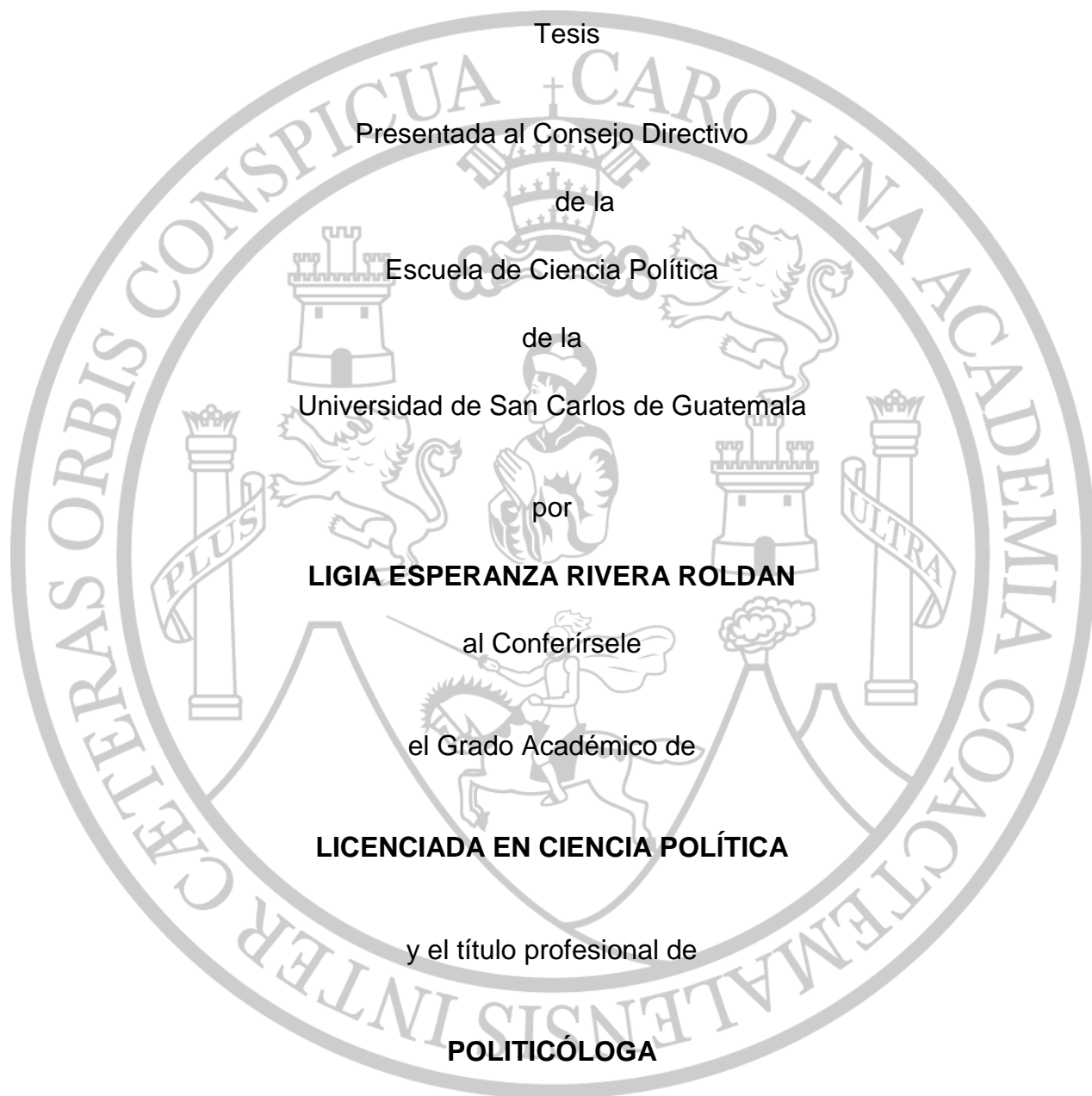


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA**

**UNA APROXIMACIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA EN GUATEMALA
-ANÁLISIS POLÍTICO-**



Guatemala, noviembre de 2015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

RECTOR MAGNÍFICO

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

SECRETARIO GENERAL

Dr. Carlos Enrique Camey Rodas

CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA POLITICA

DIRECTOR:	Dr. Marcio Palacios Aragón
VOCAL I:	Lic. Henry Dennys Mira Sandoval
VOCAL II:	Licda. Carmen Olivia Álvarez Bobadilla
VOCAL III:	Licda. Ana Margarita Castillo Chacón
VOCAL IV:	Br. María Fernanda Santizo Carvajal
VOCAL V:	Br. José Pablo Menchú Jiménez
SECRETARIO:	Lic. Marvin Norberto Morán Corzo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL DE CONOCIMIENTOS

COORDINADOR:	Lic. Edgar Roberto Jiménez Ayala
EXAMINADOR:	Lic. Jorge Enrique Arriaga Rodríguez
EXAMINADORA:	Licda. Claudinne Ogaldes Cruz
EXAMINADORA:	Licda. Alma Consuelo Cogoux Perez
EXAMINADOR:	Lic. José Efraín Pérez Xicar

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN PÚBLICO DE TESIS

DIRECTOR:	Dr. Marcio Palacios Aragón
SECRETARIO:	Lic. Marvin Norberto Morán Corzo
EXAMINADOR:	Lic. José Efraín Pérez Xicar
EXAMINADOR:	Lic. Luis David Winter Luther
COORDINADOR:	Lic. Henry Dennys Mira Sandoval

Nota: Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas en la tesis. (Artículo 74 del Reglamento de Evaluación y Promoción de estudiantes de la Escuela de Ciencia Política)




LA ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, seis de noviembre del año dos mil quince.

Con vista en los dictámenes que anteceden y luego de verificar la autenticidad de la certificación de Examen de Suficiencia y/o cursos aprobados por la Escuela de Ciencias Lingüísticas, se autoriza la impresión de la Tesis titulada: **“Una Aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala –Análisis Político–**”, presentada por la estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864**.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”




Dr. Marcio Palacios Aragón
Director Escuela de Ciencia Política

c.c. archivos
sebm
/9



ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día tres de noviembre del año dos mil quince, se efectuó el proceso de verificar la incorporación de observaciones hechas por el Tribunal Examinador, conformado por: Lic. Luis David Winter Luther, Lic. José Efraín Pérez Xicará y el Lic. Henry Dennys Mira Sandoval, Coordinador de la Carrera de Ciencia Política, el trabajo de tesis: **“Una Aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala –Análisis Político–**”, presentado por el (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864**, razón por la que se da por **APROBADO** para que continúe con su trámite.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Lic. Henry Dennys Mira Sandoval
Coordinador de Carrera

c.c. archivos
sebm
/8





ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día veintinueve de octubre del año dos mil quince, se realizó la defensa de tesis presentada por el (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carnet No. **200611864**, para optar al grado de Licenciado (a) en Ciencia Política titulada: **“Una Aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala –Análisis Político-”** ante el Tribunal Examinador integrado por: Lic. Luis David Winter Luther, Lic. José Efraín Pérez Xicará, y el Lic. Henry Dennys Mira Sandoval, Coordinador de la Carrera de Ciencia Política. Los infrascritos miembros del Tribunal Examinador desarrollaron dicha evaluación y consideraron que para su aprobación deben incorporarse algunas correcciones a la misma.

Lic. Luis David Winter Luther
Examinador

Lic. José Efraín Pérez Xicará
Examinador

Lic. Henry Dennys Mira Sandoval
Coordinador de Carrera

c.c. archivos
sebm
17





ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, trece de octubre del año dos mil quince.

ASUNTO: El (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864** continúa trámite para la realización de su Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (la) Lic. **Christian Manuel Calderón Cedillos**, en su calidad de Asesor, pase al Coordinador de la Carrera de Ciencia Política, para que proceda a conformar el Tribunal Examinador que escuchará y evaluará la defensa de tesis, según Artículo Setenta (70) del Normativo de Evaluación y Promoción de Estudiantes de la Escuela de Ciencia Política.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Marcio Palacios Aragón
Director Escuela Ciencia Política



c.c. archivos
sebm
/6

Guatemala 09 de octubre de 2015.

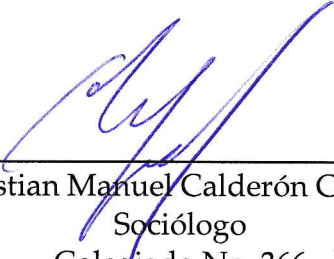
Dr. Marcio Palacios
Director de la Escuela de Ciencia Política
Edificio M5, Ciudad Universitaria
Presente.

Estimado Doctor Palacios:

Por este medio le informo que tuve a mi cargo la asesoría y revisión de la tesis de la estudiante de **LIGIA ESPERANZA RIVERA ROLDÁN** carné No. **200611864** titulada **"Una aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala"** correspondiente a la Carrera de Ciencia Política.

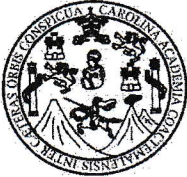
La investigación realizada reúne los aspectos teórico-metodológicos fundamentados en la revisión de las fuentes documentales consultadas, además de la relevancia del tema de la Salud Reproductiva en la sociedad guatemalteca y su dinámica política, además fueron realizadas las correcciones pertinentes.

Por lo tanto, considero que la investigación cumple las calidades requeridas como trabajo de tesis por lo que extiendo mi Dictamen Favorable para que la estudiante proceda con su proceso correspondiente. Sin otro particular, atentamente.



Christian Manuel Calderón Cedillos
Sociólogo
Colegiado No. 366

TRICENTENARIA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala quince de julio del año dos mil catorce.

ASUNTO: El (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864** continúa trámite para la realización de su Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (de la) Coordinador de Carrera correspondiente, pase al (a la) Asesor (a) de Tesis, **Licenciado Christian Calderón Cedillos**, para que brinde la asesoría correspondiente y emita dictamen.

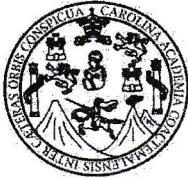
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Lic. Marcio Palacios Aragón
Director Escuela de Ciencia Política



Se envía expediente
c.c. archivos
sbm/6



ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

Guatemala, 15 de julio del 2014

Licenciado
Marcio Palacios Aragón
Director Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Lic. Palacios:

Me permito informarle que para desarrollar la tesis titulada **“Una Aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala –Análisis Político–**”, propuesta por el (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864** puede autorizarse como Asesor (a) al **Licenciado Christian Calderón Cedillos**.

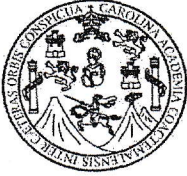
Cordialmente,
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Lic. Henry Dennys Mira Sandoval
Coordinador de Carrera



c.c. archivo
sbm/5

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

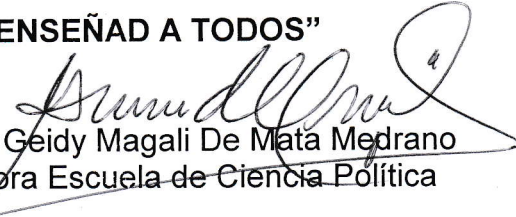
ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, dieciocho de abril del año dos mil trece.

ASUNTO: El (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864** continúa trámite para la realización de su tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (de la) Coordinador (a) del Área de Metodología, pase al (a la) Coordinador (a) de Carrera correspondiente, para que emita visto bueno sobre la propuesta de Asesor (a).

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política



Se envía el expediente
c.c. archivos
seb/4

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Guatemala
18 de abril del 2013

ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política
Su despacho

Estimada Licenciada De Mata:

Me permito informarle que, tuve a la vista el diseño de tesis, titulado **“Una Aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala –Análisis Político–**”, presentado por el (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864**, quien realizó las correcciones solicitadas y por lo tanto mi dictamen es favorable para que se apruebe dicho diseño y se proceda a realizar la investigación.

Atentamente,
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. Gustavo Palma Murga
Coordinador Área de Metodología



Se envía expediente
c.c. archivos
seb/3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA: Guatemala, diez de abril del año dos mil trece.

ASUNTO: El (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**,
carné No. **200611864** continúa trámite para la
realización de su tesis.

Habiéndose aceptado el tema de tesis propuesto, por parte del (de la) Coordinador
(a) de Carrera **Lic. Henry Dennys Mira Sandoval**, pase al (a la) Coordinador (a) de
Metodología, **Doctor Gustavo Palma Murga** para que se sirva emitir dictamen
correspondiente sobre el diseño de tesis.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política



c.c. archivos
seb/2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

Guatemala, 5 de abril del 2013

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora de Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Licda. De Mata:

Me permito informarle que el tema de tesis: **“Una Aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala –Análisis Político–**”, propuesto por el (la) estudiante **Ligia Esperanza Rivera Roldán**, carné No. **200611864**, puede autorizarse, dado que el mismo cumple con las exigencias mínimas de los contenidos de la carrera.

Cordialmente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Lic. Henry Dennys Mira Sandoval
Coordinador de Carrera



c.c. archivo
sbm/1

Teléfono 24188702
Planta USAC, 24188000 Ext. 85382 y 1476

ACTO QUE DEDICO

A José Rodrigo Zamora (Tata)

Por ser mi eterno compañero en esta vida, porque siempre ¡siempre! has estado detrás de cada esfuerzo mío te adoro con toda mi alma Tata.

A Eva Esperanza Roldán, Madre Mía

Usted es la muestra del verdadero amor, sacrificio y esfuerzo sin Usted y sus muestras de amor (cariños y regaños) nada de esto sería posible, espero algún día tener toda su excepcional belleza, inteligencia y experiencia para poder vivir esta vida bien, gracias por todo Madre.

A Enio Rivera, Padre mío

Gracias por las enseñanzas más importantes de mi vida: esfuerzo, trabajo duro y honradez no cabe duda que somos más parecidos de lo que parece, le agradezco su apoyo para lograr esta meta.

A la razón de que este mundo sea perfecto, Andrea y Emerson Rivera

Hermanita, lo mejor del mundo es tenerte como hermana y te agradezco tu amor incondicional y sobretodo el hecho de que de mi hermanita menor aprendería tanto, te adoro Andreita.

Hermanito, contigo el mundo es una aventura interminable gracias por ese enorme corazón que tienes que día a día me muestra el mundo que este mundo vale la pena para compartirlo con ustedes, Te adoro Mecho.

A mujeres excepcionales

Sarvelia Zamora (+), Margarita Cardona, Mayra Rivera y sus hijas, Carmita Rivera y sus hijas, a todas les agradezco su inmenso amor y cariño pero les agradezco más las enseñanzas de vida que han aportado en mi vida mujeres bellas este acto es de ustedes también, donde quiera que estén.

A mis caballeros de la familia,

Hombres de corazón inmenso, Tío Rafa el mejor ejemplo de amor por la vida gracias por ser parte de mi vida; Tío Oscar gracias por ser ese espíritu libre que alienta cada sueño que he tenido, y a los caballeros de mi familia gracias por su amor incondicional.

Y por último a Octavio González, Samuel

Es un completo gusto y placer haber coincidido contigo en esta vida, sobre todo por el hecho de caminar contigo y a tu lado en diversos momentos y hoy no es la excepción gracias por ese bello corazón y amor incondicional, gracias a Dios por tu presencia en mi vida Sammy.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

Por ser esa fuerza que divina que está presente en mi vida, que me mueve, me guía, me protege y me permite vivir la vida con el mejor ímpetu.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala,

Por ser mi casa de conocimiento y mi hogar de crecimiento, por ser esa faceta tan importante en la vida de toda persona que pasa por ella, porque tan sólo el hecho de ser parte de ella los cambios en la vida son innegables.

A la Escuela de Ciencia Política,

Por ser mi casa formadora, la que me formó como una cientista social pero más como una profesional con conciencia social comprometida con una realidad tan nuestra como la de la bella Guatemala, gracias a cada uno de los catedráticos y demás profesionales que día a día trabajan en pro de nuestra casa, la ECP.

Al Instituto de Investigaciones Políticas y Sociales -IIPS-

Por ser ese lugar de aprendizaje y convivencia, el lugar que el día de hoy llego a la conclusión que su gran aporte académicos es cada uno de nosotros que tenemos la oportunidad de ser parte de él. (Gracias Blanqui, Juan Carlos, Paola y a todos los demás compañeros y compañeras)

Al personal administrativo, mejor dicho compañeros trabajadores de la ECP

Porque de gracias a convivir con usted se hace mejor la estancia en la ECP, gracias a cada uno por sus muestras de cariño y aprecio. (Gracias Silvita, Jenny y Jovito, y todos los demás compañeros trabajadores)

ÍNDICE

	Página
Introducción.....	I
-Capítulo I- Aspectos Metodológicos	
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.3 Delimitación	9
1.3.1 <u>Unidad de Análisis</u>	9
1.3.2 <u>Período Histórico</u>	10
1.3.3 <u>Ámbito Geográfico</u>	10
1.4 Preguntas Generadoras	10
1.5 Objetivos de la Investigación	11
1.6 Metodología	11
-Capítulo II- Marco Teórico y Conceptual	
2.1 Sistema Político.....	15
2.2 Salud Pública	18
2.3 Evolución de la Salud en Latinoamérica.....	19
2.4 Salud Reproductiva.....	23
-Capítulo III- Caracterización de la SR en Guatemala	
3.1 Contexto guatemalteco de la Salud Reproductiva	27
3.2 Ley de Desarrollo Social -Decreto Número 42/2001-.....	30
3.2.1 Objeto	31
3.2.2 Beneficiarios	31

3.2.3 Mecanismo de Trabajo	32
3.3 Programa Nacional de Salud Reproductiva	32
3.4 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva - DECRETO NÚMERO 87/2005-.....	35
3.4.1 Objeto	36
3.4.2 Funciones	36
3.4.3 Beneficiarios e Instituciones responsables	36
3.4.4 Propósito	37
3.4.5 Mecanismo de trabajo	37
3.5 Otras leyes.....	38
3.6 Nuevas acciones en materia de SR.....	38
3.6.1 La Iniciativa K'atun: nuestra Guatemala 2032.....	39
3.6.2 Resumen K'atun, los componentes de salud: morbilidad y mortalidad general, morbilidad y mortalidad en menores de cinco años y mortalidad materna, la salud sexual y reproductiva, atención del virus de inmunodeficiencia humana - VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida -sida-	42
3.6.2.1 Morbilidad y mortalidad general.....	43
3.6.2.2 Morbilidad y mortalidad en menores de cinco años.....	44
3.6.2.3 Mortalidad materna.....	45
3.6.2.4 Salud sexual y reproductiva.....	47
3.6.2.5 VIH y VIH Avanzado.....	50

**-Capítulo IV- “Una aproximación a la Salud Reproductiva en
Guatemala” Análisis Político**

4.1 Los principales actores en materia de SR en el Sistema Político de Guatemala	53
---	-----------

4.2 La necesidad de fortalecer la SR en Guatemala (input)	55
4.3 Los Outputs (instituciones especializadas)	57
4.3.1 El Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva -OSAR-	57
4.3.2 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- y su red de servicios	60
4.3.2.1 Primer Nivel de Atención	60
4.3.2.2 Segundo Nivel de Atención	62
4.3.2.3 Tercer Nivel de Atención	63
4.3.2.4 Extensión de los Servicios	64
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES.....	69
BIBLIOGRAFÍA	71
Referencias electrónicas.....	72
Leyes Consultadas.....	73
Publicaciones especializadas.....	74
Manuales y otros materiales.....	74
Abreviaturas y siglas utilizadas	75
Instituciones consultadas.....	77

Anexos

1. Ficha de Monitoreo de Medios de Comunicación Escrita	81
2. Eventos internacionales relacionados con la SR	83
3. Cuadro de los principales contenidos de la Política de Desarrollo Social, con énfasis en el componente de SR.....	85
4. Cuadro sobre los principales contenidos del Programa Nacional de Salud Reproductiva	87

5. Cuadro de los siete (7) componentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva	89
6. Cuadro sobre el Reglamento de la Ley de Acceso Universal y equitativo de Servicios de Planificación Familiar 279-2009	93
7. Cuadro sobre la relación de otras leyes con la SR	95
8. Convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones para la realización del Observatorio en Salud Reproductiva.....	97

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICAS

	Página
<i>FIGURAS</i>	
1. Esquema Sistema Político	18
2. Línea del tiempo de leyes en materia de SR	29
 <i>GRÁFICAS</i>	
1. Índice de Desarrollo Humano, promedio nacional	40
2. Morbilidad materna	43
3. Causas de mortalidad materna	46
4. Indicadores de natalidad y fecundidad en madres menores de 20 años y nacimientos hospitalarios	48
5. Red de servicios hospitalarios del MSPAS	64

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva está fuera del alcance de muchos hombres y mujeres guatemaltecas a causa de factores como: poco conocimiento sobre sexualidad humana, escasa información y servicios insuficientes de planificación familiar o en algunos casos de mala calidad; además la falta de autonomía y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres en su mayoría, respecto de su vida sexual y reproductiva son algunos de tantos factores que evidencian la necesidad de un estudio específico en temas de Salud desde una perspectiva política.

