

Perfil de Género y Salud



Guatemala, 2013

Perfil de Género y Salud



Guatemala, 2013

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS)
Representación Guatemala. Catalogación en la fuente

Perfil de género y salud

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----|--|
| 1. | Inequidad social | 7. | Violencia contra la mujer |
| 2. | Equidad en salud | 8. | Salud mental: aspectos de género |
| 3. | Mujeres: aspectos políticos | 9. | Migración |
| 4. | Derechos de la mujer | 10. | Salud sexual y reproductiva |
| 5. | Salud de la mujer | 11. | Inversión en salud: aspectos de género |
| 6. | Servicios de salud para mujeres | | |

Guatemala, noviembre 2013

ISBN 978-9929-598-04-1

© Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS Representación Guatemala.

En colaboración con:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría Presidencial de la Mujer
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Coordinación de la revisión técnica:

Erica Díaz Lemus
Representación OPS/OMS Guatemala

Colaboración en la revisión técnica:

Lilia Jara, Shelly Abdool y Alessandra Guedes
Oficina Regional de OPS/OMS

Agradecimientos:

Se agradece especialmente la participación y aportes de Eyra Castillo, María Antonieta Solórzano y Lissette Vanegas (MSPAS/Unidad de género); Elizabeth Quiroa Cuellar y María Leticia Pacheco (SEPREM); por el Grupo Interagencial de Género y Avance de la Mujer (GIGAM): Yolanda Ávila y Silvia Negreros (UNFPA), Anabella Cerezo y Vilma Lily Caravantes (ONU Mujeres) y Rodrigo Pascal (ONU Sida); Alicia Rodríguez Illescas y Sonia María Pellecer (consultoras) y consultores de la Representación de la OPS/OMS Guatemala.

De igual manera se valoran los aportes de las organizaciones de la sociedad civil consultadas: Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), Asociación de Mujeres en Solidaridad (AMES), Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en esta publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Representación en Guatemala, podrá ser responsable de daño alguno causado por su publicación.

Índice

Prólogos.....	i
Lista de cuadros.....	ii
Lista de gráficas.....	iii
Abreviaturas y siglas.....	iv
Introducción.....	v
1. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	17
1.1 Inequidad y desigualdad en salud.....	19
1.2 Relación sexo-género.....	19
1.3 Igualdad y equidad de género en salud.....	21
2. CONTEXTO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO Y MARCO JURÍDICO.....	23
2.1 Contexto político-administrativo.....	25
2.2 Marco jurídico relacionado con la salud.....	25
3. DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA.....	29
4. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	35
4.1 Derechos humanos, género y desarrollo.....	37
4.2 Educación.....	38
4.3 Economía, empleo e ingresos.....	40
4.4 Participación social y política.....	43
5. SALUD, ENFERMEDAD, MORTALIDAD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA Y RESPUESTA INSTITUCIONAL.....	45
5.1 Mortalidad.....	48
5.2 Morbilidad y factores de riesgo.....	53
5.3 Salud sexual y reproductiva.....	60
5.4 ITS y VIH/sida.....	66
5.5 Violencia contra las mujeres.....	67
5.6 Salud mental y adicciones.....	71
5.7 Salud de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.....	74
5.7.1 Personas con capacidades diferentes.....	74
5.7.2 Personas privadas de libertad.....	75
5.7.3 Personas migrantes.....	76
5.7.4 Personas LGBTI.....	76
5.8 Sistemas y servicios de atención en salud.....	77
5.9 Inversión en salud de las mujeres.....	80
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	99



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

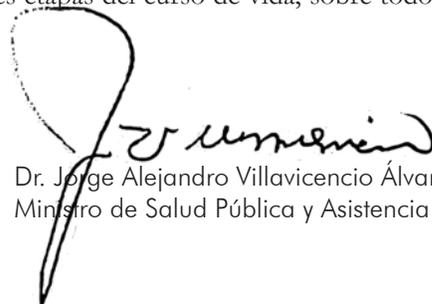
Prólogo

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en reconocimiento a los compromisos adoptados por Guatemala que derivan de tratados, conferencias y consensos de orden internacional, además de los marcos legales y de políticas públicas nacionales, asume el reto de promover la igualdad de género y el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres y las niñas. Esta se considera una condición necesaria para alcanzar el desarrollo con equidad en diversos campos. En este contexto, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la agenda de desarrollo Post 2015 adquieren vital relevancia, sobre todo en los aspectos relativos a la salud y sus determinantes sociales.

