

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



**ANÁLISIS JURÍDICO DE LA IMPORTANCIA
DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DECRETOS
87-2005 Y 42-2001 SOBRE DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS**

GEIDY ALONDRA RODAS LÓPEZ

GUATEMALA, JUNIO DEL 2009

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

**ANÁLISIS JURÍDICO DE LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO
DE LOS DECRETOS 87-2005 Y 42-2001 SOBRE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

GEIDY ALONDRA RODAS LÓPEZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, junio del 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:

Presidenta: Licda. Aura Marina Chan Contreras
Vocal: Licda. Berta Aracely Ortíz Robles
Secretario: Lic. Jorge Leonel Franco Morán

Segunda Fase:

Presidente: Lic. Homero Nelson López Pérez
Vocal: Lic. Alejandro Córdova Herrera
Secretario: Lic. Héctor René Granados Figueroa

RAZÓN: “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 del Examen General Público).

Lic. Estuardo Castellanos Venegas
Abogado y Notario
3ra. avenida 13-72 zona 1
Teléfono 57086848



Guatemala, 24 septiembre de 2008.

Licenciado

CARLOS MANUEL CASTRO MONROY
Jefe de Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad

Respetable Licenciado:

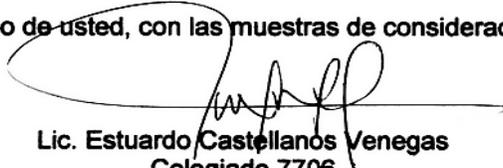
En cumplimiento de la resolución de fecha 25 de agosto de 2008, emitida por la Unidad de Asesoría de Tesis de esa Facultad, procedí a asesorar a la estudiante: **GEIDY ALONDRA RODAS LÓPEZ**, en su trabajo de tesis titulado: **"ANÁLISIS JURÍDICO DE LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DECRETOS 87-2005 Y 42-2001 SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS"**.

Después de haber formulado sugerencias, analizar y estudiar el trabajo de grado precitado, y de haber sido atendidas dichas consideraciones por parte de la sustentante, todo ello bajo el principio de respeto a sus criterios y sin afectar el fondo del asunto, procedo emitir el dictamen correspondiente en los términos siguientes:

- a) Procedí a asesorar en cuanto al contenido de tesis antes mencionado.
- b) Comparto los criterios y conceptos contenidos en el trabajo desarrollado, en cuanto a los objetivos logrados y la bibliografía consultada.
- c) La sustentante utilizó la metodología y las técnicas adecuadas a la investigación relacionada.
- d) De conformidad con lo planteado el desarrollo de la investigación, contiene un enfoque descriptivo y analítico en relación al tema antes mencionado, profundizando en el estudio e investigación del mismo.
- e) El trabajo de tesis está redactado en forma clara, utilizando el lenguaje técnico y jurídico conveniente.
- f) Se considera un trabajo interesante y constituye un valioso aporte de instrumentos legales y sociales que contribuirán, si llegaran a aplicarse correctamente, a modificar en forma cualitativa y cuantitativa las variables del problema planteado.

Según lo realizado por la bachiller, considero que satisface los requisitos establecidos en el artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencia Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, ya que en la elaboración de la monografía se utilizó técnicas y métodos de investigación adecuados; se aportó conclusiones y recomendaciones, por lo que opino que el proceso de aprobación de tesis debe continuar y para ello nombrarse revisor. Por lo anterior me permito rendir Dictamen Favorable.

Sin otro particular me suscribo de usted, con las muestras de consideración y estima,


Lic. Estuardo Castellanos Venegas
Colegiado 7706

Lic. Estuardo Castellanos Venegas
ABOGADO Y NOTARIO

UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURÍDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, Zona 12
GUATEMALA, C. A.



UNIDAD ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y
SOCIALES. Guatemala, veintitrés de octubre de dos mil ocho.

Atentamente, pase al (a la) LICENCIADO (A) EDUARDO ANTONIO DARDON, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (de la) estudiante GEIDY ALONDRA RODAS LÓPEZ, Intitulado: "ANÁLISIS JURÍDICO DE LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DECRETOS 87-2005 Y 42-2001 SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS".

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 la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del 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. CARLOS MANUEL CASTRO MONROY
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS

cc.Unidad de Tesis
CMCM/ragm



LIC. EDUARDO ANTONIO DARDON
ABOGADO Y NOTARIO
11 CALLE 5-16 ZONA 1 OF. 2-06 TORRE DE ESTACIONAMIENTO
TELEFONOS 2232-3174



Guatemala, 10 de Noviembre de 2008

Licenciado:

Carlos Manuel Castro Monroy
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Castro Monroy:

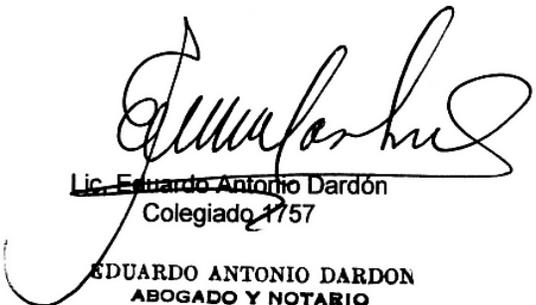
De acuerdo con el nombramiento emitido por esa Unidad, el día 23 de octubre de 2008, en el que se dispone nombrar al suscrito como revisor de tesis de la Bachiller GEIDY ALONDRA RODAS LÓPEZ a usted informo: La postulante presentó el tema de investigación intitulado: "ANÁLISIS JURÍDICO DE LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DECRETOS 87-2005 Y 42-2001 SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS

De la revisión practicada, se establece que el trabajo contiene gran contribución técnica y científica, la metodología utilizada se basa en el uso del método cinético, además la técnica de investigación utilizada fue de carácter documental, bibliográfico.

La presente tesis constituye un aporte científico, principalmente para legisladores y personas interesadas en el campo del cuidado de la mujer y sus derechos. Se cumplió en su elaboración con todos los requisitos exigidos por la reglamentación universitaria vigente, en particular lo establecido en el artículo 32 del Normativo para la elaboración de tesis de graduación, con el propósito de optar al título de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público. Se manejó la metodología pertinente, con una redacción clara y práctica para la fácil comprensión del lector; en su elaboración se utilizó bibliografía de especialistas en las ciencias de la salud y de instituciones nacionales e internacionales dedicadas a la salud materno e infantil, además de tratadistas del derecho; arribando a conclusiones y recomendaciones importantes y dignas de ser tomadas en cuenta para que el Estado brinde protección a la población femenina en alto riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con el proceso de la reproducción humana.

Por lo considerado, como revisor, apruebo y emito DICTAMEN FAVORABLE para que el presente trabajo de tesis de la bachiller GEIDY ALONDRA RODAS LOPEZ sea aceptado y sometido a discusión en el examen público de graduación.

Atentamente,


Lic. Eduardo Antonio Dardon
Colegiado 1757

EDUARDO ANTONIO DARDON
ABOGADO Y NOTARIO



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.

Guatemala, veintitrés de marzo del año dos mil nueve.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante GEIDY ALONDRA RODAS LÓPEZ, Titulado ANÁLISIS JURÍDICO DE LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DECRETOS 87-2005 Y 42-2001 SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS. Artículos 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 NUESTRO SEÑOR:

Por ser la fuente creadora en la cual descansa mí fe.

A MIS PADRES:

Miguel Ángel Rodas y Telma López de Rodas, por ser lo más valioso que tengo. Porque soy lo que hicieron de mí. Infinitamente gracias, por el amor, la paciencia, los desvelos y las preocupaciones. Que este triunfo sea una recompensa a sus esfuerzos. Los adoro.

A MIS HERMANAS:

Angela y Glendy, por la comprensión, el apoyo, y los momentos gratos vividos. Las quiero mucho.

A MIS ABUELOS:

Justo Rufino, Zoila Concepción, Catarino (+) y Rosario, por su inmenso amor. Los adoro.

ESPECIALMENTE A:

Eddy Víctor Hugo García García, gracias por las sonrisas, las palabras de aliento, por tu apoyo en todo momento y por la fe ciega en mí. Te amo.

Dr. Carlos Waldheim Cordón, gracias por el cariño, la amistad, la mano amiga, el apoyo incondicional y los sabios consejos. Mi más profundo respeto y admiración.

A MI UNIVERSIDAD:

Especialmente a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, por haberme brindado la oportunidad de estudiar y cumplir mis aspiraciones académicas.



ÍNDICE

Introducción	i
--------------------	---

CAPÍTULO I

1. Salud sexual	1
1.1 Sexualidad humana	1
1.2 Salud sexual	5
1.3 Pubertad, adolescencia y embarazo.....	10

CAPÍTULO II

2. Salud reproductiva	21
2.1 Planificación familiar	21
2.2 Métodos anticonceptivos.....	24
2.3 Embarazo parto, y puerperio	29
2.4. Provisión de cuidados médicos	33
2.5. Disparidad en el acceso a cuidados médicos	37

CAPÍTULO III

3. Impacto de la salud sexual y reproductiva en la sociedad	41
3.1. Mortalidad materna e infantil	41
3.2. Desnutrición infantil	48
3.3. Legislación vigente	54



CAPÍTULO IV

4. Salud sexual y reproductiva y el Estado	67
4.1. Avances obtenidos en programas gubernamentales	67
4.2. Actitudes de la población en general	71
4.3. Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en pro de la salud sexual	76
❖ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	77
❖ Aprofam	78
❖ Fundación Tierra Viva	80
❖ Fundación Alas	82
4.4. Organizaciones internacionales comprometidas con la salud sexual	84
❖ Organización Mundial de la Salud	84
❖ Consejo Poblacional (Population Council)	86
❖ Organización Panamericana de la Salud	87
4.5 Análisis e interpretación de los decretos 87-2007 y 42-2001	89
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	97



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo plantea como problema la importancia de cumplir con las normas jurídicas vigentes orientadas a lograr una disminución sustancial en las muertes maternas e infantiles. Asimismo explora los avances obtenidos en la implementación de dichas normas jurídicas y el nacimiento de un compromiso verdadero que genere cambios en la atención médica especializada y en la educación sexual y reproductiva de toda la sociedad.

Como objetivo principal del trabajo se propone establecer el cumplimiento del Estado de sus políticas y acciones que lleven a la reducción de muertes maternas e infantiles, la implementación de programas de salud sexual y reproductiva, y los avances obtenidos en la difusión y distribución de métodos anticonceptivos.

Se postula además como objetivos específicos: determinar si existen programas orientados a la educación en materias sexuales y reproductivas; señalar el impacto que dentro de la sociedad ocasiona la muerte de mujeres, y del aumento en embarazos no deseados; determinar los avances obtenidos por el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social en los cuidados de la salud de las mujeres previo a sus eventos obstétricos y los cuidados esenciales y de calidad, para evitar las muertes en estado de gravidez, durante la resolución del parto y del puerperio, y establecer los obstáculos que le han impedido dar el efectivo cumplimiento a la normativa vigente, entre otros.

Esta investigación se llevó a cabo por la necesidad de establecer el cumplimiento de las políticas y programas orientados a reducir las muertes maternas e infantiles, el impacto de estos problemas demográficos en nuestra sociedad y evidenciar las acciones que se están llevando a cabo para lograr una disminución en las mismas.

La investigación consta de cuatro capítulos: en el primero se define la sexualidad humana y sus etapas, las cuales fueron abordados desde el punto de vista médico, psicológico y social; el capítulo número dos trata acerca de la planificación familiar, la disparidad en el acceso a cuidados médicos que tienen las mujeres atendiendo a las situaciones: económica, geográfica y educativa. Dentro del capítulo tres se



contempla la mortalidad materna e infantil en la cual se proporcionan datos estadísticos, cuyos fundamentos teóricos jurídicos se extrajeron de tratadistas del derecho y de las leyes positivas del país del escenario en el que viven y mueren las mujeres guatemaltecas; asimismo quedan contenidos en el capítulo número cuatro los avances obtenidos en los programas gubernamentales, y la contribución de organizaciones internacionales comprometidas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres guatemaltecas

La metodología se basó en el análisis de leyes generales y especiales que se refieren a la salud sexual y reproductiva, con la lectura de material médico en publicaciones científicas, y en medios de comunicación, que dieron contenido a los presupuestos jurídicos y sociales. Las técnicas utilizadas fueron específicamente en base a experiencias personales, entrevistas, fuentes indirectas como las técnicas bibliográficas, de análisis y de contenido.



CAPÍTULO I

1. Salud sexual

1.1 Sexualidad humana

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen a la satisfacción de la necesidad sexual y del deseo sexual. Al igual que los otros animales, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar o perder la salud.

Para la Organización Panamericana y Mundial de la Salud “La sexualidad comienza desde la propia gestación y termina con la muerte del individuo; impregna todos y cada uno de los actos de la vida cotidiana. Crea reglas de comportamiento, evoluciona con la historia y es una continua fuente de placer o frustración, desde la adolescencia hasta la vejez”¹.

Grandes pensadores de cada época han aportado sus trabajos para la comprensión de los fenómenos que se estudian en lo que se conoce hoy como sexología moderna. Uno de los padres de la sexología, Sigmund Freud, en su obra destaca a la sexualidad como determinante en las conductas del hombre. Su trabajo se enfocó en cómo el deseo sexual, consciente o inconsciente, determina la salud individual y no tanto la conducta sexual misma. Asimismo, determinó que el sexo es un proceso fisiológico, y es por eso que la fisiología tiene un papel primordial para su adecuada comprensión, puesto que se trata de una función orgánica.

La psicología es la segunda ciencia en hacer aportes fundamentales para la comprensión de la sexualidad humana. La complejidad de los comportamientos

¹ Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), **La salud del adolescente y el joven en la América**. Pág. 85.



sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; la sexualidad humana difiere en forma notable de aquella de las demás especies en cuanto a que está regida no solamente por factores biológicos y fisiológicos, sino que tiene una gran influencia de factores psicológicos y sociales que la van moldeando desde las primeras etapas de la existencia, dando como resultado una diversidad de patrones, conductas, costumbres y también disfunciones propias del ser humano. Además, la actividad instintiva está entrelazada con aspectos cognoscitivos, de forma que en él, la inteligencia y el instinto establecen relaciones de colaboración y discrepancia. La independencia y autonomía de la conducta sexual respecto de las circunstancias estimulantes están muy desarrolladas.

El hombre es el único ser en el que se cumple de modo pleno la capacidad de emitir respuestas, sin que exista ningún estímulo que las incite. El ser humano puede crearse estímulos propios a través de la fantasía y de las representaciones. Esto es así, porque cada hombre percibe las condiciones estimulantes de modos diversos según su propia naturaleza selectiva.

En la sexualidad humana pueden distinguirse aspectos relacionados con la salud, el placer, legales, religiosos, etcétera. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo -sentirse hombre, mujer o ambos a la vez- y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad. Así, la sexualidad humana ha sido



definida como “la forma de expresión o el conjunto de formas de comportamiento del ser humano, vinculadas a los procesos somáticos, psicológicos y sociales del sexo”².

Es importante destacar que la sexualidad, como todo proceso humano, se integra a través de una relación lógica en la que intervienen los componentes antes mencionados y es, sin duda, una de las funciones del organismo que con mayor fuerza repercute y está influida a la vez, por el contexto social en que está inmersa y se desarrolla. La sexualidad humana debe considerarse como una forma de expresión integral del ser humano; el disfrute del amor, del placer y del goce que resultan ser elementos muy enriquecedores en lo personal, familiar y social.

La sexualidad siempre nos ha parecido algo más bien ligado a los instintos que a la inteligencia, sin embargo durante el año 2002, la pareja de psicólogos Sheree Conrad y Michael Milburn, profesores e investigadores de la Universidad de Massachussets (EUA), introdujeron un revolucionario concepto, el cual desarrollaron en su libro **Inteligencia sexual**. Para estos autores, la dimensión erótica de cada persona está determinada por su coeficiente de inteligencia sexual que constituye una porción de la capacidad intelectual, tan importante como la inteligencia emocional, descrita recientemente por el psicólogo Daniel Goleman y los otros nueve tipos de inteligencia - lingüística, musical, naturalista, existencial, por mencionar algunas- propuestos por Howard Gardner.

“Las personas menos inteligentes sexualmente sufren mucho dolor y confusión en su vida sexual”³, afirman Conrad y Milburn. Pero no lo tienen todo perdido, ya que la sabiduría sexual es una facultad que se puede medir, cuantificar y sobre todo potenciar. Ser sexualmente inteligentes -y tener una vida sexual mejor- no depende de la suerte, de la belleza o del sex appeal innato, sino de habilidades que las personas pueden adquirir, desarrollar y dominar con el tiempo.

² Tomas J. Silber, **Educación sexual-sexualidad humana**. Pág. 23

³ Conrad Sheree y Michael Milburn, citados por Morales de León, Esther. **Sexualidad humana**. <http://www.emorales.relacionarse.com>. (20-08-2008)



Por consiguiente, la inteligencia sexual es algo a lo que todo el mundo puede aspirar razonablemente y trabajar para conseguir. Conrad y Milburn exponen que la inteligencia sexual reposa en tres pilares fundamentales. El primer componente del talento amoroso consiste en adquirir los conocimientos precisos para adentrarse en la relación de pareja. Quienes son sexualmente inteligentes poseen información científica precisa acerca de la sexualidad humana, por la que se guían en sus decisiones y en su conducta sexual. Sólo a través de una adecuada educación sexual, es posible detectar y combatir algunos mitos y tabúes eróticos, explican, los cuales están arraigados en la sociedad y que interiorizamos a través de la cultura popular, la religión y la familia.

Una vez liberados de las mentiras del sexo, el segundo paso hacia una vida sexual y hacia una inteligencia sexual se encuentran cimentados según explican en: descubrir el propio sexo, averiguar qué nos atrae y excita, qué preferimos y cuáles facetas de la conducta erótica nos plantean dificultades. Este pilar de la inteligencia sexual se denomina conciencia del yo sexual secreto, el cual alberga los verdaderos pensamientos, sentimientos y emociones que hacen que la vida amorosa sea más gratificante. Los auténticos deseos sexuales, quedan encubiertos, con demasiada frecuencia por diversos motivos.

El yo sexual secreto puede verse condicionado de forma negativa por experiencias desagradables que ocurrieron en el pasado, por necesidades emocionales insatisfechas, o simplemente por mitos o imágenes falsas de la sexualidad humana que se difunden a través de los medios de comunicación. Las personas sexualmente inteligentes son capaces de advertir, por ejemplo, cuando sus deseos eróticos están sustituyendo a carencias emocionales que no son sexuales, como la falta de autoestima, de seguridad, de poder o saben cuándo tienen relaciones sexuales simplemente porque se sienten solas.

El tercer y último pilar de la inteligencia sexual tiene que ver con la conexión con los demás. El sexo es cosa de dos, mantener una vida sexual enriquecedora implica a otras personas. Para adquirir una buena habilidad y dominio de la sexualidad, tanto en



lo que se refiere a la relación de pareja como consigo mismo, hay que abrirse a los demás. Una persona no alcanza un alto grado de inteligencia sexual hasta que domina ciertas habilidades sociales o interpersonales, que incluyen, entre otras cosas, la capacidad de hablar con la pareja sobre la vida sexual y de comprender el yo erótico del amante, además puntualizan que la inteligencia sexual implica aprender a ser sinceros con sigo mismos y con la pareja, sobre quiénes son sexualmente. La clave de una inteligencia sexual parece ser aprender a conocernos y valorarnos, liberarnos del miedo y de la culpa, ser capaces de informarnos y aprender más acerca de la sexualidad, así como también descubrir que el sexo es mucho mejor cuando hay amor, apertura y respeto hacia la otra persona.

Para Tomas Silber “La sexualidad humana es entendida como una dimensión global que afecta a la totalidad de la persona. Nos acompaña desde el nacimiento y está implicada activamente en el desarrollo, evolución, equilibrio emocional y en la estabilidad afectiva de la persona. De gran importancia en las relaciones interpersonales, en las parejas y matrimonios. Por tanto, separar la sexualidad del resto de la personalidad, supone separar o aislar a la persona de su realidad concreta y vivencial”⁴.

1.2 Salud sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como: "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”⁵.

⁴ Tomas J. Silber, **Ob. Cit.** pág. 37

⁵ OMS. **Declaración sobre derechos sexuales y reproductivos.** Pág. 2.



Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la ha definido como: "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."⁶

Ambas organizaciones consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas, y para el efecto, la Organización Mundial de la Salud asegura que se requiere: "un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia"⁷.

