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

ARTICULO 68 Los servicios de planificación familiar comprenden: I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que

establezca el consejo nacional de población; II la atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar; III. la asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el consejo nacional de población. IV el apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana; V. la participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar. VI la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69 La secretaria de salud, con base en las políticas establecidas por el consejo nacional de población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

ARTICULO 70 La secretaria de salud coordinara las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el consejo nacional de población, de conformidad con las disposiciones de la ley general de población y de su reglamento, y cuidara que se incorporen al programa sectorial.

ARTICULO 71 La secretaria de salud prestara, a través del consejo nacional de población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Legislación y reglamentos nacionales, (México)

Constitución mexicana

La Constitución considera las garantías individuales y sociales. En referencia a las primeras, el artículo 1o. señala: En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece. Los derechos consignados y su protección pertenecen a todos los individuos sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia.

En México, los derechos reproductivos también son materia de disposición constitucional. El artículo 4o. señala el derecho de “toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, así como la condición de igualdad varón mujer ante la ley. El derecho de la mujer a llevar a cabo decisiones libres e informadas respecto a la regulación de la fecundidad se elevó a rango constitucional para prevenir cualquier abuso.

La Constitución federal determina que las constituciones estatales y las leyes que surjan de las legislaturas locales deben ajustarse a los tratados internacionales firmados y ratificados por el gobierno de México y respetar las facultades otorgadas por la Federación. En este contexto, y a excepción de las garantías individuales y de las atribuciones expresamente concedidas a los poderes federales por la Constitución, las entidades federativas cuentan con absoluta libertad para legislar y aplicar sus leyes. Las constituciones políticas de los estados de Puebla e Hidalgo se ajustan a lo establecido por la Carta Magna, aunque ésta hace señalamientos más claros respecto a su soberanía interior, la jerarquía de las leyes y las facultades de sus servidores públicos.

Respecto a la protección de los derechos reproductivos y el consentimiento informado, ambas constituciones manejan las garantías reconocidas en la Constitución

federal, sin embargo, la del estado de Hidalgo es mucho más precisa y clara al retomar textualmente el artículo 4o. constitucional y al señalar en su artículo 9 bis, la creación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.

Ley General de Población

México cuenta con una Ley General de Población cuyo objetivo primordial de es: regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

En su artículo 3o. la Ley General de Población confiere a la Secretaría de Gobernación las atribuciones para dictar y ejecutar ante las dependencias competentes o entidades correspondientes las medidas necesarias para:

Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

Reglamento de la Ley General de Población

Este reglamento tiene por objeto, entre otros, regular de acuerdo con la Ley General de Población la aplicación de la política de población y su vinculación con la planeación del desarrollo nacional, así como la organización, atribuciones y funciones del Consejo Nacional de Población. El reglamento señala en su artículo 15 de la sección segunda del primer capítulo que: los programas de planificación familiar son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho de determinar el número y espaciamiento de sus hijos.

También se orientará sobre las causas de infertilidad y los medios para superarla. En la información que se imparta no se identificará la planificación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas e impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior.

Por su parte, el artículo 21 especifica: Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación contra la fecundidad. y se subraya: cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio recabarán previamente su consentimiento por escrito.

El reglamento no detalla el consentimiento oral o escrito en el caso de métodos anticonceptivos no permanentes, como la inserción del DIU; sin embargo, se puede inferir en la ley que una acción de este tipo iría contra las disposiciones del reglamento. Tampoco se especifican las sanciones en caso de violación al derecho al consentimiento informado, ni de violación a artículos similares.

Conforme al artículo 67 de la Ley General de Salud, la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para los y las adolescentes y jóvenes, así como información a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20. Así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa para la pareja. Y añade: quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en la que incurran.

Esta Ley contiene un apartado de sanciones y delitos, en cuyo artículo 421 señala: Se sancionará con una multa equivalente de cuatro mil a diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 67, y el artículo 423 marca que la

reincidencia provocará la duplicación de la multa que corresponda. Dicha reincidencia se refiere a la repetición de la violación dentro de un periodo de un año.

En otros casos, como el de las investigaciones para la salud en el uso de nuevos recursos terapéuticos (como sería el caso del los implantes subdérmicos) y toma de órganos y tejidos, también se señala la necesidad del consentimiento informado y se hace indispensable “obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias”.

En torno a los métodos anticonceptivos temporales, como el DIU y los inyectables, no se detalla en ninguna disposición legal específica el caso de colocación sin consentimiento expreso de la usuaria, pero se incluye en el artículo 67, en tanto se viola el ejercicio de toda persona a 21 decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Las violaciones al consentimiento informado no contraen la clausura temporal o definitiva de la licencia médica, ni siquiera en caso de reincidencia. Por otra parte, las instituciones se deslindan de su responsabilidad en torno a la práctica del médico(a).

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM)

En esta norma se encuentran tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar. Emitida por la Secretaría de Salud, tiene como objetivo: adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre los países.

Esta norma fue elaborada con la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas de México que se relacionan con los servicios de salud reproductiva. La norma se aplica a los servicios de atención médica y comunitaria de los sectores

público, social y privado. La norma explica que los servicios de Planificación Familiar son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Además, se obtendrá información especializada y servicios idóneos; el ejercicio de este derecho será independiente del sexo, la edad y el estado social o legal de las personas.

La norma caracteriza la calidad de estos servicios conforme a seis elementos:

1. Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión.
2. Información que se proporciona a las usuarias(os).
3. Competencia técnica de los prestadores(as) de servicios.
4. Relaciones interpersonales de los prestadores(as) de servicios y las usuarias(os).
5. Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos.
6. Conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

En la norma también se detalla el tipo de información, consejería y selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, ante los cuales: la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios debe ser respetado en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

En este sentido, la norma establece una relación personal entre los prestadores(as) de servicios y las usuarias(os) que permita la autonomía de éstos para decidir y consentir responsablemente, sin presión, cualquier tipo de método permanente o temporal".⁴⁴

⁴⁴ <http://www.normasmexicanas.legislación.htm>

Análisis comparado con la legislación Guatemalteca:

En México al igual que Guatemala el derecho a la planificación familiar es bastante protegido y promovido por la legislación, en su Código de Salud establece que se debe de proporcionar información a los adolescentes y jóvenes así como los beneficios sobre el espaciamiento de los embarazos. En su título tercero se habla sobre los servicios de planificación familiar y los servicios que comprende la promoción del programa de comunicación educativa en servicios de planificación familiar, apoyo y fomento a la investigación en materia de planificación familiar y sexualidad humana, lo cual no está establecido en Guatemala. En esta ley se especifica que la secretaria de salud en coordinación con el Consejo Nacional de población realizará programas de educación sexual que le requerirá el sistema educativo.