Para este estudio la problemática de la Salud Reproductiva en Guatemala busca una respuesta estatal (y/o gubernamental es decir los cursos de acción pertinentes) al problema social mucho mayor de la Salud tomando en cuenta sus estrategias, programas y cualquier otra característica relevante.

Las respuestas a las grandes necesidades sociales de un país se materializan por medio de las Políticas Públicas, esta respuesta se desarrolla en el escenario cambiante donde convergen diversos intereses es decir en el Sistema Político, temas que para la Ciencia Política constituyen sus áreas prioritarias de investigación, trabajo y análisis. El desarrollo de una política de salud implica un esquema donde hay que definir y entender el problema o demanda social de la Salud Reproductiva y para este caso, una vez definido el problema se busca darle respuesta o en un futuro ideal reducirlo hasta llegar a erradicarlo; además se establecen metas y responsabilidades, por todo lo anterior la principal razón de estudio son los mecanismos que rigen la Salud Reproductiva y las diversas dinámicas que se producen en el seno de un Sistema Político tan peculiar como el de la sociedad guatemalteca.

El presente trabajo de investigación busca, sin abandonar la perspectiva y enfoque político crear un punto de enlace o un puente entre la Ciencia Política y los temas sociales en particular el tema de la Salud en Guatemala mediante la aproximación a la situación actual de la Salud Reproductiva con el ímpetu de que los temas de carácter científico puedan vincularse con las perspectivas y análisis político-social y a manera más específica del abordaje político de los mecanismos que definen las acciones en esta área de Salud en Guatemala; a través de un proceso de investigación científica basada en la recopilación, revisión y análisis de documentos relacionados con el tema de Salud Reproductiva y experiencias regionales en la elaboración de políticas de Salud mediante fuentes bibliográficas. Para complementar el abordaje se llevó a cabo un monitoreo de las principales noticias sobre el tema en los medios de comunicación escrita de circulación nacional, con el objetivo de conocer la relevancia del tema en la opinión pública coyuntural.

Por medio de la Ciencia Política como estudiantes e investigadores es importante promover el estudio político de temas de interés social que afectan a todos los ciudadanos y ciudadanas; su utilidad social es incrementar el conocimiento más acertado y actualizado de la dinámica actual de la Salud Reproductiva en Guatemala, es decir instrumentos legales, instituciones especializadas, alcances, limitaciones y otros hallazgos, ya que en Guatemala es un tema preocupante todavía.

Es importante mencionar que en el Centro de Documentación de La Escuela de Ciencia Política, no se cuenta con muchos estudios de Tesis de grado con enfoque político o sociológico de Políticas Públicas de Salud.

Capítulo I

-Aspectos Metodológicos-

1.1 Antecedentes

El tema de la salud reproductiva es de interés global porque es fundamental y un requisito esencial en el cumplimiento de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM- (establecidos la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de 2000) especialmente los relacionados con el concepto de género y la salud, el vínculo más directo se establece con el ODM 5, que consiste en mejorar la salud materna.

Es por ello que instituciones especializadas como la Organización Mundial de la Salud -OMS/WHO- cuenta con un área específica para la Salud Reproductiva el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas -RHR- (Department of Reproductive Health and Research, por sus siglas en inglés)¹ que busca lograr en el mundo el respeto y protección al derecho de todas las mujeres y hombres a gozar de una buena salud sexual y reproductiva, y en el que todas las mujeres y los hombres, incluidos los adolescentes y quienes están marginados o insuficientemente atendidos, tengan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

La Estrategia Mundial en Salud Reproductiva cuenta con cinco componentes:

- mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal;
- ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad;

¹Establecido en 1972, el Departamento respalda y coordina la investigación a escala mundial, sintetiza la investigación mediante exámenes sistemáticos de la bibliografía; fomenta la capacidad de investigación en los países de bajos ingresos y desarrolla instrumentos de difusión con miras a utilizar eficientemente un corpus siempre creciente de material de investigación e información. Fuente: http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/es/ recuperado en junio de 2015.

- eliminar los abortos peligrosos;
- combatir las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva;
- promover la salud sexual.

La labor del RHR se basa en la necesidad de lograr el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, con el fin de satisfacer las necesidades de diversas poblaciones, en particular las más vulnerables (OMS/WHO, 2015).

En Guatemala existen instituciones especializadas en el tema de la Salud Reproductiva, para fines de este estudio será la labor del -OSAR- *Observatorio en Salud Reproductiva*² que fundamenta su trabajo sobre la base del seguimiento sistemático y la aplicación de herramientas para la construcción de indicadores y recolección de datos que permitan contar con información oportuna y de calidad sobre el avance y desafíos de los procesos de implementación de las políticas en materia de salud reproductiva. Es básicamente un foro permanente que promueve la participación de mujeres, sociedad civil, profesionales e investigadores, que contribuyan a generar información para reducir las desigualdades en el sistema de salud principalmente en la salud reproductiva; es importante mencionar que cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, el Fondo de Población de Naciones Unidas -UNFPA- y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo -USAID-.

Guatemala cuenta con 3 Encuestas Nacionales de Salud Materno infantil -ENSMI- correspondientes a los años 1985-1989, 2002 y la encuesta más reciente se

²El Congreso de la República de Guatemala en cumplimiento de su función de fiscalización y en alianza con la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, Facultad de Ciencias Médicas y de la salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsan la formación de un Observatorio en salud reproductiva, con el fin de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva (06-03-2008) donde se le otorga presupuesto para su funcionamiento (De acuerdo al decreto 21-2004 le concede la utilización del impuesto de modificación a las bebidas alcohólicas).

realizó en el periodo 2008-2009, la principal razón de este estudio de es indagar sobre las acciones institucionales que inciden en la situación de la Salud Reproductiva en Guatemala, con el objetivo de generar información actualizada y de manera ideal insumos sobre los aspectos que puedan generar más interés sobre este tipo de estudios.

En la Escuela de Ciencia Política el estudio de temas de Salud no es frecuente y siendo parte de una Escuela de estudios superiores como investigadores y científicos sociales es importante promover el estudio político de temas más sociales y relevantes en la coyuntura actual.

1.2 Planteamiento del Problema

Dentro de los retos más grandes de la actualidad está el cumplimiento de los ocho (8) Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para el año 2015 cada uno con metas e indicadores específicos. Los objetivos que fueron evaluados este año son:

ODM 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre

ODM 2: lograr la enseñanza primaria universal

ODM 3: promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento (la autonomía) de la mujer

ODM 4: reducir la mortalidad infantil (niños menores de 5 años)

ODM 5: mejorar la salud materna

ODM 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo (malaria) y otras enfermedades

ODM 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

ODM 8: fomentar una (alianza) asociación mundial para el desarrollo

Para fines de este abordaje se utilizó únicamente el ODM 5, la promoción de la salud como estrategia busca enfocar los esfuerzos en el mejoramiento de las condiciones de los grupos marginados y menos privilegiados, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo esta contribución puede lograrse mejor mediante la planeación participativa que conlleve la reflexión y la acción basadas en el contexto general de cada país. Desde el enfoque político, una política pública de salud es un mecanismo para generar mejores condiciones de salud, además generar mecanismos claves para garantizar la existencia del trabajo, la paz, la educación, justicia social y la equidad como los prerrequisitos de salud.

La definición más primaria de la –OMS- de la salud reproductiva dice que es el *“estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad en todo lo relacionado al sistema reproductivo, sus funciones o procesos. Implica que las personas son capaces de tener vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hacen, cuando y que tan frecuentemente lo hacen”*³ (OMS, 1990).

Una versión complementaria surge en la Cuarta Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, en donde la Salud Reproductiva se ubica en el contexto de derechos sexuales y reproductivos y dentro del marco general de los derechos humanos. Los derechos humanos de las mujeres incluyen sus derechos a controlar y a decidir de manera libre y responsable sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación o violencia” (IPPF, 2015).

Cuatro años después en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo –CIPD+5- celebrada en la Haya en febrero de 1999, las organizaciones internacionales y gobiernos hicieron una revisión de los avances en la implementación del Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo y el carácter de

³OMS/WHO, Temas de Salud. Basado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo, 1994. Disponible en: <http://www.who.int/es/>.

derecho humano básico de la salud reproductiva y destacan la necesidad de involucrar a los hombres en los temas de salud reproductiva, además de informar y proporcionar servicios a los jóvenes. Como producto de esta Conferencia la Salud Reproductiva adquiere un enfoque integral que sirve para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres con relación a su sexualidad y reproducción, incorporando conceptos anteriores como derecho, equidad, dignidad y empoderamiento (OMS/WHO, 2015) es de esta manera como la –OMS- Organización Mundial de la Salud da un concepto más completo en el que *“la salud reproductiva implica, que el individuo puede tener una vida sexual satisfactoria, así como la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y qué tan seguido hacerlo. Debido a esa libertad de decidir si procrear o no y cuándo está el derecho que tanto hombres y mujeres tienen de estar informados y poder elegir métodos efectivos, seguros y económicos de planeación familiar y regulación de fertilidad”* (OMS/WHO, 2015).

En el contexto nacional más específico de la Salud Reproductiva para Guatemala el concepto tiene una historia relativamente reciente en el país existen y se reconocen prácticas ancestrales para el control de la fecundidad; en Guatemala el ejercicio de la salud reproductiva se inició en la década de 1960 como una acción de planificación familiar que se realizaba casi exclusivamente en el sector privado de la salud, mientras que el sector de la salud pública fue hasta en la década de 1970-80 cuando se comenzó a prestar servicios de planificación familiar al alcance de la mayoría de la población con la participación de la Asociación Pro-bienestar de la Familia -APROFAM-⁴ y con financiamiento internacional, estas acciones inician la introducción de prácticas de planificación familiar (a manera más específica por medio del Programa Materno Infantil) en el en el Sistema Nacional de Salud, el uso del término de salud reproductiva en Guatemala se remonta a los años 80's pero el uso en este entonces era exclusivo de profesionales de ciencias médicas y no era muy mencionado públicamente.

⁴ Una ONG especializada en el tema fundada en 1964, esta asociación desde sus orígenes ha contado con el financiamiento y respaldo técnico de la Agencia de Cooperación para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID).

En los años 80's el uso del término "Salud Reproductiva" tuvo connotaciones de tema tabú porque se refería a las relaciones "privadas o propias de la familia o cultura" de acuerdo a las posturas religiosas y conservadoras sobre temas más generales como la Sexualidad y la Reproducción Humana; mientras que otras connotaciones políticas (aunque más que políticas eran de tipo demográficas) eran sobre el control de la natalidad tema que provocaba molestias en diversos sectores de la población por temas como el intervencionismo internacional, hasta el racismo hacia las poblaciones indígenas.

Las posturas conservadoras sobre el tema han impactado en diferentes ámbitos:

- En el año de 1987 así como en el año de 1995 en la Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- para poder realizarse debía ser aprobada por la curia eclesiástica guatemalteca.
- En el año de 1995 determinó que en la ENSMI no se incluyeran preguntas sobre el embarazo adolescente y el aborto.

El resultado de estas actitudes sobre la Salud Reproductiva generó y genera aún controversia, ya que no deja un espacio a la discusión y abordaje del tema con otros como planificación familiar, por ejemplo. Las posturas conservadoras han logrado que el tema no haya sido considerado adecuada y oportunamente en las políticas de desarrollo del país.

En el año 1995 que la Salud Reproductiva comienza a ser un término de "dominio más popular" que hoy en día se utiliza más cotidiana y abiertamente. El cambio fue producto de:

- La incidencia del movimiento nacional de las mujeres.
- La incidencia de las ONG que trabajan en el tema.
- El financiamiento de la Cooperación Internacional a instituciones que trabajan en la Salud Reproductiva.
- Las conferencias internacionales

- Y la apertura institucional y actitud política del sector salud con respecto del tema a partir del año 2000.

La situación actual de la Salud Reproductiva incluye una transformación desde los programas e intervenciones que anteriormente eran enfocados solo en el espaciamiento de embarazos, la nueva visión implica ahora la salud integral de la mujer concebida como la “calidad de vida, equidad de género y respeto a sus derechos humanos sexuales y reproductivos” (MSPAS, 2003).

En términos de la salud reproductiva de Guatemala incluye a los niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, y hombres y mujeres adultos mayores con el fin de impulsar acciones que garanticen padres/madres saludables que a su vez tengan hijos/as saludables capaces de ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfrutar de los beneficios sociales de la vida. (MSPAS, 2001).

Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad; y en el caso de las políticas que tienen que ver con la salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, instituciones y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Todas las acciones referentes a la Salud Reproductiva en Guatemala son realizadas en base a su marco legal:

- La Ley de Planificación Familiar
- La Ley de Maternidad Saludable y
- La Ley de Desarrollo Social (a manera más específica los artículos: 10. Obligación del Estado, 26. Programa de Salud Reproductiva, 27. Educación, 28. Incorporación y Permanencia Escolar, 29. Temática Educativa en la Población y 31. Orientaciones principales de la Educación en Población).

Si bien es cierto que es importante que los diferentes actores gubernamentales demuestren una verdadera voluntad política a través de la asignación de recursos adecuados y suficientes orientados a mejorar la salud y educación de los grupos más vulnerables (entre ellos las mujeres y la niñez) y que velen porque los servicios de salud se presten con calidad y calidez, de manera adecuada y oportuna, en el contexto social.

En Guatemala pese a las aperturas institucionales no se ha logrado la consolidación de Acciones Públicas enfocadas en la Salud Reproductiva, no ha sido posible que las autoridades contraigan un compromiso político para invertir (o lograr que se invierta) directamente en la Salud Reproductiva como parte integral de una política de desarrollo. Dicha situación evidencia la necesidad de un estudio específico en temas de Salud desde una perspectiva política; ya que la Salud como necesidad social va más allá de la atención hospitalaria y de emergencia sino que implica acciones preventivas, de promoción/educación y de atención dirigidas al bienestar integral de la población.

Es necesario conocer de manera específica los mecanismos o las razones por las cuales la Salud Reproductiva, luego de tener un período de apertura; sufre un período de estancamiento institucional puesto que las autoridades encargadas no logran consolidar acciones estatales dirigidas a este importante rubro de la Salud en Guatemala; se hace necesario indagar, conocer y analizar las razones de este “estancamiento” del tema de la Salud Reproductiva el cual puede estar vinculado a estrategias políticas que eviten el confrontamiento con sectores de la sociedad civil (Las iglesia, sectores de mujeres, medios de comunicación, entre otros).

1.3 Delimitación

1.3.1 Unidad de Análisis: El enfoque de esta investigación se centró en las leyes, programas, proyectos y cualquier otro mecanismo pertinente además del desempeño de las acciones de las instituciones encargadas -MSPAS- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mediante su Programa Nacional de Salud Reproductiva e instituciones especializadas como el Observatorio de Salud Reproductiva y las decisiones gubernamentales en materia de Salud Reproductiva (tomadores de decisión).

En el nivel legislativo (marco legal) se buscó información de tipo documental, así como documentos o estudios realizados. En un nivel intermedio intermedio (de las principales acciones de las instituciones encargadas) se buscó información por parte instituciones que participan directamente en las acciones en materia de Salud Reproductiva, es decir Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a manera más específica personal encargado del Programa Nacional de Salud Reproductiva y del Observatorio de Salud Reproductiva. Pese a que se incluyeron entrevistas, debido a la coyuntura electoral y a responsabilidades de las instituciones respecto al año de la evaluación⁵ lograr el contacto con los especialistas no fue fructífero.

Además, para complementar la postura gubernamental se monitorearon las opiniones emitidas o noticias relacionadas relevantes con la Salud Reproductiva en los medios de comunicación escritos (Prensa libre, Siglo XXI y Diario de Centroamérica) con el objetivo de verificar la presencia de los temas relacionados con la SR en la opinión pública, además de la importancia en las agendas políticas de las instituciones encargadas o si la sociedad civil se encuentra vinculada con este tema.

⁵ El 2015 será de balances. Es el año que las Naciones Unidas establecieron para evaluar en qué medida se cumplieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y, por tanto, se ha declarado el año internacional de la evaluación.

1.3.2 Período Histórico: El objeto/sujeto de estudio abarcó una revisión de todo antecedente documental nacional e internacional del tema de la Salud en Guatemala desde el año 2009 a inicios del año 2015. Y manera más específica con las acciones relevantes de las instituciones encargadas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e instituciones afines) en materia de Salud Reproductiva durante el actual período de gobierno hasta junio del año 2015.

1.3.3 Ámbito Geográfico: el desarrollo de esta investigación abarcó las instituciones que por mandato institucional tienen a su responsabilidad realizar acciones en materia de Salud en Guatemala, a manera más específica las instituciones que realizan las acciones en materia de Salud Reproductiva en Guatemala.

1.4 Preguntas Generadoras

¿Cuáles son las principales acciones institucionales en materia de Salud Reproductiva en Guatemala?