Muchos de los problemas de salud sexual en las mujeres son causadas por factores sociales, económicos y culturales. Las intervenciones de salud o de programas no son a menudo suficientes para proteger o promover la salud reproductiva de la mujer. Por ello la necesidad de promover la educación sexual orientada a los jóvenes acerca de las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual se hace evidente.

Educación sexual, de forma amplia la podemos definir entonces como toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual. Hoy, la educación sexual hace referencia a los temas incorporados al currículo sobre este tipo de enseñanza en las escuelas primarias y secundarias, en general como parte de la materia o asignatura ciencias de la naturaleza.

Históricamente, la tarea de instruir a los adolescentes sobre el sexo ha sido responsabilidad de los padres. Sin embargo, la comunicación paterno/filial en materia sexual puede estar mediatizada por las inhibiciones de los padres o por las diferentes tensiones entre ambas generaciones. Según estudios realizados, está demostrado que una gran mayoría de niños no reciben ninguna información sobre materia sexual por parte de los padres.

⁶ OPS. **Declaración conjunta**. Pág. 1

⁷Comité Regional Panamericano, **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas**. Pág. 23



A finales del siglo XIX, los esfuerzos realizados por los educadores y los trabajadores sociales para complementar la instrucción dada por los padres, provocó que ésta se denominara de forma solapada **higiene social**, información biológica y médica sobre la reproducción sexual y las enfermedades venéreas. Al concluir la II Guerra Mundial, sin embargo, la mayor flexibilidad de las normas sociales respecto a la actividad sexual, así como la numerosa información ofrecida a los niños a través de los medios de comunicación, generó la creación de programas de educación sexual más sofisticados y explícitos, a pesar de las opiniones contrarias de la mayoría.

Es probable que muchas personas hubiesen podido pensar, que no había nada que aprender y por tanto nada que enseñar. No obstante, numerosas y diversas investigaciones llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud han demostrado que: “la sexualidad humana, si es factible y necesario de estudiarla, de aprenderla, para manejarla, orientarla y de ser necesario controlarla o sublimarla con voluntad y fortaleza”⁸. Sin embargo, hay pocos aportes serios y rigurosos; por el contrario en muchos casos, no se ha hecho más que aumentar la confusión y en otros, potenciar la angustia que ha producido la ignorancia sexual durante décadas.

La variedad de temas investigados y discutidos como parte de este tipo de educación comprenden: el proceso físico de la reproducción humana, la función de los órganos sexuales del hombre y la mujer, el origen, contagio y efectos de las enfermedades de transmisión sexual, los roles y estructuras de la familia, la ética de las relaciones sexuales, las causas y consecuencias emocionales y psicológicas del sexo (como la sexualidad prematura, entre otras), el matrimonio y la paternidad; sin embargo, según el departamento de educación de la Asociación pro Bienestar de la Familia (APROFAM) los jóvenes se encuentran mucho más atraídos a conocer en forma predominante cinco temas debido a la etapa que atraviesan y éstos son: el virus de inmunodeficiencia adquirida (Sida), situaciones de riesgo y sexualidad, embarazo adolescente, atractivo sexual, impulso sexual y prevención de embarazo. La educación sexual es una tarea de la familia que debe ser apoyada por el colegio o escuela afirman.

⁸ Programa Nacional de Salud reproductiva, **Expandiendo opciones en salud reproductiva**, Pág. 13



Afortunadamente desde hace algunos años se están observando cambios importantes en este terreno, en una perspectiva más humana y real. Es cierto que el proceso cuesta, pero cada vez se hacen más palpables dichos cambios. Lógicamente cuesta cambiar actitudes y creencias, métodos y criterios educativos, hábitos mantenidos e impuestos durante siglos. Aunque muchos padres aún no aprueban la enseñanza de esta materia en las escuelas -ya que en la práctica siempre ha habido opiniones en contra- sin embargo, pese a ello, la aceptación de una educación sexual conciente y orientada se hace cada vez más evidente.

Dentro de una muestra realizada en el departamento de Guatemala a 451 mujeres de educación formal y no formal a las cuales se entrevistó y se les formuló la siguiente pregunta: “¿cree usted que debe impartirse educación sexual en los centros educativos? a la cual 397 dijeron estar de acuerdo a que a sus hijos se les impartiera una asignatura de educación sexual y únicamente 54 mujeres dijeron estar en desacuerdo lo cual indica que el 88% está a favor de que se incluya en la currícula escolar esta asignatura”⁹.

La educación sexual afectiva es un derecho de todo ser humano y es también un deber ineludible para la familia, el colegio y la sociedad en su conjunto. Los medios de comunicación masivos como la radio y la televisión, por el tremendo potencial que poseen de llegar a grandes masas, deben comenzar a abordar esta responsabilidad de educar a la población.

Pese a ello los programas de televisión, han creído que hablando descaradamente de sexualidad, sin objetivos formativos claros, cumplen con lo que debiera ser una educación sexual integral. Se confunde lo instructivo con lo esencialmente formativo, los cuales no aportan lo que la sociedad guatemalteca necesita y esto es la educación sexual integral conciente y orientada.

⁹ Morales Evelyn, Solorzano Ixmucane, Mencos Marleny, **Practicas sexistas y raciales dirigidas hacia las mujeres en la educación formal y no formal**, Pág. 72



Mujeres y hombres de todas las edades, sin importar su nivel educacional, cultural y económico deben tener la oportunidad de recibir información y educación sexual, que involucre aspectos fisiológicos, psicológicos, éticos, morales, sociales, culturales, que les permita desarrollar ésta importante dimensión, tan humana y natural. La sociedad, que otorga tanta importancia a los indicadores económicos, a los éxitos académicos y laborales, debe comenzar a reconocer la trascendencia y el valor que implica la sexualidad en las relaciones humanas y en la calidad de vida de las personas.

Según la Dra. Cecilia Cardinal de Martín, citada por Stella Cerutti en su libro *Sexualidad humana*¹⁰, enumeran una serie de características que debe tener la educación sexual dentro, de las cuales destacan:

- ❖ Educación más para el ser que para el hacer o el tener; con lo cual se refiere a que la educación debe llegar al interior del adolescente para que esté con las herramientas y con la autoconciencia que le generan sus propios valores, decida conciente y orientadamente acerca de su propia sexualidad.
- ❖ Debe de ser una educación para el amor. La palabra amor empleada en su integralidad al hacer referencia que es tanto amor hacia uno mismo, amor hacia un hombre o una mujer, amor de padres a hijos y de hijos a padres, amor hacia el entorno y hacia la sociedad.
- ❖ La educación sexual debe basarse igualmente en la posibilidad de comprensión de cambio y de libertad del educador y del educando.

La pregunta a responder es entonces: ¿por qué es necesaria una educación sexual integral? un primer argumento se basa en comparar la realidad guatemalteca con la de otros países americanos y europeos. Es decir, si otros países más avanzados social y técnicamente han incluido la educación sexual como actividad obligatoria en la enseñanza, ¿por qué no sucede lo mismo en el país?, ¿por qué en la mayoría de los colegios y escuelas eluden este tipo de intervenciones?

¹⁰ Cerutti Basso, Stella, **Sexualidad humana**, Pág. 83-87



Una segunda razón se basa en el derecho incuestionable que tienen todas las personas, considerando niños y jóvenes, a saber y conocer la verdad. Una comisión internacional ya advertía en 1946 que todos los niños tienen derecho a recibir una información sexual científica como parte de su educación general. En tercer lugar, existen una serie de razones que se fundamentan en realidades y problemas concretos, particularmente en poblaciones adolescentes.

Sabemos por ejemplo: que niños y jóvenes se informan de cuestiones sexuales a través de sus amigos, generalmente igual o más ignorante que ellos, que cada vez, más y más prematuramente, tienen relaciones sexuales, que la falta de información científica, seria y oportuna, les lleva a vivir situaciones de riesgo, algunas de las cuales acaban en experiencias traumáticas, como: matrimonios forzados, conflictos familiares, condición de madres solteras, deserción escolar, abortos o infanticidio, abandono o entrega en adopción, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Hay otros argumentos que hacen referencia a los efectos beneficiosos de la educación sexual en el plano personal e interpersonal. Por ejemplo, se sabe que muchos de los problemas sexuales que aquejan a numerosas parejas y matrimonios se deben en gran medida a la ignorancia en cuestiones sexuales que generan actitudes negativas respecto a la sexualidad.

Sólo por señalar algunos de los más relevantes, uno de los principales argumentos que no suele ser utilizado y defendido con todo el éxito y la energía deseables y que constituye una de las claves que justifican la necesidad de una educación sexual integral, es que queramos o no admitirlo, la sexualidad existe desde el momento mismo de la concepción y empieza a manifestarse desde el nacimiento. Por consiguiente, lo que es deseable plantearse no es, si es o no necesaria, sino si queremos que siga siendo tabú y seguir guardando silencio o si es preferible aceptar el desafío de educar integralmente a niños y jóvenes



1.3 Pubertad, adolescencia y embarazo

El término de pubertad se deriva de las voces latinas pubertas que significa edad fértil y pubescens que significa cubrirse de pelo, o llegar a la pubertad. La diferencia entre estos dos conceptos, es que “la pubertad es la llegada de la madurez sexual y la pubescencia el período de aproximadamente dos años que la precede. Además se distinguen las manifestaciones físicas, culturales y de conducta propias de ese segundo periodo”¹¹

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento “la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso de adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos”¹².

La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias.

En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más grave. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

Al llegar a la pubertad los cambios hormonales desencadenan nuevas sensaciones sexuales y los intereses y motivaciones relacionadas con la sexualidad van a cobrar

¹¹ Sección de Investigación, **Orientación para el adolescente**, Pág. 38

¹² Halasz, B., **Ciclo de la pituitaria y el hipotálamo**, Pág. 211-226



una enorme importancia. En esta etapa van a nacer las grandes amistades y los primeros amores. Es la época en la que buscan saber quiénes son y a dónde van. Sentirán necesidades específicamente sexuales y afrontarán el conflicto entre lo que sienten y lo que se les prohíbe.

Por otro lado la adolescencia, es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como: el período de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de las décadas pasadas se sabe que la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Como consecuencia de esto, el número de adolescentes que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas ha aumentando considerablemente.

Ester morales de León, psicóloga social señala: “que el objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo”¹³. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente ya que el joven cambia de grupo de pertenencia. Mientras que el niño y el adulto tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda en ambos grupos, sin definirse claramente en ninguno de ellos, dado que los miembros de la sociedad lo tratan de una manera ambigua como por ejemplo: ciertas formas de conducta no le son aceptadas por considerarlas infantiles y otras le son negadas por considerarlas propias de los adultos. Asimismo, algunas pautas que le son aconsejadas, el adolescente las percibe ajenas a su función, ya que la adolescencia implica reaprender distintas formas de conducirse.

¹³ Citado por Morales de León, Ester. **Ob.cit.** 20-08-2008



Además, afirma qué, estos jóvenes adultos tienen una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones sociales, por lo que su conducta refleja inseguridad. A esto se suma el cambio que implica el pasar de un espacio relativamente estructurado como es la infancia, a regiones desconocidas propias de la adolescencia que incluyen: su imagen corporal, las relaciones sociales, los alrededores geográficos y las perspectivas del tiempo. Este cambio puede ser repentino, como se observa en sociedades primitivas, o gradual, como ocurren en sociedades urbanas, donde el adolescente ocupa un lugar claramente marginal, pues ya no pertenece al grupo infantil, ni se le acepta como adulto, y sin embargo, es responsable de sus propias acciones.

Las dificultades de los adolescentes suelen ser tanto internas como externas que se traducen en la falta de adaptabilidad o de su socialización, y siendo el castigo, las amenazas y el retiro del afecto, mecanismos empleados ampliamente para fomentar el desarrollo de formas aceptables de conducta e inhibir la expresión de las indeseables, el adolescente las anticipa cuando está ante situaciones nuevas de aprendizaje y se genera una ansiedad que, sin ser neurótica, constituye un factor importante en el proceso de socialización.

La psicóloga Ester Morales explica que: “la conducta de los adolescentes en las esferas básicas de socialización, difiere de acuerdo con la clase social a que pertenecen. Por ejemplo, los jóvenes de la clase baja tienen un comportamiento distinto a los de la clase media respecto a la expresión sexual, la actitud hacia metas de largo alcance, la agresión y el aprendizaje formal. Los primeros no desarrollan el tipo de ansiedad que los motive a mejorar su rendimiento y a postergar el placer inmediato con vistas a objetivos a largo plazo; han aprendido que las gratificaciones de que gozan los adolescentes de la clase media no están a su alcance, aunque sus conductas sean las requeridas por la estructura social”¹⁴. Evidentemente, esto significa que es la estructura social la que establece cuáles serán las gratificaciones que un determinado grupo de adolescentes obtendrá por sus logros y la posibilidad real de alcanzarlos,

¹⁴ **Ibíd.**



independientemente de que lo que es gratificante para el adolescente de clase media puede no serlo para el de clase baja.

Dentro de la adaptación humana es relevante el área sexual. Esta esfera es sumamente crítica en el período adolescente, donde los cambios hormonales que determinan el desarrollo corporal son demasiado bruscos para que sean asimilados a nivel psicológico de manera paulatina y tranquila. La adolescencia es una época en la que, por un lado, el individuo sufre una serie de transformaciones corporales y, por otro, modifica su estructura de pensamiento a variar su concepción del mundo debido a que esta etapa empieza a cuestionar los valores familiares.

La paradoja es que a pesar de que pueden reproducirse, los jóvenes son aún inmaduros emocionalmente, dependen económicamente de sus padres, todavía no terminan el colegio o escuela y les falta mucho para el logro de una inserción social más plena. En este escenario, aparece el acto de masturbarse usando fantasías eróticas y las primeras relaciones sexuales que, como es sabido, se inician cada vez más precozmente y conllevan una serie de riesgos, todos muy graves: infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo no deseado, aborto en condiciones de riesgo, y el virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Lo lamentable es que los adolescentes generalmente realizan sus contactos sexuales, creyendo que algo así no les va a pasar a ellos y su única intención en el caso de las mujeres, es tener una pareja, sentirse querida, apoyada y en el caso de los hombres mostrar su virilidad y obtener un placer más intenso.

Como vemos, los peligros que enfrentan los adolescentes son vividos en condición de ignorancia, desinformación, desvalimiento y además sin tener la madurez para prevenirlos o evitarlos. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan lamentablemente que más del 50% de nuevos casos de VIH y dos tercios de enfermedades de transmisión sexual (ITS) ocurren en adolescentes.



En Guatemala, donde una buena educación sexual brilla por su ausencia en hogares, colegios y escuelas, no existen políticas públicas en cuanto a salud sexual y reproductiva dirigidas a segmento poblacional, así como tampoco hay servicios de salud que entreguen a los jóvenes atención diferenciada; la consecuencia es que ellos quedan a la deriva, sin más recursos que los propios, recibiendo además un cruel castigo social: como en el caso de las adolescentes que por haber quedado embarazadas son culpabilizadas y agredidas por sus padres, echadas de colegios e incluso de sus hogares. Sabemos además que si dos adolescentes se casan presionados por sus padres debido a un embarazo, lo más probable es que ese matrimonio fracase tempranamente.

En los últimos tiempos ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y ha aumentado en forma preocupante el embarazo no deseado ni planificado de las adolescentes, con graves consecuencias personales, familiares y sociales.

Las causas que más influyen en el aumento del embarazo adolescente son: falta de información, orientación y educación sexual adecuada, carencia de control de los impulsos sexuales y presión grupal para tener relaciones sexuales a veces en forma esporádica, como una forma de demostrar que uno es más hombre o más mujer, sentirse invulnerables porque **eso les ocurre a otros y a mí no**, no usar métodos anticonceptivos en forma adecuada, querer validarse frente a situaciones de soledad, inseguridad, baja autoestima o problemas familiares, ignorancia en temas de fertilidad, sentirse fuertemente enamorado y tener sexo sin protección, querer tener nuevas experiencias, sobreerotización provocada por los medios de comunicación, en especial la televisión, estar bajo el influjo de alcohol o drogas, todo lo cual produce una liberación del freno social, falta de afecto y comunicación con los padres, sentir temor a su reprobación, por lo cual los jóvenes les ocultan que son sexualmente activos, sin tener acceso a orientación y controles médicos, etc.

Las consecuencias físicas y psicológicas de un embarazo precoz son todas graves, haciendo notar que muchos de estos embarazos terminan en abortos, poniendo en



peligro la vida de una joven, que recién empieza a vivir. La certeza de un embarazo provoca serios trastornos psicológicos como ansiedad, desesperación, una sensación de no tener salida, fuertes sentimientos de culpa por haber fallado a los padres, conflictos familiares, a lo cual se une muchas veces el abandono de la pareja o no querer asumir su paternidad, y problemas que pueden derivar en deserción escolar.

El futuro de una joven embarazada se ve seriamente disminuido en oportunidades tanto de estudio como laborales, ocasionando una frustración de su proyecto de vida. Como si esto fuera poco, las adolescentes presentan una mayor frecuencia de partos prematuros y de bajo peso. La mortalidad en los nacimientos entre los hijos de madres menores de 17 años, triplica la existente entre madres de 20 a 29 años¹⁵. También es mucho más alto el índice de lesiones cerebrales en el niño, como consecuencia del traumatismo sufrido durante el parto o de haber nacido en condiciones de prematuridad.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública y como tal debe ser abordado por toda una sociedad, prevenir es la clave, una buena educación sexual a nivel escolar y un adecuado nivel de comunicación y confianza con los padres, aumenta los índices de abstinencia y genera comportamientos sexuales responsables en los jóvenes.

Existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo, la interrupción de éste, y el número de semanas de embarazo sin atención médica. Esto es especialmente importante en países como Guatemala en vías de desarrollo, donde “la muerte a raíz de complicaciones durante el parto y el puerperio entre las adolescentes de 15 a 19 años es una de las principales causas de defunción en la población femenina de ese grupo de edad”¹⁶.

El embarazo de las adolescentes, su salud y la de sus hijos, genera un impacto negativo que es de suma importancia analizar. El tomar el embarazo en la adolescente

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística, **Línea basal de la mortalidad materna**, Pág.82

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística, **Encuesta nacional en salud materno infantil**, Pág. 26



como una enfermedad y no como una realidad humana y cercana, ha llevado a que las adolescentes embarazadas sufran a menudo carencias, conflictos y tensiones – familiares y con su pareja-. Su ambiente familiar se encuentra dominado frecuentemente por graves problemas médicos, económicos y sociales, tales como depresión, alcoholismo, drogadicción, etc., a esto se suma que la mayoría de las jóvenes embarazadas tienen escasa comunicación con su familia, ya sea por indiferencias de los padres o por conflictos entre padres e hijos, además, la experiencia indica que muchas adolescentes repiten el embarazo.

El modelo médico, pasa por alto el tema crucial: la motivación de las adolescentes, ya sea para evitar o desear un embarazo. Expertos en las ciencias sociales, antropólogos y sociólogos, han descrito un modelo que se enfoca primordialmente en la salud de las adolescentes. El modelo se caracteriza por una serie de cambios en los conceptos de salud y enfermedad, y establece una serie de prioridades dentro de las que se destacan¹⁷:

- ❖ Considerar la prevención del embarazo como prioridad en lugar de su tratamiento.
- ❖ Considerar el cuidado de la adolescente embarazada en lugar de la cura del embarazo adolescente (mediante aborto o el parto)
- ❖ Ampliar la visión, para considerar a la población total de adolescentes embarazadas más que a la adolescente embarazada en particular.
- ❖ Percibir el embarazo de la adolescente como una preocupación de toda la sociedad y no como un problema familiar aislado.

La educación es también un factor de importancia vital cuando se debe ayudar a la juventud a informarse y a tomar decisiones relacionadas con el sexo. El hecho de enseñarles a los adolescentes cómo utilizar un método anticonceptivo o de control de la natalidad cada vez que tengan relaciones sexuales es imperativo para que los mismos puedan -si así lo desean- mantener relaciones sexuales saludables.

¹⁷ Reproducido literalmente de Silber T.J. **Ob. Cit.** Pág. 48-50



La abstinencia o celibato debería ser considerada como otro método anticonceptivo, a fin de que los jóvenes pudieran comprender que tienen el derecho de elegir qué hacer con su vida sexual. El objetivo es enseñarles a los jóvenes que decir **no** al sexo está bien si aún no están preparados para mantener relaciones sexuales y para hacerse responsables de las posibles consecuencias, esto ayudará a disminuir la cantidad de embarazos adolescentes.