En su Constitución en el Artículo 40 señala el derecho de toda persona a decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos, igualmente que la Constitución de la República de Guatemala.

Debido a que México es uno de los países que cuenta con altos índices demográficos, cuenta sí también con una Ley General de Población, en la que le atribuye a la Secretaría de Gobernación la creación de políticas en el control de la natalidad.

En torno a los servicios de planificación familiar, esta ley acude a principios éticos y prácticos que respeten la dignidad de la persona y establece las sanciones por faltar a éstos. Entre los principios éticos del médico(a) destaca el reconocimiento de la libertad para tomar una decisión responsable de la/el usuaria(o), a quien sólo informará y orientará durante el proceso de toma de decisión.

México cuenta así también con un Programa Nacional de Salud Reproductiva el cual se creó en el año 2000 en cuya introducción establece que se suma al Consenso internacional de población y desarrollo de El Cairo 1994, a la Conferencia mundial de la

mujer Beijing 1995, el objetivo general es garantizar a toda la población el acceso universal a la información y orientación sexual y a los servicios de alta calidad en materia de planificación familiar. Es importante subrayar que el enfoque de género esta latente en el programa y en toda la legislación mexicana en los cuales se manifiesta que un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades normativas y de educación, comunicación e investigación a nivel nacional, lo cual a corto plazo es importante se analice e incorpore en la legislación guatemalteca.

4.5 Aspecto jurídico de la planificación familiar en Estados Unidos

En 1970, el Congreso de los Estados Unidos estableció el Título X (Diez) de la Ley de Servicios de Salud Pública, con el fin de proveer servicios públicos vitales de planificación familiar y salud preventiva. Al financiar estos servicios, el objetivo del Congreso fue "ayudar a que los servicios integrales y voluntarios de planificación familiar estén fácilmente disponibles para todas aquellas personas que los deseen". Administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), el programa provee financiamiento directo a entidades privadas y públicas, tales como clínicas de planificación familiar y departamentos estatales de salud.

La cobertura de servicios de planificación familiar bajo el Título X incluye la provisión de métodos anticonceptivos, manejo de la infertilidad, información y consejerías prenatales, programas educativos de información sobre los servicios cubiertos por el Título X y la promoción de la participación en los mismos, así como el tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Los servicios son suministrados a escala descendente basada en el ingreso; las personas en el nivel federal de la pobreza o por debajo de éste reciben los servicios gratuitamente. A nadie se le niegan los servicios por no poder costearlos. Desde su creación, el programa del Título X ha proveído servicios de planificación familiar a adolescentes. En 1978, el Congreso enmendó el Título X para poner "un especial énfasis en la prevención de embarazos no deseados entre personas adolescentes sexualmente activas", agregando servicios específicamente para adolescentes. Los servicios de planificación familiar

contemplados bajo el Título X no incluyen cuidados para el embarazo, tales como cuidados obstétricos o prenatales, ni proveen servicios de aborto.

El Título X garantiza confidencialidad

El Título X garantiza que todas las personas participantes, incluyendo adolescentes, reciban servicios confidenciales. Las regulaciones que gobiernan el programa mandan que los proveedores de cuidados de salud mantengan la confidencialidad paciente-médico, la cual es crucial para proveer servicios oportunos y apropiados. En 1981, el Congreso enmendó el Título X para requerir que las entidades financiadas "alantaran la participación de la familia en la decisión de menores de edad de buscar servicios de planificación familiar" una provisión estatutaria que permanece en vigor hasta la fecha.

Los financiamientos bajo el Título X no pueden pagar por abortos o servicios relacionados

Desde la creación del programa, la legislación y las políticas federales han prohibido que los financiamientos bajo el Título X sean utilizados para proveer abortos. El acceso de las mujeres a los servicios relacionados con el aborto también está severamente limitado. Las clínicas no pueden utilizar los financiamientos bajo el Título X para concederle una cita a una cliente que busca un aborto, para proveer transporte para un aborto, ni para explicar el procedimiento y obtener formularios firmados de consentimiento para el aborto de clientas que deseen interrumpir su embarazo. Dado que las clínicas bajo el Título X son a menudo la única fuente de servicios de salud para algunas mujeres, tales restricciones les niegan efectivamente servicios de salud vitales para estas pacientes.

Otras restricciones impiden que las clínicas bajo el Título X utilicen fondos para abogar por el derecho al aborto mediante cabildeo o litigio. De acuerdo con las actuales regulaciones, los proyectos bajo el Título X deben ofrecer a las mujeres embarazadas información y consejería acerca de todas sus opciones de salud reproductiva, incluida la "terminación del embarazo". Las clínicas de salud bajo el Título X no pueden intentar persuadir a una mujer para que opte por llevar un embarazo a término en lugar de

obtener un aborto; tampoco puede el personal de una clínica persuadir a una mujer para que obtenga un aborto en lugar de llevar a término un embarazo. Si bien a las clínicas se les prohíbe estrictamente tomar medidas afirmativas para facilitar los servicios de aborto a las pacientes, su capacidad de asistir a una paciente para obtener servicios prenatales no está obstaculizada. Una excepción de salud a esta restricción es proveída para aquellas instancias en las que se necesita una referencia para un aborto debido a una condición diagnosticada médicamente de la mujer o del feto.

En 1988, una restricción adicional conocida como la "Ley Mordaza" fue impuesta a los servicios bajo el Título X. La Ley Mordaza prohibió a las clínicas bajo el Título X proveer consejería o referencias para el aborto. Además, la restricción obligó a una separación física y financiera entre las actividades relacionadas con el aborto y los servicios financiados bajo el Título X, y prohibió a los proyectos bajo éste involucrarse en actividades que "promuevan o alienten" el aborto. En 1991, la Corte Suprema dictaminó en el caso *Rust v. Sullivan* que la Ley Mordaza no violaba los derechos de la Primera Enmienda a la privacidad o la libertad de expresión. A pesar de este dictamen, la Ley Mordaza continuó siendo sumamente controversial y, como resultado de un extenso litigio, nunca fue implementada a nivel nacional. En 1993, el presidente Clinton le ordenó a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos suspender la Ley Mordaza y promulgar nuevas normas. Las regulaciones del Título X emitidas en el año 2000 revocaron oficialmente la Ley Mordaza y clarificaron que la provisión de información sobre servicios de aborto no "promueve o alienta" el aborto y, por tanto, es permisible.

- Anualmente, entre 4.5 y 5 millones de personas reciben servicios de cuidado de salud en las clínicas financiadas bajo el Título X.
- Las clínicas de planificación familiar a menudo les sirven a mujeres jóvenes y a personas de bajos ingresos como punto de entrada al sistema de servicios de salud.
- Casi el 85 por ciento de las poblaciones servidas por las clínicas bajo el Título X provienen de hogares de bajos ingresos.
- El 60 por ciento de las personas receptoras tiene menos de 25 años de edad.
- Los hombres conforman el 3 por ciento de los receptores.