¿Quiénes son los actores principales de estas acciones?

¿Qué mecanismos se utilizan para definir las acciones de Salud Reproductiva en Guatemala?

¿Cómo se desarrolla la dinámica de la SR en el Sistema Político en Guatemala?

¿Existen acciones recientes en materia de Salud Reproductiva?

1.5 Objetivos de la Investigación

General:

- Realizar una investigación desde una perspectiva política que genere información actualizada que explique la dinámica que define las acciones pertinentes a la Salud Reproductiva en el Sistema Político de Guatemala.

Específicos:

- Identificar a los principales actores así como sus principales acciones en materia de Salud Reproductiva en Guatemala.
- Conocer la importancia de la Salud Reproductiva en la opinión pública y en la Agenda Nacional.
- Promover el estudio de temas de Salud desde la Ciencia Política para vincular a los científicos sociales con temas de coyuntura actual que siempre se vinculan con la dinámica de la sociedad guatemalteca.

1.6 Metodología

La investigación sobre la aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala, se enmarcó dentro de un enfoque descriptivo-cualitativo, debido a que éste conlleva la caracterización de los mecanismos que rigen la Salud Reproductiva en Guatemala además de la descripción de los actores principales y sus acciones pertinentes en el Sistema Político de Guatemala además del trabajo de los gobiernos, organizaciones internacionales y organismos de desarrollo por las diferentes obligaciones adquiridas en los últimos 15 años.

La investigación es de tipo exploratoria, recurriendo a como técnica de análisis bibliográfico de la Salud en América Latina en los últimos 15 años las principales

fuentes consultadas fueron las conferencias internacionales en materia de Salud Pública.

Y para contextualizar este estudio se consultaron las acciones implementadas y definidas para Guatemala desde el año 2009 a la fecha, por medio de una recopilación y análisis documental sobre datos obtenidos del *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*; partiendo de sus elementos políticos más importantes (Marco legal, principios, Metas, Objetivos, Cobertura, Aspectos operativos de su implementación y responsables, así como instituciones especializadas como el *OSAR Observatorio en Salud Reproductiva* y sus demás colaboradores.

Los instrumentos para registro de información se detallan de la siguiente manera:

Para la revisión documental se realizaron bibliografías anotadas sobre los informes, artículos y documentos relevantes de Salud Reproductiva. Para ello, se utilizaron las técnicas de Revisión Documental por medio de Bibliografías Anotadas sobre la Salud Reproductiva en Latinoamérica, en los últimos años, así como cualquier otra información complementaria para elaborar un marco de ideas que define el sentido de la presente investigación.

Para el monitoreo de medios: se utilizaron fichas de registro para cada una de las noticias de los medios de comunicación que presentara alguna nota relevante a la SR, detallando el lugar que ocupa, el espacio que ocupa, y el contenido específico de la misma (Veáse Anexo No. 1). Este abordaje consultó Medios de Comunicación Escrita como Diario de Centro América, El Periódico, Prensa libre y Siglo XXI debido a la no tan recurrente presencia de noticias en sólo un medio.

Los indicadores de esta investigación fueron los elementos institucionales y/o políticos que inciden en las acciones en materia de Salud Reproductiva en Guatemala específicamente:

- Los mecanismos políticos que inciden en la toma de decisión de las acciones pertinentes a la Salud Reproductiva en Guatemala.
- El manejo de la situación de la Salud Reproductiva en la vigente política pública de Salud dentro del Marco General de Políticas Públicas en Guatemala y sus niveles de acción.

Es importante aclarar que aunque fuesen incluidas entrevistas para este abordaje con personal del OSAR y MSPAS, dichos funcionarios debido a sus compromisos y responsabilidades institucionales se encontraban con agendas llenas debido a que este año 2015 la mayoría de instituciones vinculadas con el cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio debían presentar informes y resultados de estudios.

Capítulo II

-Marco Teórico y Conceptual-

Los guatemaltecos y las guatemaltecas viven cotidianamente una dinámica de problemas económicos, políticos, sociales y culturales; a esta se suma el problema de la violencia común e inseguridad ciudadana donde la impunidad, la corrupción y el narcotráfico son factores que inciden el debilitamiento de la credibilidad y legitimidad de un sistema político que pueda responder a las necesidades de la sociedad guatemalteca. Los bajos niveles de participación social, como resultado de la violencia, evidencian la falta de credibilidad del sistema político para solucionar los principales problemas del país.

Uno de los problemas más sensibles de la población guatemalteca es el de la Salud, dentro de la dinámica del sistema político el manejo de la salud no puede limitarse al Ministerio de Salud, debe involucrar todas las instituciones que influyen directa o indirectamente sobre la salud. La base social es el hecho de que las personas, hombres y mujeres, nacen iguales frente a las leyes, que la salud es un derecho del individuo y un interés de la colectividad, lo que en términos políticos y culturales significa estimular el crecimiento de la ciudadanía activa en favor de la salud y de la vida.

Es por ello que para este estudio la Salud Pública se abordó desde un punto de vista sistémico es decir su desarrollo en el sistema político guatemalteco por ello serán los conceptos de Sistema Político y la Salud Pública los que definirán el siguiente marco referencial teórico.

2.1 Sistema Político

Es una de las definiciones más utilizadas, no sólo en el ámbito de la Ciencia Política sino también en el de la Administración Pública⁶ además en la cotidianidad como producto de polémicas y disputas. De un modo más concreto el sistema político es la organización existente en un determinado territorio para el ejercicio de la dinámica (política) en donde intervienen agentes, instituciones y normativas que componen aquello que se entiende por poder político.

Es también la distribución de valores dentro de relaciones de poder particulares, entiéndase por valores todo aquellos que fuera deseable para la comunidad política⁷ como bienes materiales tangibles (recursos naturales, riqueza, etc.) e intangibles (libertad, igualdad, representatividad etc). El sistema político permite tomar en cuenta los intercambios o transacciones que tienen lugar en el sistema (relaciones que se dan entre la sociedad y el régimen político) y su ambiente (relaciones ajenas al régimen político). Donde el Régimen Político⁸ se vuelve el centro nervioso del sistema político donde los demás sistemas hunden sus raíces en él formando una relación particular de dependencia, lo cual da forma a la estructura del sistema político.

También es considerado con un conjunto de de relaciones (estructuras) entre los miembros de la comunicad política que conforman las normas del juego, entiéndase como reglas las disposiciones para el comportamiento formal (legal) que especifica derechos y obligaciones. El conjunto de elementos que conforman el sistema político mantienen la relación entre sí, y constituyen su perfil.

Cada sistema político determina la forma de acceso al gobierno (es decir, a la administración del Estado) y establece las bases sobre las cuales se desarrolla la

⁶ En este caso la Administración Pública es la actividad administrativa de los órganos del Estado en sus escalas o niveles.

⁷ Comunidad Política: Conjunto de actores que interviene el en proceso político. Entre ellos: el gobierno, la estructura de protección (sociedad), el régimen político, el sistema político.

⁸ Régimen Político: Relación que tiene un gobierno y la sociedad.

actividad gubernamental. Estos sistemas, por lo tanto, están directamente vinculados con el modo de organización del Estado y con la Constitución.

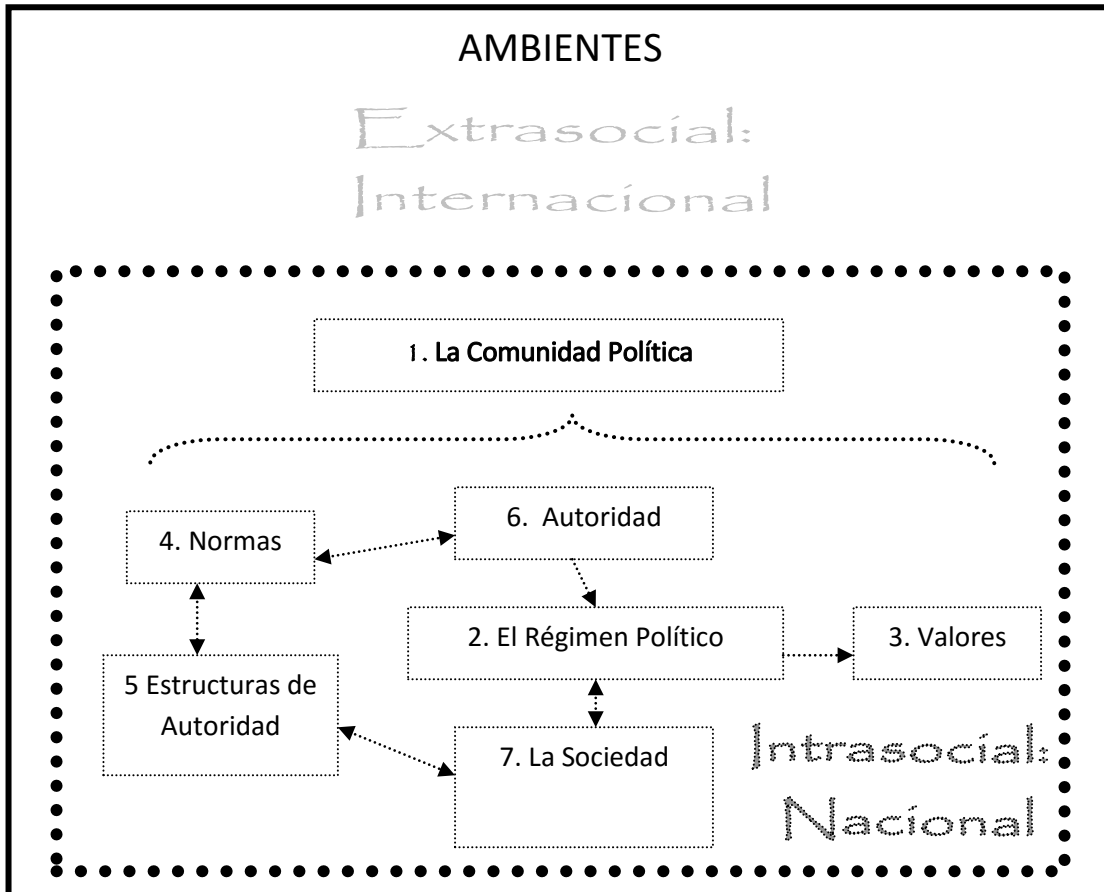
Según su mayor exponente David Easton, en el esquema clásico de la Caja Negra o Insumo-Producto, muestra una teoría de transformación ya que por medio de las diversas relaciones político-sociales se logra algún objetivo. Es aún más convincente una Teoría de Conectividad, porque el sistema político necesita de sus actores y de su ambiente para que éstos interactúen y por medio de una conexión (las relaciones) se mantiene el sistema. El conjunto de elementos que interactúan y están interrelacionados recibe el nombre de sistema. Lo político, por su parte, se asocia a la actividad política: aquello vinculado a la administración de los temas públicos y a la gestión del Estado.

De acuerdo a David Easton, el esquema del Sistema político se compone por:

- La comunidad política, es el grupo de personas vinculadas por una división política del trabajo
- El régimen, es el conjunto de condicionamientos que tienen las interacciones políticas, y está compuesta por:
 - Valores: principios orientadores de la acción, objetivos a alcanzar.
 - Normas: explicitan que procedimientos son aceptables en la transformación y distribución de las demandas.
- Estructuras de autoridad como los modelos formales e informales con los que el poder es organizado y distribuido.
- La autoridad constituida por quienes ocupan roles activos en la política.
- La Sociedad como el grupo que es en donde más inciden las diferentes variaciones del sistema político.

Para una mejor comprensión de la interacción de todos los componentes del Sistema Político en la siguiente figura se condensa a manera más gráfica la importancia de cada uno de ellos.

Figura No. 1
Esquema del Sistema Político de acuerdo a David Easton



Fuente: elaboración propia.

2.2 Salud Pública

De acuerdo a la World Medical Association –WMA- comprende el cuidado y la promoción de la salud aplicados a una población o a un grupo preciso de la población, en este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación (WMA, recuperado 2015). La

Salud Pública solía ocuparse sobre todo de enfermedades contagiosas, actualmente se ocupa del control de pandemias, antitabaquismo, abuso perjudicial del alcohol, nutrición, obesidad e inactividad física, de tuberculosis entre otras.

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos o estados, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Dentro de las diversas funciones de la salud pública, la más recurrentes suelen ser:

- la prevención epidemio-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita),
- la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación),
- la promoción sanitaria (a través de la educación) y
- la restauración sanitaria (para recuperar la salud)

La labor de los organismos de la salud pública es evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos, una vez concluido lo anterior se deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades.

Otra característica de la salud pública es que debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible, por ello no es capaz de ofrecer servicios específicos para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario (poblacional) y no personal otra característica es que al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

2.3 Evolución de la Salud en Latinoamérica

El tema de la Salud es en la actualidad de vital importancia para los gobiernos por las implicaciones con los esfuerzos realizados por la Comunidad Internacional en

el nuevo milenio como una oportunidad para mejorar la salud y el bienestar de la población del mundo.

Las diferencias estructurales (o inequidades sociales, económicas y otras) deben reducirse drásticamente dentro y entre las naciones, esta es una condición fundamental para las inversiones y el desarrollo sostenibles; es por esta razón que la Comunidad Internacional, los organismos de desarrollo y los gobiernos deben hacer esfuerzos decididos para velar por que estas oportunidades estén al alcance de los países y grupos de población menos favorecidos de todo el mundo. Las principales herramientas para mejorar la salud de acuerdo a los Organismos de Desarrollo son las nuevas tecnologías, mejores comunicaciones y por sobretodo el deseo de efectuar reformas sociales y económicas que creen un marco para mejorar la salud de una manera radical y creativa.

Existen muchas acciones internacionales relacionadas con la Salud Reproductiva (Veáse Anexo 2) pero para este apartado se profundizó en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud llevada a cabo en la ciudad del mismo nombre donde se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud el día 21 de noviembre de 1986. La Carta de Ottawa está dirigida a la consecución del objetivo "*Salud para Todos en el año 2000*", esta conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata⁹ sobre la atención primaria, el documento "*Los Objetivos de la Salud para Todos*" de la Organización Mundial de la Salud, después de 8 años (OMS/PAHO, recuperado 2010).

Dentro de sus diez apartados los temas de importancia para el tema de la Salud Reproductiva son:

- La definición de Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades sino

⁹Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

como un derecho humano fundamental y en un nivel macro como un objetivo.

- La contextualización de las estructuras sociales que acentúan la decadencia de la Salud, en función de nuevos órdenes económicos mundiales donde la promoción de la salud y el grado máximo de salud para todos reducen la brecha entre los países en desarrollo de los países desarrollados. Siendo la promoción y protección de la salud del pueblo indispensable para un desarrollo económico y social sostenido que mejorará la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
- La importancia de la participación social activa del pueblo en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- Uno de los más importantes objetivos es la obligación de los gobiernos a cuidar la salud de sus poblaciones mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. De acuerdo con la declaración “...*Uno de los principales objetivos sociales de gobiernos, organizaciones internacionales y de Comunidad Mundial es que a partir del curso de los próximos decenios todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva*” (OMS/PAHO, recuperado 2010). Siendo la atención primaria de salud la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo. Incluye además cómo debe ser la Atención Primaria de Salud detallando sus métodos y tecnologías; además señala que ésta debe formar parte integrante tanto del sistema nacional de salud tomando en cuenta todos los sectores que deben participar en la misma así como su ámbito de aplicación.

Recomienda a los países en un plano más político que sus gobiernos formulen políticas, estrategias y planes de acción nacionales que inicien y mantengan la APS como parte de su sistema nacional de salud y que coordinen con otros sectores.

Como producto de la Conferencia de Ottawa se creó la Carta de Ottawa¹⁰ para la Promoción de la Salud, esta conferencia fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública pese a que las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, también se tuvieron en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. Los postulados de la carta definen que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. A diferencia de la Declaración Alma-Ata la salud se concibe como la fuente de riqueza de vida no como un objetivo, es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y como el concepto de salud trasciende la idea de formas de vida sanas por lo tanto la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Para lograr la Salud deben cumplirse condiciones y llenar requisitos necesarios en los cuales se deben basar cualquier iniciativa que busca mejorar la salud. Estos prerrequisitos son:

- La paz
- La educación
- La vivienda
- La alimentación
- La renta
- Un ecosistema estable
- La justicia social
- y la equidad.

La promoción del concepto de Salud es un recurso indispensable para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida; son importantes también los factores políticos, económicos, sociales, culturales y del medio ambiente los cuales pueden intervenir a favor o en contra de la salud. El objetivo de las acciones por la salud es hacer que esas condiciones sean

¹⁰ Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

favorables para poder promocionar la salud, centrándose en alcanzar la equidad sanitaria dicho en otras palabras reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud (Carta de Ottawa, 2000).

En tal sentido, el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones favorables para la salud y tampoco promocionar la salud; esto exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios (o de Salud) y otros sectores sociales y económicos, además las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. El resultado de estas acciones coordinadas debe ser estrategias y programas de promoción de la salud adaptados a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

En este caso los gobiernos, a todos los niveles, deben velar por que todas las decisiones de política (en todos los ministerios) estén encaminadas a tener un impacto positivo sobre la salud de todos los grupos de población. Es de vital importancia que los gobiernos definan con precisión los mecanismos de rendición de cuentas relativos al mejoramiento de la salud en cada departamento gubernamental (no sólo en el ministerio de salud). Para esta labor es necesario que primero se establezca un mecanismo claro para coordinar la formulación de políticas en todos los departamentos gubernamentales es de importancia fundamental para llevar a la práctica un enfoque destinado a las inversiones en favor de la salud (Carta de Ottawa, 2000).

2.4 Salud Reproductiva

En América Latina se realizó la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud: La Organización Mundial de la Salud –OMS-, la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, y el Secretaría (equivalente al Ministerio) de

Salud de México colaboraron en la organización de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada del 5 al 9 de junio de 2000, en la Ciudad de México, México¹¹. Los objetivos de la conferencia fueron:

- Mostrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida, especialmente para las personas que viven en circunstancias adversas.
- Lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales.
- Promover la formación de alianzas en pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad.

Como resultado de esta experiencia latinoamericana se crearon los Lineamientos para la Elaboración de Planes Nacionales de Acción en Promoción de la Salud documento que constituye un marco general y estrategias operativas para que la promoción de la salud contribuya de manera importante a reducir la inequidad y atender las principales causas estructurales de la falta de servicios de salud. Las principales líneas de acción son la planeación participativa que conlleve la reflexión y la acción; y la elaboración de planes nacionales que deberán ser considerados en un contexto general para lograr la equidad global en salud. (Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 2000)

El establecimiento de políticas públicas saludables implica el identificar factores protectores en los ambientes físicos y psicosociales que puedan contribuir a aumentar la capacidad de los determinantes de la salud. Entre éstos se pueden mencionar:

- Acceso al trabajo
- Seguridad económica
- Vivienda adecuada
- Una educación de calidad para todos
- Seguridad de alimentos e higiene de los mismos

¹¹ Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/5thGlobalConf.htm>

- Acceso a alimentos sanos, además a la información, a transporte seguro, recreación, áreas de actividad física,
- Y oportunidades para desarrollar habilidades para la vida y estar conectado a redes de apoyo social.