La promoción del pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, y la corresponsabilidad que compete a los hombres; la eliminación de las múltiples formas de discriminación y violencia, entre ellas la basada en el género, que afecta a las niñas, las mujeres, las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (LGBTI), y la violencia sexual en particular, constituyen factores críticos de marginación, desigualdad, exclusión y discriminación de género contra las mujeres, ya que tiene implicaciones en la autonomía, la autodeterminación y la salud individual y colectiva. De igual manera reconocemos que aún persisten rezagos donde es necesario intensificar esfuerzos tales como la pobreza en todas sus manifestaciones y el acceso desigual a los recursos; así como la desigualdad en el trabajo doméstico no remunerado y de cuidado dirigido a otros miembros de la familia que es atribuido a las mujeres, niñas y adolescentes. Una esfera de especial preocupación es el creciente número de embarazos en niñas y adolescentes, muchos de ellos como resultado de violencia sexual; además el matrimonio o unión a edades tempranas es un factor que reduce las oportunidades para las niñas y adolescentes, interrumpiendo sus proyectos de vida.

Fundamentalmente por éstas razones, el presente perfil de género y salud está orientado a convertirse en un instrumento de trabajo y una ruta idónea que permita a las diversas entidades públicas, organizaciones de sociedad civil y de cooperación internacional apoyar y brindar atención en salud a las mujeres, niñas, hombres y niños de acuerdo al abordaje que responda a las necesidades específicas de cada uno de los grupos poblacionales, como se plantea a lo largo del documento.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le complace contar con el presente perfil, por considerarlo un aporte valioso al compromiso de desagregar datos según sexo, edad, pertenencia étnica, lugar de residencia, entre otras variables. Por ello confiamos que este documento, que profundiza en diversos tópicos de la salud de las mujeres y de los hombres desde una mirada acentuada en los asuntos de género, marque diferencias sustantivas, para guiar la toma de decisiones sobre la mejor orientación de los presupuestos y la utilización de los recursos, en el contexto de las políticas públicas, planes y programas que impulsa el gobierno para atender las necesidades más urgentes de la población en condición de mayor vulnerabilidad, entre ellas las mujeres en sus diferentes etapas del curso de vida, sobre todo las mujeres indígenas en los diferentes contextos.



Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Prólogo

La equidad de género y salud de las mujeres a lo largo del curso de vida, es una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reflejada en diversos compromisos internacionales y regionales. Los Estados Miembros aprobaron la política en materia de igualdad de género de la OPS en el 46° Consejo Directivo y el respectivo plan de acción en el 2009. Ambos instrumentos sustantivos en esta materia proporcionan una hoja de ruta idónea para avanzar en temas estratégicos, tales como el de producir, analizar y utilizar información desagregada por sexo y otras variables pertinentes.

Aunque se reconoce que la información sobre las desigualdades y las brechas en materia de género ha aumentado en los últimos años, aún persiste la práctica del desglose de datos, sin analizar las razones fundamentales que develan las diferencias manifestadas por estos datos. De ahí la importancia del análisis de género para mostrar las inequidades de la situación sanitaria que afecta de manera diferenciada a mujeres y hombres, resultantes de los desequilibrios en la distribución de los recursos y en la toma de decisiones en materia de salud y sus determinantes sociales.

El presente perfil de género y salud agudiza su mirada en varios tópicos de la salud de las mujeres y de los hombres, examinados desde la perspectiva de género, al tiempo que ofrece una gama amplia de información cualitativa y cuantitativa, que pone de manifiesto los factores de riesgo de orden social que afectan la salud de ambos sexos. En este contexto reconoce que, si bien las mujeres viven más que los hombres, esos años suplementarios no siempre se acompañan de buena salud, pues sobreviven con mayor morbilidad y discapacidad. Aunque la biología puede ser un factor favorable al mayor cúmulo de años de vida de las mujeres, las normas y patrones de género le son adversos, ya que ellas enfrentan los embates de la exclusión y subordinación social expresados en discriminación, violencia de género y pobreza, que aumentan sus riesgos de mala salud. El perfil también resalta los factores de riesgo en la salud de los hombres y la importancia de su participación en el ámbito de los cuidados de la salud del núcleo familiar.