- Los servicios bajo el Título X son la principal fuente de servicios de salud para numerosas personas, en particular aquéllas que carecen de seguro médico y que no califican para otros programas de salud que cuentan con fondos”.⁴⁵

Análisis comparado con la legislación guatemalteca:

En Estados Unidos la planificación familiar está fundamentada en una única ley, la Ley de servicio de salud pública adscrita al departamento de salud y servicios humanos del gobierno, algo importante es que las personas en estado de pobreza reciben los servicios de manera totalmente gratuita y sin requisito alguno, aunque no estén adscritos a ningún programa de seguridad social, mientras en Guatemala se necesita estar adscrito a uno de estos regímenes o pagar módicas sumas para tener derecho a estos servicios, el programa está dirigido principalmente a adolescentes lo que no está instituido en Guatemala. Los servicios son confidenciales, otra cuestión importante es que se alienta la participación de la familia, así como la deducción de menores de buscar métodos y servicios de planificación familiar. El aborto está totalmente prohibido y no está incluido en estos servicios.

El programa funciona a través de 4,600 clínicas a nivel nacional y se satisface en gran medida los servicios de planificación familiar en las comunidades desde hace más de 30 años, lo cual ha reducido el número de embarazos no planificados. Es de hacer notar que los Estados Unidos con una única Ley en materia de planificación familiar protege y garantiza todo lo relacionado con la salud sexual y la planificación familiar, mostrando a su vez grandes beneficios y resultados positivos en cuanto al incremento en las tasas de natalidad.

⁴⁵ <http://www.Legislación.eeuu.htm> (octubre, 2007).

CONCLUSIONES

1- La planificación familiar es el medio a través del cual las parejas de una forma responsable y consiente deciden la cantidad de hijos que desean tener, logrando con esto elevar en todos los aspectos el nivel de vida del núcleo familiar, y racionalizar los recursos económicos con los que cuentan elevando al mismo tiempo el nivel de desarrollo de la población.

2- Los datos estadísticos del crecimiento de la población a nivel mundial son alarmantes lo cual lleva implícito el aumento de las tasas de mortalidad materno infantil, enfermedades, desnutrición, abortos, migración, delincuencia, desempleo, analfabetismo, disminución de los recursos naturales, entre otros. Por lo que la planificación familiar se presenta como una respuesta alternativa, viable y efectiva para terminar o al menos aminorar estos problemas.

3- La planificación familiar es un derecho inalienable de toda pareja el cual se encuentra plenamente establecido y protegido tanto a nivel nacional a través de la Constitución Política de la República de Guatemala, la Ley de Desarrollo Social y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar así a como a nivel internacional a través de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana de Derechos Humanos, Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, entre muchas otras.

4- La Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar asegura el acceso de la población a los servicios de planificación familiar y obliga al Ministerio de Salud, y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a proporcionar información, consejería y educación sobre salud sexual y reproductiva a hombres, mujeres y adolescentes del país, en especial del área rural, y a proveer de métodos anticonceptivos a quienes lo requieran.

5- Con la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar, se da a las parejas la libertad de decidir el número de hijos que realmente desean tener lo cual es un derecho plenamente establecido en nuestra Constitución, entrando de esta manera a una nueva etapa de desarrollo a nivel nacional, logrando romper con las barreras y costumbres que se han venido arrastrando desde épocas inmemoriales.

RECOMENDACIONES

1. Debido a que la planificación familiar es uno de los medios para elevar el nivel de vida de la población por lo tanto se recomienda al Ministerio de Educación incluir dentro de la currícula de estudio a nivel básico y diversificado, cátedras referentes a este tema.
2. De acuerdo a que los datos estadísticos del crecimiento de la población son alarmantes se recomienda al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social brindar campañas informativas referentes a los servicios en salud reproductiva que ofrece a fin de que tanto afiliadas como beneficiarias tengan conocimiento oportuno de los servicios y puedan gozar de sus beneficios, no únicamente a nivel urbano sino también en el área rural.
3. La planificación familiar es un derecho inalienable de toda pareja, en este sentido se recomienda que la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) realice campañas de acercamiento en todo el país ya que sus servicios son bastante reconocidos a nivel de cabeceras departamentales, sin embargo se escucha poco hablar de sus servicios en las áreas alejadas del país.
4. En virtud de que la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar asegura el acceso de la población a estos servicios es necesario que el Ministerio de Salud, específicamente al Programa Nacional de Salud Reproductiva informe a la población acerca de cuales son los diversos programas con los que cuenta actualmente, los medios para poder acceder a los mismos, los beneficios que se pueden obtener a fin de cumplir como principal agente con la obligación que le impone la Ley respectiva, así como de reproducir y socializar la misma a nivel nacional, departamental y regional.

5. En la Ley de acceso universal y equitativo a los servicios de planificación familiar se garantiza el derecho a la libertad de la mujer de decidir libremente sobre el momento y el número de hijos que desea tener por lo que se recomienda a las cuatro instituciones anteriormente mencionadas realizar reuniones de consenso en todo el país con el fin de

a) Se discuta la aprobación del Reglamento de la Ley de planificación familiar

b) Sea instalada la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Anticonceptivos.

c) Priorizar planes de reducción de la mortalidad materna, con acciones preventivas y disponibilidad de medios para planificación familiar.

ANEXOS



ANEXO I

En el Ministerio de Educación tuve la oportunidad de entrevistarme con la Licenciada Herminia Reyes de Muralles; la cual me informo que actualmente se encuentran en pláticas con el Ministerio de Salud a efecto de llegar a acuerdos para poder cumplir con lo que establece la Ley de acceso universal y equitativo a los servicios de planificación familiar en su artículo 10; y que sea aprobado el reglamento respectivo, aunque el Ministerio de educación desde que fue aprobada la ley contra el sida Decreto 27-2000 aprobada por el Congreso de la República en el año 2000, se ha incluido en la curricula de estudio desde primero hasta sexto grado de primaria aspectos referentes a la educación sexual y al sida.

La formación se inicia con los niños de primero primaria enseñándoles a conocer su cuerpo, en los siguientes grados se enseñan los cambios corporales que van teniendo hasta llegar a sexto año tocando aspectos propiamente de la sexualidad y la reproducción. A continuación se adjunta información proporcionada en la cual se explican los aspectos que actualmente se están enseñando en las escuelas de todo el país, y la descripción de los materiales educativos que se utilizan en la actualidad.



Guatemala, 6 de septiembre de 2007

Licda. Herminia Reyes de Muralles
Ministerio de Educación
DIGECADE
Ciudad de Guatemala.

Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo, al tiempo que le desco éxitos en sus labores diarias. Mi nombre es Diana Lissette De León Rodas, estudiante de pensum cerrado de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que mi trabajo de Tesis de Licenciatura lo estoy abordado con el tema referente a la "Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva".

En el Artículo 10 de dicha ley se hace mención de que el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y embarazo precoz, y factores de riesgo que contribuyen a la morbimortalidad materno-infantil.

Por lo anteriormente mencionado; y de la manera más atenta solicito por este medio se sirva usted, proporcionarme una pequeña información por escrito de lo que actualmente se encuentra realizando el Ministerio de Educación a nivel nacional para el cumplimiento de esta ley; a fin de poderlo adjuntar a mi informe final de investigación, lo mínimo que me pudiera brindar me será de gran beneficio.

Agradeciendo desde ya su colaboración, me suscribo de Ud.

Muy Atentamente,


Diana Lissette De León Rodas
Cédula I-9 110354,
Carné 200030846

MINISTERIO DE EDUCACION
- DIGECADE -

RECIBIDO
07 SEP 2007

FIRMA:  HORA: 11:33



LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL CURRÍCULO NACIONAL BASE

PRIMERO: En el Nuevo Currículum como proyecto educativo del Estado guatemalteco, entre sus Principios está el de Equidad, el cual garantiza el respeto a las diferencias individuales, sociales, culturales y étnicas, promueve la igualdad de oportunidades para todos y todas.

SEGUNDO: Entre los ejes del Currículo, esta el de "Equidad de género, de etnia y social" cuyo componente, entre otros, es LA EDUCACIÓN SEXUAL: VIH-SIDA.

TERCERO: En el área Medio Social y Natural, destaca el componente "Conocimiento de sí mismo (a)" el cual promueve la relación consigo mismo y consigo misma, la identificación de sus características físicas y emocionales, así como la relación armoniosa con las demás personas que le rodean."

CUARTO: En el PRIMER CICLO, primero, segundo y tercer grado de primaria del área Medio Social y Natural, aparecen las competencias que literalmente dicen:

COMPETENCIAS DE PRIMER GRADO	COMPETENCIAS DE SEGUNDO GRADO	COMPETENCIAS DE TERCER GRADO.
Identifica órganos del cuerpo Humano y promueve acciones en su entorno para mantener la salud e higiene corporal".	Identifica la estructura y las funciones de los órganos, aparatos y sistemas que forman el cuerpo humano, participando en acciones para el mantenimiento de la salud corporal y familiar.	Describe la estructura, función e interrelación de los órganos, aparatos y sistemas que conforman el cuerpo humano promoviendo acciones preventivas para su buen funcionamiento a nivel personal, escolar, familiar y local.

Entre los contenidos del área destacan los siguientes: Órganos del cuerpo humano, aparato reproductor, cambios corporales en el niño y la niña (etapas de desarrollo) , hábitos de higiene, roles de los miembros de la familia, Funciones básicas de los seres vivos (nutrición, reproducción...), entre otros.

QUINTO: El área Ciencias Naturales y tecnología, para el Segundo Ciclo, establece el componente "Conocimiento personal" el cual promueve la identificación de niños y niñas como seres humanos, biológicos y sociales, capaces de manejar información y desarrollar destrezas que les permitan conocer, respetar y proteger su cuerpo, expresar sus emociones e interiorizar las relaciones sociales de su entorno.

SEXTO: En el área Ciencias Naturales y Tecnología, para cuarto, quinto y sexto grado de primaria, aparecen las competencias que literalmente dicen:

COMPETENCIAS DE CUARTO GRADO	COMPETENCIAS DE QUINTO GRADO	COMPETENCIAS DE SEXTO GRADO.
Identifica su sexualidad y	Identifica la función sexual	Explica la reproducción y



las manifestaciones físicas y sociales de su desarrollo.	humana y su impacto en las relaciones sociales y afectivas que le permiten valorar la vida.	la ética alrededor de la sexualidad como forma de conservar la salud y proteger su vida.
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Entre sus contenidos del área destacan los siguientes: Procesos básicos de la vida, reproducción celular, reproducción humana, derecho a la vida, los órganos sexuales (cuidado e higiene), la sexualidad humana (ética e implicaciones sociales), relaciones sexo genitales, embarazo y desarrollo embrionario, sexualidad responsable (maternidad y paternidad responsable), infecciones de transmisión sexual (VIH-SIDA), diferencias individuales, crecimiento, desarrollo y sociabilidad, entre otros.

SÉPTIMO: El tema de la educación sexual, en el Nuevo Currículo, se implementa desde primero hasta sexto grado del Nivel Primario.

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE CALIDAD Y DESARROLLO EDUCATIVO**



**Descripción de materiales educativos
Programa Comité de Educadores en Prevención del SIDA-COEPSIDA-**

Cuadro 1

NIVEL PRIMARIO

Nombre del material	Quién lo utiliza	Población objetivo	Contenidos
Tú y tu cuerpo	Maestros y maestras que imparten 1°. 2°. y 3° grados de Primaria Alumnos y alumnas practicantes de Magisterio en Educación Primaria	Alumnos y alumnas de Primero a Tercer Grados de Primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un cuerpo maravilloso 2. Somos diferentes 3. Ser diferente es normal 4. El cuerpo sin ropa 5. Hablar de tu cuerpo 6. Tu cuerpo por dentro y por fuera 7. Crecimiento y cambios 8. Tu cuerpo y las demás personas 9. Secretos buenos y secretos malos 10. Tú y tus sentimientos
<p>Consideraciones generales para su aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ésta es una guía didáctica que está dirigida a los y las docentes que imparten 1°. 2°. 3° grados del Nivel Primario. Presenta los contenidos redactados de una forma fácil y práctica, de tal manera que puedan ser trabajados con los alumnos y las alumnas. • La secuencia de los contenidos promueven que niños y niñas: reconozcan sus cambios corporales y valoren su cuerpo; que desarrollen hábitos de higiene; que aprenda a comunicar sentimientos acerca de su cuerpo, entre otras. • Los contenidos y metodología pueden adecuarse al contexto y a las necesidades inmediatas en los procesos de enseñanza-aprendizaje • Se basa en los tres momentos de la metodología activa: Aprendo, practico y aplico. • Cada actividad presenta los indicadores de logro respectivos y sugiere los materiales didácticos. • Para un manejo más fácil, el material está presentado por colores diferentes para cada uno de los tres grados a los que está dirigido. • Presenta además un grupo de personajes con el que los alumnos y las alumnas se identificarán en la realización de las diferentes actividades, de tal manera que la comprensión de los contenidos sea más didáctica y eficaz. 			