A partir de estos lineamientos diversos han sido los enfoques con los que se aborda la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en Latinoamérica, un ejemplo es, México y uno de sus estudios comparativos que parten de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que plantean metas importantes relacionadas con la reducción en la mortalidad materno-infantil y el acceso universal a la atención de la salud reproductiva; estos estudios muestran un registro del gasto en salud ejercido por parte de diferentes agentes financieros en atención a estos temas. A su vez se trata entonces de un compendio de indicadores financieros que aporta una perspectiva única para analizar el diseño y aplicación de las políticas públicas en la materia de salud que permite, por ejemplo, observar los efectos que tienen los cambios en dichas políticas sobre el gasto en salud. Por otra parte, se convierte en instrumento de rendición de cuentas de la gestión pública en estos temas.

Para efectos prácticos, se define Salud Reproductiva como el conjunto de actividades relacionadas con los programas de salud materna perinatal y planificación familiar, cáncer cervicouterino, cáncer mamario, violencia y equidad de género, cáncer de próstata, y acciones relacionadas con la salud reproductiva. Adicionalmente, se incluyeron las actividades de promoción de la salud, rectoría y administración brinda información financiera sistematizada y organizada que permite hacer comparaciones a lo largo del tiempo sobre el gasto realizado alrededor de los programas de salud reproductiva, quiénes lo realizan, hacia donde fluye y quiénes son los beneficiarios del mismo un conocimiento que puede contribuir a una mejor asignación de recursos en la materia bajo criterios de eficiencia y equidad, y con miras a la mejora definitiva de la salud de las mujeres mexicanas.

Además se definen las políticas que tienen que ver con la salud más que con la enfermedad, las políticas de salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, instituciones y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionar la forma y el contexto en el que viven. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad (Burgos, Capítulos II y III, 2010). Una política pública de salud es un mecanismo para invertir en salud, en el desarrollo humano y social sostenible, son los mecanismos claves para garantizar la existencia de las condiciones necesarias de la salud, como lo son el trabajo, la paz, la educación, justicia social y la equidad por lo que deben ser parte de las acciones primordiales de los gobiernos es decir un tema constante o hasta cierto punto permanente en la Agenda Política Nacional.

Capítulo III

-Caracterización de la SR en Guatemala-

3.1 Contexto guatemalteco de la Salud Reproductiva

La salud pública de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- de Guatemala, implica la protección de la salud además de la prevención de enfermedades y la promoción de la misma, pero se define como aquellas actividades basadas en el análisis de riesgos asociados a los alimentos y riesgos ambientales, a la preservación del entorno saludable, que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana y a la habitabilidad de las viviendas, los medios de transporte, así como a la protección de aquellos otros riesgos y fuentes de peligro para la salud física y mental, que surjan en el contexto social.(MSPAS, 2015)

El MSPAS promueve la “Paternidad y Maternidad Responsable” que consiste en apoyar al fortalecimiento de la Salud Reproductiva con acciones de promoción, prevención, atención y recuperación; con un enfoque de equidad de los derechos y obligaciones como padres y madres responsables. A través de la participación de todos los actores y sectores involucrados además motiva y estimula la participación del hombre para involucrarlo en las acciones de la Salud Reproductiva, pese a las cargas sociales que esto genera. El objetivo es incidir en los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y legales para fomentar la Paternidad y Maternidad Responsable. Por último como resultado diseñar e implementar estrategias con participación multidisciplinaria y multisectorial para promover y fomentar integralmente el ejercicio de la Paternidad y Maternidad Responsable.

En términos de la Salud Reproductiva incluye a los niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, y hombres y mujeres adultos mayores con el fin de impulsar acciones que garanticen padres/madres saludables que a su

vez tengan hijos/as saludables capaces de ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfrutar de los beneficios sociales de la vida (MSPAS, 2001). Las principales acciones que se realizan son en las áreas de:

- Salud materna y neonatal.
- Atención integral a la niñez, adolescentes, mujeres y hombres.
- Prevención del riesgo reproductivo.
- Salud mental
- Prevención y control del cáncer ginecológico.
- Promoción de la participación masculina en actividades de salud reproductiva.
- Atención integral a la salud de los adolescentes y prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.

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

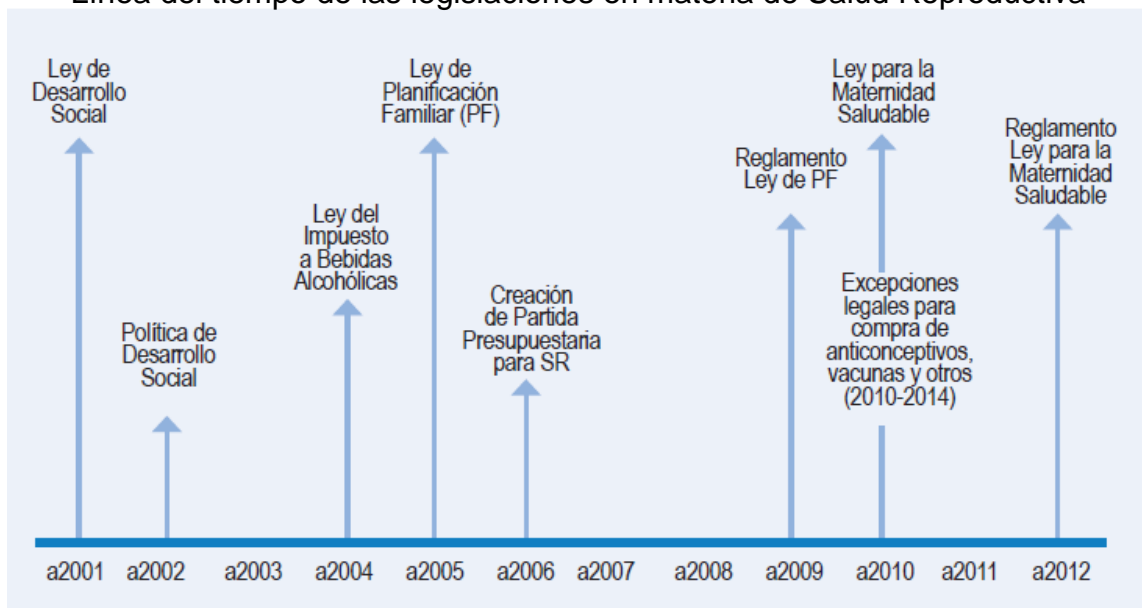
- La información, orientación y servicios de planificación familiar;
- La atención prenatal, del parto y posnatal;
- La atención de la salud infantil;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual - ETS- y las infecciones del tracto reproductivo;
- Donde sea legal, los servicios seguros de aborto y el tratamiento de las complicaciones relacionadas al aborto;
- La prevención y el tratamiento de la infertilidad;
- La información, educación y orientación en materias de sexualidad humana y salud reproductiva y paternidad y maternidad;
- Si no se ofrecen servicios de tratamiento y diagnóstico del cáncer del sistema reproductivo y VIH/SIDA, debería organizarse un sistema de referencia a este tipo de atención o servicios.

El proceso de mejoría ha sido un proceso muy lento y los diversos cambios sociales hacen que la preocupación sobre el avance de la Salud Reproductiva sea cada vez más grande.

La Salud Reproductiva a nivel jurídico posee instrumentos internacionales de los que el país es signatario, además existen leyes y sus reglamentos en los que últimamente la sociedad civil ha sido partícipe. Por lo que el marco político y legal que propicia el fortalecimiento de acciones directas en el campo de la salud reproductiva lo constituye la Ley de Desarrollo Social, Ley de Acceso Universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su reglamento, es importante detallar que la Ley de Maternidad Saludable y la Ley de Dignificación y Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA y sus respectivos reglamentos se relacionan a la -SR- aunque son específicas para otros temas (Veáse Figura No. 2); en este abordaje son las primeras dos de las que se hará un análisis profundo además de las acciones específicas (a nivel de ministerio) como la Política de Desarrollo Social y Población del -MIDES-Ministerio de Desarrollo Social, el Plan Nacional de Salud 2000-2004 del-MSPAS y acciones más específicas como el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Figura No. 2

Línea del tiempo de las legislaciones en materia de Salud Reproductiva



Las situaciones relacionadas con la problemática de salud, servicios de salud y la respuesta adecuada a éstos en Guatemala requieren una atención específica, hay algunas variables (medicina preventiva y curativa, como son fecundidad, mortalidad y migración entre otras) que deben tomarse en cuenta al momento de planificar cualquier acción que pueda contribuir a reducir los riesgos en materia de salud.

3.2 Ley de Desarrollo Social -Decreto Número 42/2001-

La Ley de Desarrollo Social responde a la necesidad de valorar el fortalecimiento de los planes, programas, proyectos de salud, contribuyendo al desarrollo social integral de los guatemaltecos y guatemaltecas. Por ejemplo, las estrategias de planificación encaminadas a fortalecer la cobertura educativa, en todos sus niveles y llevar a cabo las acciones destinadas a la transformación curricular, incluyendo la temática de gestión ambiental, gestión de riesgos y educación en la población.

El acceso al desarrollo integral es un derecho inalienable (a nadie se le puede negar ese derecho) para todos los guatemaltecos y guatemaltecas. El objetivo de la Ley de Desarrollo Social es crear un marco jurídico que permita implementar los procedimientos legales y las políticas públicas para el desarrollo social de las personas con énfasis en los grupos de especial atención, en el marco de la Política de Desarrollo Social y Población existen mecanismos para dar atención especial a grupos de guatemaltecos y guatemaltecas en situación de vulnerabilidad. Los sectores de especial atención son:

- Poblaciones Indígenas.
- Mujeres.
- Personas en precariedad
- Niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad.
- Personas adultas mayores.
- Personas con Capacidades Diferentes.
- Poblaciones móviles (migrantes internos e internacionales)
- Otros grupos sociales

3.2.1 Objeto

La ley tiene por objeto 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.

3.2.2 Beneficiarios

La ley establece los principios, procedimientos y objetivos que deben ser observados para que el desarrollo nacional y social genere también un desarrollo integral, familiar y humano. Para efectos de la presente Ley, se consideran como grupos o sectores que merecen especial atención en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de la Política de Desarrollo Social y Población, a los siguientes:

- Indígenas, con el objeto de promover la plena participación de la población indígena en el desarrollo nacional y social, con pleno respeto y apoyo a su identidad y cultura.
- Mujeres, con medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres en todo su ciclo de vida, y para lograr su desarrollo integral promoverá condiciones de equidad respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencia, abuso y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, observando los convenios y tratados internacionales ratificados por Guatemala.
- Áreas precarias, los Planes y Programas destinarán acciones y medidas específicas para atender a las áreas precarias. Para su ejecución, el Estado asignará los recursos humanos técnicos y financieros necesarios para lograr el desarrollo de las personas y las familias que forman parte de estas áreas.
- Niñez y Adolescencia en situación de vulnerabilidad, se considerarán disposiciones y previsiones para crear y fomentar la prestación de servicios

públicos y privados para dar atención adecuada y oportuna a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.

- Personas adultas mayores, considerando medidas especiales para incorporar al desarrollo y promover la salud y bienestar integral de los adultos mayores, protegiendo a la vejez.
- Discapacitados, con medidas especiales para incorporar al desarrollo y promover la salud y bienestar integral que proteja a estos grupos.
- Población migrante y otros grupos, con atención especial según lo requieran o según la dinámica demográfica, económica y social de Guatemala y aquéllos que indiquen otras leyes.

3.2.3 Mecanismo de Trabajo

Para dar cumplimiento a la Ley de Desarrollo Social se crea la Política de Desarrollo Social y Población con programas intersectoriales para cumplir los objetivos y las metas de desarrollo. (Véase Anexo 3)

3.3 Programa Nacional de Salud Reproductiva

El programa específico es el Programa Nacional de Salud Reproductiva –PNSR– que en el marco legal de la Ley de Desarrollo Social el MSPAS oficializa sus acciones para:

- Mejorar el ambiente político y normativo con la revisión y actualización de las guías nacionales de salud reproductiva, revisión de las normas de atención, asignación para la atención en salud reproductiva y firma de convenios de cooperación con agencias donantes.
- Implementar la estructura organizacional y gerencia, lineamientos técnicos y normativos en el nivel central, de áreas y distritos, manuales de administración logística de medicamentos, con criterios de calidad, enfocados a las necesidades de los usuarios/as.

- Mejorar el acceso y calidad de los servicios, todos los hospitales del MSPAS prestan servicios de planificación familiar, incluyendo anticoncepción quirúrgica voluntaria en algunos de ellos, equipamiento esencial para provisión de servicios de planificación familiar en hospitales y centros de salud y capacitación.

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

El Programa Nacional de Salud Reproductiva tiene como misión contribuir a 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 niveles descentralizados.

Y su visión es ser un Programa de salud reproductiva que funciona de una manera eficaz y eficiente y está articulado intra ministerialmente, con otros ministerios, con sectores de la sociedad civil y los gobiernos locales para la normalización de los procesos de prestación de servicios de alta calidad, costo efectivo, aceptable culturalmente y con enfoque de género.

La naturaleza del PNSR es regulatoria y normativa con funciones de transferencia de normas, lineamientos, protocolos y estrategias pero no de ejecución directa. Se desliga desde el ámbito ministerial central y se proyecta hacia el ámbito nacional a

través de las Direcciones de Áreas de Salud y sus establecimientos deben abarcar el ámbito municipal y regional (MSPAS, PNSR; 2003).

Las estrategias definidas son:

- Difundir e informar el marco legal y político internacional y nacional, que norma la salud reproductiva en el país, a todos los actores políticos y sociales del país, en coordinación y articulación con otras instancias vinculadas al tema.
- Generar el involucramiento coordinado de todas las instancias intra e intersectoriales que permitan la consecución de los objetivos comunes para la reducción de la Mortalidad materna.
- Participar en el fortalecimiento de la rectoría del MSPAS priorizando las acciones de las agencias nacionales y de cooperación en lo referente a la atención a la mujer, el hombre en su período reproductivo y el neonato.
- Fortalecer la capacidad técnica del recurso humano mediante la transferencia de las competencias que permitan el mejoramiento del desempeño.
- Incorporar dentro del análisis de sala situacional en los distintos niveles de atención la problemática de salud reproductiva en coordinación con epidemiología.
- Integrar en los instrumentos del Sistema Gerencial de Información en Salud y Supervisión, la información que permitan el registro y análisis para la toma de decisiones, en los distintos niveles de atención.
- Participar, promover y articular con otros actores, intraministeriales e intersectoriales investigaciones en aspectos de salud reproductiva.
- Y el establecimiento de los mecanismos que aseguren el financiamiento de los insumos necesarios para el cumplimiento de las acciones del PNSR, incluyendo los métodos de planificación familiar.

El PNSR consta de 7 componentes para su funcionamiento, sus mecanismos de trabajo y áreas prioritarias así como los detalles de cada uno fueron vaciados en un cuadro comparativo para una mejor apreciación de cada uno de sus áreas de trabajo y principales resultados. (Véanse Anexos 4 y 5)

Las acciones en materia de educación se encuentran en el artículo 31, son complementarias a las acciones en salud utilizando criterios como formación socio-demográfica, con el objetivo de estudiar la importancia y el impacto de los cambios demográficos en el desarrollo social del país. Para lograr comportamiento personal basado en una concepción integral de la sexualidad humana se incluye el criterio de Educación sexual orientada a desarrollar valores y fomentar estilos de vida saludables en sus aspectos biológico, psicosocial y del desarrollo integral de la persona. El último criterio es la paternidad y maternidad responsable mediante el ejercicio de la libertad de los individuos.

3.4 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva - DECRETO NÚMERO 87/2005-

Esta ley tiene como propósito garantizar el acceso de hombres y mujeres guatemaltecas a servicios de planificación familiar, esto conlleva la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva y la provisión de todos los métodos de planificación familiar. La existencia de esta ley implica que los métodos de planificación estén al alcance de muchas mujeres y hombres, adultos y jóvenes.

El acceso a métodos de planificación familiar incidiría en la disminución de la tasa de mortalidad materna ya que le permitiría a las mujeres espaciar sus embarazos y apoyarlas en la decisión de cuándo quedar embarazadas, un dato complementario es que en Guatemala mueren 2 mujeres diariamente debido a complicaciones antes, durante o después de un parto. La tasa de muerte materna de 153 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, la segunda más alta en Latinoamérica. (EMSI 2008-2009)

3.4.1 Objeto

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

3.4.2 Funciones

- Velar por la disponibilidad de fondos, especialmente del sector público, para la compra de anticonceptivos, a través de procesos de diálogo y abogacía con los diferentes actores que inciden en la asignación de recursos financieros e identificación de diversas fuentes de financiamiento, particularmente para las instituciones del Estado.
- Formulación de estrategias y mecanismos para acceder a precios competitivos en el mercado internacional y la compra a escala de métodos modernos de planificación familiar.
- Velar para que las instituciones que forman parte de la Comisión, definan y compartan políticas y estrategias en materia de logística de anticonceptivos.
- Abastecimiento de métodos modernos de espaciamiento de embarazos a las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud.

3.4.3 Beneficiarios e Instituciones responsables

La población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.

La Ley de Planificación Familiar debe ser aplicada en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimiento de la red pública de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, entidades privadas y las Organizaciones No Gubernamentales -ONG' s- que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención. En el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado el MSPAS deberá establecer una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca.

3.4.4 Propósito

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

3.4.5 Mecanismo de trabajo

Se define en los artículos 17 al 21 donde es creada la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos –CNAA- como la responsable de velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a servicios de planificación familiar, integrada por un representante de:

- Ministerio de Educación.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ministerio de Finanzas Públicas.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-.
- Asociación Pro Bienestar Familiar -APROFAM-.
- Secretaría Presidencial de la Mujer.
- Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas -AGMM-.

- Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres.
- Defensoría de la Mujer Indígena -DEMI-.

(Véase Anexo 6)

3.5 Otras leyes

Existen además otras leyes que contienen ciertas regulaciones en materia de -SR- sólo que su ámbito de regulación es menor en comparación a las leyes previamente analizadas. Para detallar el ámbito de acción de estas otras leyes se construyó un cuadro en donde se detallan los artículos relacionados a la -SR-. (Véase Anexo 7)

3.6 Nuevas acciones en materia de SR

En julio del presente año se lanzó el Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032, el Plan Nacional de Desarrollo giró en torno a cuatro ejes: Estado garante de los derechos humanos y conductor del desarrollo; Bienestar para la gente; Riqueza para todas y todos, y Recursos naturales hoy y para el futuro.