En un estudio realizado por la psicóloga Ester Morales se registra que: “tres de cada cuatro jovencitas y más de la mitad de los jóvenes afirman que las jóvenes que tuvieron sexo lo hicieron por pedido expreso de sus novios”¹⁸. Por lo cual los expertos consideran que las madres son las indicadas para hablar de esta situación con sus hijas y buscar conjuntamente una manera de evadir estas situaciones antes de que caigan en problemas. Asimismo, recomiendan a los padres enfrentar el hecho que sus hijas/os adolescentes tienen hormonas, y es muy difícil lidiar con ellas; es por ello que lo más recomendable es que les aporten consejos para que puedan ponerlos en práctica en diferentes situaciones.

Una enseñanza clara en cuanto a sus valores sexuales y a sus actitudes es de gran ayuda. El hecho de comunicarse abiertamente con ellos sobre sexo, amor, y relaciones da frecuentemente mejores resultados cuando se está segura sobre lo que habla. Hablar con los adolescentes cuanto antes y con mucha asiduidad sobre sexo, anticoncepción, y sobre sus valores morales es una de sus primeras recomendaciones que deben llevar a cabo los padres.

Se ha de mostrado que las adolescentes que poseen una buena relación con sus padres son menos propensas a quedar embarazadas a edades tempranas. La comunicación fluida entre los padres y sus hijos es la clave para asegurarse de que los jóvenes puedan tomar las decisiones más acertadas cuando deban decidir sobre cómo comportarse y qué hacer con respecto a las relaciones sexuales.

¹⁸ Morales de León, Ester. **Ob.cit.** 20-08-2008.



Los jóvenes tienen innumerables preguntas relacionadas con el sexo, y frecuentemente la fuente a la cual acuden para obtener sabios consejos no es a sus padres. Por ello, es importante comenzar una conversación asegurándose de ser honesto, abierto, y respetuoso. Si no puede darse una idea sobre cómo comenzar el debate, es recomendable utilizar situaciones mostradas en televisión o en películas y tomarlas como referencia para plantear temas de discusión. La conversación tiene que ser de dos, no un monólogo así que hay que preguntarles qué les preocupa, que les interesa, como se sienten con respecto al tema y como puede ayudarlos.

Los padres y sus hijos deberían hablar sobre sexo y amor al mismo tiempo. Esto se aplica tanto para las jovencitas como para los jovencitos; así como también para las madres y para los padres, incidentalmente. Todos los jóvenes necesitan comunicarse constantemente, ser guiados, y obtener consejos e información sobre estos temas, incluso en el caso en el que parezca que no están interesados en lo que se está diciendo. Una investigación reciente ha demostrado que el hecho de hablar con sus hijos sobre sexo no los anima a volverse sexualmente activos.

Por otra parte, la experiencia indica que un mayor conocimiento sobre los peligros que encierra el embarazo en este grupo de la población, no significa necesariamente que el comportamiento de la adolescente de alto riesgo de embarazo cambiará de inmediato. Ni siquiera el acceso a la tecnología anticonceptiva por sí sola, va a ser la solución. La necesidad de prevenir el embarazo con gran frecuencia no se percibe como una prioridad entre las adolescentes; inclusive en muchas jóvenes el embarazo es producto del desconocimiento de la posibilidad que esto les ocurra. Las fuerzas que dan origen a un embarazo, los sentimientos complejos que rodean la sexualidad, inclusive reacciones tales como la negación de está, a menudo interfieren con la habilidad para planear de la adolescente, por lo tanto es necesario desarrollar una variedad de estrategias de prevención y tratamiento.

Se debe tener muy presente que lo inmoral no es que los jóvenes decidan tener relaciones sexuales antes de casarse, pero si lo es el comportamiento como sociedad,



frente a quienes esperan de ella, que como adultos responsables se les entregue apoyo afectivo, comunicación, educación e información veraz y oportuna. Existe evidencia científica de que proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con la sexualidad y las relaciones humanas, ayuda a evitar problemas de salud tanto física como psicológica, y contribuye a crear actitudes más maduras y responsables, en quienes se preparan para ser adultos.

La pregunta que como sociedad debemos hacernos es: ¿quienes van a diseñar la futura sociedad guatemalteca? Si los individuos dentro de la edad de 12 a los 19 años tanto en zonas urbanas como rurales, constituyen la generación que en un futuro próximo tomará el lugar de la actual, y que este grupo está siendo influenciado por estereotipos poco humanos tomado de medios sumamente nocivos, como la televisión comercializada, que alejan a los adolescentes de los valores inculcados por sus padres y profesores y se acercan a los promovidos por medios de comunicación que están más interesados en promover la difusión del consumismo, desprecio por los valores, así como una incitación al inicio de una vida sexual a temprana edad, que en la formación personal.

Cuando la sociedad pierde el concepto humano y no trata de armonizar la disponibilidad de satisfacer con el hecho de aprender a apreciar la vida, el amor de pareja, la estabilidad emocional y en general la belleza del mundo, ya de adulto se ponen de manifiesto en personalidades muy menguadas por no haber contado con los medios suficientes para el desarrollo humano. La corrección de esta desastrosa situación sólo es posible cuando la sociedad comienza a tomar conciencia del estado de su población adolescente y propone, consecuentemente, soluciones basadas en el conocimiento de la relación existente entre la pubertad, la adolescencia, la clase social y la cultura.



CAPÍTULO II

2. Salud reproductiva

2.1 Planificación familiar

Los derechos reproductivos incluyen ciertos privilegios humanos que ya son leyes nacionales reconocidas y ratificados en documentos internacionales de derechos humanos, así como otros de consenso importantes. Dichos privilegios descansan en: “el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número de sus hijos y lapsos entre ellos, además de contar con la información, los recursos para hacerlo y el derecho de alcanzar el más elevado estándar de salud sexual reproductiva”¹⁹.

Todas las mujeres tienen el derecho humano fundamental de determinar si se embarazan y cuándo hacerlo. Los hombres y las mujeres con actividad sexual disponen de una amplia variedad de opciones en métodos que les permiten planificar o espaciar sus embarazos, desde los temporales hasta los permanentes, por ello una orientación en planificación familiar se hace necesaria como: “un proceso por medio del cual se ayude a las personas a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su fertilidad”²⁰. En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas, desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, otras veces espaciar el nacimiento entre ellos o bien no tener más hijos. En algunos casos se recurre a la planificación familiar, no sólo para evitar un embarazo no deseado o no planificado, sino por motivos de salud.

El propósito fundamental de la orientación es lograr que los individuos o las parejas participen de una manera responsable en su vida reproductiva. Cuando ellos eligen personalmente la forma de regular los embarazos, es seguro que estarán más satisfechos y aumentará el uso exitoso de cualquier método anticonceptivo. Por ello el

¹⁹ Comité Beijing-Guatemala, **Caminando hacia la equidad: marco jurídico-político de los compromisos internacionales**. Pág. 42

²⁰ Peterson, Herbert B., y otros. **Ob. Cit.** Pág. 571-576



papel del orientador es asegurarse que las personas conozcan las ventajas y desventajas de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, apoyándoles teniendo en cuenta sus necesidades, opciones y sentimientos de manera que se formen su propia opinión acerca de lo que desean hacer con su fecundidad. En consecuencia, el orientador no sólo debe proporcionar información, sino también analizar las circunstancias individuales para colaborar con ellos a tomar o confirmar una decisión personal y satisfactoria.

En un estudio realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala se comprobó que: “una buena orientación hace énfasis en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación comprometida de los solicitantes para lograr los mejores resultados del método seleccionado”²¹. El orientador debe tener presente en todo momento que la decisión y consentimiento informado de las personas debe ser respetado en forma absoluta, sin inducirlos a la aceptación de un método específico. Asimismo, debe cerciorarse que los usuarios hayan recibido y comprendido a cabalidad las características y uso de los diferentes métodos.

Dentro de los componentes más importantes dentro de una buena orientación familiar se encuentran: el poner en conocimiento a los usuarios de sus derechos, así como informarles del beneficio de la orientación y del proceso mismo, así como el perfil del orientador.

Dentro de los derechos de los usuarios se encuentran: el acceso a la información, la libre elección de un método anticonceptivo así como su cambio en cualquier momento que lo deseen; el derecho a su privacidad, confidencialidad y comodidad. Asimismo, debe considerarse como posible usuario a cualquier persona que se encuentre en edad reproductiva. Se debe comprender que todo individuo tiene derecho a ser informado

²¹ Facultad de Medicina, **Guías técnicas nacionales de salud reproductiva**, Pág.1-9



sobre los beneficios de la planificación familiar, independientemente de su origen étnico, nivel socio-económico, religión, estado civil o creencias políticas. Todos tienen el derecho de decidir, con entera libertad, la utilización o no utilización de algún método para espaciar o limitar sus embarazos.

Los servicios de salud que cuentan con programas de planificación familiar deben apoyar a las personas a ejercer el derecho de elegir los métodos anticonceptivos. El derecho de libre elección también permite la opción de interrumpir o cambiar de método cuando el usuario lo estime conveniente. La orientación en métodos anticonceptivos involucra aspectos de conducta personal y sexualidad, por lo que debe respetarse la privacidad realizando las conversaciones en un ambiente lo más adecuado posible. Cuando una persona deba someterse a un examen físico o procedimiento médico, ésta debe ser informada previamente, teniendo el derecho a aceptarlo o rehusarlo, así como autorizar que observadores, supervisores o personal que está siendo capacitado, estén presentes en el momento de realizarse el procedimiento.

La oferta de servicios de planificación familiar debe ser de la mejor calidad. Dentro de las limitaciones económicas de los usuarios, quienes tienen derecho a sentir un trato humanizado, a sentirse cómodos, en infraestructuras adecuadas y con tiempos de espera razonables, como también a tener acceso a referencias y seguimientos oportunos.

Los beneficios de una buena orientación es considerada como uno de los elementos más importantes de los servicios de planificación familiar, porque las personas o parejas que eligieron un método anticonceptivo luego de una sesión de orientación, en la cual tomaron una decisión informada, conciente y voluntaria sobre su fertilidad, se sienten satisfechos y retransmiten el mensaje a otros potenciales solicitantes.

La inadecuada elección de métodos anticonceptivos casi siempre se debe a una información deficiente o a imposiciones promocionales o del personal de salud, lo que redundará en interrupciones o continuos cambios, y probablemente en embarazos no



esperados. Cabe mencionar que los centros hospitalarios en los cuales se ofrecen servicios de planificación familiar que incluyen orientación como uno de sus componentes, tienen elevados niveles de aceptación, continuidad en sus métodos, satisfacción de sus solicitantes, eficacia y buena calidad de servicios.

2.2 Métodos anticonceptivos

Según el Dr. Herbert Peterson un método anticonceptivo es: “un proceso por medio del cual se impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad”²².

El control de natalidad ha sido una de las preocupaciones de la humanidad a lo largo de la historia. En el tratado médico Ebers Papyrus, escrito en el siglo 1550 A.C., ya se describía algún método anticonceptivo. Aristóteles recomendaba, como modo de impedir el embarazo, una mezcla de incienso, cedro y aceite de oliva. Los primeros anticonceptivos eran simples barreras mecánicas colocadas en la vagina que impedían que el espermatozoides eyaculado durante el coito fecundara el óvulo. Entre los muchos compuestos que se han utilizado para impedir el embarazo están las mezclas de excrementos de cocodrilo y miel utilizada por las mujeres egipcias, las esponjas marinas, la quinina, la sal de roca, el alumbre y diversos brebajes a base de hierbas.

El dispositivo intrauterino (DIU) fue desarrollado por turcos y árabes que insertaban piedras del tamaño de un garbanzo en el útero de las hembras de camello para evitar que quedaran embarazadas mientras atravesaban el desierto. Aunque el uso de fundas de colores para el pene se remonta a los antiguos egipcios, parece claro que su función era más decorativa que anticonceptiva.

²² Peterson, Herbert B., y otros. **Ob. Cit.** Pág. 555-567



En el siglo XVI el anatomista italiano Gabriel Falopio inventó el condón de lino húmedo para proteger a los hombres del contagio de la sífilis. Los preservativos hechos de tripas de cordero fueron ideados por un médico inglés del siglo XVII. Casanova se refería al condón como el abrigo inglés. Pero no fue hasta el año 1844, a partir del perfeccionamiento de los procesos de producción del caucho, cuando el uso del condón se extendió como método de control de natalidad. Dichos procesos de producción del caucho también fueron decisivos para el desarrollo del diafragma moderno, que fue ideado en 1838 por un médico alemán.

El interés por el problema de la superpoblación ha existido desde los tiempos antiguos. Los filósofos griegos Platón y Aristóteles advirtieron de los peligros de un exceso de población. Sin embargo, fue en 1798 a partir de la obra del economista británico Thomas Robert Malthus²³ cuando se despertó un interés general por el problema de la superpoblación. Malthus expresó su temor a que la población creciese a un ritmo tal que llegara a agotar los recursos alimenticios. La obra de Malthus estimuló los movimientos a favor del control de natalidad.

El primer movimiento organizado hacia ese fin se desarrolló en el siglo XIX. Estos primeros esfuerzos, sin embargo, encontraron resistencia en forma de oposición individual o religiosa. Margaret Sanger, una enfermera americana, fue una defensora a ultranza del control de natalidad. Sanger difundió información sobre los métodos anticonceptivos y fue condenada, retirándose posteriormente los cargos, por difundir información obscena. La inglesa Marie Stopes defendió también el derecho de las mujeres a controlar cuándo querían tener sus hijos. En su obra *La maternidad sabia* (1918) describía los distintos métodos anticonceptivos disponibles en el mercado. En 1921 inauguró su primera clínica para el control de la natalidad.

En la actualidad, unos ochenta países han adoptado programas de control de natalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ayudado a muchos de ellos a organizar

²³ Malthus, Thomas Robert, Citado por Sartori, Giovanni y Mazzoleni, Gianni, **La tierra explota: superpoblación y desarrollo**, Pág. 38-45



y fomentar programas de planificación familiar. La OMS también patrocina programas de investigación sobre anticoncepción y planificación familiar. Entre los objetivos del Forum Internacional sobre Población en el siglo XXI, celebrado en 1989, se incluye incrementar al 59% la proporción mundial de mujeres en edad fértil que utilicen anticonceptivos. Aunque en la actualidad los métodos de control de natalidad son más numerosos y eficaces, la superpoblación y los embarazos no deseados continúan siendo un problema en muchas partes del mundo.

Ante la creciente variedad de métodos anticonceptivos existentes en el mercado, cada vez mejores y eficaces, las mujeres, hombre y/o las parejas deben responderse una pregunta ¿qué método anticonceptivo se debe elegir? y como respuesta a ella, expertos recomiendan que se debe elegir el método de acuerdo a la facilidad de uso, posibilidades de llevarlo a cabo y efectividad anticonceptiva. Para ello se debe consultar al médico de los posibles efectos adversos y contraindicaciones en relación al organismo de la persona que lo va a usar. Se recomienda que la decisión se haga de manera voluntaria y, en la medida de lo posible, en común acuerdo con la pareja.

Dentro de la gama de métodos anticonceptivos encontramos: los de barrera, hormonales, naturales, dispositivos intrauterinos y quirúrgicos,

Los anticonceptivos más utilizados son los hormonales, los cuales están basados en el uso de hormonas sexuales, cuyo objetivo final es impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer, y generar condiciones adversas en la vagina, cérvix y endometrio que impidan que se llegue a realizar la fecundación -unión del espermatozoide con el ovulo-

²⁴

Fueron introducidos por primera vez en 1960 para administración oral y han evolucionado de la siguiente manera.

²⁴ Facultad de Medicina, **Ob. Cit.** Pág. 117



- ❖ Se ha logrado mantener un efecto anticonceptivo excelente a dosis cada vez menores.
- ❖ Los efectos secundarios se han reducido al mínimo.
- ❖ Los efectos beneficiosos han sobrepasado los efectos negativos del pasado.
- ❖ Se pueden administrar por largo tiempo.
- ❖ Existen múltiples vías de administración para satisfacer las necesidades de la usuaria.

Dentro de los anticonceptivos hormonales tenemos entre los más importantes: anticonceptivos orales (píldora), inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), implantes –norplant-, parches y los anillos vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia -pastillas de levonorgestrel-

Dentro de los métodos anticonceptivos desarrollados recientemente encontramos los de anticoncepción de urgencia, lo cuales han sido duramente criticados porque utilizan el conocimiento fisiológico del ciclo menstrual para impedir una fecundación exitosa, y son utilizados como métodos abortivos denominados micro-abortos, ya que impiden que el embrión se adhiera en el endometrio.

La Organización Mundial de la Salud, considera que la anticoncepción de emergencia, tiene un papel importante al ayudar a las mujeres a lograr prevenir embarazos no deseados y controla el aumento de la natalidad. Asimismo, se compromete a incorporar este método en aquellas regiones donde aún no esté disponible, a través de la creación de programas de planificación familiar, a la que considera como estrategia de largo plazo para mejorar los servicios de salud reproductiva.

¿En que consiste la anticoncepción de urgencia? la anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres para prevenir un embarazo después de haber tenido una relación sexual no protegida o ha sido víctima de una violación.



Como su mismo nombre dice es de urgencia, no se recomienda su uso continuado porque es menos eficaz que los anticonceptivos hormonales convencionales (solo es eficaz en el 98%), porque genera más molestias y es de mayor costo. A este método también se le conoce como el de la píldora del día siguiente pues su ingesta debe de ser dentro de las 72 horas siguientes.

Uno de los beneficios de la anticoncepción de emergencia es la prevención de embarazos no deseados, que ocurren por ausencia de un método anticonceptivo, violación sexual, relaciones sexuales sin protección, o manejar información errada sobre fertilidad y reproducción. Además constituye una estrategia para disminuir la muerte materna al evitar que las mujeres se realicen abortos en condiciones de riesgo. Se estima que en el mundo ocurren “200 millones de embarazos cada año, de los cuales 20 millones terminan en abortos realizados en condiciones de riesgo, y producen 600,000 muertes maternas. En América latina, entre el 20% y 40% de los embarazos son no deseados; 25% de los embarazos terminan en abortos, y 21% de las muertes maternas son causadas por abortos realizados en condiciones de riesgo”²⁵.

¿Qué más se debe saber acerca de los métodos anticonceptivos?

- ❖ El aborto no es un método anticonceptivo, y en muchos países así como Guatemala está prohibido su realización o inducción.
- ❖ Los DIU y los anticonceptivos de emergencia no son abortivos.
- ❖ La decisión en el uso de un método es voluntaria, y en lo posible debe ser una decisión compartida con la pareja.
- ❖ El inicio de relaciones sexuales depende de los valores que la persona haya adquirido a lo largo de su vida, y de la responsabilidad que tenga que afrontar si de ello resultaría una gestación.
- ❖ Las mujeres pueden salir gestando otra vez, a las pocas semanas que haya tenido un parto, sin que le haya venido menstruación alguna.

²⁵ Organización Mundial de la Salud, **La anticoncepción de emergencia**, Pág. 3



2.3 Embarazo, parto y puerperio

El período de tiempo transcurrido desde la concepción hasta el trabajo de parto y el parto constituye para la mayoría de mujeres la más grande transición de tipo psicológico de su vida. Durante el período del embarazo el obstetra, médico familiar o la partera tienen una participación mucho mayor que la de meros proveedores de atención de la salud. Durante los tres trimestres del embarazo una mujer debe crear nuevos aspectos de identidad. Su auto imagen experimenta una sensación adicional de feminidad, del todo distinta respecto de la que tuvo en la pubertad y ahora también debe desarrollar un auto concepto materno. En estudios relacionados con la experiencia materna, se describen las tareas psicológicas de la nueva madre conforme ésta se adentra en una nueva fase. Tales tareas incluyen²⁶:

- ❖ Adoptar una nueva imagen corporal, que algunas veces se opone a los puntos de vista aceptados por la sociedad en relación con el atractivo.
- ❖ Aceptar al ser que crece en su interior.
- ❖ Reordenar su identidad con su madre, amigas y el padre del hijo.
- ❖ Hallar aceptación y seguridad para el niño de manera simbólica.

Para las mujeres que cuentan con buen apoyo social, esas tareas son previsibles, deseadas y dan una sensación de realización; para otras, por el contrario, son imprevistas y difíciles de aceptar.

Los primeros programas organizados para el cuidado prenatal se iniciaron en 1901 en Estados Unidos, con la atención domiciliaria impartida por enfermeras; la primera clínica prenatal se inauguró en 1911. No es de sorprender que este enfoque sobre salud materno-fetal ocurriera como consecuencia directa del movimiento por el sufragio femenino. El surgimiento de médicos parteros (obstetras) encargados de la atención primaria de mujeres de edad reproductiva también tuvo lugar durante este siglo. Este papel pronto se relacionó con quienes proporcionaban servicios auxiliares a la salud,

²⁶ Reproducido Literalmente de Katz L. Vern. **Tratado de obstetricia y ginecología**, Pág. 1



por ejemplo enfermeras, parteras, enfermeras prácticas, nutricionistas y trabajadoras sociales. La atención prenatal se originó de una revisión de historias clínicas y un análisis retrospectivo que llevaron a concluir que quienes reciben atención prenatal padecen menos morbilidad y mortalidad.