NIVEL PRIMARIO

Nombre del material	Quién lo utiliza	Población objetivo	Contenidos
Creecemos y cambiamos	Maestros y maestras que imparten 4°. 5°. y 6° grados de Primaria Alumnos y alumnas practicantes de Magisterio en Educación Primaria	Alumnos y alumnas de Cuarto a Sexto grados de primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuestro asombroso cuerpo 2. Nuestras diferencias 3. Conociéndonos 4. Así es nuestro cuerpo 5. ¿Cómo referirnos al cuerpo? 6. ¿Cómo es el cuerpo? 7. ¿Qué cambia mientras crecemos? 8. Espacio propio 9. Mitos y realidades sobre la sexualidad 10. Sentimientos y sexualidad
<p>Consideraciones generales para su aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ésta es una guía didáctica que está dirigida a los y las docentes de Cuarto a Sexto Primaria. • Los contenidos que ofrece son una continuación de los contenidos que se trabajan en el módulo Tú y tu cuerpo, y la estructura es igual a ese primer módulo. • Los contenidos están basados en los que presenta el primer módulo, pero están enriquecidos con nuevos conocimientos que serán útiles para los alumnos y las alumnas. Las orientaciones pretenden responder a las necesidades e inquietudes de niños y niñas de mayor edad. 			

Este material de apoyo es para uso en las capacitaciones de COEPSIDA.



NIVEL MEDIO

Nombre del material	Quién lo utiliza	Población objetivo	Contenidos
<p>*La sexualidad responsable, una actitud ante el VIH</p>	<p>Docentes del Nivel Medio: básico y diversificado</p> <p>Está dirigido para docentes que imparten el curso de Ciencias Naturales y áreas afines.</p>	<p>Alumnos y alumnas del Ciclo de Educación Básica</p> <p>Alumnos y alumnas de Diversificado</p>	<p>Tema 1: Adolescencia y sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • La adolescencia • Los cambios físicos y emocionales • Sexualidad y sexo • Identidad y diversidad sexual • Mitos y verdades en torno a la sexualidad <p>Tema 2. El VIH y el sida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de transmisión del VIH • Síntomas e infecciones oportunistas • La prueba del VIH • Las decisiones responsables • Evitemos el estigma y la discriminación • Verdades en torno al VIH y al sida • Preguntas más frecuentes entre los adolescentes <p>Tema 3: Las infecciones de transmisión sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las infecciones de transmisión sexual • Mecanismos de transmisión • Síntomas y signos de las ITS • La prevención de las ITS

Consideraciones generales para su aplicación:

- El módulo **La sexualidad responsable, una actitud ante el VIH; guía para el y la docente** presenta contenidos básicos de la temática de educación para la sexualidad, con ello se pretende satisfacer las necesidades de los y las adolescentes, que están ávidos de conocer más acerca de su sexualidad. Por otro lado presenta los contenidos oportunos para que los y las adolescentes se sensibilicen acerca de tener una actitud responsable para lograr la prevención del VIH.
- El tema central del módulo es la prevención del VIH, pero para su mayor comprensión el módulo presenta inicialmente contenidos generales acerca de las características de la etapa de la adolescencia y cómo la sexualidad puede manifestarse en ésta.
- Los contenidos se complementan con una explicación acerca de las infecciones de transmisión sexual más comunes y cómo prevenirlas. La metodología es activa dirigida especialmente para promover los aprendizajes de adolescentes y jóvenes en forma dinámica y participativa.
- El módulo sugiere diferentes actividades didácticas que los y las docentes pueden desarrollar en el aula para lograr un aprendizaje significativo.
- El módulo está presentado de tal manera que los contenidos pueden adaptarse de igual manera para el Ciclo Básico como para el Diversificado.

Este material de apoyo es para uso en las capacitaciones de COEPSIDA.



ANEXO II

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tuve la oportunidad de entrevistarme con el Doctor Mario Aldana García, Coordinador del Programa de Planificación Familiar de dicho instituto; el cual tuvo a bien informarme que el instituto firmo el Acuerdo No. 1165 en el cual la Junta Directiva se compromete a incorporar la salud reproductiva como parte de los servicios que se otorgan a las afiliadas y beneficiarias, los cuales habían sido suspendidos por varios años, los cuales incluyen métodos temporales y permanentes, y se brindan en cualquier momento del ciclo reproductivo, los métodos temporales se brindan por periodos máximos de 26 semanas a partir de los cuales las afiliadas o beneficiarias deben calificar nuevamente para continuar obteniendo los servicios.

A continuación se adjunta el acuerdo y así también una carta que el doctor me entrego en la cual se hace constar que los jefes de sección y departamentales continuamente hacen recordatorios a los diferentes directores de las unidades médicas tanto de las áreas metropolitanas como departamentales a fin de cumplir con lo que establece la Ley de Planificación Familiar.



Guatemala, 6 de septiembre de 2007

Lic. Mario Aldana García
Programa Planificación Familiar
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala.

Respetable Licenciado García:

Reciba un cordial saludo, al tiempo que le deseo éxitos en sus labores diarias. Mi nombre es Diana Lissette De León Rodas, estudiante de pensum cerrado de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que mi trabajo de Tesis de Licenciatura lo estoy abordado con el tema referente a la "Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva".

En el Artículo 2 de dicha ley se establece que las disposiciones de la misma deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En esta ley así también se menciona que el Ministerio de Salud en coordinación con el IGSS garantizará el acceso información y consejería sobre métodos modernos de planificación familiar, campañas de información y comunicación dirigidas a toda la población.

Por lo anteriormente mencionado; y de la manera más atenta solicito por este medio se sirva usted, proporcionarme una pequeña información por escrito de lo que actualmente se encuentra realizando el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para el cumplimiento de esta ley; a fin de poderlo adjuntar a mi informe final de investigación, lo mínimo que me pudiera brindar me será de gran beneficio.

Agradeciendo desde ya su colaboración, me suscribo de Ud.

Muy Atentamente,


Diana Lissette De León Rodas
Cédula I-9 110,354
Carné 200030846

-7 SET. 2007 15:15.

Dr. Mario Aldana García
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2638


Jorge Gallardo Flores
 Ministro de Trabajo y Previsión Social

Raúl Arroyave Reyes
 Secretario General de la Presidencia de la República



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

ACUERDO NÚMERO 1165

LA JUNTA DIRECTIVA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que el Reglamento sobre Protección relativa a Enfermedad y Maternidad, contempla entre las prestaciones en servicio por Maternidad, la asistencia médica quirúrgica y especializada preventiva y curativa, durante las fases prenatal, natal y postnatal; que el Instituto debe otorgar a afiliadas y beneficiarias con derecho.

Que la asistencia médica que otorga el Régimen de Seguridad Social, debe orientarse tanto por el fomento y la prevención de la salud como de su restablecimiento, y proteger al núcleo familiar como base de la sociedad, a través de programas como el de Salud Reproductiva.