Se divide en dos partes que incluyen entre otros temas: análisis crítico de la planificación del desarrollo en el país; la participación ciudadana y desarrollo; Guatemala, el centro del mundo; la recuperación del Estado; interdependencia urbano rural; K'atun: concepto, principios, valores y cambio de paradigma en la planificación nacional y un escenario posible Nuestra Guatemala 2032¹².

¿Qué significa K'atun? Un K'atun simboliza 20 años del calendario de la civilización maya. El K'atun representa la posibilidad de conectar el pasado, el presente y el futuro de los pueblos indígenas. Cada nueva era representa un proceso de perfeccionamiento del ser humano y de la sociedad.

¹² Título del posible escenario para Guatemala en el año 2032.

¿Qué es K'atun: nuestra Guatemala 2032? Desde la perspectiva de la Secretaría de Planificación es un Plan Nacional de Desarrollo de 20 años, al cual se le ha denominado K'atun: nuestra Guatemala 2032, este plan implica una visión conjunta, compartida y de largo plazo de la Guatemala que se pretende lograr en el año 2032.

3.6.1 La Iniciativa K'atun: nuestra Guatemala 2032

De acuerdo a la caracterización del Plan K'atun Guatemala es una sociedad que muestra una gran cantidad de diversidades y diferencias: políticas, económicas, sociales, culturales, climáticas, lingüísticas, sexuales, de género, de capacidades, generacionales, ambientales. Todas estas características no se han considerado como elementos que potencian el desarrollo; sino por el contrario han sido utilizadas para profundizar un modelo de desarrollo inequitativo y desigual.

En la actualidad, el bienestar de las personas se define por condiciones de desigualdad y exclusión social construidas históricamente y que han condicionado sus posibilidades de acceso a recursos y servicios, para ellas y sus familias. La acumulación de exclusiones genera condiciones de vulnerabilidad a grupos poblacionales completos, para complementar esto en los últimos diez años (2001-2012) el crecimiento económico ha sido modesto, y no contribuyó a la reducción de los altos niveles de desigualdad, ni generó empleos dignos y decentes; además se ha inhibido el traslado de los beneficios del crecimiento a la población en general, particularmente afectando a un sector amplio de la población que se encuentra en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

Las acciones de política social, no necesariamente han contribuido al bienestar y la reducción de las brechas de desigualdad esto complica la situación. Ante la complejidad de la sociedad guatemalteca y del mundo actual, se hizo necesario que el país desarrollara una estrategia de largo plazo que comprenda las diferentes dinámicas del desarrollo y los desafíos en términos sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos.

Una forma de comprender mejor la desigualdad, es examinar las posibilidades y capacidades que tienen las personas de mejorar sus niveles de bienestar y luego ubicarlas en las dimensiones del bienestar, desde esta perspectiva se deben analizar los indicadores de ingreso o de consumo, por ejemplo. Gozar de bienestar implica contar con una serie de condiciones de vida para vivir bien, es decir, estilos de vida y ambientes saludables, así como desarrollo de capacidades para la toma de decisiones, la autonomía y el ejercicio ciudadano.

También el Índice de Desarrollo Humano -IDH- usado mundialmente para clasificar a los países de acuerdo con las condiciones de vida de sus ciudadanos, permite explicar y comprender cómo una sociedad promueve el bienestar de sus habitantes.

(Ver Gráfica 1)

En Guatemala, durante el período comprendido entre 1980 y 2012, el IDH varió a razón de 0.005 puntos porcentuales anualmente, pasando de 0.432 a 0.581.

Gráfica No. 1

Poblaciones	2000	2006	2011
Índice de Desarrollo Humano (IDH) promedio nacional	0.512	0.569	0.580
Urbana	0.629	0.656	0.658
Rural	0.414	0.463	0.484
Indígena	0.400	0.460	0.483
Ladino/mestizo	0.573	0.622	0.629

Fuente: PNUD (2014). *Sinopsis del desarrollo humano en Guatemala, con base en las Encovi de 2000, 2006 y 2011*

En 2012, ello colocó al país en la posición 133 entre 187 países. El IDH está compuesto por varios indicadores: expectativa de vida al nacer, principales años de escolaridad y producto interno bruto (PIB) per cápita.

Datos del Informe Nacional de Desarrollo Humano del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- muestran brechas significativas entre grupos de la población a partir de su situación socioeconómica, así como de su identidad étnica y su residencia. Las personas que habitan en el área rural enfrentan condiciones de vida adversas; para ellas, el IDH del año 2011 apenas alcanzó un 0.484, en tanto que para la población de áreas urbanas ascendió a 0.658. Para la

población indígena, ese mismo año se calculó un IDH de 0.483; entre las poblaciones mayas, la que tiene el IDH más bajo es la etnia q'eqchi', con un índice de 0.445.

Las tres variables que constituyen el IDH son producto de una serie de condiciones de vida tales como salud, nutrición, acceso a servicios de agua y saneamiento, acceso a educación y condiciones de vivienda digna, entre otros. Todos estos elementos constitutivos del bienestar deben ser garantizados por el Estado, asegurando condiciones igualitarias para el desarrollo de capacidades de todas las personas. La casi inamovilidad del Índice demuestra que Guatemala ha realizado pocos esfuerzos para ampliar las oportunidades de desarrollo de sus ciudadanos y, con ello, se mantienen las brechas de desigualdad.

Son necesarios los cambios estructurales y definiciones políticas de largo plazo, acuerdos nacionales y la intervención de distintos poderes del Estado para poder reducir la desigualdad, un proceso complejo que requiere mayor responsabilidad es del Estado, obviamente por la distribución de recursos, pero no sólo de carácter económico, sino también políticos y sociales.

La planificación es la herramienta estratégica que articula la serie de iniciativas enfocadas a impulsar el desarrollo del país. Por ello, una Agenda Nacional de País constituye el instrumento marco indicativo de la planificación del Estado de Guatemala, todo esto a través de lineamientos democráticos, técnicos y estratégicos y expresa la visión prospectiva del país. La construcción del Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032 se basó en el marco del Sistema de Consejos de Desarrollo -SISCODE- cuyo objetivo es organizar y coordinar la administración pública mediante la formulación de políticas de desarrollo, planes y programas presupuestarios y el impulso de la coordinación interinstitucional, pública y privada.

La elaboración de la Agenda K'atun define lineamientos para el desarrollo sostenible del país, abordando temas económicos y sociales, así como el manejo responsable de los recursos naturales y medio ambiente del territorio guatemalteco. Es una propuesta de reflexión con participación de todos los guatemaltecos y guatemaltecas para construir una visión conjunta de la nación, tomando como base el análisis de las tendencias demográficas, socioeconómicas y geográficas, así como los patrones de comportamiento del país en el futuro. La agenda K'atun 2032 es un proceso en el cual se pretende construir el consenso colectivo acerca de una visión estratégica de desarrollo del país, para transformar la realidad y alcanzar un mejor futuro, es una serie de acciones de diálogo, interlocución y análisis técnico, que en conjunto darán lugar a un Plan Nacional de Desarrollo -PND- que articule políticas públicas, programas y proyectos.

3.6.2 Resumen K'atun, los componentes de salud: morbilidad y mortalidad general, morbilidad y mortalidad en menores de cinco años y mortalidad materna, la salud sexual y reproductiva, atención del virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida -sida-.

Los derechos humanos y entre ellos el derecho a la salud, están respaldados por compromisos nacionales e internacionales orientados a priorizar el derecho y la calidad de vida de las personas. En el contexto nacional el abordaje de la problemática de salud destaca la morbilidad¹³ y mortalidad¹⁴ general de la población, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, el acceso a la salud sexual y reproductiva, así como la atención del virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida -sida-.

¹³ Morbilidad es el total de personas que están enfermas en un sitio y tiempo determinado. Con el objetivo de estudiar los motivos de aparición de la enfermedad, evolución y control de la misma, así como, encontrar la cura del mal, existen 2 tipos de tasas de morbilidad. La **tasa de prevalencia** realiza estudios de los casos más antiguos y recientes de la enfermedad patológica en un período o lapso determinado, y a su vez, **la tasa de incidencia** se refiere al desarrollo de la enfermedad en un tiempo determinado. La tasa de morbilidad permite describir el estado de salud de una población, asimismo, estudiar la aparición y evolución de las diferentes enfermedades y su posible cura.

¹⁴ Mortalidades el número de defunciones en una población y período determinados.

3.6.2.1 Morbilidad y mortalidad general

Las enfermedades epidemiológicas de Guatemala se caracterizan por la coexistencia de enfermedades pertenecientes tanto al grupo de las infecciosas y parasitarias como al grupo de las crónico-degenerativas, esta condición representa un doble desafío: enfrentar la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y, a la vez, abordar la creciente mortalidad por causas no transmisibles.

Para el año 2002, la morbilidad de la población general estaba asociada con enfermedades infecciosas como las respiratorias agudas, el parasitismo intestinal, la diarrea y la anemia. Las infecciones respiratorias fueron las que más afectaban tanto a hombres (26.83%) como a mujeres (25.60%), mientras que enfermedades como la diarrea eran más frecuentes en los hombres (6.82%) y la anemia en las mujeres (5.54%) (MSPAS, 2002). En 2011, las infecciones respiratorias agudas (47.6%), el parasitismo intestinal (10.1%), la gastritis (8.9%) y las infecciones de las vías urinarias (6.8%) fueron las cuatro causas que representaron el 73.36% del total de las consultas a los servicios de salud en este año (MSPAS, 2012). Estas enfermedades afectan con una magnitud diferente a hombres y mujeres. En el reporte del MSPAS del año 2012 se indica que las infecciones respiratorias agudas se presentaron mayormente en hombres, en un 51.76%, mientras que el porcentaje en mujeres fue de 44.97. La gastritis, por su parte, es más frecuente en hombres (8.90%) y la parasitosis intestinal en las mujeres (11.10%) (MSPAS, 2012). La siguiente tabla compara las cuatro principales causas de morbilidad materna para los años 2002 y 2011.

Gráfica No. 2

Morbilidad materna (2002-2011)

2002				2011			
Anemia	Infección urinaria	Enfermedad péptica	Infecciones respiratorias agudas	Gastritis	Infección urinaria	Resfriado común	Infecciones respiratorias agudas
11.13	8.17	7.58	6.78	19.25	17.26	16.28	10.49

Fuente: MSPAS (2002). *Memoria anual de vigilancia epidemiológica*; MSPAS (2012). *Diagnóstico Nacional de Salud*, Guatemala

Guatemala atraviesa una transición epidemiológica propia de los países en vías de desarrollo. Los cambios significativos en la morbilidad y mortalidad de la población adulta, especialmente en el área urbana, están influenciados por los cambios en el estilo de vida, tales como el sedentarismo, el estrés y la alimentación no saludable. Por otro lado, destacan algunas enfermedades crónico-degenerativas como infartos, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus y cirrosis hepática, a las que se debe prestar la debida atención.

3.6.2.2 Morbilidad y mortalidad en menores de cinco años

En el período comprendido entre los años 2002 y 2012, el perfil de enfermedades de los de los niños menores de un año no presentó variaciones significativas, dado que las causas principales de morbilidad fueron las infecciones respiratorias y las enfermedades asociadas con la calidad del agua y los alimentos (tales como diarreas y parasitismo intestinal, entre otras).

Para medir los avances y/o retrocesos en la reducción de los índices de mortalidad en niñas y niños se identifican dos grupos de edad: el primero contempla a infantes de cero a once meses (mortalidad infantil) y, el segundo, incluye a la niñez menor de cinco años (mortalidad en la niñez). Estos dos grupos requieren la implementación de medidas de prevención durante los primeros años de vida, con la finalidad de garantizar su desarrollo integral.

La tasa de mortalidad infantil incluye a los niños y niñas que mueren en el período neonatal o post neonatal como consecuencia del limitado acceso a la atención durante el embarazo, parto y postparto. Muchas de las muertes en este grupo de edad pueden relacionarse con las condiciones nutricionales del entorno familiar, cuidado del infante, condiciones de salud y habitacionales en las que se desarrolla el período de gestación y el primer año de vida. Para el año 2002, la tasa de mortalidad infantil alcanzaba los 39 niños(as) por cada mil nacidos vivos.

Algunas acciones que han contribuido a disminuir estos índices por ejemplo la implementación del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, programas de protección social (atención a la salud, educación y/o seguridad alimentaria y nutricional) y campañas masivas de vacunación y desparasitación focalizadas en menores de dos años. No obstante, aún persisten brechas al respecto del promedio nacional de mortalidad infantil, en especial en el área rural, donde la prevalencia es del 38%, y en la población indígena, donde es del 40% (Segeplán, 2010).

Algunos de los departamentos más afectados por la mortalidad en ambos grupos de edad son Chiquimula, Santa Rosa, Totonicapán, Sololá, San Marcos y Suchitepéquez (Segeplán, 2010). Entre las principales causas de mortalidad en la niñez (menores de cinco años) se identifican la neumonía (34.4%), la diarrea (18.4%) y la desnutrición (3%). Estos padecimientos se incrementan a raíz de las condiciones precarias en las que vive un alto porcentaje de la población guatemalteca. La tasa de mortalidad en este grupo de edad se ubica en 45 por cada mil nacidos vivos para el período 2008-2009, frente a una tasa de 59 durante el año 2002 (Ensmi 2008/2009).

Los datos anteriores reflejan la vulnerabilidad de los niños y niñas menores de cinco años ante enfermedades que afectan su crecimiento, desarrollo físico e intelectual y, en muchos casos, pueden ocasionarles la muerte. Las estadísticas de salud evidencian que los mayores índices de morbilidad y mortalidad infantil se observan en el área rural y en población indígena. Mejorar las condiciones de salud infantil requiere intervenciones integrales que favorezcan las acciones preventivas y de promoción de la salud, así como mejorar el entorno familiar y comunitario.

3.6.2.3 Mortalidad materna

La razón de muerte materna -RMM- presenta el número de defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio con relación al número total de nacidos vivos para un período determinado. Para el año 2000, se reportaba en el país una RMM de 153 por cada cien mil nacidos vivos; en 2007, este indicador se redujo en un 8.7%. Tras una serie de esfuerzos desarrollados por el MSPAS —en el marco de la Ley de Maternidad Saludable y como producto de acciones de auditoría social—, durante los años 2010, 2011 y 2012 pudo observarse una caída acelerada en la RMM, que en 2012 se redujo a 110 por cada cien mil nacidos vivos.

Entre las principales causas directas de la mortalidad materna se indican, para el año 2013, hemorragias, hipertensión, infecciones y abortos, variables que han sido constantes en la última década. Desde el año 2000 se observa una reducción de las muertes por infecciones y aborto, en la siguiente gráfica se presenta de una manera más sintetizada.

Gráfica No. 3

Principales causas de mortalidad materna (en porcentajes)

Causa	Año		
	2000	2007	2013
Hemorragia	53.3	41	41
Hipertensión	12.1	16.6	25
Infecciones	14.4	15.5	8
Aborto	9.5	6.3	5

Fuente: MSPAS (2003). *Informe final de la línea basal de mortalidad materna para el año 2000*; Segeplán/MSPAS (2011). *Estudio nacional de mortalidad materna*.

Las situaciones de riesgo de la mortalidad materna se incrementan cuando las mujeres presentan otro tipo de enfermedades preexistentes, tales como anemia o problemas de nutrición, así como ausencia de controles prenatales periódicos y/o falta de asistencia a los servicios de salud especializados en atención del parto (especialmente cuando surgen urgencias obstétricas o por la condición de

multíparas). En 2002 se reportaba en el país un 41.1% de cobertura de partos con asistencia de personal sanitario especializado (médico o enfermera); en 2009, el indicador presentó un aumento de un poco más de diez puntos porcentuales (51.4%). Según datos de 2008-2009, un 48% de los partos se atendió en el domicilio de las embarazadas o en el de las personas que asisten el parto. En los últimos años se ha ido capacitando y consolidando una red de comadronas; no obstante, se observa una limitada incorporación de la atención con pertinencia de pueblos maya, xinka y garífuna, en los servicios de salud (Ensmi 2008/2009). Existe un bajo registro de atención a mujeres en su propio idioma o de atención a la salud tomando en consideración la cosmovisión de los pueblos indígenas.

3.6.2.4 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva como un derecho se encuentra institucionalizada desde el año 2001, con la Ley de Desarrollo Social donde la educación sexual integral constituye una de las principales estrategias que permiten tener una vida sexual coherente con la dignidad personal. La educación sexual integral debe llevar a las mujeres y a los hombres a tomar decisiones con información veraz, pertinente y oportuna; información que posibilite su desarrollo en una cultura de responsabilidad así como el ejercicio de derechos al respecto de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, con la suficiente libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia procrear o no y a decidir sus opciones de vida.

La dinámica demográfica no es un asunto aislado, ya que implica cambios en las estructuras de edades en torno a la distribución geográfica de las personas, es una de las dimensiones de análisis que se requiere para promover medios de vida sostenibles que garanticen el bienestar de las familias y las comunidades. Algunos datos de interés:

- En el año 2012 se registraron 388,440 nacimientos, esto es, un 4% más que en 2011 (la relación de nacimientos registrados fue de 103 niños por cada 100

niñas) el departamento de Guatemala registró la mayor cantidad de nacimientos, mientras que El Progreso registró la menor cantidad.

- Los otros departamentos que reportaron la mayor tasa bruta de natalidad en el año 2012 son Huehuetenango, Alta Verapaz y Chiquimula.
- Otro dato relevante es que, del total de nacimientos, el 27.8% correspondió a madres menores de veinte años (Veáse Gráfica 4). El porcentaje de embarazo adolescente ha ido aumentando en los últimos años, tan sólo en el 2011, se registraron 78,016 partos en niñas y jóvenes comprendidas entre los 10 y los 19 años de edad, así como un total de 2,841 partos en niñas de 10 a 14 años (INE, 2011).

Gráfica No. 4

Indicadores de natalidad, fecundidad, proporción de madres menores de veinte años y nacimientos en centros hospitalarios (2012)

Indicador	Tasa
Tasa global de fecundidad	3.1
Tasa bruta de natalidad	25.8
Proporción de madres menores de 20 años	27.8
Proporción de nacimientos en centros hospitalarios	58.7

Fuente: INE (2012). *Características estadísticas de la República de Guatemala.*

- La mayor parte de los embarazos que se presentan en este rango de edad corresponde a violaciones, abuso sexual, trata y/o explotación de personas (aunque en Guatemala, según el Código Penal, comete delito, violación o estupro quien tenga relaciones sexuales con menores de 14 años) por lo que el problema es aún más grave debido a las consecuencias y secuelas que estos embarazos/violaciones provocan. Una de las consecuencias más drásticas es

la reducción de las posibilidades de tener un mejor desarrollo en el futuro, además del impacto psicológico, físico y social negativo en las vidas de las niñas y las adolescentes, el estigma social, etc.

- El estándar de referencia acerca del período fértil de las mujeres guatemaltecas se ha ampliado debido a los partos en niñas desde los 10 años y en mujeres mayores de 49, pasando de ser un estándar de 15 a 49 años, hacia uno que comprende desde los 10 hasta los 54 años de edad (los partos en niñas y en mujeres de avanzada edad son de alto riesgo).

El acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva es un elemento importante para promover la salud integral, la maternidad y paternidad responsables, reducir el riesgo de embarazos no deseados y la probabilidad de infecciones de transmisión sexual y VIH, especialmente entre la población joven que inicia su vida sexual antes de los 15 años. La Ensmi 2008/2009 indica que la edad mediana de la primera relación sexual en hombres es de 17.2 años, y en mujeres es de 18.3 claro que aunque estos datos son los más recientes, tienen seis años de antigüedad.

Existen cambios significativos en lo relativo al acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la posibilidad de regular la fecundidad mediante métodos de planificación familiar:

- En el año 2009, la tasa de uso de anticonceptivos se ubicó en 54.1% este indicador ha tenido un crecimiento de 10.8 puntos porcentuales con respecto al año 2002 (43.3%). No obstante, aún se ubican por debajo del promedio nacional la población indígena (40.2%) y la población que vive en el área rural (45.6%) (Ensmi 2008/2009).
- El principal proveedor de métodos modernos de anticoncepción es el sector público (60.2%). Los métodos más utilizados por las mujeres son los modernos (Píldora, dispositivo intrauterino (DIU), condón femenino y masculino,

inyección, métodos vaginales, etc.) con un 44% de demanda, frente a un 10.1% de uso de métodos naturales (Por ejemplo, el ritmo y el retiro o coito interrumpido) se reporta un 45.9% de las mujeres guatemaltecas sin acceso a métodos de planificación familiar, lo que eleva a un 20.8% la necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar (Ensmi 2008/2009).

3.6.2.5 VIH y VIH Avanzado

De acuerdo al Centro Nacional de Epidemiología -CNE- en Guatemala el virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y VIH avanzado se consideran una epidemia concentrada en grupos de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, transexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales, privados de libertad, poblaciones móviles entre otros. Variables como el nivel de escolaridad muestran una incidencia en el contagio, personas analfabetas (18.6%) y con escolaridad primaria (37.9%) las más afectadas.

De acuerdo al MSPAS para el año 2013, un total de 81,446 adultos y niños estarían viviendo con VIH, y en el 2013 se registró un incremento de 22,785 casos de VIH con respecto al año 2002, cuando se registró un total de 2,891 casos (MSPAS/CNE, 2012). La detección de casos de VIH es compleja, porque la persona que vive con el virus puede no presentar síntomas sino hasta cuando ya se encuentra en una etapa avanzada, el grupo de edad más afectado por la epidemia se encuentra entre los 20 y los 39 años de edad; de acuerdo a la Ensmi 2008/2009 otros datos relacionados:

- Sólo un 22.54% de jóvenes entre los 15 y los 24 años identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.
- Los hombres son quienes presentan los índices más altos de conocimiento, con un 24.4%, frente a un 21.8% de las mujeres.

- Asimismo, el 57.78% de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad que reportó relaciones sexuales con más de una pareja indicó, a su vez, el uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo (en un 62.25%, para el caso de los hombres, y únicamente en un 24.6%, para el caso de las mujeres). Esto evidencia las relaciones desiguales entre los sexos, lo cual incide en la capacidad de negociar el uso del condón, aumentando, por consiguiente, el riesgo y la vulnerabilidad frente a las ITS, el VIH y el sida.
- La forma de transmisión más alta es la sexual, en el año 2013 ascendió a 93.6% de los casos detectados, y las áreas de mayor riesgo siguen siendo aquellas donde se concentra mayor cantidad de población (o lugares fronterizos y comerciales). Los corredores migratorios y las zonas costeras se presentan como potenciales lugares de transmisión; los departamentos más afectados son Retalhuleu, Escuintla, San Marcos Izabal y Suchitepéquez.

Capítulo IV

“Una aproximación a la Salud Reproductiva en Guatemala”

Análisis Político

4.1 -Los principales actores en materia de SR en el Sistema Político de Guatemala-

La vida política es una serie compleja de procesos mediante los cuales las necesidades (tomadas como inputs) se convierten en decisiones y acciones ejecutivas (tomadas como outputs), el sistema político se constituye como un sistema articulador de conductas inmerso en un ambiente que también está expuesto a las influencias e interacciones políticas de una sociedad. En este sistema convergen ambientes físicos, biológicos, sociales y psicológicos con influencias de otros sistemas de acuerdo a la naturaleza de su origen. El sistema político se caracteriza por regular sus conductas, transformar su estructura interna todo ello con el objetivo de mantener equilibrio de sus influencias o perturbaciones, la manera en que el sistema político reacciona ante las perturbaciones es modificando su ambiente, transformando sus relaciones y/o modificando sus metas y prácticas todo esto para manejar mejor los inputs para no provocar perturbaciones al sistema.

El desarrollo humano está estrechamente unido a la salud de la población y de los individuos, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas y al mismo tiempo el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo.

Dentro de un enfoque sistémico, la salud es un sector dentro del conjunto de sectores de la sociedad donde existen fuentes de financiamiento de otros sistemas, así como instituciones que realizan gastos relativos en salud, además está implícita la población cubierta por asistencia médica.

El sistema de Salud es en sí un sistema complejo que en su conformación tiene elementos que están constituidos por las diferentes estructuras internas como bien pueden ser las direcciones departamentales de salud (su estructura, como las direcciones departamentales y municipales). Cada uno de estos elementos se consideran subsistemas que condicionan en un momento su estudio como sistema, entre todos se producen relaciones e interrelaciones funcionales, que constituyen un proceso de extrema complejidad y cuya resultante traduce la finalidad del sistema; satisfacer las necesidades siempre creciente de salud de la población. En el sistema de salud se formulan sus propias “respuestas” es decir outputs, una de ellas es la forma de distribuir las fuentes y usos de fondos, en el cual se identifican los orígenes del financiamiento, y los sectores y rubros de aplicación de los mismos, y el resultado serían diversos tipos de decisiones materializadas en políticas de tipo:

- Presupuestarias, que definen el monto que asignará anualmente el Estado a la Salud, identificando el porcentaje sobre el PBI, la distribución del gasto, los subsidios directos a las familias, destacándose indicadores de eficiencia.
- Tributarias y financieras: que definen los impuestos afectados que serán aplicados al sector sanitario, subsidios indirectos a empresas proveedoras de bienes e insumos al sector, y el uso del crédito público para el financiar al mismo.
- Y de inversiones, mediante las cuales se realiza el plan de equipamiento, construcciones edilicias y el desarrollo de programas de investigación científica, capacitación y educación en el campo de la salud.

La utilización del enfoque sistémico en las acciones de salud, implican un servicio de salud y las instituciones que brindan esos servicios también así como los niveles de dirección político-administrativos territoriales de salud (con el conjunto de servicios e instituciones según el territorio) esto permite considerar desde un servicio, una institución de servicio, un nivel de dirección administrativa, como un sistema. Por lo tanto no es la sumatoria de sus partes lo que caracteriza al

sistema de salud, sino las relaciones, interacciones e interrelaciones internas y externas, lo cual potencializa sus resultados en función de la atención a la población.

Al discutir el tema de Salud, y para este estudio el tema de Salud Reproductiva existe una tendencia a asumir que todas las decisiones y posibilidades de afectar las políticas públicas de salud pasan únicamente por el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El –MSPAS- es uno de los actores principales pero no el único existen actores de los otros poderes del Estado, agentes económicos privados, gobiernos locales y hasta agencias internacionales de cooperación, que también influyen. En este apartado se definen los principales actores (como resultado, es decir como los “outputs” del sistema político guatemalteco) y sus formas de influencia en materia de Salud Reproductiva en el contexto propio del sistema de salud guatemalteco.

4.2 La necesidad de fortalecer la SR en Guatemala (input)

La situación en Guatemala presenta grandes retos, pero en los últimos años se ha observado una tendencia a la reducción de los niveles de la mortalidad general, a excepción de la neonatal, asociada a escasa cobertura de atención institucional del embarazo y el parto por personal competente (ENSMI, 2002). También un leve descenso de la fecundidad, relacionado al bajo nivel de escolaridad de la población, el alto grado de deserción escolar y el mayor porcentaje de ruralidad, además de las influencias sociales para estigmatizar lo relacionado con la sexualidad y reproducción. Un dato interesante es que la brecha entre fecundidad deseada y no deseada se asocia más a la escasa oportunidad de educación, acceso a la información y servicios sobre salud reproductiva.

El -INE- *Instituto Nacional de Estadística de Guatemala* presenta proyecciones de crecimiento poblacional, según el último censo de población Guatemala cuenta

con 11'237'196 habitantes, siendo la mayor población de Centroamérica; de acuerdo a estos datos la mayor proporción de la población se encuentra en la región metropolitana (y la distribución geográfica de la población es heterogénea en cantidad y grupos étnicos) y en la región central, en donde se concentra el mayor porcentaje de la población indígena es el nor y sur occidente occidente.

Acerca de la situación socioeconómica de la población, en los últimos diez años los niveles de pobreza muestran una leve tendencia a disminuir pero la desigualdad social es más evidente debido a las políticas económicas; cada vez es mayor la población que sufre dificultades para satisfacer las necesidades de servicios esenciales, como la salud, la educación, la vivienda, el agua potable, etc., lo que provoca que sufran mayor vulnerabilidad ante las enfermedades infecciosas (INE, 2002). Otros datos interesantes son los que presenta la -ENSMI- del año 2002 en Guatemala:

- La esperanza de vida al nacer es menor a 65 años, una de las más bajas de América Latina.
- Guatemala tiene los indicadores más rezagados en salud materno-infantil de Centroamérica, por ejemplo: la tasa global de fecundidad es de 4.4 hijo/as por mujer, las mujeres embarazadas reciben menor atención por personal especializado, la desnutrición crónica (definida como el retardo en el crecimiento o déficit de talla para edad) es 49% en los niños de 3 a 59 meses, mientras que el porcentaje de desnutrición global para la misma edad (peso para edad) es del 22.7%.
- Y sobre mortalidad infantil, de cada mil nacidos vivos, 39 mueren antes de su primer año, mientras que la mortalidad en la niñez es de 59 por mil nacidos vivos.
- Además, aunque el uso de métodos de planificación familiar aumentó en los últimos tres años, siendo de 43.3% en mujeres casadas o unidas.

4.3 Los Outputs (instituciones especializadas)

El sistema político guatemalteco a través de sus variables asigna valores o funciones en materia de salud reproductiva a su institución estatal encargada de la Salud Pública el MSPAS aunque debido a otras interacciones en la compleja vida política de la sociedad guatemalteca existe también otra institución especializada que trabaja y existe debido a la necesidad de fortalecer la Salud Reproductiva.

4.3.1 El Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva -OSAR-¹⁵

El Congreso de la República de Guatemala en cumplimiento de su función de fiscalización y en alianza con la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, Facultad de Ciencias Médicas y de la salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsan la formación de un Observatorio en salud reproductiva, con el fin de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva (06-03-2008) donde se le otorga presupuesto para su funcionamiento. (Veáse Anexo No. 8)

En la actualidad en Guatemala la salud reproductiva está fuera del alcance de muchos hombres y mujeres guatemaltecas, a causa de factores como: el poco conocimiento sobre sexualidad humana, información y servicios de salud insuficientes o de mala calidad; y en el contexto nacional el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva como uno de los tantos factores que evidencian la necesidad de un estudio específico en temas de Salud desde una perspectiva política que responda a una necesidad social. Tan sólo de enero a junio 2012 fueron registrados por el - OSAR- la cantidad de 16, 339 partos en adolescentes comprendidas en las

¹⁵ De acuerdo al decreto 21-2004 le concede la utilización del impuesto de modificación a las bebidas alcohólicas.

edades de 10 a 18 años; de los cuales 1,101 corresponden a niñas menores de 14 años (representando 1,101 casos de violencia sexual con el agravante de no contar con denuncia o seguimiento penal) y el Informe de Desarrollo Humano 2012 refiere que 2 de 10 jóvenes desconocen las formas de transmisión del VIH e ITS.

La razón de trabajo de instituciones especializadas como el -OSAR- responde a las preocupantes altas tasas de maternidad adolescente, y su persistencia, debido a las consecuencias y peligros derivados para esa población. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo.

Los factores que provocan esto la mala alimentación, un organismo que aún no está apto para concebir, el maltrato a que con frecuencia son sometidas las adolescentes y la discriminación de género. Otras consecuencias son los obstáculos para la formación escolar y laboral, las desventajas en las perspectivas de vida de los progenitores frecuentemente tanto el padre como la madre son estudiantes-que podrían verse obligados a abandonar sus estudios. Asimismo las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras enfrentando la ausencia e irresponsabilidad de los padres del niño o niña.

La maternidad en la adolescencia es un problema que afecta y amenaza el avance del cumplimiento de los ocho OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, en especial los referentes a la educación primaria, mortalidad infantil, salud materna y equidad de género. Además es una preocupación que ya ha sido abordada en los medios, a continuación noticias relacionadas:

- Noticia del Diario de C.A, de fecha jueves 23 de abril de 2009. El título es “RegISTRAN 15% de aumento en embarazos de adolescentes” la noticia muestra

a una jovencita en los chequeos de rutina del embarazo y como descripción tiene la frase “la poca información de las jovencitas acerca de educación sexual ha incidido en el aumento de embarazos no deseados” además cifras interesantes: 24% de embarazos de adolescentes puede terminar en muerte neonatal. Durante el año 2009 se registraron 4,340 y las edades fueron entre 12 y 19 años.

- Noticia de Prensa Libre, de fecha viernes 8 de septiembre de 2009. Es una nota sobre la Organización Mujer Tierra Viva, solicitando la pronta aprobación del reglamento de la Ley de Planificación Familiar en el marco de la campaña del 28 de septiembre día por la despenalización del Aborto en América Latina. Además la organización opina que los embarazos no planeados y el aborto son las principales causas de la morbilidad y mortalidad reproductiva.
- También existen noticias de posturas antagónicas, noticia de Prensa Libre de fecha lunes 02 de noviembre de 2009. Es la opinión del entonces Cardenal Rodolfo Quezada Toruño quien califica de “inmoral y en contra de la ética” las disposiciones sobre la Educación Sexual desde el 4to. Año de primaria. Además critica la compra de preservativos.

El embarazo en adolescentes es una problemática de raíces muy complejas y múltiples, de modo que el criterio para enfrentarlo debe ser transversal e incluir distintos niveles de acción, a continuación algunas estrategias a considerar:

- Es fundamental revertir el fatalismo relacionado con esta situación y rescatar experiencias y políticas innovadoras que apunten a fortalecer la confianza y el conocimiento de las adolescentes respecto a su vida sexual.
- Utilizar el apoyo educacional para mantener a los adolescentes enfocados en proyectos relativos a su formación como personas.
- Implementar servicios de salud que no estigmaticen, garanticen confidencialidad y brinden servicios tanto de prevención como de suministro de métodos oportunos y de anticoncepción.

- Dar apoyo en el ámbito familiar para un mayor manejo de estas situaciones. Se trata de cambios tanto en los servicios como en la cultura.

4.3.2 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- y su red de servicios

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- y su red de servicios
El MSPAS cuenta con un modelo de atención basado en una red de servicios de salud para dar respuesta a la demanda social de atención médica, a través de infraestructura básica. Esta red de salud se organiza por niveles, a partir de la complejidad de las funciones que se ejecutan:

- El primer nivel está constituido por los centros comunitarios y puestos de salud;
- El segundo, por los centros de salud instalados en el ámbito municipal y generalmente, en las cabeceras municipales y centros poblados (de 5,000 a 20,000 habitantes);
- Y el tercer nivel, por los hospitales departamentales, regionales y de referencia.

Para el año 2011, un 74% de la infraestructura está dedicada al primer nivel de atención; 23% para el segundo nivel y 3% para el tercer nivel, Con relación a la seguridad de la infraestructura, solamente se tiene información parcial, aunque existe infraestructura en todos los niveles de atención, aunque no se tienen datos actualizados sobre su cantidad y calidad. Tampoco se tiene información precisa en materia de equipamiento, la totalidad de los servicios cuenta con el equipo básico.

4.3.2.1 Primer Nivel de Atención

Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias de servicios básicos. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se

interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud de las personas y del ambiente. Los servicios de este nivel están dirigidos a toda la población con especial énfasis en los grupos postergados y pueden ser prestados en establecimientos públicos de salud, en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias que están en el área de influencia. Los establecimientos de este nivel de atención son:

- El Centro Comunitario de Salud: Son establecimientos de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad programática una población menor de mil quinientos habitantes. El Centro Comunitario de Salud se ubica en las aldeas, cantones, caseríos y barrios, es un lugar en que se almacenan medicamentos, se utiliza para reuniones, acciones de prevención o atención eventualmente por equipos básicos de salud.
- El puesto de Salud: Es el establecimiento de servicio de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre 2 mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional de salud pública y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según las normas del Ministerio de Salud y el recurso humano básico es el auxiliar de enfermería.
- Puesto de Salud Fortalecido: Está ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5 mil habitantes. Sirve de enlace entre la institucional y la Comunidad. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de 8 horas, de lunes a viernes. Presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades no complicadas. Se articula con servicios de salud más complejos como los Centros de Salud a través del sistema de referencia y respuesta.

4.3.2.2 Segundo Nivel de Atención

Se encarga de llevar a cabo un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos de este nivel.

- Centro de salud: Es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal, brinda a la población servicios de salud ampliados.
- Centro de Salud Tipo A: Cuentan con servicios de internamiento de treinta a cincuenta camas, están situados en áreas de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia en 10 mil y 20 mil habitantes. Brindan atención de urgencias médicas y pediátricas.
- Centros de Salud Tipo B: Brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes.
- Centro de Atención Médica Permanente -CAP-: Cuentan con servicios de atención médica permanente, con resolución de parto no complicado, estabilización y referencia de urgencias. Cuentan con encamamiento y salas de atención de parto. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros, fundamentalmente en los hogares maternos.
- Centro de atención a pacientes ambulatorios -CENAPA-: Están ubicados en cabeceras municipales, cubre una población promedio de 10 mil habitantes. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación, dirigidas a las personas y al ambiente, con énfasis en programas prioritarios. No cuenta con encamamiento y en caso de desastres o emergencias prestarán atención permanente.

- Centro de Atención Integral Materno-Infantil -CAIMI-: Están ubicados en cabeceras municipales con énfasis en la salud materna infantil, por su accesibilidad permite ser centro de referencia para otros servicios del primer y segundo nivel de atención, cuenta con encamamiento, sala de urgencias, sala de partos y quirófano, para la resolución de urgencias obstétricas (cesáreas).

4.3.2.3 Tercer Nivel de Atención

Brinda servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea de urgencias. Actualmente funcionan 44 hospitales en todo el país, departamental y regional, siendo los de referencia nacional el Hospital Roosevelt y General San Juan de Dios.