La atención primaria antes de la concepción y durante el embarazo debe ser integral y accesible, enfocarse en la mayor parte de las necesidades de cuidado de salud personal. Ante la sospecha de embarazo o en cuanto éste se confirme se debe concurrir a un médico ginecólogo obstetra, enfermera obstetra o comadrona comunitaria capacitada, para comenzar el control del embarazo.

La duración del embarazo es de aproximadamente 40 semanas. Un Embarazo es de término al cumplirse la semana 37 hasta la 41, calculadas a partir de la fecha de última menstruación (FUM), que deberá ser segura y confiable, o sea esperada por la paciente en su fecha acostumbrada y con sangrado habitual. Si el parto se produce antes de la semana 37 es considerado de pretérmino o prematuro. En general llegada la semana 41 se debe inducir el trabajo de parto o se debe realizar una cesárea (según corresponda) o en caso de mantenerse una conducta expectante se tendrá que hacer bajo rigurosos controles de salud fetal²⁷.

El período de embarazo se divide en trimestres, cada uno con sus características propias entre las cuales se pueden destacar: cambios físicos, características del feto, cuidados de la salud (alimentación, ejercicio, etc.) y controles médicos.

La alimentación es de especial importancia durante el embarazo, los nutrientes que el feto reciba dependerán de que la madre tenga una dieta equilibrada en cantidad y variedad. Es importante realizar las tres comidas diarias con dos meriendas a media mañana y por la tarde. En la dieta deberán estar incluidas de forma balanceada las carnes rojas, blancas y huevos, los cereales, las frutas y verduras crudas y cocidas, leche y yogurt.

²⁷ **Ibíd.** Pág.2



La planeación de un embarazo, coloca a las mujeres en una ventaja frente a la reducción de posibles enfermedades, esto se logra con la ingestión de ácido fólico, el cual puede ser ingerido antes de haber concebido y durante el embarazo. Además se puede evitar un tipo de anemia por carencia de ácido fólico. Este nutriente lo encontramos en alimentos como las lentejas, la espinaca, lechuga, arvejas frescas, espárragos y naranja.

Con el transcurso del tiempo las madres irán conociendo a su bebe, ellos tienen períodos de sueño y de ejercicio, se mueven con más fuerza después de las comidas -debido a la glucosa que ingresa a su organismo a través de la placenta-. A partir de esta etapa el feto seguirá moviéndose siempre hasta el nacimiento, talvez cambie la forma, ya que a medida que crece tiene menos espacio en el útero y sus movimientos serán menos bruscos, pero no debe dejar de moverse, este es un indicativo de su salud y bienestar.

El Trabajo de parto se define como “una serie de procesos activos –contracciones- y pasivos -dilatación cervical- que una vez iniciados culminan con el nacimiento”²⁸.

Las contracciones deben ser regulares -que se repiten en tiempo- intensas -el músculo se contrae fuertemente, y provoca dolor- y rítmicas -tres hasta cinco en diez minutos-. Entre contracciones el útero se relaja -tono uterino-.

Cuando se completa la dilatación o sea llegados los diez centímetros -dilatación completa-, la paciente comienza el denominado período expulsivo, en general las contracciones son más fuertes y más intensas, y la paciente sentirá deseo de pujar -sensación como de movilizar el intestino-, ya que la cabeza fetal esta apoyada en el recto -porción final del intestino-.

La última etapa del parto es el alumbramiento o sea la expulsión de la placenta y las membranas amnióticas, en general este se produce a los 15 minutos del nacimiento.

²⁸ **Ibíd.** Pág. 20



Otra manera de traer a un bebé al mundo es a través de la cesárea. En este tipo de nacimientos, el bebé es extraído por un obstetra a través de una incisión quirúrgica de las paredes del abdomen y del útero. Por lo general, una cesárea toma entre 45 y 60 minutos. De este tiempo, el bebé nace en los primeros diez minutos, el resto del tiempo es empleado en la sutura.

A diferencia de un bebé que nace por un parto normal, en la cesárea el bebé tiene menos sufrimiento fetal; tiene rasgos más suaves y la cabeza más redonda, sin embargo suelen necesitar más tiempo para adaptarse al mundo exterior ya que su entrada al mismo ha sido muy rápida y no han experimentado el viaje que ayuda a los bebés nacidos por parto normal, a eliminar el líquido amniótico de los pulmones y les estimula la circulación.

El porcentaje de nacimientos por cesárea ha aumentado considerablemente los últimos años; esto se debe, en parte, a que los médicos advierten posibles complicaciones asociadas al parto o bien por elección de la madre, ya que este tipo de operación es más programado -se coordina con anterioridad día y hora-. Sin embargo muchas veces la necesidad de practicar una cesárea ocurre en el mismo trabajo de parto. Por lo general esto se hace necesario cuando por diversos motivos se ha interrumpido la dilatación o cuando el corazón del bebé comienza a latir más lentamente. Esto indica que el bebé no está tolerando el esfuerzo que implica el trabajo de parto y es necesario hacer una cesárea.

En cualquiera de los casos antes descritos cuando se recibe al bebé el pediatra o neonatólogo, le debe de realizar un examen físico en busca de malformaciones, se examinan la cavidad bucal, los genitales y la zona anal al recién nacido. Este se denomina Apgar, el cual se puntúa de cero a dos cinco ítems: llanto, tono muscular, coloración de la piel, latido cardiaco, respiración, esta puntuación se realiza al minuto y a los cinco minutos de vida, en general un bebe sano tendrá una puntuación de Apgar de siete a diez en el primer minuto y de diez a los cinco minutos.

Se denomina puerperio al período que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. Comienza en el momento que



termina la expulsión de la placenta. Para los expertos “se trata de un período de tiempo muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos”²⁹.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida. Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estadio de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte.

2.4. Provisión de cuidados médicos

El término obstetricia deriva del verbo obstare, que significa proteger. La palabra obtetrix designaba a la comadrona o a la mujer que se ocupaba de la madre embarazada y le prestaba ayuda. Antiguamente las mujeres embarazadas en su mayoría daban a luz asistidas por comadronas cuyo conocimiento era la experiencia. Cuando se presentaban complicaciones, se avisaba a los médicos o sacerdotes para que rezaran por la madre.

Entre los siglos XVII y XIX se realizaron grandes avances en el campo de la obstetricia. Años después se practicó la primera operación cesárea moderna, se descubrieron las fiebres puerperales y se utilizaron los fórceps obstétricos y el cloroformo como anestésico, pero en el siglo XX los avances han sido mayores.

Entre 1900 y 1910, los cuidados prenatales pasaron a formar parte de las atenciones médicas y de enfermería. El embarazo, el parto y el puerperio son las tres etapas del

²⁹ Comité Panamericano Regional, **Ob. Cit.** Pág. 32



proceso reproductivo, fenómeno natural que, no obstante, impone existencias especiales al organismo de la mujer.

Según el Ministerio de Salud Pública los controles prenatales son: “una de las intervenciones más efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad maternas. Además de seguir la evolución de la embarazada, esto permite detectar y tratar a tiempo las posibles complicaciones”³⁰.

En un entorno social, económico y legislativo estimulante que permita a las mujeres superar los diversos obstáculos que limitan su acceso a la asistencia sanitaria, como la distancia desde sus hogares a centros de salud adecuados, la falta de medios de transporte y, lo más esencial, las barreras financieras y sociales.

En los países que brindan este tipo de entorno los índices de mortalidad son bajos, sin embargo en Guatemala seguimos teniendo los mismos problemas sociales del pasado.

Los cambios que deben formularse deben ser encaminados a una protección que respalde el acceso de las mujeres a la asistencia sanitaria de áreas alejadas de centros urbanos, para que el personal capacitado en esas áreas, puedan desempeñar funciones concretas que puedan salvar vidas, de lo contrario, sólo profesionales concentrados en centros urbanos, podrán proporcionar esa asistencia, y sólo mujeres con una posición económica mejor y más estable tendrán el acceso a esa clase de asistencia.

Dentro de ese mismo orden de ideas, la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores públicos, sociales y privados. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se debe proceder a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

La atención obstétrica es una de los tipos de cuidados prenatales más utilizados por las mujeres embarazadas. Son estos los profesionales médicos que cuentan con el más

³⁰ Ministerio de Salud Pública, **Ob. Cit.** Pág. 27



alto entrenamiento en la mayoría de los temas referidos al embarazo. Desafortunadamente, la mayor parte de los obstetras disponibles se encuentran trabajando en centros de salud privados, y a pesar de que los mismos son capaces de proporcionar asistencia de primer nivel, la paciente no es capaz de cubrir los honorarios del médico que la asiste.

Es particularmente fundamental despertar la conciencia de la necesidad de que las mujeres tengan acceso a una asistencia durante todo el transcurso del embarazo, así como de urgencia, si surgen complicaciones durante el mismo. Muchas mujeres dan a luz solas -sobre en todo en áreas rurales de difícil acceso-, o con la ayuda de algún pariente, por lo cual, se debe enseñar a los miembros de la comunidad a reconocer los indicios de peligro y a elaborar planes para emergencias, con inclusión del transporte a los hospitales o a centros de salud.

En muchos lugares no se dispone de los servicios de profesionales calificados en atención sanitaria y las parteras tradicionales son la única fuente de asistencia de las mujeres. Durante muchos años, gobiernos y organizaciones internacionales han estado invirtiendo en capacitación de parteras tradicionales. Sin embargo, no hay ninguna certidumbre de que esa capacitación por sí sola produzca reducciones de la mortalidad materna, pese a que las parteras tradicionales pueden proporcionar los cuidados culturalmente adecuados en el entorno de la comunidad, establecer un vínculo de primera línea con el sistema institucionalizado de atención sanitaria y a prestar algunos servicios sencillos como la distribución de suplementos nutricionales.

La Organización Mundial de la Salud ha implementado un programa de capacitación para parteras el cual ha denominado **Parteras calificadas**, el programa y el término se refiere exclusivamente a las personas con conocimientos de partería que han adquirido competencia en las técnicas necesarias para ocuparse de partos normales y diagnosticar complicaciones obstétricas o proceder al envío de pacientes a centros de asistencia en dichos casos.

Lo ideal es que las parteras calificadas vivan en la comunidad en que están prestando sus servicios y formen parte de ella. Ellas deben poder atender un parto normal,



reconocer la aparición de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar el envío de las madres y los niños a centros donde se efectuarán intervenciones que están fuera de su competencia o que no son posibles en el entorno particular. Las parteras frecuentemente constituyen la columna vertebral de los servicios de salud materna del área rural y los desenlaces del embarazo y el parto, lo cuales pueden mejorar notablemente en especial si son capacitadas adecuadamente.

Dentro del aprovisionamiento de cuidados médicos en las mujeres embarazadas en tan importante la resolución del parto como los cuidados efectuados antes y durante el mismo, y dentro de los más importantes encontramos un régimen alimenticio que aporte caloría y micro-nutrientes suficientes para que un embarazo se lleve a término con éxito.

El término malnutrición abarca la carencia proteico-energética y la falta de nutrientes concretos. La mejora en la nutrición de las mujeres es fundamental para resolver el problema de la malnutrición y su repercusión en el embarazo y el parto. El cambio únicamente puede producirse con un compromiso real hacia las comunidades y en especial en el área rural y dentro del hogar, donde las mujeres a menudo comen menos, menos frecuente y menos nutritivamente que sus hijos y otros miembros de la familia.

Es esencial tratar de instruir a las comunidades para cambiar las extendidas creencias y prácticas que militan una adecuada nutrición de las mujeres embarazadas y para hacer entender que la preparación para un buen embarazo y parto comienza bastante antes de la concepción. La dieta debe estar basada en: carnes rojas, blancas y huevos, los cereales, las frutas y verduras crudas y cocidas, leche y yogurt.

Estudios recientes han llegado a la conclusión que gracias a los avances tecnológicos que ha tenido la ciencia médica y los nuevos conocimientos científicos, que se han aplicado, los cuales se dan a las pacientes en forma de cuidados en el embarazo, parto y puerperio de acuerdo a sus necesidades, se puede dar una disminución en el índice de morbi-mortalidad materno-infantil. De acuerdo a la atención e información que se les



brinda a las mujeres embarazadas sobre la vigilancia y control prenatal. Las actividades son: orientación y educación, detecciones y controles de enfermedades crónico degenerativas³¹.

Como meta a corto plazo Guatemala necesita ampliar su red hospitalaria para alcanzar a cubrir a la población más necesita, asimismo, equipar de material, aparatos electrónicos, y de un equipo de ginecólogos, pediatras y personal de enfermería, para poder proporcionar una buena atención a la madre y al bebé. Estas acciones podrán disminuir las muertes maternas, las cuales en la mayoría de los casos son prevenibles.

2.5 Disparidad en el acceso a cuidados médicos

La mortalidad materna es un indicador de las diferencias y desigualdades existente entre hombres/mujeres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y condiciones económicas precarias. La importancia y gravedad del problema fueron evidenciadas en los resultados del Informe final línea basal de la mortalidad materna 2000, efectuada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Históricamente, la situación de la salud reproductiva de la mujer guatemalteca ha sido un serio problema. Como en muchos países de la región centroamericana, los datos en esta área generalmente son escasos, la tasa de natalidad es de 36.6 por 1000 habitantes y la tasa global de fecundidad de cinco hijos por mujer, con cinco punto ocho hijos en el área rural y cuatro punto uno en la urbana³².

Aunque la dificultad en el acceso a cuidados médicos afecta en la mayoría de casos a mujeres de estratos sociales y económicos bajos, esta disparidad se observa con mayor frecuencia en mujeres indígenas, analfabetas, en Departamentos con altos índices de

³¹ Ministerio de Salud Pública, **Ob. Cit.** Pág. 29

³² Instituto Nacional de Estadística. **Ob. Cit.** Pág. 32



pobreza y ruralidad. Lo cual repercute en que el índice de muertes maternas es tres veces superior en las mujeres indígenas que en ladinas. En el país, la cobertura de atención del parto por personal médico o de enfermería es de 41% a 65.6% en el área urbana y 29.5% en el área rural. La cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5%, lo que evidencia una brecha importante y que explica el alto índice de muertes ocurridas en mujeres indígenas³³.

En cuanto a la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar las mujeres indígenas y del área rural, siguen estando en desventaja. La demanda insatisfecha de este servicio para la mujer indígena es de 39.3%, mientras que para la mujer ladina es de 21.9%. En el área urbana la necesidad de servicios de planificación familiar no es cubierta en un 20.2%, y para en el área rural la proporción no cubierta con este servicio es de 32.3%. En relación a la prevalencia de planificación familiar se encuentran brechas similares: un 56.7% de prevalencia en la población del área urbana y un 34.7% en la población del área rural. Entre las mujeres indígenas la prevalencia de uso de anticonceptivos es de 23.8% y entre las mujeres ladinas de 52.8³⁴.

Las creencias de los pueblos indígenas, su cultura y sus costumbres son factores que las han limitado y siguen limitado a las mujeres en campos como la educación, trabajo y salud, lo cual se ha convertido en una seria desventaja sobre todo en salud reproductiva, pues tienen poco acceso a servicios sanitarios adecuados, carecen de recursos económicos y una mala red de orientación en planificación familiar y distribución de métodos anticonceptivos capaces de asegurarles el tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y, de tener y criar hijos saludables. Esta situación constituye un gran reto para la sociedad guatemalteca y un gran compromiso para todo el aparato de salud y del gobierno el poder llegar hasta estas comunidades y llevar servicios de salud de buena calidad, con

³³ **Ibíd.**

³⁴ **Ibíd.**



el personal y equipo adecuado, pero sobre todo, una buena educación en planificación familiar.

Los esfuerzos realizados recientemente iniciados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) al haber creado oficialmente el programa nacional de salud reproductiva (PNSR), por primera vez incorpora el concepto holístico de la salud reproductiva. Se acepta en general que las intervenciones en salud reproductiva enfrentan grandes desafíos para ser implementados en poblaciones étnicas postergadas que viven en las áreas rurales y sectores periféricos marginados del país, dadas las condiciones geográficas, sociales, culturales y económicas, así como las malas vías de comunicación y la falta de transporte que también limita el acceso de las mujeres del área rural y periférica a los servicios de salud.

Las desigualdades de sexo, se expresan frecuente en la vida sexual. Muchas mujeres, quienes no tienen el poder necesario para decidir por ellas mismas, lo cual las lleva a sostener relaciones sexuales no deseadas lo que desemboca en un embarazo no deseado o en una situación semejante. Por estas razones es necesario asegurar el cuidado y atención integral a las mujeres y en consecuencia a sus hijos. El concepto de paternidad responsable –tener solamente los hijos que puedan recibir una formación integral- a través de la planificación familiar (PF), permite armonizar la fecundidad de las personas, hombres y mujeres, con las necesidades de bienestar y salud de la familia.

La salud reproductiva ha quedado ensombrecida hasta la fecha, en gran parte porque trata de aspectos de la vida sumamente personales y porque existen barreras sociales y culturales que dificultan una discusión franca y abierta de estos temas. Pero ya es hora de que la comunidad sanitaria guatemalteca reconozca abiertamente la importancia crucial que tiene una buena salud reproductiva y no desperdicie la oportunidad de mejorar dicho aspecto de la salud, y por extensión la salud general de millones de guatemaltecos.



El concepto de salud reproductiva se halla en plena evolución, se centra en las personas como sujetos activos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, participando en el logro de una mejor calidad de vida personal, de sus parejas, de su familia; rescata la función social de la reproducción humana, trascendiendo el tradicional enfoque de la salud materno-infantil -más centrado en la protección del niño que en la de su madre-. Es un proceso continuo, fuertemente asociado al desarrollo de la mujer, como sujeto social activo con múltiples roles, y de su familia; **se inicia en la niñez, se refuerza en la adolescencia, se ejerce plenamente en la vida adulta** -visión holística-.

En suma, la regulación voluntaria de la fecundidad femenina debe ser vista hoy como una herramienta fundamental en el proceso de desarrollo personal de la mujer, que favorece el establecimiento de relaciones de género más igualitarias. Por la multiplicidad de factores involucrados en su logro, no es responsabilidad única del sector salud, requiere del esfuerzo concertado de distintos actores sociales –entidades gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias, líderes políticos, medios de comunicación– y, de la activa participación de las propias mujeres.

Para la OPS “la salud integral de la mujer debe ser replanteada de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona – hombre o mujer– lo cual conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre, en los cuáles se propicie la participación activa de la población tanto en la comprensión de su problemática como en la búsqueda de sus soluciones”³⁵.

El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial (AOE), ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y calificada facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y de calidad.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud, **Ob. Cit.** Pág. 10



CAPÍTULO III

3. Impacto de la salud sexual y reproductiva en la sociedad

3.1 Mortalidad materna e infantil

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, una experiencia de vida, pero en ocasiones se convierte en experiencia de muerte. La mortalidad materna como problema de salud pública no resuelto, además del impacto desfavorable que genera en el ámbito más esencial de la sociedad, la familia, se enfrenta como una prioridad para los servicios de salud nacionales, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Por tal motivo, es necesario promover y favorecer la salud materna a través de una maternidad sin riesgos.

En este sentido, el estatus de la mujer debe ser elevado y reconocido en todo su valor, tanto en el papel productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad; esto entraña que la mujer se le sitúe en primer plano como persona, más que como un objeto de intervenciones.

Según el Comité Panamericano Regional “cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como para su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno”³⁶.

Evitar la mortalidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la

³⁶ Comité Panamericano Regional **Ob. Cit.** Pág. 43



promoción y educación para la salud con apoyo de los medios de comunicación, decir, la mujer debe reconocer su propio riesgo reproductivo y obstétrico.

La defunción materna tiene múltiples factores causales, entre ellos: aspectos culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse a las condiciones de la madre, el médico y de la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos.

Cabe mencionar que un número importante de las muertes maternas son consideradas como evitables mediante la atención de salud oportuna, siendo uno de los principales retos el control prenatal. Lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de manera responsable en el auto cuidado de su salud a través del reconocimiento de los síntomas de alarma que pudieran presentarse en el transcurso del embarazo: mareos, fosfenos -ver destellos-, acúfenos -zumbido de oídos-, cefalea, edema o anasarca, aumento o pérdida de peso, hemorragia vaginal, falta de movimientos fetales después del quinto mes de embarazo, ruptura prematura de membranas, fiebre, poliuria, polidipsia y polifagia.