Que los servicios de Salud Reproductiva han demostrado que reducen el riesgo reproductivo, al contribuir de manera preventiva, a que se pueda tener un adecuado espaciamiento de los embarazos, mejorando el bienestar de la familia y disminuyendo por esa vía, tanto la morbilidad y mortalidad materna, perinata] e infantil.

Que realizados los estudios financieros y actuariales, se determinó la factibilidad de establecer dentro de la asistencia por Maternidad, las prestaciones en servicio de Salud Reproductiva, para la población protegida del Régimen de Seguridad Social, de acuerdo a su Reglamentos.

POR TANTO;

En el ejercicio de las facultades legales que le confiere el Artículo 19, inciso a), del Decreto número 295 del Congreso de la República de Guatemala "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social".

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Se incorpora la Salud Reproductiva, como parte de las prestaciones en servicio que el Instituto otorga en la asistencia por Maternidad, a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho del Régimen de Seguridad Social, previstas en el Artículo 22 del Acuerdo No. 410 de la Junta Directiva, Reglamento sobre Protección relativa a Enfermedad y Maternidad.

ARTÍCULO 2. Para fines del presente Acuerdo, se entiende por Salud Reproductiva, a los servicios que el Instituto pone a disposición de afiliadas(os) y beneficiarias con derecho, con pleno respeto a su dignidad, para que puedan decidir de manera libre, voluntaria, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y tomar las medidas pertinentes, con apego a normas éticas y legales; con el objeto de disminuir el riesgo reproductivo y mejorar el bienestar de la familia.

ARTÍCULO 3. Los servicios que el Instituto otorga en la Salud Reproductiva, son los siguientes:

- a) Educación y promoción de la salud sexual y reproductiva;
- b) Orientación sobre el uso de metodologías anticonceptivas;
- c) Suministrar métodos anticonceptivos temporales a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho;
- d) Suministrar métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho; y,
- e) Tratamiento de complicaciones que puedan derivarse de la aplicación de métodos anticonceptivos, por el Instituto.

ARTÍCULO 4. El suministro de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos, se realizará a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho, que lo soliciten, en las Unidades Hospitalarias que tengan asistencia por Maternidad, durante el periodo post parto o post aborto temprano, y en las Unidades de Consulta Externa del Instituto, en cualquier momento de su ciclo reproductivo, siempre que no exista contraindicación por razones médicas, y durante periodos máximos de veintiséis semanas, al final de las cuales las(los) afiliadas(os) o beneficiarias, deberán calificar nuevamente sus derechos para continuar obteniendo los servicios de Salud Reproductiva.

ARTÍCULO 5. El suministro de métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos, se llevará a cabo previa solicitud escrita de la afiliada, afiliado y beneficiaria con derecho, siendo requisito que hayan tenido por lo menos dos hijos vivos.

ARTÍCULO 6. El suministro de métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos, a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho que lo soliciten, se llevará a cabo en las Unidades Hospitalarias del Instituto que tengan asistencia por Maternidad.

ARTÍCULO 7. Las prestaciones de Salud Reproductiva se rigen por el presente Acuerdo, los Reglamentos de aplicación del Programa de Enfermedad y Maternidad, y sus Instructivos, en lo que les sean aplicables.

ARTÍCULO 8. El Departamento de Presupuesto, con base en el presente Acuerdo, programará los recursos presupuestarios que permitan cubrir las erogaciones para el funcionamiento de los servicios de Salud Reproductiva.

ARTÍCULO 9. El Gerente, a través del Departamento de Medicina Preventiva, procederá a elaborar el Instructivo que norme, entre otros, los contenidos del Programa, los métodos anticonceptivos que comprenderá y la forma de prescripción, la organización y procedimientos relativos a los servicios de Salud Reproductiva.

ARTÍCULO 10. Los casos no previstos en el presente Acuerdo, serán resueltos por la Gerencia.

ARTÍCULO 11. El presente Acuerdo deberá elevarse al Organismo Ejecutivo, por conducto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, para los efectos del Artículo 19, inciso a), párrafo segundo, de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; y, entrará en vigencia el día siguiente que se publique en el Diario Oficial, el Acuerdo Gubernativo que lo apruebe.

Emitted in the Salón de Sesiones de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, in the City of Guatemala, the eighteenth of agosto, two thousand five.

Carlos Emilio Antonio Torrebiarte Lantzen Dorffer
 Sr. CARLOS EMILIO ANTONIO TORREBIARTE LANTZEN DORFFER
 Presidente

Mario Alberto García Lara
 Lic. MARIO ALBERTO GARCÍA LARA
 Primer Vicepresidente

Erwin Raúl Castañeda Pineda
 Dr. ERWIN RAÚL CASTAÑEDA PINEDA
 Vocal

José Romulo Sánchez López
 Dr. JOSÉ ROMULO SÁNCHEZ LÓPEZ
 Vocal

Víctor Manuel Martínez Samayoa
 Lic. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ SAMAYOA
 Vocal

Miguel Ángel Lucas Gómez
 Sr. MIGUEL ÁNGEL LUCAS GÓMEZ
 Vocal

Acuerdo número 1165 de la Junta Directiva

GERENCIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL: Guatemala, veintiocho de septiembre de dos mil cinco.

Sírvase ordenar la publicación en el Diario Oficial del Acuerdo 1165 de la Junta Directiva, para los efectos del Artículo 19, inciso a) párrafo segundo de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y del Acuerdo Gubernativo No. 431-2005 del 20 de septiembre de 2005, el cual aprueba el acuerdo antes indicho.

Carlos Raúl Sosa Aldana
 Lic. CARLOS RAÚL SOSA ALDANA
 Gerente

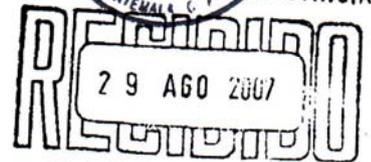


INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Guatemala, C.A.



HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA



DIRECCION

Horas: 10:57 Per: Brenda G.

Oficio Circular No. 678

**DIRECTORES DE UNIDADES MEDICAS
AREA METROPOLITANA Y DEPARTAMENTAL**

Respetables Directores/as

Por este medio se les hace el recordatorio de dar cumplimiento al Acuerdo 1165, de Junta Directiva publicado en el Diario Oficial en Septiembre 2,005, el cual se refiere a que se incorpora la Salud Reproductiva como parte de las prestaciones en servicio que el Instituto otorga en la asistencia por Maternidad a afiliadas(os) y beneficiarios (a), incluyendo la promoción, consejería y entrega de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos, en el periodo post parto, post aborto, ó en cualquier momento de su ciclo reproductivo en todas la Unidades en las que se brinda atención médica en el Instituto.

Se hace de su conocimiento que en Bodega de Medicina I se cuenta con suficiente insumo de anticonceptivos orales, inyectables y de barrera (condones), por lo que podrán abastecerse oportunamente, siguiendo el procedimiento ya establecido.