El documento se elaboró conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y contó con el apoyo de la Secretaría Presidencial de la Mujer, organizaciones de la sociedad civil y socios de la cooperación internacional.

Hacemos una atenta invitación a las autoridades nacionales y municipales, organizaciones de la sociedad civil y a la cooperación internacional a sumarse a éste esfuerzo de recopilar, analizar y utilizar información centrada en las desigualdades de género, que hagan posible avanzar hacia la equidad en salud para todos.



Dra. Guadalupe Verdejo Pivet
Representante de la OPS/OMS
en Guatemala



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

Lista de cuadros

- Cuadro 1 Tasas de escolaridad por sexo, según nivel educativo. Año 2010.
- Cuadro 2 Tendencia del porcentaje de hombres y mujeres sin educación por área de residencia.
- Cuadro 3 Tasas específicas de participación de la Población Económicamente Activa (PEA), empleo y desempleo de la población de 15 años y más, por población étnica y sexo. Año 2012 (por 100 personas).
- Cuadro 4 Población mayor de 12 años de edad por horas trabajadas remuneradas y no remuneradas por día, según sexo.
- Cuadro 5 Mortalidad general por sexo y año, según causa. Período 2008-2011.
- Cuadro 6 Causas de mortalidad materna, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Año 2011.
- Cuadro 7 Diez primeras causas de morbilidad atendidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), por sexo. Año 2011.
- Cuadro 8 Otras causas de morbilidad, atendidas por el MSPAS, por sexo, según causa. Año 2011.
- Cuadro 9 Morbilidad (consultas) atendida por hospitales privados, según sexo y principal causa de atención. Período 2007-2009.
- Cuadro 10 Principales causas de morbilidad (consultas) en adolescentes, según sexo, MSPAS. Año 2011.
- Cuadro 11 Morbilidad (primeras consultas) por riesgo de maternidad y otras causas que afectan a la población femenina, según principales causas atendidas por el MSPAS. Período 2009-2011.
- Cuadro 12 Mujeres atendidas por el IGSS, según morbilidad y otras causas asociadas a la maternidad. Año 2011.
- Cuadro 13 Mujeres de 15 a 49 años de edad, que conocen algún método anticonceptivo por nivel de exposición y características de las mujeres.
- Cuadro 14 Casos de violencia sexual, años 2008-2012.
- Cuadro 15 Casos de violencia intrafamiliar/de pareja, por sexo de la víctima. Años 2010-2011.
- Cuadro 16 Porcentaje de población por tipo de prevalencia de trastornos mentales. Período 2009.
- Cuadro 17 Servicios de salud públicos y de seguridad social. Año 2010.
- Cuadro 18 Producción de consultas del MSPAS, por sexo. Año 2010.

Lista de gráficas

- Gráfica 1 Pirámides de población, proyecciones de población, años 2002 y 2012.
- Gráfica 2 Distribución de la población por sexo y grandes grupos de edad. 2002-2012.
- Gráfica 3 Esperanza de vida al nacer. Años 2010-2015.
- Gráfica 4 Promedio de ingreso mensual por sexo, dominio de estudio y tipo de ingreso. 2012.
- Gráfica 5 Mortalidad asociada a la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años. Período 2007-2011.
- Gráfica 6 Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos, según grupo de edad y pertenencia étnica.
- Gráfica 7 Evolución de la fecundidad específica observada y deseada por área urbana/ rural y etnicidad, y de tasa global de fecundidad. Período 1983/1987-2008/2009.
- Gráfica 8 Tasa global de fecundidad (TGF) de las mujeres de 15 a 49 años, por nivel de educación y origen étnico.
- Gráfica 9 Niñas de 10 a 14 años de edad que han tenido un hijo/a. Período 2000-2009.
- Gráfica 10 Tendencia de salud reproductiva por principales atenciones. 2009-2012.
- Gráfica 11 Casos de VIH registrados por sexo. Período 1984-septiembre 2012.