De acuerdo a la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio, son cinco las consultas a otorgar a cada mujer embarazada, número considerado como mínimo para garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo o alto riesgo según la presencia de factores de riesgo como son: los extremos de la vida -menor a 19 o mayor de 35 años-, cesáreas previas, abortos, multiparidad, embarazo múltiple -más de dos fetos-, enfermedades crónicas degenerativas, obesidad o desnutrición, prematurez, defectos congénitos, etc. Estas consultas deben de ser en³⁷:

- ❖ 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- ❖ 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- ❖ 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

³⁷ Ministerio de Salud Pública, **Ob. Cit.** Pág. 7



- ❖ 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- ❖ 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

A nivel mundial, de acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocurren en la actualidad alrededor de 650,000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países considerados como subdesarrollados o en vías de desarrollo, dentro de ellos Guatemala.

El compromiso adquirido por Guatemala durante la Conferencia de El Cairo de 1994 de extender los cuidados reproductivos elementales a todas las mujeres no se ha cumplido.

Durante la cuarta conferencia sobre mujeres organizada por las Naciones Unidas en Beijing –China- los gobiernos se reafirmaron para avanzar en los compromisos de las reuniones previas. Esta reunión fue el punto de inflexión para comprender que los problemas y agenda de las mujeres son los problemas de toda la humanidad y al revés. Además, se establecieron las prioridades para el siglo XXI centradas en las mujeres. La política global debe respetar los derechos de las mujeres, siendo de importancia fundamental lo que se refiere a la importancia de la salud reproductiva y sexual.

La Conferencia de Beijing se consideró como un paso significativo para la igualdad, la paz y el desarrollo; su premisa fundamental fue eliminar la coacción, discriminación y violencia en la vida pública y privada de las mujeres. Se instó a los gobiernos a reconocer la contribución nunca remunerada de la mujer a la economía mundial.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala reconoce que es posible reducir la mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio mediante mejoras en el acceso a cuidados obstétricos esenciales de calidad, que impacten en los aspectos físicos, culturales y sociales. Asimismo, reconoce que es posible reducir el



riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo a lo largo de la vida reproductiva de las mujeres, facilitando servicios integrales de salud reproductiva³⁸.

Históricamente, la situación de la salud reproductiva de la mujer guatemalteca ha sido un serio problema. La tasa de natalidad es de 36,6 por 1000 habitantes y la tasa global de fecundidad de cinco hijos por mujer, con cinco punto ocho hijos en el área rural y cuatro punto uno en la urbana. En el año 2000 en Guatemala, nacieron 425,410 niños(as) en una población de 3,346,937 mujeres en edad fértil –diez a 49 años- y murieron 651 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, es decir casi dos mujeres murieron diariamente por causas maternas, situación que se agrava atendiendo a la ubicación geográfica en la cual se encuentren las mujeres³⁹.

En el año 2000, los departamentos con la más alta incidencia en mortalidad materna y que superaron el promedio nacional fueron: Alta Verapaz (302), Sololá (297), Huehuetenango (255), Totonicapán (219), Izabal (217), Quiché (182), Petén (180) y Escuintla (179). Las principales causas de las muertes maternas fueron: hemorragia (53% de las muertes maternas ocurridas), infección (14%), hipertensión inducida por el embarazo (12%) y aborto (10%). El 65% de las muertes maternas eran mujeres indígenas, y el 54% ocurrieron en el hogar. El 41% de los nacimientos ocurridos en el país durante el período 1994-1999 fueron atendidos por personal con entrenamiento médico -médicos o enfermeras-. Sin embargo, cuando la madre era indígena el porcentaje de atención por personal con entrenamiento médico fue significativamente menor (17%). Una situación similar se observa en el área rural (25%), en la región Noroccidente (11%) y en el caso de las mujeres sin educación (22%). Esta situación ha mostrado un progreso respecto al período 1982-1987, cuando el 29% de los nacimientos ocurridos en ese período fueron atendidos por personal con entrenamiento médico⁴⁰.

³⁸ **Ibíd.** Pág. 35

³⁹ Instituto Nacional de Estadística, **Ob. Cit.** Pág. 17

⁴⁰ **Ibíd.** Pág. 19



Si se mantuviera esta tendencia se necesitarían alrededor de 50 años más para lograr que el 100% de los nacimientos fueran atendidos por personal con entrenamiento médico. Este es un desafío importante debido a que este personal es el que puede prevenir, identificar, atender y manejar una emergencia obstétrica y, por lo tanto, lograr una reducción en la mortalidad materna.

Estas cifras representan una razón de mortalidad materna (RMM) de 153 por cada 100, 000 nacidos vivos. Las muertes maternas ocurren generalmente en un plazo de 24 horas después de la resolución del embarazo. Más de la mitad murieron en el hogar y cuatro de cada diez murieron en un servicio hospitalario. Al momento del parto, seis de cada diez madres que fallecieron fueron atendidas por comadrona, por un familiar o por ellas mismas y tres de cada diez recibieron atención por un proveedor(a) de salud⁴¹.

En el foro denominado Mortalidad materna de Guatemala: uno de los dramas de la pobreza, celebrado en Jutiapa, uno de los expositores señaló que de 19 mujeres fallecidas durante ese año en Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, un alto porcentaje murió por hemorragia, infecciones e intentos de aborto. La preocupación al conocer las cifras de muerte en el sector femenino debidas, principalmente, a la falta de cuidados prenatales, la extrema pobreza, la dificultad en el acceso a centros sanitarios adecuados y a la poca voluntad de las comunidades por formar comités de vigilancia que intervengan en el traslado de éstas personas a los centros hospitalarios para prevenir estas muertes, hacen que dar a luz no sea una alegría sino una sentencia de muerte.

Guatemala se comprometió a reducir las muertes maternas y plasmó este compromiso en la ratificación de instrumentos internacionales y la implementación de estrategias nacionales. En consecuencia crea el programa nacional de salud reproductiva para hacer accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres, consignando la vida y la salud de las madres, hijos e hijas como un bien público y definiendo la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional.

⁴¹ **Ibíd.** Pág. 2



A su vez, la política de desarrollo social y población determina las acciones que a través del programa nacional de salud reproductiva han de realizarse para lograr la reducción de la mortalidad materna. Guatemala, como muchos otros países de América Latina, presenta niveles de mortalidad materna elevados, ya que cuenta con condiciones de mucha ruralidad y dispersión de sus comunidades que limitan la disponibilidad de los servicios de salud y el acceso a ellos, lo que se refleja en que solo el 60% recibe atención prenatal, llegando únicamente a un dos por ciento de atención postnatal, lo que se relaciona con las costumbres propias de la población. El 60% de los partos sigue siendo atendido por personal comunitario, que muchas veces no es un personal calificado⁴².

A raíz de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), donde se acordó fortalecer el plan regional para la reducción de la mortalidad materna, la OPS brinda cooperación técnica en Guatemala para contribuir al cumplimiento de los objetivos a los cuales se comprometió entre ellos:

- ❖ Mejorar las condiciones de salud de la mujer, mediante el incremento y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva.
- ❖ Desarrollar la capacidad y calidad del sistema de entrega de atención, a través del fortalecimiento del primer nivel de referencia.
- ❖ Fortalecer la capacidad de respuesta para la atención de las emergencias y complicaciones obstétricas.
- ❖ Promover el conocimiento y la participación social en las acciones para una maternidad segura
- ❖ Desarrollar y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, entre otros.

Dentro de la problemática de salud en Guatemala se encuentra la elevada incidencia de mortalidad infantil la cual asciende a 44 por cada 1.000 nacidos vivos, aunque en algunas zonas del país es mucho más elevada. Entre las principales causas de

⁴² **Ibíd.**



enfermedad y mortalidad infantiles, se encuentran las infecciones respiratorias (37,8), diarreas (10,5), dermatitis no especificada (6%), y las patologías prevenibles por vacuna⁴³.

Según cálculos basados en la ENSMI 2002 y en el XI censo de población indican que tres niños mueren antes de cumplir los cinco años de vida, cada 15 minutos, lo que representa 265 al día y 96 mil 617 al año, por diferentes causas.

Con una incidencia de 43 defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos, Guatemala es el país de Centroamérica con la mayor tasa de mortalidad infantil. Costa Rica tiene la tasa más baja, con ocho por cada 1,000 nacidos vivos.

Los mismos cálculos también indican que más de la mitad de los fallecimientos de niños menores de cinco años está vinculada al problema de la desnutrición crónica o causas relacionadas, problemas respiratorios agudos y diarreas, así como a enfermedades prevenibles con una vacunación adecuada, la cual se debe a factores como la inaccesibilidad geográfica y el rechazo que algunas poblaciones tienen hacia las vacunas por sus patrones culturales o porque desconocen sus beneficios.

En los últimos años, los esfuerzos del gobierno guatemalteco han logrado que algunas vacunas alcancen una tasa de cobertura por encima del 90%, pero el éxito es menor cuando se trata de preparados de varias dosis. Por ejemplo, la vacuna pentavalente - para proteger contra difteria, tos ferina, tétanos, gripe y hepatitis b- en niños menores de un año alcanza tan sólo al 38% de estos menores, según La memoria de vigilancia epidemiológica de 2005.

A pesar de que los resultados son cada vez más positivos, el esquema completo de vacunación en niños de 12 a 23 meses no alcanza todavía la cobertura óptima. Además, se dan grandes brechas entre regiones porque mientras en la región metropolitana casi tres cuartas partes de los niños de 12 a 23 meses disponen del

⁴³ **Ibíd.** Pág. 18



esquema completo de vacunación, en la región sur-oriental y Petén sólo la mitad lo tienen, según se refleja en el Informe nacional de desarrollo humano 2005.

También destaca el bajo porcentaje de mujeres en edad fértil a las que se ha administrado la vacuna antitetánica. En 2005 únicamente el 9,57% de este grupo recibió esta vacuna.

El objetivo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es proteger con el esquema completo de vacunación al 95% o más de los niños menores de cinco años, y al 90% de las mujeres en edad fértil con la vacuna antitetánica. Todo ello se pretende llevar a cabo implicando a las propias comunidades y difundiendo a través de diferentes canales e idiomas mayas las fechas de las jornadas de vacunación y sus beneficios.

El compromiso de las familias, las comunidades y las autoridades es fundamental para llevar a cabo programas para promover la maternidad sin riesgo, la cual depende del apoyo popular. La colaboración de un amplio conjunto de grupos e individuos es, por consiguiente esencial, con inclusión de dirigentes de la comunidad, religiosos, grupos de mujeres, organizaciones locales y profesionales de la salud.

3.2 Desnutrición infantil

Guatemala registra la mayor tasa de desnutrición infantil del continente y ocupa el sexto lugar de desnutrición crónica a nivel mundial, según cifras obtenidas para el país del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). De acuerdo con los datos que se han podido recopilar en los últimos años muestran que el 49 por ciento de los menores guatemaltecos padecen algún tipo de carencia alimentaria, la mayoría de ellos concentrados en las áreas rurales del país y de descendencia indígena⁴⁴.

⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística, **Ob. Cit.** Pág. 18



La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas y proteínas). Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.

Las encuestas nacionales sobre salud materno infantil (ENSMI) de 1987 y 2002, y el censo nacional de talla en niños de primer grado primaria del Ministerio de Educación 2001, señalan que la mitad de los niños de Guatemala menores de cinco años (49.3%) sufren desnutrición crónica. Esto significa que tienen retardo en su crecimiento potencial, como resultado de condiciones sanitarias y nutricionales no óptimas. Con el 49.3% de desnutrición crónica, Guatemala es el país con la mayor tasa en América Latina y es ocho veces más alta que en Costa Rica (6.1 por ciento).

Es por ello que la desnutrición infantil es el de mayor problema nutricional del país, según el informe presentado en 2003 por el Grupo de Seguridad Alimentaria Nutricional de las Naciones Unidas en Guatemala.

La desnutrición crónica afecta el desarrollo intelectual y talla de los niños, causando su reducción irreversible. La suma de estos efectos tiene serias repercusiones en su edad adulta y en la actividad productiva. El retraso del crecimiento, al igual que el bajo peso al nacer, ha sido asociado con una mayor incidencia de enfermedades y fallecimientos, así como a una capacidad cognitiva más reducida, a una menor asistencia escolar durante la infancia y la productividad e ingresos más bajos a lo largo de la vida en la etapa adulta, según lo señala el Informe mundial sobre inseguridad alimentaria 2004, de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés).

En el caso de las áreas rurales y de comunidades indígenas la situación se vuelve más alarmante, en un estudio dirigido en la población de San Pablo la Laguna, Sololá, se comprobó con los resultados obtenidos, la incidencia de la desnutrición crónica es del 82 por ciento y afecta mayoritariamente a la niñez. Estas cifras colocan a Guatemala en



una situación peor a la experimentada por Haití, Bolivia o Perú, pues supera sus indicadores.

Se destaca dentro del informe presentado por la FAO que la prevalencia de retardo en la talla comienza a aumentar a los tres meses de edad y se detiene a los 36. Después de esa edad, el promedio de las tallas mantiene su tendencia retardada. El problema es más agudo en el campo. Mientras en el área metropolitana afecta al 36.1 por ciento de los niños de esa edad, en el noroccidente -Chimaltenango, San Marcos, Quiché, Huehuetenango, Sololá y Totonicapán- se eleva a 68.3 por ciento. Los costos en cuanto a la merma de salud y de las oportunidades no solo se extienden a lo largo de toda la vida de la persona afectada, sino también a la de sus generaciones futuras, ya que las mujeres malnutridas dan a luz a niños con insuficiencia alimentarias.

Estos índices son los más altos de América Latina y sólo comparables a los que registran países africanos y asiáticos caracterizados por su falta de recursos, como Nepal (50.5 por ciento) y Uganda (39.1 por ciento).

De acuerdo con la FAO, existe evidencia que prueba que las madres son la pieza determinante en reducción de la desnutrición infantil y la que puede hacer posible que la situación alimentaría de los niños guatemaltecos cambie.

Según estimaciones basadas en la encuesta nacional de salud materno infantil 2002 (ENSMI 2002) demuestran que el nivel de educación de la mujer es el principal factor (43 por ciento) que origina problemas de desnutrición infantil. Le siguen, en orden de importancia, la disponibilidad y accesibilidad a alimentos (26.1 por ciento) y salud ambiental (19.3 por ciento), ya que el 66 por ciento de niños de tres a 59 meses, desnutridos, tenían madres sin educación, 45 por ciento tenían madres con educación primaria y 19 por ciento tenían madres con educación secundaria.



Por ello, el nivel de prevalencia de desnutrición es superior en el sector rural, donde, de acuerdo con los informes del PNUD, la mujer, sobre todo indígena, tiene menos acceso a la educación y a la salud.

Los indicadores del sistema de Naciones Unidas señalan que el 36 por ciento de las mujeres guatemaltecas en edad fértil, sufren anemia por falta de hierro, y ese porcentaje aumenta en la población rural.

Un enfoque innovador en la lucha contra la desnutrición grave, que afecta a unos 20 millones de niños y niñas menores de cinco años en todo el mundo, ha comenzado a mostrar señales de éxito. El enfoque combina la atención comunitaria de la salud de los niños gravemente desnutridos con los tratamientos tradicionales en establecimientos de atención de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas y UNICEF dieron a conocer un comunicado conjunto en el que se informa que tres cuartas partes de los niños y niñas del mundo que sufren desnutrición grave aguda –y que tienen buen apetito y no tienen problemas médicos– pueden recibir tratamiento en sus hogares con alimentos terapéuticos listos para usar y que están altamente enriquecidos.

Se trata de sabrosos alimentos de alto valor energético, de consistencia blanda o triturable, aptos para el consumo de los niños y niñas mayores de seis meses y que no es necesario añadirles agua, lo que reduce el riesgo de infecciones bacterianas. Los alimentos terapéuticos listos para usar proveen los nutrimentos necesarios para el tratamiento en el hogar de los niños y niñas gravemente desnutridos, no requieren refrigeración, y puede ser empleados en condiciones higiénicas imperfectas. La tecnología necesaria para producir los alimentos terapéuticos listos para usar es relativamente simple y está al alcance de todos los países con altos niveles de desnutrición grave aguda.



Tradicionalmente, el tratamiento ante la desnutrición grave aguda ha consistido en remitir a los niños o niñas afectados a hospitales o internarlos en establecimientos de tratamiento especializado, donde se les somete a regímenes alimenticios de base láctea. A pesar de que ese tratamiento es eficaz, en los países pobres donde habita la mayoría de los niños y niñas con desnutrición grave aguda muchas familias carecen de acceso a los establecimientos sanitarios que pueden brindar ese tipo de atención. Además, a muchos padres y madres que no se pueden alejar de sus hogares durante varias semanas por lo cual les resulta imposible internar a sus hijos en esos establecimientos. Asimismo, los niños y niñas gravemente desnutridos son vulnerables a diversas infecciones debido a la debilidad de su sistema inmunológico, de manera que podrían correr peligro en los hospitales, donde suelen imperar condiciones de hacinamiento.

Si este proyecto se ejecuta a gran escala y se combina de manera adecuada con la atención en hospitales de los niños y niñas que tienen complicaciones médicas, y con una educación alimentaria a las comunidades de difícil acceso, indígenas podría prevenir centenares de miles de muertes infantiles por año. El enfoque original ya ha tenido como resultado un importante incremento de las tasas de supervivencia de los niños y niñas gravemente desnutridos en situaciones de emergencia ocurridas en países tales como Etiopía, Malawi, el Níger y el Sudán. El objetivo actual consiste en ampliar el enfoque de manera tal que se pueda atender a un número mayor de niños y niñas que sufren desnutrición grave aguda y que residen en comunidades que no han sido afectadas por las situaciones de emergencia.

El enfoque basado en la comunidad acerca la prestación del servicio al hogar, de manera que las familias pueden descubrir que sus hijos sufren desnutrición grave aguda antes de que la enfermedad represente un peligro mortal. Con este enfoque, los niños y niñas afectados reciben tratamiento de agentes sanitarios que les suministran medicamentos básicos por vía oral y suficientes alimentos terapéuticos listos para usar durante una semana.



La región Latinoamericana produce el triple de los alimentos que requiere para alimentar a toda su población. Todo programa que logre reducir efectivamente los niveles de desnutrición mejorará no solo la calidad de vida de los afectados sino también aumentará la productividad del país. Cuanto mayor sea el problema, mayor será el reto y así también los beneficios potenciales de aumentar la capacidad productiva.

Las cifras obtenidas dan un panorama general sobre la crítica situación que vive la niñez guatemalteca, que en los últimos diez años, excepto en materia de educación en donde han habido avances importantes, aún hay retos importantes. Según los cuales muestran que: el 50% de los 13,3 millones de guatemaltecos son niños y adolescentes de cero a 17 años de edad, el 63,9 por ciento vive en condiciones de pobreza, y el 19,2 en pobreza extrema, siendo los indígenas (el 82,4 por ciento) los más afectados⁴⁵.

El estudio análisis del costo del hambre impacto económico y social de la desnutrición infantil realizado por el Programa Mundial de Alimentos y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) demuestra que la desnutrición tiene un impacto económico negativo en la salud y la educación, y la menor capacidad productiva en la edad adulta de las personas; se incrementa la demanda de servicios, y a su vez el gasto público y privado. Para Guatemala, el costo del hambre y la desnutrición en el 2004 fue de 3 mil millones de dólares, lo que representa más de 11% del producto interno bruto (PIB).

El Programa Mundial de Alimentos en Guatemala es un aliado importante en el programa de reducción de desnutrición crónica (PRDC) que se coordina por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan) y que se implementa a través del Programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que apoyan a las nuevas autoridades en fortalecer las acciones que permitan ir avanzando en la erradicación de la desnutrición crónica.

⁴⁵ **Ibíd.** Pág. 3



Pese a los últimos esfuerzos que se han realizado en la lucha contra la desnutrición, la falta de cobertura social y el acceso a la salud, Guatemala ha perdido mucho tiempo y se encuentra muy lejos del cumplimiento de los objetivos a los cuales se comprometió y que están contenidas en las Metas de desarrollo del milenio número cinco referentes a la reducción a la mitad del hambre y la pobreza extrema para el 2015, así como a la educación y salud para todos.