El Departamento de Medicina Preventiva realizará el control y monitoreo correspondiente.

Cordialmente,

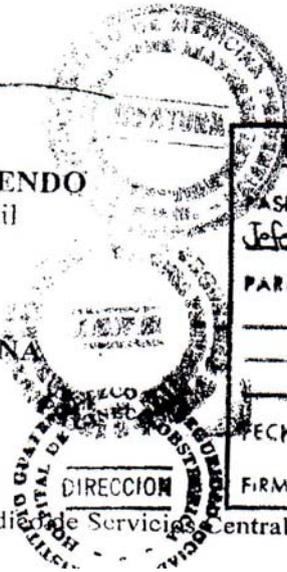
DRA. VILMA MORALES DE OQUENDO
Jefa de Sección Materno Infantil

Vo.Bo.

DRA. ANTONIA CAROLINA MAGAÑA MAGAÑA
Jefa del Departamento de Medicina Preventiva

Anexo: copia del Acuerdo 1165

c.c Dr. Juan Roberto Morales Castillo, Jefe del Departamento Médico de Servicios Centrales.



TRAMITE INTERNO	
CASE A:	Dr. Maria Abdano
	Jefe Unidad de Expediente
PARA:	que se entere
FECHA:	31/10/07
FIRMA:	



ANEXO III

En la Asociación Pro Bienestar de la Familia Aprofam pude entrevistarme con la Licenciada Dalila De la Cruz, la cual pudo informarme que la Asociación participó desde la creación de la Ley, celebrando reuniones de presentación análisis cabildeos entre otras, se realizaron diversas actividades para lograr su aprobación tales como conferencias de prensa, foros públicos, visitas al Congreso, programas de radio entre otros hasta que logro ser aprobada, actualmente se están realizando reuniones con diversas organizaciones a fin de aprobar el reglamento.

Aprofam forma parte de la Comisión nacional del aseguramiento de anticonceptivos y actualmente es uno de los principales organismos a nivel nacional en brindar servicios de planificación familiar. Adjunto se encuentra un resumen que la Lic. tuvo a bien proporcionarme en el cual se detalla las diversas actividades realizadas por Aprofam para que fuera aprobada la Ley.



Guatemala, 6 de septiembre de 2007

Lic. Carlos Bauer
Director Ejecutivo
APROFAM
Ciudad de Guatemala.

Respetable Licenciado Bauer:

Reciba un cordial saludo, al tiempo que le deseo éxitos en sus labores diarias. Mi nombre es Diana Lissette De León Rodas, estudiante de pensum cerrado de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que mi trabajo de Tesis de Licenciatura lo estoy abordado con el tema referente a la "Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva".

En el Artículo 2 de dicha ley se hace mención de que la disposiciones de esta ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo entidades privadas y organizaciones no gubernamentales que prestan servicios básico de salud, incluyendo APROFAM. Así también en el Artículo 18 se conforma la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos de la cual forma parte la Asociación Pro Bienestar de la Familia APROFAM.

Por lo anteriormente mencionado; y de la manera más atenta solicito por este medio se sirva usted, proporcionarme una pequeña información por escrito de lo que actualmente se encuentra realizando APROFAM para el cumplimiento de esta ley; a fin de poderlo adjuntar a mi informe final de investigación, lo mínimo que me pudiera brindar me será de gran beneficio.

Agradeciendo desde ya su colaboración, me suscribo de Ud.

Muy Atentamente,


Diana Lissette De León Rodas
Cédula I-9 110,354
Carné 200030846




2007



Proceso de Advocacy realizado a favor de la “Ley de Acceso Universal y equitativo a los servicios de Planificación Familiar”

APROFAM-Instancia Coordinadora por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres

Introducción:

Previo a que la ley se conociera públicamente, la instancia tuvo conocimiento de la ponencia del Dr. Aragón, se acercó a él, a partir de ese momento realizamos actividades tales como la siguientes:

- Reunión de presentación y para manifestar el apoyo
- Requisición de la Ley
- Reuniones de análisis de la Ley
- Hacer propuesta de cambio a la Ley Original
- Reunión con el Dr Aragón para analizar las propuesta de cambio
- Cabildeo en el Congreso para lograr la aprobación de la Ley en tercera lectura

Obs. Se puede decir que esto se trabajo de forma muy callada, el Dr. Aragón no quería que se conociera porque temía La reacción de la Gana, el solamente es diputado suplente y sospechaba lo que le podía pasar y que finalmente se dio.

Acciones realizadas a favor de la Ley de P.F., después que se conociera públicamente.

- **Generar un grupo de opinión favorable al tema de la ley de planificación familiar**
- **Conferencia de prensa “Retos y desafíos del Decreto Legislativo 87-2005**
- **Foro Público “ La Ley de planificación Familiar, un aporte desde la sociedad civil”**
- **Visitas y entrevistas a con diputados, diputadas por la sanción de la Ley de PF**
- **Propiciar alianzas entre organizaciones para apoyar la ley de P.F.**
- **Comunicado de prensa “Razones para rechazar el veto a la Ley”**
- **Foro público “favorable al tema de la ley de planificación familiar.**



- Panel: “Educación Sexual clave para el desarrollo de los jóvenes, Planificación familiar y salud materno-infantil y el Marco legal de la planificación familiar
- Foro con la participación de católicas por el derecho a decidir
- Conversatorio con organizaciones de mujeres, para intercambio de experiencias

Participación en programas de radio, para abordar el tema y sensibilizar a la población.

- Radio universidad, programa voces de mujeres
- Radio Punto
- Desayuno con el legislativo disertación de católicas por el derecho a decidir.
- Foro departamental Quetzaltenango para contrarrestar la campaña de la iglesia.
- Comunicado de prensa A LOS HONORABLES DIPUTADOS Y DIPUTADAS DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA, La publicación de esta ley, rompe cadenas mentales, reactiva la esperanza del cambio
- Coordinar y agilizar la participación de católicas por el derecho a decidir, en medios de Comunicación, conferencia de prensa.
- Foro Publico para exposición del punto de vista científico de los métodos de planificación familiar, y presentar los contenidos de la Ley lo relevante en información sobre educación sexual a escuelas, y disponibilidad de anticonceptivos en servicios de salud.
- Cabildeo con la Comisión de la Mujer, presidida por la diputada Nineth Montenegro para propiciar que tome la ley como prioritaria dentro de su agenda de trabajo.
- Coordinar reunión entre la diputada Montenegro con los magistrados de la CC,
- Publicación de un comunicado de prensa, con contenido sobre el apoyo de la legislación internacional al tema de PF.
- Plantón en la CC.