Abreviaturas y siglas¹

APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia
BANGUAT	Banco de Guatemala
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CENADOJ	Centro de Análisis y Documentación Judicial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CODISRA	Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo
CONAPREVI	Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres
CONJUVE	Consejo Nacional de Juventud
COPAF	Comisión Presidencial para el Abordaje del Femicidio
DEMI	Defensoría de la Mujer Indígena
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENDIS	Encuesta Nacional de Discapacidad
ENEI	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
INE	Instituto Nacional de Estadística
LGTBI	Personas Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MP	Ministerio Público
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OASIS	Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al Sida.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OJ	Organismo Judicial
PARLACEN	Parlamento Centroamericano
PDH	Procuraduría de los Derechos Humanos
PEA	Población Económicamente Activa
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RENAP	Registro Nacional de las Personas
SBS	Secretaría de Bienestar Social
SVET	Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
TSE	Tribunal Supremo Electoral
UGS	Unidad de Género de la Salud/MSPAS-Guatemala
UASPII	Unidad de Atención de la Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad /MSPAS-Guatemala
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala

1. Algunas de las abreviaturas y siglas responden a las siglas de los nombres en inglés.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Introducción

Pese a los esfuerzos emprendidos, persiste la necesidad de profundizar en el conocimiento y reconocimiento de las consecuencias ampliamente difundidas sobre las inequidades de género en materia de salud. Para un análisis amplio son significativas las diferencias en salud de mujeres y hombres teniendo en consideración factores socioeconómicos, ubicación geográfica, edad y pertenencia étnica, principalmente.

En el proceso de elaboración del presente perfil de género y salud se planteó como objetivos desarrollar un documento de carácter nacional orientado a recopilar datos básicos relevantes de salud, analizados desde el enfoque de género, utilizando diversas variables posibles para mostrar las desigualdades en materia de salud y sus determinantes sociales. De igual manera, se propuso identificar las principales barreras y factores de riesgo para el logro de la igualdad de género en salud, así como las oportunidades para el desarrollo y puesta en marcha de políticas y planes nacionales y territoriales, con estrategias diferenciadas para mujeres y hombres, según curso de vida, y con especial consideración a poblaciones rurales e indígenas.

El perfil expone y recrea un amplio examen de datos e indicadores estadísticos emanados principalmente de fuentes secundarias de información, de índole cualitativa y cuantitativa, que son analizados desde la perspectiva de género. Esta mirada permite ahondar en los factores de riesgo e impactos diferenciados que ejercen las normas, los patrones y estereotipos de género en la vida de las mujeres y los hombres en los procesos de salud, enfermedad y atención.

De manera central, el análisis de género en los datos básicos de salud devela las inequidades en la situación sanitaria y los resultados de salud, derivados de las diferencias en la distribución de los recursos, el poder y las responsabilidades, y pone de manifiesto la contribución de las mujeres y los hombres al desarrollo humano y económico. Los datos probatorios, acompañados de su respectivo análisis de género, también son fundamentales para el seguimiento y la evaluación del progreso en el cumplimiento de diversos compromisos internacionales, regionales y nacionales, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la agenda de desarrollo post 2015, las metas de la Agenda de Salud para las Américas y en la aplicación de la política y plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud en materia de género.

De manera complementaria, se hizo un esfuerzo de consulta a mujeres de diversos sectores involucradas en el ámbito de la salud y otros conexos, a fin de obtener de ellas sus contribuciones para identificar fortalezas, limitaciones y oportunidades orientadas a reducir inequidades en materia de salud de las mujeres. Para el efecto se consultaron funcionarias en cargos de alta responsabilidad política de la administración pública, mujeres de organizaciones sociales con trayectoria en la temática, instancias prestadoras de servicios de salud y entidades de la cooperación internacional afines al tema. Se utilizó como procedimiento metodológico la técnica de entrevista y talleres de consulta. Las consultas con informantes claves permitieron acceder a información cualitativa importante, sobre todo para comprender aspectos relevantes de la problemática que no es posible establecer únicamente a través de datos e información estadística cuantitativa.