- Hospitales Departamentales: Cuenta con especialidades médicas básicas: medicina interna, pediatría, cirugía, gineco-obstetricia, anestesia. Además, traumatología y ortopedia, patología y radiología. Realiza las acciones de promoción y prevención de la salud, brinda asesoría técnica a los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia. Servicios: consulta externa, emergencia y hospitalización.
- Hospitales Regionales: presta servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos. Con las Especialidades de: pediatría, cirugía, gine-obstetricia, anestesia, traumatología y ortopedia, patología y radiología. Además de las Subespecialidades de: gastroenterología, cardiología, neumología, reumatología, hematología entre otras.
- Hospitales de Referencia: Brinda atención médica especializada a la población referida por los establecimientos de la red de servicios de salud que requieren dicha atención. Esta atención médica especializada requiere de tecnología de punta; recursos humanos especializados, materiales y equipos.

Gráfica No. 5

Red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011)

Nivel de atención	Servicios	Cantidad
Primero	Puestos de salud (PS)	777
	Puestos de salud fortalecidos fines de semana (PSF/FS)	245
	Puestos de salud fortalecidos (PSF)	64
	Unidades mínimas (UM)	15
	Total primer nivel de atención	1,101
Segundo	Centros de atención permanente (CAP)	180
	Centros de salud (C/S)	110
	Centros de atención del paciente ambulatorio (Cenapa)	40
	Centros de atención integral materno-infantil (Caimi)	5
	Maternidad cantonal	4
	Centros de urgencias médicas (CUM)	3
	Clínicas periféricas	2
	Servicios especializados	2
	Total segundo nivel de atención	346
Tercero	Hospitales	45
	Total tercer nivel de atención	45
Servicios del MSPAS a nivel nacional		1,492

Fuente: DG/Siás.

4.3.2.4 Extensión de los Servicios

Los equipos básicos de salud visitan como mínimo una vez al mes, los centros de convergencia o centros comunitarios para atender especialmente a las mujeres, llevar el control de crecimiento de los niños y las niñas, controles médicos, entrega de vitaminas, minerales y vacunas entre otros. También realizan visitas domiciliarias y el Facilitador Comunitario atiende diariamente 4 horas. Todas las atenciones y los medicamentos se ofrecen en Centros comunitarios para atención de emergencias. Los paquetes de servicio básicos de salud son:

- Atención a la mujer
- Atención a la niñez
- Atención a urgencias
- Atención al medio ambiente

CONCLUSIONES

- La Constitución Política de la República de Guatemala, el Código de Salud, las Metas del Milenio y la Ley de Desarrollo Social y Políticas, constituyen todo el marco legal que ampara y respalda de forma directa la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social de la prestación de servicios, mejoras del ambiente y desarrollo integral de sus comunidades.
- La Ley de Desarrollo Social que dio origen a la Política de Desarrollo Social y Población, identifica acciones para que se fortalezca el acceso a servicios en materia de salud reproductiva, se mejore la información y se aumente el personal para atender este tema, además tiene un aparatado en áreas de información y educación para 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.
- El Programa Nacional de Salud Reproductiva es el encargado de promover la planificación familiar con consentimiento informado y la atención materna neonatal, el año 2001 se inicia 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, y abortos, y promover la atención pre y post-natal.
- El MSPAS es la entidad con derecho de normar, supervisar, monitorear y evaluar la prestación de servicios básicos de salud para garantizar el cumplimiento de las metas e indicadores establecidos por mandato

constitucional y por responsabilidad institucional. Es la entidad rectora responsable de los compromisos constituidos y firmados deben ser la base para el logro de los objetivos, metas e indicadores centrados en contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población no atendida y las actividades que se realizan en el modelo operativo creado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- En el modelo de extensión de cobertura creado por el MSPAS en el primer nivel de atención incluye la apertura para la participación de la comunidad en los programas y servicios de salud en cuanto a provisión de los servicios así como la suscripción de convenios del MSPAS con las ONGs, constituyéndose estas en Prestadoras de Servicios de Salud.

- El desarrollo del modelo de extensión de cobertura amplía la atención para el primer nivel en la prestación de servicios básicos de salud a la población a través de la participación comunitaria del personal voluntario apoyada por el médico ambulatorio y/o enfermera ambulatoria y el facilitador institucional (a veces contratado por las Organizaciones No Gubernamentales) para ofrecer servicios básicos de salud con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios.

- Es de vital importancia que los servicios de planificación familiar (entre ellos píldoras y preservativos) estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de comadronas (parteras) y otros agentes de salud capacitados, y otros más permanentes como la esterilización deben ser remitidos a un médico; esto para los hombres como las mujeres como personas sexualmente activas, en particular los adolescentes.

- Si las mujeres y hombres, adultos y sobre todo jóvenes (de todas las etnias) tuvieran acceso a la información veraz y científica y sobretodo libre de tabúes y prejuicios sobre la sexualidad y la reproducción, podrían optar a vivir otra realidad, una realidad más humana y placentera, donde el ejercicio de la maternidad y paternidad fuera una decisión libre, responsable y consentida.

RECOMENDACIONES

- Para fortalecer la participación social es importante la organización y coordinación de los componentes del sistema de Salud a nivel local (MSPAS, ONG's, IGSS, autoridades Locales, Lideresas y lideres comunitarios, entre otros) para que en conjunto se reconozca la realidad de salud a nivel comunitario, se definan los intereses y soluciones a las dificultades presentes de forma coordinada y planificada. Todo esto para que se asuma en lo local dentro de la salud, temas como la Salud Reproductiva con opciones para todos y un objetivo compartido desde una perspectiva de desarrollo en el contexto histórico y sociocultural local.
- Debe ponerse más atención a las necesidades de la población rural excluida por carencia de servicios y oportunidades de mejorar su salud de la población, la extensión de cobertura de servicios a la población rural pretende mejorar el acceso y la atención a la salud de la población con énfasis a las mujeres y los niños que son los más vulnerables y con mayor riesgo a través de una atención permanente y con participación de la comunidad.
- La falta de acceso a métodos de planificación familiar está asociada con varios factores, son las dificultades que enfrentan las mujeres como consecuencia de los imaginarios sociales sobre la sexualidad y su rol en la sociedad, lo cual genera dificultades para que las mujeres negocien el uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales (especialmente el condón). Otros factores son la limitada oferta institucional, el escaso acceso a información integral sobre sexualidad, la falta de consejería y el nivel de escolaridad.
- Es importante que todos los sectores sean considerados con sus aspectos y características propias de vulnerabilidad. Por ejemplo con los niños deben considerarse las tasas de mortalidad infantil por malnutrición y por enfermedades infecciosas. De acuerdo al tema de Salud Reproductiva son las

mujeres, quienes presentan una particular vulnerabilidad en la relación a su salud y desarrollo, por razones tanto fisiológicas (riesgos asociados al parto, riesgo de contracción de enfermedades de transmisión sexual y sida, etc.) como socioeconómicas (discriminación en la asignación intrafamiliar de recursos, feminización de la pobreza, etc.). Además, en muchos casos, se ha constatado que las niñas en particular se ven discriminadas en el acceso al alimento, los servicios sanitarios y la educación respecto al resto de la familia.

- Para que la planificación de la Salud sea más coherente a la realidad debe planificarse de manera participativa, que de acuerdo al enfoque de sistemas, un ejemplo son las discusiones con el personal del sistema de salud local para luego compartir la información a nivel de los planes para encajar en un plan coordinado de salud y de desarrollo local, todo esto con el objetivo de romper el círculo de la mala atención de salud, desde los conceptos desactualizados y percepciones erróneas de la realidad y problemáticas. Esto crea bases sólidas para el fortalecimiento del nivel primario de atención y como resultado da acciones que favorecen y promueven un entorno favorable que influye de manera sostenible en el mejor nivel de salud no solo de las personas sino también de las familias y comunidades.
- Es necesario incidir en las condicionantes sociales que influyen en la población, en la educación integral en sexualidad, la promoción del uso del condón y el acceso a pruebas de detección temprana cobran un papel importante para reducir el número de nuevos casos de contagio de VIH y sida. Los datos indican que el VIH se caracteriza por su concentración en poblaciones de mayor riesgo, por lo que debe asegurarse la atención médica y el acceso a retrovirales es imprescindible para garantizar el derecho a la salud de las personas que viven con VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- Ashton J. Escenarios futuros para la salud Pública en Europa. Revisiones en Salud Pública 1993. Capítulo 3 Páginas 3-19.
- Ávila Burgos L.; Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao Belkis. *Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2008 y comparativo 2003-2008*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2010. Coeditado con la Secretaría de Salud (MX).
- Barroso, Carmen. (International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, New York, NY, USA) y Ana Langer (EngenderHealth, New York, NY, USA). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades*. GTR, Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Septiembre de 2009.
- Brown, Josefina Leonor. Lo que dice la gente sobre la salud sexual y reproductiva, INCIHUSA – CONICET / IIGG – FSC- UBA (Argentina). Contenido en:
 - BROWN, Josefina (2003) “El impacto de la globalización en la ciudadanía de mujeres. El caso de los derechos sexuales y reproductivos”. En Revista Confluencia de Sociología, año 1, N° 1, pp. 73-93, de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza. Disponible también en [Versión electrónica]en:<http://www.flacsoandes.org/dspace/handle/10469/1019>
- Milio N. El movimiento "ciudades sanas", la Nueva salud Pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en Salud Pública 1993; Capítulo 3: Páginas 155-167.
- Meny I, Thoening Jean-Claude. Las políticas públicas. Barcelona: Ariel Ciencia Política: 1992.
- RothDeubel, André-Noel. Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Ediciones Aurora; Bogotá, Colombia. 2002.
- Souros AD. El proyecto ciudades sanas de la Organización Mundial de la Salud: Un proyecto que ha llegado a ser un movimiento. Versión castellana: Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP). Valencia: IVESP, 1991

Referencias electrónicas

Por autor

- Aguilar Astorga, Carlos Ricardo y Lima Facio, Marco Antonio. ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, septiembre 2009. [Versión electrónica] Revisado el 09 de Julio de 2015. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm
- Ejea Mendoza, Guillermo. Teoría y ciclo de las políticas públicas. III Proyecto Enfoque institucionalista de la Educación Superior en México. UAM, México. Octubre 2006 [Versión electrónica] Revisado el 09 de Julio de 2015. Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/socialesyhumanidades/03/reportes/eco/lec/vlec021.pdf>
- Peiró, Rosana. Políticas y planes de Salud. Posgrado en Enfermería. Alicante, España. [En red] Revisado el 15 de noviembre de 2014. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/trabajos_realizados.htm#Pol%C3%ADticas_Salud

Por institución

- Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. Actores que influyen en las políticas públicas y en el sistema de salud de Guatemala. Evidencia para Políticas Públicas No. 4 Febrero del 2011. [Versión electrónica] Revisado el 09 de Julio de 2015. Disponible también en [Versión electrónica] en: <http://www.cegss.org.gt/>
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986; y la CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Carta de Ottawa. [Versión electrónica] Revisado el 09 de Julio de 2015. Disponible: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Versión electrónica] Revisado el 09 de Julio de 2015. Disponible: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud Materno Infantil (Mujeres). Guatemala, 2002. Páginas 295-350.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Programa Nacional de Salud Reproductiva. Revisado hasta el 06 de julio de 2015. Disponible: http://psynmi.org/portal.mspas.gob.gt/index95f8.html?option=com_content&view=article&id=190:programa-nacional-de-salud-reproductiva&catid=19:principal&Itemid=83
- Observatorio en Salud Reproductiva, revisado hasta el 07 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/>
- Organización de las Naciones Unidas, Conferencias y Convenciones. Revisado el 06 de junio de 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/>
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization), Temas de Salud. Revisado el 06 de junio de 2015. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE SALUD. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Ministerio de Salud de México colaboraron en la organización de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (5GCHP), realizada del 5 al 9 de junio de 2000, en la Ciudad de México, México. [Versión electrónica] Revisado el 09 de Julio de 2015. Disponible: <http://www.paho.org/spanish/hpp/5thGlobalConf.htm>

Leyes Consultadas

- Ley de Desarrollo Social -Decreto Número 42/2001-
- Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva - DECRETO NÚMERO 87/2005-
- Constitución Política de la República de Guatemala 1985
- Decreto 90-97. Código de Salud 1997
- Decreto 7-99. Ley de Dignificación y Promoción integral de la mujer 1999
- Decreto 21-04. Ley del Impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas, destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas. 2004
- Decreto 22-2008. Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. 2008

Publicaciones especializadas

- Boletín No. 3 Resultados del Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR-
- Informe de Monitoreo y Evaluación en Salud Reproductiva -OSAR- Junio 2009
- Plan de Monitoreo y Evaluación del -OSAR- Enero 2011
- Convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones de la Sociedad para la realización del Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR-
- Rodríguez Vignoli, Jorge. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina, Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. -UNFPA-

Manuales y otros materiales

- Campaña Nacional de Planificación Familiar, año 2012
- MODELO DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS - Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud - DG SIAS Coordinación General de Áreas de Salud. Guatemala, Febrero 2007
- Manual para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida), Manual práctico para proveedores de servicios de salud por niveles de atención del Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Diciembre 2012
- Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe, SOBRE MATERNIDAD TEMPRANA, POBREZA Y LOGROS ECONÓMICOS. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. 2012
- Exposición: IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD INTEGRAL DE NIÑAS ENTRE 10 Y 14 AÑOS EN GUA TEMALA, Vidas robadas niñas teniendo niños.

ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

-AIEPI-	Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia
-AINM-C-	Atención integral de la niñez y la mujer en la comunidad
-APROFAM-	Asociación Pro-bienestar de la Familia
-ASS-	Administradora de Servicios de Salud
-CACU-	Cáncer Cérvico Uterino
-CC-	Centro de convergencia
-CIPD+5-	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
-CNE-	Centro Nacional de Epidemiología
-DAS-	Dirección de Área de Salud
-DG-SIAS-	Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud
-DMS-	Distrito Municipal de Salud
-EBS	Equipo Básico de Salud
-ENSMI-	Encuesta Nacional de Salud materno infantil
-ETS-	Enfermedades de transmisión sexual
-IDH-	Índice de Desarrollo Humano
-INE-	Instituto Nacional de Estadística
-MSPAS-	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
-ODM-	Objetivos de Desarrollo del Milenio
-OMS/WHO-	(World Health Organization, por sus siglas en inglés) Organización Mundial de la Salud
-ONGS-	Organizaciones No Gubernamentales
-OPS/PAHO-	(Pan American Health Organization, por sus siglas en inglés) Organización Panamericana de la Salud
-OSAR-	Observatorio en Salud Reproductiva
-PBS-	Prestación de servicios básicos de salud
-PEC-	Programa de Extensión de Cobertura
-PND-	Plan Nacional de Desarrollo

-PNUD-	Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo
-PNSR-	Programa Nacional de Salud Reproductiva
-PSS-	Prestadoras de Servicios de Salud
-RHR-	(Department of Reproductive Health and Research, por sus siglas en inglés) Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
-RMM-	Razón de muerte materna
-SR-	Salud Reproductiva
-SDSR-	Salud y derechos sexuales y reproductivos
-SISCODE-	Sistema de Consejos de Desarrollo
-SIGSA-	Sistema de Información Gerencial en Salud
-TDR-	Términos de Referencia
-UNFPA-	(United Nations Fund for Population Activities, por sus siglas en inglés) Fondo de Población de Naciones Unidas –FPNU-
-USAC-	Universidad de San Carlos de Guatemala
-USAID-	(United States Agency for International Development, por sus siglas en inglés) Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
-VIH/SIDA- vih/sida-	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

INSTITUCIONES CONSULTADAS

- **-AMM- Asociación Médica Mundial**

- **-WMA- The World Medical Association en inglés**

Es la Confederación Internacional e independiente de Asociaciones Profesionales de Médicos, representándolos en todo el mundo. La AMM fue formalmente establecida el 18 de septiembre de 1947 y agrupa al año 2013 a 102 asociaciones médicas nacionales y más de 10 millones de médicos. La AMM se establece como un foro abierto a sus miembros para comunicarse libremente, cooperar activamente, llegar a consensos sobre la ética médica y las competencias profesionales y para promover la libertad profesional de los médicos en todo el mundo. Esta agrupación tan singular pretende facilitar el cuidado y la protección para los pacientes en un ambiente saludable, mejorando la calidad de vida de todas las personas del mundo.

Página: www.wma.net/es/index.html

- **CIESAR -Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva-**

Sus objetivos son promover el entrenamiento teórico y práctico en epidemiología de la reproducción, además promover la investigación operativa en salud reproductiva en áreas urbanas y rurales, y por último evaluar servicios de salud sexual reproductiva de la región.

Página: <http://www.ciesar.org.gt/>

- **MSPAS -Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-**

Es uno de los catorce ministerios que conforman el Organismo Ejecutivo del Gobierno de Guatemala, bajo la dirección del presidente de la República de Guatemala. Su misión es garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los

habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas. Página: <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/>

- **OMS -La Organización Mundial de la Salud-
WHO -WorldHealthOrganization-**

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales. Página: <http://www.who.int/about/es/>

- **OPS -Organización Panamericana de la Salud-
PAHO -Pan American Health Organization-**

La Organización Panamericana de la Salud fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas. Página: <http://www.paho.org/hq/>

Oficina regional Guatemala:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=389

- **OSAR -OBSERVATORIO EN SALUD REPRODUCTIVA-**

El Congreso de la República de Guatemala, en cumplimiento de su función de fiscalización, en alianza con la facultad de ciencias médicas de la universidad e san Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas y de la salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsa la formación de un Observatorio en salud reproductiva, con el fin de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva. Los indicadores de salud reproductiva de Guatemala muestran la urgente necesidad de monitorear la implementación del marco legal y asumir los retos que aún están pendientes para lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud y el impacto deseado en la población. Página: <http://www.osarguatemala.org/>

- **UNFPA -United Nations Fund for Population Activities-
FPNU -Fondo de Población de Naciones Unidas-**

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre, niño y niña a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto. Página: <http://www.unfpa.org.gt/content/mision-del-unfpa>

ANEXOS

Anexo No. 1. Ficha para el Monitoreo de Medios sobre noticias relacionadas con la SR

APROXIMACIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA EN GUATEMALA <i>Ficha Monitoreo de Medios de Comunicación Escrita</i>						FICHA No.
Nombre del Medio:				Enlace (link) del medio:		
Título:						
Fecha de Publicación:				Número de Página:		
Tipo de Noticia	Nacional		Internacional		De información	De opinión
	Departamental		Reportaje		Entrevista	Otras:
Ubicación de la noticias	Primera página		Segunda página		De la 3ª página en adelante	Otras:
Espacio otorgado	1 página		½ página		¼ de página	Otros:
Resumen de la noticia (No más de 75 a 100 palabras)						

Anexo No. 2. Cuadro de los principales Eventos internacionales relacionados con la SR en orden cronológico.