- Seguimiento a las visitas a diputados y diputadas para asegurar apoyo al tema de la LPF, por si es necesario reunir los 105 votos.
- visita a los integrantes de la CC electos por la USAC, y también a los elegidos por los otras organizaciones antes que tomen posesión (abril)
- Conversatorio con organizaciones de mujeres
- Conferencia de prensa

PROGRAMAS DE RADIO

Radio universidad, programa voces de mujeres

- Conferencia de Prensa “La planificación Familiar, un tema de derecho humanos”
- Conversatorio con Católicas por el derecho a decidir
- Les invitan al desayuno disertación de la Licda. Pilar Sánchez, mexicana integrante de la organización Latinoamericana Católicas por el Derecho a decidir
- Planificación Familiar El derecho a la planificación familiar, un enfoque desde la religión
- FORO AYUDA O PRESION? IMPLICACIONES DE LA LEY DE PLANIFICACION FAMILIAR, organizado por La Comisión de la Mujer del Congreso de la República, La Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la República y la Red de Mujeres por la Construcción de la Paz
- Foro público sobre la planificación familiar, un derecho, un compromiso para el desarrollo.
- Socialización del decreto 87-2005, desvirtuar conceptos falsos sobre la PF y continuar generando apoyo.
- Foro sobre la Ley de Planificación Familiar



- Conferencia de Prensa "La Ley de Planificación Familiar: seguimiento al proceso legal para su publicación y vigencia".
- Elaboración de propuesta de seguimiento para hacer frente a los grupos de oposición (conferencia episcopal e inconstitucionalidades)
- Asistir a audiencia en el Legislativo, con el propósito de la inmediata publicación de la Ley de PF. publicación.
- Visitas a legisladores-as y Envío de una carpeta de documentos (5 hojas informativas) y una tarjeta de compromiso y felicitación
- Conferencia de prensa (martes 18 de abril) para exigir al congreso la publicación de la Ley, y debatir con argumentos científicos la postura de conferencia episcopal de Guatemala.
- Comunicado de prensa (razones por las cuales debe entrar en vigencia la ley de PF, argumentos a favor) **ROBAPAGINAS EN PRENSA LIBRE** (jueves 20) (
- Reunión con columnistas para dar información sobre el proceso legal, beneficios de la Ley de Planificación familiar.
- Reuniones con los nuevos magistrados de la corte de constitucionalidad, sensibiliza sobre el tema de planificación familiar. Materiales de diálogo político
- Visitas a organizaciones presentes dentro la comisión nacional para el aseguramiento de anticonceptivos. (DEMI, SEPREM, MIFIN, MINEDUC, MSPAS, SEGEPLAN, AGMM, APROFAM, INSTANCIA POR LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LAS MUJERES) para iniciar el trabajo en el reglamento y sensibilizar sobre la importancia de esta comisión.
- Se participó en el programa de TV Libre encuentro y en muchas más actividades organizadas por los medios de comunicación interesados en discutir el tema

Actividades Realizadas por APROFAM, de apoyo a la "Ley de Acceso Universal y Equitativo a los servicios de Planificación Familiar"

Obs: APROFAM es parte activa de la Instancia por la salud y el desarrollo de las mujeres, participó en la mayoría de las actividades anteriormente descritas, además participó como institución en acciones como las siguientes:

Defensa de la Ley a través de los siguientes medios de Comunicación

- Programa Viva la Mañana, Guatevisión



- Programa de Marta Susana, Guatevisión
- Radio Nuevo Mundo
- Radio Punto, varios programas
- Radio Emisoras Unidas
- Prensa Libre, varias Secciones
- Diario el Periódico, varias secciones
- Diario Al Día, varias secciones

Financió algunas actividades como las siguientes:

- Elaboración de 500 playeras de apoyo
- Comunicados de Prensa
- Parte del gasto de algunos foros públicos

Pendiente de Ejecutar:

- Investigar para conocer las razones que los opositores dan en contra de la Ley
- Analizar el documento
- Asesorarnos legalmente
- Reuniones de análisis y discusión
- Conferencias de prensa
- Foros públicos
- Reproducción de la Ley
- Socialización de la Ley

BIBLIOGRAFÍA

ALZATE DUARTE, Heli. Sexualidad Humana. Cuba, **Editorial Científico-Técnica**. 1998.

CEBRIAN, Abellán. **Los indicadores del analfabetismo a nivel mundial**. Panamá. Editorial interamericana, 2002.

GONZÁLEZ FERNANDEZ, Álvaro. **Consideraciones sobre planificación familiar**, Revista Cubana, 1997.

http://www.es.wikipedia.org/thomas_malthus

<http://www.geocities/catolica/com>

<http://www.legislacion.eeuu.htm>

<http://www.normasmexicanas.legislación.com>

<http://leyderechossexuales.bolivia.htm>

<http://leyes.com>

http://www.revistadesarrollo_control_natal_china.htm

<http://www.leysobresaludsecual.argentina.htm>

<http://www.cienciahoy.org.ar/aborto.htm>

Instituto Nacional de estadística. **Características generales de población y habitación en Guatemala**. Guatemala, Informe 1997.

Organización de Naciones Unidas. **Estado de la población mundial**. Informe 2006.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). **Realidad alimentaria mundial**. Estados Unidos, Informe 2006.

PELÁEZ MENDEZ, Juan. **Historia de la Planificación familiar**. Costa Rica, Ed, Taurus, 1998.

PINTO JIMÉNEZ, Ileana. **Qué ocasiona la delincuencia en los jóvenes.** Honduras. Editorial. América 1995

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, **Informe sobre el desarrollo humano.** Estados Unidos, 2003.

RAMÍREZ FUENTES, Enrique. **Políticas en el control de la natalidad.** Ed. Bogotá, 2005

RAMONET, Félix. **Qué es la migración.** Costa Rica, Ed. Latinas 2000

RODRÍGUEZ ALVARADO, Ernesto. **Apuntes sobre planificación,** Mexico. Ed. Club de Lectores, 1983.

SÁNCHEZ CIFUENTES, Álvaro. **Manual de planificación familiar,** México. Ediciones de cultura popular, 2002

Secretaria General de la Presidencia, **Realidad socioeconómica de Guatemala,** Programa de Gobierno 2001-2004, Ciudad de Guatemala, 2004.

USAID. (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). **Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de anticonceptivos en Guatemala.** Informe 2006.

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente, 1986.

Acuerdos de Paz y de los Pueblos Indígenas, Gobierno de Guatemala, 1995.

Código Penal guatemalteco. Congreso de la República de Guatemala Decreto 51-73, 1973.

Código de Salud. Congreso de la República de Guatemala, Decreto 90-97, 1997.

Convención Americana de los Derechos Humanos. Costa Rica. 1969.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1995.

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China 1995.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Asamblea General de Naciones Unidas, 1948.

Declaración sobre la Eliminación de Violencia contra la Mujer. Asamblea General de Naciones Unidas. 1993

Declaración de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 1993.