3.3 Legislación vigente

Una vez evidenciada la precaria situación de las mujeres y niños guatemaltecos e ilustrados con cifras estadísticas que la representan, el gobierno de Guatemala en respuesta a ello ha creado una serie de normativas que describen planes y programas para mejorar la atención médica de este segmento de la población, convirtiéndola en una cuestión de urgencia nacional, considerando que las mujeres y los niños tienen el derecho a que se les garantice la vida, la seguridad y su bienestar físico y emocional, siendo parte de los derechos inherentes a cada persona.

Cuando hablamos de derechos, nos referimos al derecho a la vida, a la salud, a la libre expresión de pensamiento, a estar libres de violencia y discriminación. Los cuales están contenidos dentro de los derechos humanos que son considerados como derechos inalienables, inviolables e incondicionales.

Para el tratadista Antonio Marero los derechos humanos son: “las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales de que goza una persona y que se derivan de su dignidad, por lo que no pueden ser vulnerados y por ello los Estados y las leyes que los rigen tienen la obligación de reconocerlos, difundirlos, protegerlos y garantizarlos. Todas las personas, sin importar su edad, religión, sexo o condición social, gozan de estos derechos, los cuales son indispensables para el desarrollo integral del individuo”⁴⁶.

⁴⁶ Manero, Antonio. **Diccionario antológico del pensamiento universal**. Pág. 58



Entre los derechos más importantes que tenemos los guatemaltecos está la salud, por lo que es necesario mencionar el concepto legal de salud el cual lo encontramos en el Decreto noventa guión noventa y siete del Congreso de la República de Guatemala, Código de Salud Artículo dos; “Salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, en nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social”.

El término derecho a la salud se utiliza con referencia a todo aquel ser humano que disfrute de un equilibrio biológico, psíquico y social; constituye un estado de bienestar, en relación con el medio del cual es parte.

La Constitución Política de la República, en su artículo 94, establece que “El estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes; desarrollará en forma gratuita a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, curación, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”

En el mismo orden, el Código de Salud, en su artículo uno afirma que “Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna”. Para lograr lo anterior, el mismo código, en sus artículos cuatro y diez reconocen que para alcanzar tal derecho es necesario coordinar acciones intra e intersectoriales.

Cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos hablamos también del derecho a la vida, a la salud, a la libre expresión de ideas y pensamientos, a estar libres de violencia y discriminación sólo que en las esferas de la sexualidad y la reproducción - dos hechos humanos de trascendencia y cotidianidad en la vida de las mujeres- ni siquiera se les garantiza el acceso a una adecuada atención durante el transcurso del embarazo ni en la resolución de este, con ello se disminuye las posibilidades del ejercicio de sus derechos y a un desarrollo humano sostenible.



El estado de Guatemala se comprometió con su población y con la comunidad internacional a reducir las muertes maternas e infantiles y plasma este compromiso en la ratificación de instrumentos internacionales y la implementación de estrategias nacionales. Constitucionalmente, el estado de Guatemala garantiza el derecho a la vida, la protección de la familia y el goce de la salud y la asistencia social.

A pesar de que constitucionalmente se garantiza el derecho a la salud, este derecho no se cumple a cabalidad, o por lo menos no toda la población guatemalteca puede ejercer ese derecho, siendo los principales afectados las mujeres y los niños. Dos hechos cotidianos como la planificación familiar y la reproducción no son asegurados. Las brechas existentes entre la población ladina e indígena siguen latentes, poniendo en peligro el desarrollo de las aéreas rurales y indígenas.

Dentro del marco jurídico que establece el Código de Salud en su artículo 41 y la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer en su artículo 15, establecen que el Estado, a través de instituciones del sector público, desarrollará acciones tendientes a promover la salud de la mujer que incluya aspectos de salud reproductiva. Además de haber signado los Acuerdos de Paz que incluyen compromisos relacionados con población y desarrollo, así como convenios internacionales en esta materia, los cuales deberán ser desarrollados a través de políticas nacionales.

A pesar de los compromisos obtenidos por Guatemala, los avances se han visto limitado por muchos factores. La falta de presupuesto, la situación geográfica, las creencias propias de los pueblos indígenas y la ruralidad del país hacen que los esfuerzos realizados se vean menguados.

En consecuencia, el Congreso de la República de Guatemala en octubre de 2001, decreta la Ley de Desarrollo Social en la que establece como prioridad en materia de salud poblacional **reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno e infantil.**



Dentro de esta normativa en el artículo uno quedo plasmado el objeto de dicha ley el cual es: “la creación de un marco jurídico que permita implementar los procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del Estado, encaminadas al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención”.

Esta misma normativa jurídica establece como grupo de especial atención a: las mujeres, los niños y las comunidades indígenas, por considerar que este segmento de la población es el más vulnerable y que necesita de especial atención.

Asimismo, se estableció el marco de aplicación, “tomando en cuenta la multiculturalidad que caracteriza a Guatemala, regulando la equidad de genero, entendida como la igualdad de derechos en hombre en mujeres, así como la paternidad y maternidad responsable, los cuales constituyen principios básicos y los cuales el estado de Guatemala deberá promocionar como parte de una política tendiente a mejorar el desarrollo y la salud de las mujeres” (art. 4).

En Guatemala la marcada desigualdad existente entre hombre y mujeres arraigadas en una serie de creencias, costumbres y practicas sexistas han ubicado a las mujeres en un lugar alejado de la toma de decisiones, ya sea dentro de la comunidad, su familia y hasta lo concerniente a su salud lo que la ha colocado en una situación precaria. En ello descansa la importancia de empoderar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos.

Si las mujeres son instruidas en la importancia que tienen dentro de sus familias, en la comunidad a la que pertenecen. Mujeres saludables capaces de dar a luz a niños saludables, capaces de poder decidir por ellas mismas el número de hijos que desean y el momento en que desean quedar embarazadas y capaces de ejercer sus derechos, daría un nuevo rostro al país.



El Estado se comprometió a impulsar, coordinar, planificar, y hacer realidad acciones gubernativas encaminadas al desarrollo nacional, social familiar y humano; con especial atención a la reducción de la mortalidad materno e infantil, y a lograr la participación de la mujer en el proceso de desarrollo económico, social y político. De la misma manera a impulsar la libre elección consiente y responsable de la participación de cada individuo en el desarrollo social del país, sobre su vocación laboral, su participación cívica y sobre su vida familiar y reproductiva.

La importancia de que todos los compromisos adquiridos se lleven a cabo, radica en que la salud y educación de las mujeres tienen grandes repercusiones en la sociedad; con mujeres saludables en el hogar, desempeñándose profesionalmente en el trabajo y participando activamente dentro de la sociedad, la sociedad y el país ganan. Cada vez son más los hogares guatemaltecos en los cuales el principal aporte económico es de una mujer.

Las políticas de desarrollo social y poblacional que se impulsaran serán 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..." lo cual está plasmado en el artículo 15 de la citada norma jurídica. Para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita.

Recordemos que la estructura social del país ha fortalecido la creencia –en los hombres en especial del área rural- que un número elevado de hijos, equivale al grado de hombría en cada uno de ellos. Además tener el control de la toma de decisiones en cuanto al número de hijos, la salud de su pareja y sus hijos. Por ellos los hombres forman parte de estas iniciativas destinadas a promover la importancia de la planificación familiar y en el cuidado de la salud.



Por lo cual en el artículo 24 de la Ley de desarrollo Social se establece que: “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”.

Y en el artículo 25 establece en su parte conducente una definición de lo que se considera salud reproductiva y lo define como: “... 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”.

Dentro de ese mismo orden de ideas se crea el programa de salud reproductiva, el cual se llevará a cabo a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y el Ministerio de Educación los cuales lo diseñarán, coordinarán y ejecutarán, de manera que pueda llegar a ser un programa participativo, sin discriminación, incluyente y que tome en cuenta todas las características y necesidades de la población guatemalteca, el cual debe cumplir y apegarse con las disposiciones que establece el artículo 26 de dicha ley las cuales son:

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 y puerperio, prevención del cáncer cervico-uterino y el cáncer de mama.....

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 y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y 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:

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 y perinatal.

Considerar como urgencia médica de tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas, y fortalecer la prestación de los servicios preventivos, necesarios tendentes a evitarlas y prevenirlas.

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.

Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.

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.

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 intergenésico a dos o más años.



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

6. Capacitación. Definir los lineamientos para diseñar y llevar a la práctica programas y cursos para capacitar adecuadamente a los funcionarios y servidores públicos para que estén en condiciones de impartir educación y/o prestar orientación y atención a las personas en forma correcta, oportuna y veraz, sin discriminación, alguna para alcanzar los objetivos previstos en esta Ley.

El marco jurídico de este cuerpo normativo es amplio y los objetivos propuestos son ambiciosos y de difícil cumplimiento sin un compromiso real de las entidades de salud y sobre todo del Estado de llevar a cabo la serie de disposiciones contenidas en dicha ley. En consecuencia y en muestra del compromiso adoptado en el año 2005 se emite el derecho 87-2005 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con el objetivo de poder llevar a cabo programas nacionales que aseguren el cumplimiento de los objetivos propuestos y lograr de esa manera una reducción significativa en la muertes maternas e infantiles, la disminución de los embarazos no deseados y el aseguramiento del abastecimiento de métodos anticonceptivos, lo cual cabe hacer notar, no será evidente en los próximos estudios realizados. Se prevé que los cambios obtenidos a través de la incorporación eficaz de estos programas únicamente serán evidenciados en un plazo no menor de 15 años.

Aunque dicha ley se vea como un avance significativo en el mejoramiento de la salud sexual y reproductivo de las mujeres y de la población en general, la aprobación de dicha ley despertó una gran controversia al ser vetado por el entonces presidente Oscar Berger, hecho que generó un duro rechazo por parte de diferentes movimientos de mujeres tanto urbanas como campesinas. Finalmente, el Congreso de la Republica aprobó la norma, medida que varios sectores conservadores anunciaron impugnar.



La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, contribuye a promover una sexualidad sana, responsable e informada a toda la población y le otorga al Estado la obligación de garantizar la distribución de métodos anticonceptivos a toda la población.

La ley aprobada por el Congreso busca disminuir las brechas en el acceso a los servicios de planificación familiar para todas las personas independientemente de su condición socioeconómica, aplicando el derecho a la libre elección informada, garantizado por la Constitución Política de la Republica. Ante la decisión del presidente de vetar la norma en diciembre pasado, las organizaciones feministas hicieron un llamado a todas las mujeres y agrupaciones sociales para que se unieran en reclamo de la aprobación de la normativa.

Una de las ventajas de la aprobación de la normativa es que crea una partida presupuestaria específicamente para la atención de los servicios de planificación, información y provisión de los métodos anticonceptivos lo cual queda plasmado en el artículo 21 “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...” Con esta norma se pretende dar prioridad a las mujeres indígenas y rurales, que carecen de acceso a los servicios de salud, además de asegurar la calidad en la prestación de los servicios.

La ley desarrolla la creación de La comisión nacional de aseguramiento de anticonceptivos, cuya función es velar por la calidad, el financiamiento y la disponibilidad de los métodos anticonceptivos para los servicios de planificación, asegurando el acceso de la población que lo requiera.

En tanto, la ley cuenta con el respaldo de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala la cual estima que la medida permitirá el acceso a más mujeres a métodos



de planificación familiar ya que es importante la educación para que la mujer pueda decidir libremente sobre su propia salud.

Una encuesta elaborada por la firma Borges y Asociados subrayó 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 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.

Por ello en el artículo uno del decreto 87-2005 se establece el objeto de dicha ley el cual es: "...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". Dirigiendo estas acciones a la población en general especialmente a las mujeres, adolescentes e indígenas, a las parejas del área rural y de difícil acceso geográfico.

Además, crea el programa nacional de salud reproductiva para hacer "accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres", consignando la vida y la salud de las madres, hijos e hijas como un bien público y definiendo la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional. A su vez, la política de desarrollo social y población determina las acciones que a través del programa nacional de salud reproductiva han de realizarse para lograr la reducción de la mortalidad materna.

En enero del 2001, se suscribe la política nacional de promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas y el plan de equidad de oportunidades, que incluye la promoción de la salud integral de las mujeres como base para el desarrollo.



Durante el año 2002 se decretó la Ley General de Descentralización y se reformaron la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y el Código Municipal. Estos instrumentos legales propician los esfuerzos por reducir la mortalidad materna, convocando la participación de los gobiernos municipales y departamentales, la sociedad civil organizada y las comunidades en general, en programas, proyectos y acciones diversas con el fin de lograr cambios en este sector.

Todos estos compromisos se detallan en el marco de los acuerdos de paz, específicamente en el Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria que determina el compromiso del Estado de presupuestar por lo menos el 50% del gasto público en salud a la atención preventiva y disminuir la tasa de mortalidad materna en Guatemala.





CAPÍTULO IV

4. Salud sexual y reproductiva y el Estado

4.1 Avances obtenidos en programas gubernamentales

En 2005, se aprobó La Ley de Acceso Universal y Equitativo para la Planificación Familiar pese a la fuerte oposición del ala conservadora de la sociedad. Con la entrada en vigor de esta ley se estableció la responsabilidad del Estado en asegurar la provisión de anticonceptivos para todas las guatemaltecas y los guatemaltecos que deseen planificar sus familias y proveer educación sexual para los niños en edad escolar, con lo cual se creó la comisión nacional de aseguramiento de anticonceptivos, y se creó una partida presupuestaria específica para la provisión de anticonceptivos proveniente del impuesto sobre bebidas alcohólicas.

Sobre el tema presupuestario, es difícil evaluar la ejecución de los fondos asignados para planificación familiar, pues el presupuesto está descentralizado y el MSPAS no dispone de una cifra exacta (no se sabe cuánto se tiene); lo único que se sabe es que es el 15% del impuesto a las bebidas alcohólicas que ascendió a Q32 millones en el año 2007 pero esa suma se ingreso al presupuesto general del Ministerio de Salud. De esa forma se evade dar cuentas a la sociedad organizada.

Lo que se sabe es que el presupuesto asignado a la salud pública en general es tan sólo el 3,7% del producto interno bruto (PIB). Es de hacerse notar que la falta de avances significativos en la reducción de la mortalidad materna denota una mala ejecución presupuestaria y una falta de voluntad política para afrontar el problema.

Según la Asociación de Ginecología y Obstetricia, en 2006, de cada 1,000 mujeres que dieron a luz, 114 tenían entre 15 y 19 años de edad, la tercera tasa más elevada de fecundidad adolescente de América Latina. La cifra real de embarazos entre menores de edad podría ser mucho más elevada, ya que sólo se toman en cuenta los embarazos



de jóvenes en edad reproductiva -mayores de 15 años-, lo cual excluye el creciente número de niñas -algunas hasta de diez años- que quedan embarazadas. Según estimaciones hechas por el Ministerio de Salud pública, se esperan para el año 2008 un promedio de 8,000 nacimientos de niños, cuyas madres tendrán una edad de diez a 15 años y 92,000 nacimiento de madres comprendidas de entre 15 a 19 años.

Un dato significativo es que la tendencia de quedar embarazadas a una temprana edad se acentúa entre las mujeres de escasos recursos. Según Rossana Cifuentes, presidenta de la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, el 27% de la clase alta tiene hijos antes de los 20 años; en la clase media es el 52%, y en la clase de bajos recursos económicos es el 62%.

Asociaciones de mujeres han demandado que los fondos destinados al fortalecimiento de programas de salud reproductiva se inviertan realmente en ellos. Según estos grupos en el año 2005 no se invirtió nada; en el 2006, se ejecutó 40 por ciento, y en el 2007, se ha gastado 70 por ciento de los Q32 millones que corresponden, pero no está claro en qué programas.

Las organizaciones femeninas por la salud han propuesto:

- ❖ Que la asignación para salud reproductiva, por impuesto de bebidas, se use para su fin y se rindan cuentas de ello.
- ❖ Priorizar planes de reducción de la mortalidad materna, con acciones preventivas y disponibilidad de medios para planificación familiar.

Con ello se pretende llevar a cabo los programas y la instalación de la comisión previstas en el decreto 87-2005. Se espera que las medidas llevadas a cabo se vean reflejadas en la disminución sustancial de las muertes maternas e infantiles, la reducción de embarazos adolescentes no deseados, un incremento en la distribución de métodos anticonceptivos y aseguramiento de servicios de salud en todo el país.



Se implementó durante el año 2000 el programa de salud integral de la mujer, niñez y adolescencia que luego fue sustituido por el programa nacional de salud reproductiva, dentro del cual se promueven intervenciones como la planificación familiar con consentimiento informado y la atención materna neonatal. Anteriormente se contaba con el plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal del MSPAS del año 1997 y las normas del SIAS para el manejo de las complicaciones obstétricas más frecuentes.

Durante el año 2001 se inició por medio del programa nacional de salud reproductiva una campaña orientada a promover en hospitales, centros de salud y mediante líderes comunitarios el uso de diversos métodos anticonceptivos para espaciar los embarazos, prevenir las enfermedades venéreas, abortos y promover la atención pre y post-natal. También se creó el consejo consultivo de la mujer a cargo del Ministerio de Salud en cumplimiento de los acuerdos de paz, con el objetivo de ejecutar acciones en materia de salud integral y violencia contra la mujer.

A raíz de la aprobación del Decreto N° 42-2001 -Ley de Desarrollo Social- nació a la vida la política de desarrollo social y población. Esta política identificó acciones para que, en materia de salud reproductiva, se fortaleciera el acceso a servicios, se mejorara la información, se aumentara el personal para atender este desafío, se informara y educara a la población en el tema de salud reproductiva, y se fortaleciera el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, especialmente su programa nacional de salud reproductiva.

A partir de los cálculos llevados a cabo de la información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), estimó que se requerirían por lo menos unos US\$ 40 millones adicionales para cumplir la meta trazada para el año 2015, en reducción de muertes maternas e infantiles. Los principales desafíos identificados son: ampliar y consolidar el proceso de reforma del sector salud, reforzar el SIAS como una estrategia de extensión de cobertura y prestación de servicios de calidad, reforzar la coordinación IGSS-MSPAS, descentralizar el desarrollo de los recursos humanos para responder a



las necesidades locales -calidad y cantidad de atención-, y promover la participación ciudadana en los servicios de salud -con énfasis en los servicios para la atención materno-infantil-.

Además, se requeriría contar con un presupuesto adecuado y con voluntad política para que los procesos sean sostenibles, al tiempo que se asegura la institucionalización de los compromisos de los acuerdos de paz y se mejoran los sistemas de información.

Dentro del programa nacional de salud reproductiva 2004-2008, el cual prevé mejorar la salud de la familia, haciendo énfasis en la mujer y hombre en su etapa reproductiva y el neonato, con intervenciones integrales, reguladas por el nivel central y ejecutado por los servicios de salud descentralizados y al alcance de la población más necesitada -comunidades indígenas y rurales-.

Este programa pretende funcionar de una manera eficaz y eficiente actuando intra y extra ministerialmente, con el apoyo y colaboración de otros ministerios, con sectores de la sociedad civil y las municipalidades locales para la normalización de los procesos de prestación de servicios de alta calidad, costo efectivo, aceptable culturalmente y con enfoque de género.

Los objetivos generales de este programa son:

- ❖ Regular y normalizar la atención de la salud reproductiva en el país para que las intervenciones produzcan un impacto en la reducción de la mortalidad materna neonatal y de las enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, tanto de la mujer como del hombre.
- ❖ Impulsar políticas y estrategias en salud reproductiva que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de las familias guatemaltecas, involucrando ampliamente a todos los actores afines.

Dentro de las metas trazadas a mediano plazo se encuentran:



- ❖ Disminuir la mortalidad materna y neonatal en un 15% -Política de población y desarrollo-.
- ❖ Reducir la tasa global de fecundidad a cuatro hijos por mujer
- ❖ Aumentar la cobertura de atención prenatal a 90% nacional -actualmente 64%-
- ❖ Atención del parto institucional nacional a 40% -actualmente 24%-
- ❖ Aumentar la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar 50%. -actualmente 43%-
- ❖ 12, 600 comadronas capacitadas y equipadas a nivel nacional.
- ❖ Disminuir la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar en un 10% -actualmente 28%-
- ❖ Programa nacional de cáncer de cérvix funcionando en cuatro regiones del país. actualmente cero-
- ❖ Disminuir el desabastecimiento de uno o más métodos de planificación familiar a un 10% a nivel nacional -actualmente 24%-

Lamentablemente no se cuentan con datos recientes y confiables sobre el avance de estos programas. Según una estimación efectuada por la Organización Panamericana de la Salud, Guatemala se encuentra rezagada en el cumplimiento de los objetivos a los cuales se comprometió en el programa metas de desarrollo del milenio 2015, referente a la reducción a la mitad del hambre y la pobreza extrema, así como a la educación y salud para todos.