ACCIONES INTERNACIONALES RELACIONADOS A LA SALUD REPRODUCTIVA	
Año	Descripción
1948	Declaración Internacional de los Derechos Humanos. Proclama la igualdad, libertad y fraternidad de los seres humanos, el derecho a la vida y seguridad, al trabajo, al bienestar, la salud, la educación y los beneficios sociales.
1952	Adopción de la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer. Es un primer instrumento legal, fue aprobada por la Asamblea General para atender a los derechos de las mujeres a votar, acceder y ejercer funciones públicas.
1966	Pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Se busca la reducción de la mortalidad materna e infantil y promover el derecho a la salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.
1967	Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación de la Mujer. Adopción por la Asamblea General de la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación de la Mujer, primer instrumento global que cubría todas las áreas de la vida en sociedad y de la vida familiar.
1979	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. CEDAW. Se determina la obligación del Estado de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en todas las esferas, incluyendo la atención médica general y de la salud sexual y reproductiva.
1986	Carta de Ottawa. Canadá; fue ampliada en el capítulo II.
1989	Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Los Estados adoptarán las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de enfermedades, perjuicio o abuso físico o mental, incluido el abuso sexual.
1993	Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena.
1994	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo. CIPD. Salud de la mujer y maternidad sin riesgo. Marco de los derechos reproductivos y define el término de —Salud Reproductiva.
1995	Cumbre Mundial ONU Sobre Desarrollo Social, Dinamarca. Los seres humanos son el elemento central en el desarrollo sostenible, tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con el ambiente. Se incluye la salud sexual y reproductiva.
1995	IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China. Plataforma para la acción mundial. Da acceso a la salud y reconceptualización de su enfoque con base en las necesidades de las mujeres, incluyendo salud sexual.

1998	XXV Conferencia Panamericana de Salud. Define el término -Salud reproductiva-.
2000	Declaración del Milenio de la ONU, Nueva York. Identifica ocho objetivos de desarrollo a lograr en el 2015 para mejorar las condiciones de vida de la población. Entre ellos el desarrollo, la erradicación de la pobreza, los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno.
2002	XXVI Conferencia Panamericana de Salud. Define la Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y mortalidad materna.
<i>Fuente: Elaboración propia con datos de ONU, OPS y OMS.</i>	

Anexo. No. 3. Cuadro de los principales contenidos de la Política de Desarrollo Social, con énfasis en el componente de SR.

POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL Y POBLACIÓN EN MATERIA DE SALUD
Análisis del Componente específico de Salud Reproductiva

En los artículos 24, 25 y 26 están contenidos los temas:

- Protección a la Salud
- Salud Reproductiva
- Establecer un Programa de Salud Reproductiva
- Planificación familiar
- Adolescentes
- Maternidad Responsable

La Ley de Desarrollo Social, es un mecanismo específico para garantizar a las personas, familias y comunidades el derecho a la protección integral de la salud, además de su promoción y defensa. Las instituciones encargadas de atender las necesidades de salud de la población (a través de programas, planes, estrategias y acciones de promoción) son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS- mediante la prestación de servicios integrados con el respeto correspondiente a las prácticas de medicina tradicional e indígena, cuando clínicamente sea procedente.

Se define la Salud Reproductiva para Guatemala, siendo el 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.

Además se definen acciones específicas y responsables, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Ministerio de Educación debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva con calidades específicas: participativo, sin discriminación e incluyente tomando en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres.

Fuente: Elaboración propia con información del Acuerdo Gubernativo Número 279-2009

Anexo No. 4. Cuadro sobre los principales contenidos del Programa Nacional de Salud Reproductiva.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA	
Objeto	Reducir los índices de mortalidad materna e infantil, facilitando el acceso los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.
Servicios	Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública y mediante 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: <ul style="list-style-type: none"> - Atención a la población en edad adolescente - Servicios de planificación familiar - Atención prenatal, atención del parto y puerperio - Prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama - Atención a la menopausia y climaterio - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata - Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad - Diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
Planificación familiar	Programas y servicios de planificación familiar, basados en información objetiva y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe informar y difundir las guías sobre la distribución y uso de los métodos anticonceptivos naturales como artificiales.
Adolescentes	En todas las unidades de salud se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral.
Maternidad Saludable	Acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Crear unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, 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. - Desarrollar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas y otro personal, para promover cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia y asegurar que las madres reciban atención. - Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido.
Capacitación	<p>Definir lineamientos para diseñar 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.</p>

Fuente: Elaboración propia con información del Acuerdo Gubernativo Número 279-2009

Anexo No. 5. Cuadro de los siete (7) componentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva.

COMPONENTES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA	
<u>COMPONENTE ANTICONCEPTIVOS</u>	<u>Prioridades a trabajar</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Velar a nivel nacional para que los insumos anticonceptivos funcionen bajo estándares de calidad, que eviten desabastecimientos, sobre abastecimientos, y vencimientos asegurando que la información logística sea confiable y esté disponible y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos en todos los niveles del MSPAS, por medio de una distribución y control efectivo de los métodos anticonceptivos por medio del sistema información que permita la toma de decisiones gerenciales. • Apoyar técnicamente en el cumplimiento en las normas sobre la utilización de insumos anticonceptivos y de otros insumos que apoyen a los componentes de Planificación familiar, Salud Materno-neonatal, cáncer ginecológico del Programa Nacional de Salud Reproductiva. • Desarrollar la programación/calendario de distribución de los métodos anticonceptivos a todo el país con el fin de garantizar la disponibilidad oportuna de insumos, en coordinación con el encargado de insumos en Bodega y revisa los informes que este genera. • Participar en la elaboración, diseño y actualización de: Manuales de Procedimientos de Logística, Currículas de capacitación, Guías de supervisión, monitoreo y evaluación. relacionada a temas de logística de anticonceptivos. • Consolidar, Monitorear y mantener actualizada la información de anticonceptivos, Realizando los registros relacionados con la administración logística de anticonceptivos, de todos los niveles de atención a nivel nacional. • Apoyar a consolidar estimaciones anuales y proyecciones de necesidades de anticonceptivos, de compra y consumo para enviarlas a los entes que corresponda. • Coordinar y Participar técnicamente en estudios que apoyan las acciones de los componentes del Programa de Nacional de Salud Reproductiva. • Coordinar actividades que permitan la medición de indicadores de abastecimiento, tal como los inventarios físicos nacionales. • Apoyar las actividades de Aseguramiento y Disponibilidad de Insumos Anticonceptivos. • Coordinar y participar en visitas de monitoreo y supervisión facilitadora, en forma selectiva y priorizando a las Direcciones de Área, Centros y • Puestos de Salud para verificar el cumplimiento de los procesos de logística de anticonceptivos, y 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el sistema automatizado de logística a nivel nacional, con el propósito de optimizar la toma de decisiones a nivel de Programa Nacional de Salud Reproductiva. • Mantener un adecuado abastecimiento a nivel nacional (DAS, Distritos/Centros de Salud, Hospitales, Extensión de Cobertura y puestos de Salud). • Participar en la Comisión Nacional de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos , con el fin de asegurar el abastecimiento de insumos. • Participar en la integración de normas y procedimientos de logística con los responsables de los

<p>proponer acciones correctivas, de conformidad con lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Productos Farmacéuticos y Afines. en coordinación con la Unidad de Logística. y personal de todas Direcciones de Área de Salud. A través de guía de supervisión facilitante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear, vigilar y dar seguimiento a los reportes de fallo terapéutico, alteraciones de producto y otros problemas relacionados con los insumos anticonceptivos que distribuye el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS. 	<p>diferentes niveles de atención.</p>	
<p style="text-align: center;"><u>COMPONENTE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular y normalizar la atención de la salud reproductiva en planificación familiar a nivel país, para que las intervenciones produzcan un impacto en la reducción de la mortalidad materna y neonatal por multiparidad, desnutrición. • Impulsar políticas y estrategias en salud reproductiva que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de las familias guatemaltecas. • Aumentar la eficacia y eficiencia de las unidades ejecutoras (DAS, hospitales, Distritos de Salud y Puestos de Salud), en el campo de salud reproductiva y la planificación familiar a través de la transferencia de normas, protocolos e instrumentos y la sistematización de los procesos. • Elaborar las guías, protocolos e instrumentos que normen la atención de la salud reproductiva en planificación familiar. • Monitorear, evaluar y supervisar el grado de cumplimiento de las normas, protocolos e instrumentos a través de indicadores probados y validados en el campo de la salud reproductiva y especialmente en planificación familiar. 	<p style="text-align: center;"><u>Prioridades a trabajar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar los conocimientos técnicos de los proveedores de planificación familiar en las 29 DAS de Guatemala, gestionar el equipo médico quirúrgico en los diferentes hospitales, centros y puestos de salud, para mejorar la oferta sistemática. • Impulsar nuevos métodos de planificación familiar (jadell y mesigina en todo el país). 	<p style="text-align: center;"><u>Documentos publicados</u></p> <p>Trifoliales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condon Ladino • Inyección 3 meses • T de Cobre Ladino Maya <p>Bifoliales</p> <ul style="list-style-type: none"> • AQV Masculino Ladino Maya • Collar Ladino Maya <p>Otras publicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiche posparto • Guías nacionales de planificación familiar • Informe de estudio de opiniones • Lineamientos para estrategias

<u>COMPONENTE DE CÁNCER</u>	<u>Prioridades a Trabajar</u>	<u>Documentos publicados</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Regular y normatizar la atención de la salud reproductiva en la prevención del cáncer ginecológico en el país para que las intervenciones produzcan un impacto en la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino, Mama y Próstata, entidades 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. • Aumentar la eficiencia y eficacia de las unidades ejecutoras (DAS, DS, PPSS1) en el campo de la salud reproductiva y prevención de patología maligna del aparato genital a través de la transferencia de normas, protocolos e instrumentos y la sistematización de los procesos. • Elaborar las guías, protocolos e instrumentos que normen la atención de la salud reproductiva, enfatizando la prevención del cáncer. • Identificar y Priorizar las acciones de cooperación intra y extra sectoriales que favorezcan el trabajo integrado en torno a la salud reproductiva y patología maligna de los órganos de la reproducción. • Monitorear Evaluación y Supervisar el grado de cumplimiento de las normas, protocolos e instrumentos a través de indicadores probados y validados en el campo de la salud reproductiva y específicamente en cáncer de los órganos de la reproducción. • Desarrollar estrategias especiales que respondan a situaciones críticas en coordinación con los otros actores intra y extra ministeriales. • Normas y protocolos de atención actualizados por nivel de atención y ciclo de vida • Documento marco del programa nacional de salud reproductiva • Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2002 • Protocolos de salud reproductiva. • Lineamientos nacionales para la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el sistema automatizado de logística a nivel nacional, con el propósito de optimizar la toma de decisiones a nivel de Programa Nacional de Salud Reproductiva. • Mantener un adecuado abastecimiento a nivel nacional (DAS, Distritos/Centros de Salud, Hospitales, Extensión de Cobertura y puestos de Salud). • Participar en la Comisión Nacional de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos Anticonceptivos, con el fin de asegurar el abastecimiento de insumos. • Participar en la integración de normas y procedimientos de logística con los responsables de los diferentes niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de bolsillo de técnicas de inspección visual • Manual de la clínica de detección temprana de colposcopia • Manual de tamizaje de cancer cervico uterino • Afi che CACU* • Guía práctica de tamizaje CACU* • Protocolo de atención, diagnóstico y tratamiento CACU* • Rotafolio CACU* <p>* Cáncer Cérvico Uterino.</p>

COMPONENTE ADOLESCENTES, Documentos publicados	
<ul style="list-style-type: none"> • Ley de protección integral de la niñez y adolescencia • Ley de desarrollo social Política de adolescentes • Política de desarrollo social y población 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de acceso universal equitativo • Modelo de atención integral de las y los adolescentes
COMPONENTE LOGÍSTICA, Guías de información	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de BRES en Jurisdicción • Uso en centros de convergencia • Uso de formularios BRES en ONG's 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario BRES en DAS indirecta • Uso de formulario BRES • Uso de formularios en DAS
COMPONENTE MATERNO NEONATAL, Documentos de Información	
<ul style="list-style-type: none"> • Guía de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna
COMPONENTE EPIDEMIOLOGÍA, Documentos publicados	
<ul style="list-style-type: none"> • Sala Situacional 	
<i>Fuente: Elaboración propia con datos de MSPAS.</i>	

Anexo No. 6. Cuadro con los principales contenidos del Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar 279-2009.

REGLAMENTO DE LA LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 279-2009	
Objeto	Establecer procedimientos para desarrollar la Ley de Acceso Universal de Servicios de Salud.
Definiciones	<ul style="list-style-type: none"> - Consejería: actividad que realizan todos los proveedores de servicios de salud basados en el proceso de promoción, información y educación. - Demanda Insatisfecha: son las mujeres casadas o en unión que no quieren tener un embarazo en los próximos dos años y que no usan ningún método anticonceptivo. - Métodos de planificación familiar modernos o artificiales: métodos hormonales, de barrera y quirúrgicos que permiten a las parejas espaciar o evitar los embarazos. - Métodos de planificación familiar tradicionales o naturales: son aquellos en donde las parejas evitan los embarazos basándose en el funcionamiento hormonal de la mujer. - Paternidad y maternidad responsable: derecho básico a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos así como el deber de los padres en la atención adecuada de sus necesidades. - Primer nivel de atención: el primer contacto de la población con la red de servicios de salud a través de los establecimientos y acciones comunitarias del conjunto de servicios de salud. - Servicios básicos de salud: servicios mínimos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en el primer nivel de atención.
Monitoreo y Evaluación	A cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Fuente: Elaboración propia con información del Acuerdo Gubernativo Número 279-2009

Anexo No. 7. Cuadro comparativo de los artículos y ámbitos relacionados con la Salud Reproductiva de otras leyes vigentes en Guatemala.

Ley, reglamento, convenio u entre otros	Artículo	Ámbito relacionado con la -SR-
Constitución Política de la República de Guatemala 1985	Art. 47 Protección a la familia Art. 52 Maternidad	Garantiza la autonomía y la decisión libre de la pareja a elegir el número de hijos o hijas así como el espacio entre ellos o ellas.
Decreto 90-97. Código de Salud 1997	Art. 41 Salud de la familia	Garantiza las acciones de “prevención y atención” en materia de -SR- de las mujeres, grupos familiares.
Decreto 7-99. Ley de Dignificación y Promoción integral de la mujer 1999	Art. 8 y su inciso B Art. 15	Garantiza el componente de educación sobre la maternidad con función social, enfatizando la equidad de derechos de la mujer y su cónyuge sobre la decisión del número de hijos o hijas. Garantiza además la participación de las mujeres en la elaboración de mecanismos (políticas, planes o programas) que garanticen el acceso a los servicios de salud integral (educación sexual, salud sexual y reproductiva, planificación familiar y salud pre y post parto).
Decreto 21-04. Ley del Impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas, destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas. 2004	Art. 25. Destino	Garantiza el presupuesto (No menos del 15% de este impuesto) para el funcionamiento de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, planificación familiar y prevención del alcoholismo.
Decreto 22-2008. Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. 2008	Art. 2 y Art. 3	Promueve el desarrollo integral de la mujer, y se tipifica la violencia sexual. Es una ley garante del cuidado de la -SR-.

Fuente: Elaboración propia con información de las leyes listadas.

Anexo No. 8. Convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones para la realización del Observatorio en Salud Reproductiva



Convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones de la Sociedad para la realización del Observatorio en Salud Reproductiva

El Congreso de la República en cumplimiento a su función fiscalizadora en la implementación de las políticas públicas en materia de Salud Reproductiva incluidas en la Ley de Desarrollo Social, Política de Desarrollo social y población, ley de VIH y SIDA y Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar, acuerda celebrar el presente convenio con las organizaciones de la sociedad civil, Instancia por la salud y el desarrollo de las mujeres, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, Facultad de Medicina de la Universidad Mariano Gálvez, Instituto de la Mujer de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Colegio de Médicos y Cirujanos para la realización de un Observatorio en Salud Reproductiva-OSAR.

El OSAR se constituye con el **propósito de monitorear** el cumplimiento del Estado en la implementación del marco legal de la salud reproductiva en Guatemala, convenios y compromisos internacionales.

Surge como respuesta a la creciente necesidad de información de calidad y análisis para la toma de decisiones, generación de alianzas, en el seguimiento a las políticas sobre salud reproductiva que demanda la ciudadanía guatemalteca, en particular las mujeres postergadas.

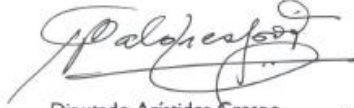
El OSAR tiene como **finalidad** contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil, y la consecución de la equidad en salud, mediante la mejora del conocimiento de las causas y determinantes de la salud reproductiva, la promoción del debate sobre la base científica acerca de cómo eliminar las desigualdades, la cooperación con otras instituciones, la formación y la investigación.

En función de este fin, el Observatorio en Salud Reproductiva-OSAR se plantea lograr los siguientes **objetivos**:

1. Obtener y difundir información que permita mejorar el conocimiento sobre la situación de la salud reproductiva, acerca de las causas y dimensiones de las brechas existentes en la población guatemalteca, por género, edad, etnia, estrato social.
2. Definir y promover procesos de monitoreo a la implementación de la Ley de Desarrollo Social, Ley de Planificación Familiar, Ley de VIH y SIDA, y la utilización del financiamiento específico a la salud reproductiva, decreto 21-2004 impuesto de modificación a las bebidas alcohólicas.

3. Colaborar con otras instituciones y organizaciones públicas y privadas para alcanzar los fines del OSAR, y constituirse en un soporte en el tema de salud reproductiva para el Congreso de la República en el desarrollo de indicadores, metodología y procedimientos, para evaluar el avance de la implementación del marco legal de salud reproductiva en Guatemala.

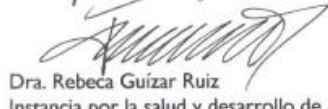
En Guatemala, en conmemoración del Día Internacional de la Mujer, a los seis días del mes de marzo del año dos mil ocho



Diputado Aristides Crespo
Primer Vicepresidente del Congreso de la República



Diputada Zury Rios-Montt de Weller
Congreso de la República



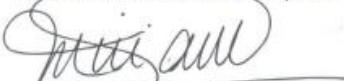
Dra. Rebeca Guizar Ruiz
Instancia por la salud y desarrollo de las Mujeres ISDM



Dra. Miriam Betancourt
Asociación de Ginecología Obstetricia de Guatemala AGOG



Dra. Rossana Fuentes Estrada
Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas AGMM



Licda. Miriam Maldonado
Instituto Universitario de la Mujer de la Universidad de San Carlos de Guatemala
IUMUSAC



Dra. María Antonieta Fión de Arreaga
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud Universidad Mariano Gálvez UMG




Dr. Mario López Castillo
Colegio de Médicos y Cirujanos COLMED

Testigos de Honor



Dr. Wayne Nilsestuen
Director de USAID



Dr. Fernando Amado
Organización panamericana de la Salud