A pesar de que los programas funcionen de la manera en la que están establecidos y estructurados, los avances obtenidos no se verán reflejados en los próximos años, debido a que el proceso de educación y de implementación de estos programas es lento y debe de ser constante. Se estima que los logros obtenidos se evidenciarán en los próximos 15 años.

4.2 Actitudes de la población en general



La población guatemalteca se puede dividir en dos grupos principales de aproximadamente el mismo tamaño: “los ladinos, de costumbres occidentales, primordialmente urbanos e hispano parlantes, y los indígenas mayas. El grupo de los mayas no es homogéneo, ya que consta de comunidades con culturas bien diferenciadas que hablan 22 lenguas distintas”⁴⁷.

Existen enormes desigualdades entre ladinos y mayas; por ejemplo: “se encontró que 43 por ciento de las parejas de ladinos utilizaban un método de planificación familiar, contra diez por ciento de parejas indígenas que los empleaban”⁴⁸. De acuerdo a las costumbres, educación e identidad de estos dos grandes segmentos de la población guatemalteca, se evidencia su aceptación, participación, educación, resistencia o rechazo al fomento de la salud sexual y reproductiva.

Mientras que en las áreas urbanas donde se encuentra la mayor parte de población ladina, la salud sexual es aceptada y fomentada, sin embargo, en áreas rurales es motivo de desconfianza y desaprobación. Esto se debe a una serie de elementos que unidos se reflejan en el rechazo en forma deliberada a los servicios del gobierno debido al temor de ser perseguidos o a los abusos de los derechos humanos. Los bajos niveles de alfabetismo e instrucción agravan este problema.

Las barreras culturales, económicas y de idioma han limitado el acceso de los indígenas al sistema escolar. Esta limitación es una constante, especialmente en las mujeres. A pesar que los logros educativos de los jóvenes indígenas están mejorando en algunos lugares, aun siguen por debajo en comparación con aquellos jóvenes que no son indígenas. Por ejemplo, en Guatemala, más del 80% de las niñas y mujeres que viven en áreas rurales son analfabetas. Las niñas están en mayor desventaja que los niños debido a que la inversión en su educación se considera como un desperdicio porque las niñas se casan jóvenes y viven con la familia de su esposo⁴⁹.

⁴⁷ Cospin, G., and Vernon, **Reproductive health education in indigenous areas through bilingual teachers in Guatemala**, Pág. 1

⁴⁸ Instituto Nacional de Estadística, **Ob. Cit.** Pág. 4

⁴⁹ Morales Evelyn, y otros. **Ob. Cit.** Pág. 34



El aislamiento cultural y geográfico hace que los jóvenes indígenas tengan menos conocimiento sobre aspectos de reproducción, embarazos y prevención de enfermedades que otros jóvenes. Adicionalmente, algunas prácticas tradicionales son dañinas o son el resultado de creencias erróneas acerca de la salud. Estas creencias contribuyen a elevar los índices de mortalidad infantil, a aumentar los índices de fertilidad, disminuir el peso de los niños al nacer y disminuir la prevalencia anticonceptiva entre los grupos de indígenas. Debido a la pobreza y a la discriminación, la edad y la falta de conocimientos, los jóvenes indígenas son más vulnerables a las enfermedades e infecciones como las ITS y el VIH.

El embarazo temprano y la crianza de los hijos. Su cultura tradicional y los bajos logros educativos hacen a los jóvenes indígenas más propensos a casarse a temprana edad. La fertilidad es generalmente un factor preponderante en las culturas tradicionales y las niñas usualmente sienten mucha presión de quedar embarazadas a una edad temprana para probar su fecundidad.

Por ello estudios recientes se han enfocado a estas comunidades rurales, aisladas por la situación geográfica en la que se encuentran. Los Estudios llevados a cabo comprenden la educación en salud, la cual consiste en educación sexual y reproductiva, planificación familiar, control prenatal y asistencia formal –médica- durante el parto.

La evaluación post intervención reveló varios resultados positivos entre ellos que mejoró la aceptación de la planificación familiar entre las mujeres, en particular la de los métodos inyectables -al final de la intervención, un mayor número de mujeres solicitó atención prenatal y optó por nacimientos institucionales, sobre todo en presencia de complicaciones obstétricas-, y una mayor proporción de mujeres tenía conocimiento de ONG locales al finalizar el estudio. Estos hallazgos son un reflejo de las muchas mejoras, institucionales y administrativas, que tuvieron lugar en organizaciones asociadas como resultado del proyecto. Entre otros indicadores de éxito se encuentran el diseño de servicios de salud reproductiva de calidad y la incorporación eficaz de los nuevos servicios a programas existentes de ONG.



Otro de los resultados que arrojó el estudio fue el mejoramiento de la participación masculina y del apoyo social en comunidades rurales. Al igual que en muchas otras partes del mundo, los hombres de áreas rurales de Guatemala son quienes toman las decisiones sobre el cuidado de la salud de sus parejas. Por consiguiente, “los comportamientos, conocimientos y actitudes de los varones son parte integral de la condición de parejas y familias en lo tocante a salud reproductiva”⁵⁰. En Guatemala, según la encuesta nacional sobre salud materna e infantil la tasa de mortalidad materna más elevadas se registran en regiones de mucha ruralidad y difícil acceso - aproximadamente 320 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en áreas indígenas rurales-, los conocimientos y el apoyo brindado por los hombres en cuestiones de salud reproductiva adquieren especial importancia.

En cuanto a la población adolescente, el cual ha sido un segmento de la población de especial importancia y la cual en los últimos años se ha convertido en una preocupación del Estado y de asociaciones dedicadas al fortalecimiento de salud sexual y reproductiva. La información existente sobre demografía, salud y estilo de vida de los/las adolescentes guatemaltecas es limitada, los pocos datos disponibles señalan la existencia de grandes necesidades. Los servicios de salud y de educación, con los que cuentan los grupos de adolescentes están plagados de barreras

La situación de las mujeres indígenas adolescentes es especialmente precaria: la edad promedio al primer matrimonio entre las guatemaltecas es de 19 años; la tasa total de fecundidad (5.1) sigue siendo una de las más elevadas de la región, a la que mujeres de entre 15 y 19 años contribuyen con 11 por ciento; muy pocas mujeres que nunca se han casado (0.4%) y sólo 16 por ciento de las que alguna vez lo hicieron utilizan un método moderno de anticoncepción⁵¹.

Los jóvenes indígenas enfrentan las mismas barreras a los servicios de salud reproductiva que otros jóvenes; sin embargo, ellos encuentran obstáculos adicionales

⁵⁰ Fondo de población de las Naciones Unidas. **Pobreza e inequidad de género: salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe**, Pág. 24

⁵¹ **Ibíd.**



debido a sus raíces indígenas. Muchos enfrentan discriminación social e institucional y pueden rehusarse a utilizar los servicios de salud reproductiva disponibles.

Las comunidades indígenas usualmente habitan en lugares poco accesibles; si son pobres y viven en áreas rurales, el acceso a los servicios puede ser limitado. Si viven en áreas urbanas, pueden enfrentar problemas de aculturación y de discriminación. Muchos jóvenes indígenas, especialmente las mujeres, hablan sólo su idioma nativo y encuentran dificultades de desarrollo en la cultura predominante. Ellos llegan a sentirse más cómodas con sus propios sistemas de creencia sobre la salud, proveedores y tratamientos tradicionales que con la medicina occidental. Estas y otras condiciones en conjunto, hacen de los jóvenes indígenas un grupo con grandes necesidades no satisfechas en cuanto a los servicios de salud reproductiva.

Proyectos como el fortalecimiento de ONG indígenas en programas de salud materna e infantil. Mediante una variedad de actividades de asistencia técnica se ayudó a incrementar el potencial de organizaciones indígenas para la provisión de servicios de salud reproductiva e infantil que fueran accesibles, aceptables y de alta calidad. La intervención evaluó también la sustentabilidad programática. Los estudios de base revelaron la existencia de varios problemas: bajas tasas de inmunización infantil, bajo nivel de conocimientos o de utilización de anticonceptivos, y conocimientos limitados sobre los signos de alarma de infecciones que ponen en peligro la vida.

En los programas que han sido puestos a disposición del público se recaba información la cual servirá para desarrollar estrategias y futuros programas de capacitación encaminados a motivar a los hombres a jugar un papel activo en el cuidado de sus parejas e hijos.

Al identificar la pobreza sexual para un grupo social, en este caso para indígenas significa dar una valoración racial de la sexualidad. Esta visión sesgada de la realidad sólo viene a contribuir con la idea de satanizar a pueblos indígenas en la ignorancia, cuando realmente la ignorancia sobre la sexualidad y la aceptación de ese tema



prohibido es generalizada. Es tabú para diversos grupos sociales y clases sociales. La pobreza sexual también es identificada en los letrados y modernistas de todos los países; “Porque continúan reproduciendo discursos de progreso y de futuro, pero no se atreven a practicar métodos modernos de planificación familiar y, menos aún, hablar de la masturbación y la homosexualidad”⁵².

La educación sexual, laica y científica para jóvenes, adolescentes y niñas/os sigue teniendo un fuerte rechazo por parte de la iglesia y la sociedad conservadora, constituyendo un tabú y poniendo obstáculos para su efectiva implementación. Cuando está probado por cientos de experiencias que el oscurantismo y la falta de información, lo que generan es que contemos con menos instrumentos y más limitantes para que la toma de decisiones, sea cada vez más consiente y responsable.

Además los resultados de los estudios realizados evidencia que las comunidades por muy alejadas de se encuentren de los centros urbanos son capaces de aprender, organizarse, concientizarse y ejecutar planes y programas que les permitan proteger la vida de las mujeres y de los bebés nacidos dentro de sus comunidades.

Cada vez más las actitudes de aprobación de la población hacia una educación sexual integral va en aumento. A pesar de los tabúes existentes, cada vez más los padres tienen una manera más abierta de tratar el tema sexual con sus hijos. Dentro de las entrevistas realizadas a mujeres en el departamento de Guatemala el 93% dijeron tener una relación abierta al tratar temas sexuales con ellos.

4.3 Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en pro de la salud sexual

❖ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

⁵² Cospin, G., and Vernon. **Ob. Cit.** Pág. 15



En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaidés quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

El gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de seguridad social. Ellos fueron el Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado Bases de la seguridad social en Guatemala.

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las garantías sociales en el artículo 63, el siguiente texto: "Se establece el seguro social obligatorio". La ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor.

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (Cap. 1°, Art. 1°).

Se crea así un régimen nacional, unitario y obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la república, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.



La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación".

El Instituto ha realizado convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para brindar atención a sus afiliados así como contratos con médicos particulares para brindar servicios médicos siendo todos los profesionales médicos colegiados para brindar la atención conforme las leyes de la materia, además atiende a cientos de mujeres durante todo el proceso del embarazo y su resolución, brindando una serie de cuidados para la madres y sus hijos.

❖ **Aprofam**

Es una institución privada, no lucrativa, fundada en el año e 1964. Su objetivo principal es prestar servicios integrales de salud, con calidad y equidad de género, con prioridad en la salud sexual y reproductiva.

Actualmente, cuenta con una infraestructura física de: "30 clínicas localizadas en áreas urbanas en todo el país, 11 de las cuales son clínicas de consulta externa con hospitalización, además de siete unidades médicas móviles -cinco de unidades médicas de salud y dos de información, educación y capacitación- y un programa de desarrollo rural con 55 educadores (as) y aproximadamente 3,500 promotores (as) voluntarios (as) en las áreas rurales del país"⁵³.

La misión de Aprofam es satisfacer las necesidades de salud con productos y servicios de calidad con énfasis en salud sexual y reproductiva a las familias, en especial a las menos atendidas en Guatemala. Así como fortalecer el bienestar de la familia guatemalteca haciendo énfasis en el mejoramiento de las condiciones de las mujeres a

⁵³ Entrevista realizada a Jorge Méndez. Jefe del Departamento de Educación. APROFAM. (08-8-2008)



través de la educación, distribución de productos y servicios integrales de salud especialmente los de salud materno infantil, sexual y reproductiva, VIH/SIDA/ETS y de planificación familiar, a efecto de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país⁵⁴.

Estimular, promover y fortalecer el derecho básico de todos los segmentos de la población guatemalteca es una de sus principales metas, lo cual ayudará a las personas a decidir de manera libre e informada respecto a su propia salud sexual y reproductiva, así como brindar los medios que les permitan ejercer este derecho.

Cabe señalar que la provisión de métodos anticonceptivos en Guatemala depende fuertemente de los aportes de la cooperación internacional. Según el MSPAS, actualmente se satisface el “43% de la demanda de este servicio en el país pero no se tienen datos de cuánta es la demanda satisfecha por los servicios de salud pública y cuánta es satisfecha por la Asociación pro Bienestar de la Familia –APROFAM- la cual tiene presencia en 18 de los 22 departamentos del país y es subsidiada por la cooperación y donaciones internacionales, principalmente la Agencia Estadounidense para el Desarrollo -USAID, por sus siglas en inglés-⁵⁵.

En los últimos años Aprofam han implementado estrategias que permiten desarrollar su enfoque integral para mejorar la salud de las familias, con énfasis en las mujeres, niños y niñas de áreas rurales. A nivel local, existe una coordinación interinstitucional con entidades gubernamentales y no gubernamentales, para aprovechar los recursos locales y alcanzar una mayor cobertura.

Para lo cual ha implementado los servicios comunitarios que brindan a nivel nacional, una red de promotores y promotoras voluntarias, educadores(as) y jefes(as) de campo, los cuales ofrecen consejería, información y educación, distribuyen métodos modernos de planificación familiar -píldora, preservativos, tabletas vaginales e inyectables-, micronutrientes, antiparasitarios y analgésicos.

⁵⁴ Extraído de <http://www.aprofam.org.gt/index.php?ID=1666>. (16-08-2008)

⁵⁵ Ministerio de Salud Pública, **Ob. Cit.** Pág. 29



Los educadores realizan visitas domiciliarias, lo que les permite dar información y educación directamente a los usuarios y las usuarias, de acuerdo al mapeo que realizan de su comunidad. Coordinan con líderes, autoridades locales y ONG's para apoyar la promoción de jornadas médicas. Además, brindan charlas educativas e informativas, programan jornadas médicas, apoyan la realización de investigaciones operativas y la referencia de pacientes.

Actualmente el programa de desarrollo rural cuenta con cuatro unidades médicas móviles, conformadas cada una de ellas por un equipo de profesionales calificados -un médico gineco-obstetra, un médico general, dos enfermeras auxiliares y un piloto-, para la prestación de servicios integrales de atención primaria de salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva y anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), que se desplazan a través de un vehículo equipado con alta tecnología en equipo médico, quirúrgico y medicamentos necesarios para brindar este tipo de servicios

La disponibilidad permanente del personal de campo del programa de desarrollo rural en las comunidades ha permitido el acceso a los servicios de planificación familiar en sus mismas comunidades y ha logrado proveer de estos servicios.

❖ **Fundación Tierra Viva**

Esta fundación se crea con la integración de varias mujeres procedentes de diversos esfuerzos organizativos (estudiantes, miembros de iglesias, ONG's, organizaciones de izquierda, etc.) las cuales inician un proceso de reflexión sobre su condición como mujeres; concluyendo que aunque han participado en varios esfuerzos colectivos, no se sentían reflejadas en ellos en cuanto a sus intereses y formas de ver y concebir el mundo.

Después de varios meses, doce de ellas deciden iniciar un proceso conjunto al que denominan tiempo después Tierra Viva. Con este nombre quieren simbolizar que, las



mujeres comúnmente asociadas a la tierra por la capacidad reproductiva, son capaces de dar vida no sólo a otros seres humanos, sino a proyectos, ideas y cambios colectivos e individuales. Que es cierto que tienen la capacidad de albergar y nutrir a otro ser humano, pero que no es su único destino.

El ideal inicial era construir una organización de mujeres que desde la teoría y práctica feminista, aportara y generara otras condiciones para las mujeres, que no fueran de discriminación, de opresión, subordinación y violencia. Que las mujeres mediante procesos organizativos y colectivos y cambios personales pueden transformar las relaciones de poder opresivas, por otras más pares y dignas⁵⁶.

Uno de los programas de la fundación consiste en salud y educación para todos. Dicho programa se centra en educar a las mujeres en edad fértil, sobre temas de planificación familiar, riesgos obstétricos durante el embarazo, importancia del control prenatal, métodos anticonceptivos y el aborto.

Así también distribuye métodos anticonceptivos en comunidades de escasos recursos, comunidades indígenas y aéreas rurales. Del mismo modo cuenta con personal médico, el cual a través de campañas realizan el examen de papanicolaou (para detectar en una etapa temprana el cáncer de cérvix), además dan asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y realizan la colocación de los mismos.

Ambos programas han tenido una gran aceptación en las comunidades a las que ha sido dirigido, logrando un incremento significativo en el uso de anticonceptivos, planificación familiar y atención del parto por personal médico.

❖ **Fundación ALAS**

⁵⁶ Tierra Viva. (2004): **Quienes somos**. Guatemala. <!--[endif]--> (28-08-2008)



La fundación ALAS nació en el año 2001, como una iniciativa que brinda detección y tratamiento del cáncer cervical en áreas de Guatemala, que carecen de estos servicios.⁵⁷ De esta manera ha ayudado a prevenir enfermedades que al no ser tratadas correctamente, pueden causar la muerte. Durante las jornadas que organiza, el equipo de ALAS también provee educación y consejo sobre la planificación familiar, para que las mujeres cuenten con un lugar privado y confiable en el cual puedan discutir sus opciones y saber como acceder a los servicios.

El trabajo de ALAS inició con 840 pruebas de papanicolau en el año 2001. Actualmente, el programa ha crecido cinco veces más y ahora provee más que 4,000 pruebas anuales, así como tratamiento para las mujeres que necesitan seguimiento⁵⁸. Para muchas mujeres, los servicios de detección de cáncer cervical que brinda ALAS han sido una esperanza de vida.

La educación que ALAS brinda se ha destacado por alcanzar a mujeres que por su escasa educación y su aislamiento han dejado por un lado su salud para concentrarse en otras áreas de su vida.

Durante las jornadas de detección, el equipo de ALAS provee información y consejería a mujeres acerca de la planificación familiar. A menudo, las mujeres al encontrarse en grupos, se sienten inhibidas para preguntar o mostrar interés en la planificación familiar, por lo que ALAS provee un espacio privado, agradable y seguro para que las mujeres discutan sus preocupaciones y hagan preguntas. Si una mujer desea tener acceso a un método de planificación familiar, el equipo de ALAS la refiere a proveedores de planificación familiar y subsidia los costos de los métodos, para quienes no pueden costearlo.

La iniciativa de planificación familiar prevé un gran alcance en educación intensiva en comunidades rurales de escasos recursos, pagando los costos de planificación familiar

⁵⁷ Extraído de http://fundacionalas.org/default_es.asp (22-08-2008)

⁵⁸ *Ibíd.*



para los guatemaltecos que no pueden costearlos; abordando las barreras culturales y religiosas, y entrenando a promotores locales de salud y organizaciones afines para promover la planificación familiar entre sus componentes.

El programa de planificación familiar, busca asegurar que los guatemaltecos sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de los métodos de planificación familiar. El programa consiste en reconocer y abordar las barreras, incluyendo el aislamiento geográfico, la inhabilidad de pagar por los servicios, falta de conocimientos, barreras culturales y de idioma y normas paternalistas de la siguiente manera:

- ❖ Llevar a cabo actividades en comunidades rurales, indígenas y/o de escasos recursos y proveer charlas de salud reproductiva y clínicas de planificación familiar;
- ❖ Trabajar con organizaciones locales para asegurar que la información es llevada de manera adecuada, en concordancia con el idioma y la cultura de cada comunidad -muchas mujeres del área rural no hablan español-;
- ❖ Subsidiar o pagar los costos de los métodos de planificación familiar para personas que no pueden costearlos;
- ❖ Realizar charlas educativas orientadas a los hombres y trabajar para involucrarlos en la toma de decisiones sobre la planificación familiar, desmintiendo los mitos relacionados con el tema y educándolos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los riesgos que corren las mujeres al tener partos muy seguidos, etc.;
- ❖ Entrenando al equipo de campo de otras organizaciones para que puedan proveer información correcta a sus elementos;
- ❖ Entrenar e introducir a promotores de planificación familiar en comunidades que carezcan de estos servicios;
- ❖ Donar métodos anticonceptivos temporales a organizaciones afines, trabajando con ellas para asegurar la provisión de servicios de planificación familiar de alta calidad, seguros y efectivos.



4.4 Organizaciones internacionales comprometidas con la salud sexual

❖ Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es la agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecida en 1948. Según su constitución es la autoridad directiva y coordinadora en materia de labor sanitaria mundial, siendo responsable de ayudar a todos los pueblos a alcanzar el máximo nivel posible de salud. Integrada por más de 191 países miembros.

Los servicios que la agencia proporciona pueden ser de carácter orientativo o técnico. Entre los servicios de asesoría se encuentran la asistencia en la formación de personal médico y la difusión de conocimientos sobre enfermedades como la gripe, la malaria, la viruela, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); la salud materno infantil, la nutrición, la planificación demográfica y la higiene medioambiental.

La estructura central de la OMS está formada por un órgano decisorio llamado Asamblea Mundial de la Salud -integrada por delegados de todos los países miembros- y una secretaría -compuesta por un director general y diverso personal técnico y administrativo-. La agencia mantiene organizaciones regionales para el Sureste asiático, la parte oriental del Mediterráneo, Europa, África, América y la zona occidental del Pacífico⁵⁹.

La OMS promueve la coordinación programática para asegurar el éxito de las intervenciones propuestas, mediante la integración de las actividades de programas como:

- ❖ Adolescentes
- ❖ Mujer Salud y Desarrollo

⁵⁹ Microsoft Corporation, **Microsoft encarta 2006**. 1993-2005



- ❖ Vigilancia Epidemiológica
- ❖ Políticas y Servicios de Salud, mediante la cooperación Técnica Descentralizada Intensificada (CTDI), donde se coordinan acciones para brindar una cooperación técnica integral, con los mejores recursos humanos según sus áreas de experticia.

La OMS brinda cooperación técnica permanente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como principal destinatario; pero también coopera con otras instituciones prestadoras de atención a la mujer, como el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social (IGSS), ONG's, universidades y escuelas formadoras de recursos humanos, entre otros⁶⁰.

A nivel nacional se trabaja en estrecha coordinación con otras agencias de cooperación internacional, buscando maximizar esfuerzos y recursos y dando cumplimiento a la estrategia del MSPAS de coordinar la cooperación técnica y financiera.

El proyecto atención a la salud sexual y reproductiva en Guatemala, siendo que la salud reproductiva es una de las prioridades del gobierno guatemalteco dentro de su agenda social, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) contribuye, a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con una donación no reembolsable al programa nacional de aseguramiento de anticonceptivos vigente.

Para lograr una mejor salud reproductiva para las mujeres, los hombres y los adolescentes guatemaltecos, se busca el fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS y del IGSS para la oferta de servicios de salud reproductiva e insumos anticonceptivos. Para lo cual la UNFPA/Guatemala durante el 2003 y 2004, con los fondos de ACDI, MSPAS y el IGSS, ha apoyado con la donación y compra de insumos anticonceptivos con el objetivo de crear un fondo para realizar las compras futuras de anticonceptivos. Dentro del primer año del programa, el Ministerio ha contribuido con un cinco por ciento del costo total de los insumos anticonceptivos comprados. Para

⁶⁰ Ministerio de Salud Pública. **Ob. Cit.** Pág. 32



2005, se esperaba una contribución de un 40% del costo total⁶¹ la cual permitiría a través de los intereses generados asegurar la sostenibilidad del abastecimiento, sin embargo, al momento no se tienen cifras ni datos que confirmen que esto se este llevando a cabo.

Con la entrega al MSPAS de aproximadamente 5,904,000 condones, 1,348,400 inyectables trimestrales y 193,600 ciclos orales, se disminuyó el indicador de desabastecimiento de uno o más métodos anticonceptivos del 47% en 2001 al 14.4% en 2003 en la totalidad de los servicios de salud y creció el consumo de insumos anticonceptivos del 55.20% para condones, 70% para el inyectable trimestral y 3% para las píldoras orales combinadas durante los últimos dos años, tomando como base el consumo del año 2000. De forma complementaria, al IGSS se le ha entregado más de un millón y medio de condones, 219,000 inyectables y 150,000 ciclos orales, lo que asegura su abastecimiento para 20 meses⁶².

❖ Consejo Poblacional (Population Council)

El Consejo Poblacional ha operado en Guatemala desde 1986, siendo una de sus principales áreas de actividad “el fortalecimiento de la capacidad de organizaciones no gubernamentales (ONG) y del sector público para ofrecer servicios de salud reproductiva, en particular planificación familiar. Otras áreas claves de interés han sido el mejoramiento global de la calidad de la atención en salud reproductiva y el desarrollo de métodos innovadores para el financiamiento de los servicios de salud”⁶³.

El Consejo Poblacional e investigadores asociados utilizan la investigación operativa (IO) para mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva e influir sobre las políticas relacionadas con esta área. Este tipo de investigación analiza únicamente los factores que se encuentran bajo el control de directores de programa, tales como el

⁶¹ **Ibíd.**

⁶² **Ibíd.**

⁶³ Extraído de: <http://www.popcouncil.org/esp/americas/guatemala.html> (20-08-2008)



mejoramiento de la calidad de los servicios y de la consejería, desarrollo de actividades de capacitación y supervisión de personal, e introducción de nuevos componentes de servicio.

Con el apoyo de Consejo Poblacional, la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES) capacitó a profesores bilingües de educación primaria para conducir clases de salud reproductiva en el idioma Maya en comunidades indígenas rurales. Los profesores fueron capacitados para conducir tres cursos de diez horas cada uno en temas como espaciamiento de los nacimientos, fisiología de la reproducción y anticoncepción, embarazo, partos, género y violencia. Cincuenta y seis profesores debidamente certificados (predominantemente indígenas) dictaron un total de 496 cursos a 11,171 personas indígenas. A pesar que esta intervención no fue dirigida específicamente a los jóvenes indígenas, mucha gente joven participó. Después de la capacitación, el uso de anticonceptivos en las comunidades participantes se incrementó en tres por ciento representando un 18% de incremento en el uso de todos los métodos⁶⁴. Desde 1993, AGES ha desarrollado también el programa opciones para una vida mejor para niñas y mujeres jóvenes en Guatemala y ha entregado becas a niñas mayas como parte de sus esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las mujeres jóvenes.

❖ Organización Panamericana de la Salud

La Oficina Sanitaria Panamericana tuvo su origen en una resolución de la segunda conferencia internacional de Estados Americanos -México, enero de 1902-, que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas. Durante la quinta conferencia internacional de Estados Americanos (1923), la conferencia general recibió el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana"⁶⁵.

⁶⁴ **Ibíd.**

⁶⁵ Extraído de <http://www.ops.org.gt/SFC/Sim/SIM.htm>. 20-08-2008



Su propósito fundamental es coordinar los esfuerzos de los países del hemisferio occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar las condiciones físicas y mentales de la población. Mantiene estrechas relaciones con los servicios nacionales de los países miembros y busca participar técnicamente con éstos para estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la salud para todos.

Con el objetivo de contribuir al desarrollo de las capacidades nacionales para la prevención y control de los problemas prioritarios de salud, transmisibles y no transmisibles, la Organización Panamericana de la Salud coopera para el fortalecimiento de la salud de la población y la vigilancia epidemiológica nacional.

La OPS coopera para el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y otros órganos del Estado, en la formulación y ejecución de políticas públicas de protección social de la salud y seguridad social, equitativa y solidaria, y de cobertura universal.

Además contribuye al mejoramiento de las competencias del recurso humano en salud, y de los servicios y sus tecnologías a niveles ambulatorio y hospitalario, con énfasis en el nivel primario de atención, la calidad de los laboratorios, bancos de sangre, el uso y control de medicamentos biológicos. La OPS apoya al país en los procesos de descentralización y el desarrollo de redes de servicios de salud.

Por otro lado la Organización promueve la conservación y articulación de los conocimientos y prácticas populares, tradicionales y alternativas en salud, el diálogo interétnico y la solidaridad, la participación de la comunidad organizada y el fortalecimiento del capital social.

Con un enfoque de equidad social y de género, la OPS apoya técnicamente las estrategias y planes nacionales referidos a la salud integral de la familia, en las diferentes etapas del ciclo vital del desarrollo humano. Prioriza temas como: atención integral a la salud de la infancia -inmunizaciones, atención integral a las enfermedades



prevalentes de la infancia (AIEPI), mortalidad infantil-; género etnicidad y salud; salud de la adolescencia; atención integral de la salud de la mujer, salud sexual y reproductiva, con énfasis en mortalidad materna; y salud del adulto mayor.

La OPS construye alianzas con otras agencias y organizaciones internacionales, como la USAID, para desarrollar la iniciativa regional de América Latina y el Caribe para la reducción de la mortalidad materna, que brinda apoyo técnico y financiero en once países con las más altas tasas de mortalidad materna en la región, entre los cuales se encuentra Guatemala.

4.5. Análisis e interpretación de los decretos 87-2005 y 42-2001

Desde hace varias décadas los conocimientos obtenidos en las ciencias médicas especialmente los alcanzados en el área de obstetricia ha dado a conocer una serie de causas que están directamente relacionadas con las muertes maternas e infantiles. Todas estas causas son prevenibles y tratables de tener las mujeres la atención médica adecuada y a tiempo.

Guatemala afronta como muchos otros países de América Latina el desafío de disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, además de mejorar la red de servicios de salud. Lamentablemente la falta de datos actuales y confiables dificultan la posibilidad de poder evaluar los avances obtenidos en la importante tarea que se ha propuesto el país. Aún así se puede decir que los avances han sido pocos o nulos en algunas regiones del país.

Alrededor de dos mujeres mueren diariamente en Guatemala por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Mujeres que son el pilar fundamental en el hogar, mujeres trabajadoras en el sector privado y público, mujeres que dejan en la orfandad a cientos de niños anualmente y que tenían el derecho a ser atendidas en centros hospitalarios adecuados y con personal capacitado.



¿Qué hacen los programas implementados por el gobierno y las instituciones gubernamentales?

Los programas aprobados para incrementar la red de servicios con que se pretende llegar a la población que vive alejada de los centros urbanos y de difícil acceso, no han logrado un desarrollo satisfactorio y una aplicación acorde con los objetivos trazados. Con el desarrollo de infraestructura se pretende aplicar un plan estratégico para la reducción de mortalidad materna, en el que están detalladas una serie de acciones que se realizarán dentro y fuera de los centros hospitalarios. Sin embargo, el presupuesto destinado para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no ha sido capaz de cubrir las necesidades de los hospitales y centros de salud que ya funcionan en el país, lo que afecta la posibilidad de las aplicaciones presupuestarias para la implementación de los programas antes mencionados.

Dentro de ellos se pone en evidencia la falta de personal capacitado, falta de equipo y el desabastecimiento de medicamentos que dificultan en gran manera la tarea de llevar a cabo estas acciones.

Organizaciones no gubernamentales han mostrado efectividad en llevar a cabo sus programas, la mayoría de los cuales son desarrollados dentro de la población indígena y rural. Sus acciones abarcan una diversidad de intervenciones, destinadas a educar sobre salud sexual y a empoderar a las mujeres en la toma de decisiones, la promoción de la planificación familiar y facilitar la atención médica durante la etapa del embarazo y toda su vida.

La salud de las mujeres debido a su importancia debe de ser tratada integralmente y con diversidad de formas acordes con los valores y costumbres de los diferentes grupos sociales y étnicos. Un área muy importante de estas acciones debe dirigirse al hecho de que la mujer constituye la base sobre la cual descansa el hogar, es decir, ella es la persona responsable de velar por la salud, educación y bienestar de los niños y adolescentes miembros de la familia.



Desempeñando la mujer un papel tan importante dentro del núcleo primario de la sociedad, debe de comprenderse lo importante que es brindarles educación en salud sexual, en nutrición y promoción de sus derechos para que pueda por sí misma tomar decisiones conscientes y orientadas, para que se conviertan además en voceras y re transmisoras de esta información a sus hijos e hijas y a la comunidad.

Las mujeres también constituyen una fuerza económica creciente. Desde siempre las mujeres han desempeñado roles que la sociedad reconoce solo a los hombres, convirtiéndose así en satisfactoras del hogar de las necesidades del hogar y en motor de la economía local o comunitaria y nacional.

Guatemala cuenta con una legislación que tiende a impulsar, coordinar, proteger y promocionar acciones gubernativas encaminadas al desarrollo nacional, social familiar y humano. Con el apoyo técnico y financiero a los programas que impulsa el Ministerio de Salud Pública y que están contenidas en ley, la realidad guatemalteca se vería modificada en beneficio de miles de mujeres y de toda la sociedad.

A pesar del beneficio que se obtendrían de la implementación de la ley, dichas normas son vigentes pero no positivas. La inaplicabilidad de ellas esta íntimamente relacionada a la falta de compromiso de gobierno y la falta de ejecución presupuestaria que tienen los proyectos de salud sexual y reproductiva.

Las muertes maternas le cuestan al país miles de quetzales anualmente. No basta con diseñar planes, programas y proyectos, si los mismos no se llevan a cabo. Cuando muere una madre, la comunidad a la que pertenece pierde un miembro productivo que contribuye con su trabajo –remunerado o no-, también pierde el país lo invertido en su salud y educación, y su contribución a la economía.

La mayor parte de las mujeres que mueren o sufren lesiones serias por causas relacionadas con la maternidad, se encuentran en la plenitud de sus vidas, aun son miembros activos dentro de sus comunidades, son madres, hijas, esposas,



trabajadoras. Los recursos invertidos en este sector de la población beneficiará a todo el país. Los programas se encuentran diseñados, el marco jurídico se encuentra vigente, únicamente hace falta el compromiso y la decisión de llevarlos a cabo.



CONCLUSIONES

1. La poca educación sobre: la prevención de embarazos a temprana edad, de la proliferación de enfermedades de transmisión sexual y la deserción en las escuelas por estas causas, y el predominio en la población de tabúes y prejuicios, que han impedido, poner en marcha acciones que logren conciencia y responsabilidad sexual en niños y adolescentes.
2. La incapacidad para lograr embarazos saludables y sin riesgos se deben a distintas causas, entre ellas: la falta cobertura de la red sanitaria, la falta de capacitación del personal a cargo y desabastecimiento de equipo y medicamentos. Asimismo, los factores económicos, sociales y geográficos dificultan aún más el acceso a servicios de salud, reflejándose en los altos índices de muertes maternas en áreas rurales.
3. El cumplimiento de los Decretos 87-2007 y 42-2001 se debe evidenciar en la desconcentración de los servicios de salud en áreas urbanas, ya que esto limita a una mujer de escasos recursos a tener acceso a una atención de calidad. La estructura del sistema de atención de carácter urbano hospitalario impide a las mujeres rurales recibir una atención personalizada, de calidad y cercana a su vivienda.
4. La desviación de los recursos hacia otros objetivos de segundo orden y no en los programas creados para impulsar el uso de anticonceptivos, la promoción de la educación sexual y la planificación familiar, evidencian la falla del Estado en el cumplimiento de sus compromisos internacionales signados en pro de la salud sexual y reproductiva de las mujeres guatemaltecas.
5. Las limitaciones de planificación financiera de los recursos y su fiscalización en el Ministerio de Salud Pública para asegurar el funcionamiento y cumplimiento de los objetivos de sus programas, facilita el desvío de los recursos hacia otros



programas y la apropiación indebida de aquellos, destinados a la educación sexual y la planificación familiar



RECOMENDACIONES

1. Para que el cumplimiento de los Decretos 87-2007 y 42-2001 sean más efectivos el Estado a través del Ministerio de Salud debe crear programas dirigidos a adolescentes y niños que estimulen la abstinencia de relaciones sexuales prematuras, la procreación a una edad más segura, e incentivar ideas acerca del matrimonio y la expansión de sus posibilidades económicas y educativas
2. Para obtener calidad en la atención médica de los embarazos y partos el Ministerio de Salud debe capacitar al personal sanitario en partería e incorporarlos y reconocerlos como personal del sistema en la red de servicios de salud rurales, acompañados de dotación de material médico.
3. Es imperativa la descentralización de los servicios de salud para lograr acercarlos a las poblaciones más necesitadas. Se debe superar los defectos del sistema de referencia y contra referencia de pacientes, que ponen en peligro la vida de las mujeres y sus hijos. Esto lo deben normar los hospitales nacionales y la red sanitaria existente a través de protocolos escritos que orienten y regulen esta actividad.
4. Los programas que actualmente funcionan deben ser fortalecidos de manera técnica y financiera, por el Estado de Guatemala a través del Congreso de la República debe incrementar su presupuesto y asegurar su utilización y cumplimiento estricto en los fines que persiguen.
5. Es necesario que el Estado de Guatemala a través del Ministerio de Salud cree programas dirigidos a fortalecer, apoyar y orientar a las mujeres para que puedan por ellas mismas decidir sobre cuando y cuantos hijos quieren tener o decidir no tenerlos. Las iniciativas deben dirigirse a cambiar los desequilibrios de poder y



desigualdad de géneros que limitan su acceso a la educación salud, trabajo y desarrollo pleno.



BIBLIOGRAFÍA

Acuerdos de Paz, **Aspectos socioeconómicos y situación agraria**. Guatemala. Guatemala 1996.

CERUTTI BASSO, Stella, **Sexualidad humana: aspectos para desarrollar la docencia en educación sexual**. 4ta. Edición, Montevideo.

Comité Beijing Guatemala, **Caminando hacia la equidad: marco jurídico político de los compromisos internacional**. Guatemala, Diciembre 2001.

Comité Panamericano Regional, **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas**. Washington D.C. EUA 23-27 de septiembre de 2002.

Compilación de varios autores, **Tratado de obstetricia y ginecología**. 9ª. Edición, Editorial Macgwhill. 1985.

Facultad de Medicina, **Guías técnicas nacionales de salud reproductiva**. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala C.A.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, **Pobreza e iniquidad de género: salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe**. Noviembre 1997.

HALASZ, B., **Ciclo de la pituitaria y el hipotálamo**, Handbook of sexology, Editado John Money, Elsevier, N.Y. 1977.

http://fundacionalas.org/default_es.asp. (22-08-2008).

<http://www.aprofa.org.gt/index.php?ID=1666> (16-08-2008).



<http://www.popcouncil.org/esp/americas/guatemala.html> (20-08-2008).

Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Encuesta nacional de salud materna e infantil 2002**. Guatemala, Guatemala C.A.

Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Línea basal de la mortalidad materna 2000**. Guatemala, enero 2003.

MANERO, Antonio, **Diccionario antológico del pensamiento universal**. México. Ed. Unión Tipográfica Hispano Americana., 1958.

MERALI, Isfahan, **Mejorando la salud reproductiva, para la emancipación de la mujer y sus derechos reproductivos**. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Enero 2001.

Microsoft Corporation, Microsoft encarta 2006. 1993-2005.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Expandiendo opciones en salud reproductiva**. Programa nacional de salud reproductiva, 2002.

MORALES DE LEÓN, Esther. **Sexualidad humana**. <http://www.emorales.relacionarse.com> (20-08-2008).

MORALES, Evelyn, Solorzano, Ixmucane, Mencos, Marleny, **Prácticas sexistas y raciales dirigidas hacia las mujeres en la educación formal y no formal**. Litografía Nawal Wuj S.A. Guatemala C.A. Enero 2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS), **Consortio latinoamericano de la anticoncepción de emergencia**. Noviembre 2002.



Organización Mundial de la Salud y otros, **Reducción de la mortalidad materna**.
Declaración conjunta: OMS – FNUAP – UNICEF – BANCO MUNDIAL,
Ginebra 1999.

SARTORI, Giovanni y Mazzoleni, Gianni. **La tierra explota: superpoblación y desarrollo**. Traducción de Miguel Ángel Ruiz de Azúa. Taurus, México. 2003.

Sección de Investigación, **Centro de orientación para el adolescente**, México D.F.
México.

SILBER, Tomas J., **Educación sexual-sexualidad humana**. Nueva York. Oxford
University Press. 1976.

Tierra Viva (2004): **Diagnóstico sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres guatemaltecas**. Guatemala, Guatemala.

Unión Internacional Contra el Cáncer UICC. **Cáncer en países en vías de desarrollo**. León, Francia. 2005.

Legislación:

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

Ley de desarrollo social. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 42-
2001. 2001.

Ley de acceso universal y equitativo de los servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva.
Congreso de la República de Guatemala. Decreto 87-2005. 2005.



Ley general de descentralización. Congreso de la República de Guatemala
Decreto 14-2002. 2002.

Ley de dignificación y promoción integral de la mujer. Congreso de la República
de Guatemala. Decreto 7-99. Marzo 1999.

Código de salud. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 90-97. Octubre
de 1987.

Código Municipal. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 12-2002.
2002.