El documento se divide en las siguientes partes sustantivas: i) En el marco conceptual de referencia se hace acopio de conceptos claves sobre inequidad y desigualdad en salud, que ayudan a comprender en esencia las diferencias y complementariedades de cada ámbito analizado. ii) En el contexto político-administrativo y marco jurídico se hace referencia a los tres poderes del Estado y a las entidades de carácter autónomo, así como la manera en que está organizado política y administrativamente el territorio nacional, incluidos sus municipios, quienes gozan de autonomía municipal. En éste mismo acápite se aporta una amplia referencia, aunque no exhaustiva, de los tratados y compromisos internacionales, leyes e instituciones clave relacionadas con la salud. iii) La dimensión demográfica plantea la caracterización del país, destacando las comunidades lingüísticas que conforman los cuatro pueblos reconocidos a nivel nacional, aspectos de población, algunos indicadores de desarrollo humano y la esperanza de vida de la población. iv) En la parte relativa a los determinantes sociales de la salud se abordan los ámbitos de derechos humanos, género y desarrollo para mostrar la relación intrínseca que subyace en estas temáticas y que permiten identificar vulnerabilidades que afectan de manera distinta a las personas. En este apartado se analizan las esferas de la educación, economía, empleo e ingresos y participación social y política y su intrínseca relación con la salud. iv) La parte medular del perfil está destinada al análisis de los ámbitos de la salud, la enfermedad y mortalidad a lo largo del curso de vida. Se profundiza la mirada en los factores de riesgo, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual y VIH, la violencia contra las mujeres, la salud mental y adicciones, la salud de grupos en condiciones de especial vulnerabilidad, los sistemas y servicios de atención en salud y la inversión en salud de las mujeres. El análisis, refrendado con datos probatorios, aporta elementos clave para identificar desigualdades en salud, que son a todas luces evitables en la medida que se identifiquen y que se adopten las medidas correspondientes.

El documento culmina aportando conclusiones y sobre todo recomendaciones que buscan incidir en los niveles de toma de decisiones de las instituciones públicas, nacionales y municipales, y particularmente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de manera que los datos se hagan acompañar del respectivo análisis de género como marcador de distintas desigualdades en salud, y que ésta sea una práctica continua para avanzar hacia la equidad en salud.

1

MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

1. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

1.1 Inequidad y desigualdad en salud

La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva para las desigualdades que son “evitables e injustas”, y por tanto remediables. La equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos. Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social (1).

La desigualdad tiene múltiples expresiones, que se concatan entre sí y generan situaciones de profunda exclusión en las oportunidades de desarrollo humano. La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud (2). Las inequidades en salud se refieren a las desigualdades en los niveles de salud de las personas en los distintos grupos estratificados por sexo, condiciones socio-económicas y culturales, edad y otras variables sociales que son injustas y remediables (3). En concordancia con lo señalado, la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud adopta, como una definición operacional, que inequidades son “las diferencias sistemáticas [y potencialmente remediables] en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales, social, económica, demográfica o geográficamente definidos”. Debido a la variedad de factores determinantes que componen la red de causalidad de las desigualdades en salud, se requiere que su abordaje sea multisectorial, con políticas, programas e intervenciones dirigidas a disminuir o limitar los efectos negativos en la salud (4).

La inequidad no es sinónimo de desigualdad; la inequidad tiene una connotación de injusticia de una desigualdad; no toda desigualdad es una inequidad. La igualdad en salud implica que todas las personas deben tener las mismas oportunidades justas para desarrollar el potencial de su salud plena, es decir, sin ningún tipo de discriminación y barrera que impida alcanzar dicho potencial. El principio de equidad reconoce que las personas son diferentes y que las respuestas deben darse de acuerdo a sus necesidades específicas; reconoce la diversidad en los distintos grupos

poblacionales por sexo, edad, pueblos y lugar de residencia, orientación sexual e identidad de género y nivel de educación, entre otros.

La salud es un derecho fundamental que amerita ser abordado desde el derecho de todas las personas al acceso a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, atención y rehabilitación, donde el Estado garantice el acceso a los servicios de salud necesarios, de buena calidad y sin riesgo de empobrecimiento por gastos en salud (5).

1.2 Relación sexo-género

Un sistema sexo-género se refiere al conjunto de roles, normas y relaciones que han sido asignados socialmente a las mujeres y los hombres en el seno de una sociedad, que devienen por la desigual distribución de los recursos y el poder entre unas y otros (6). De estos desbalances en la distribución de los recursos y el poder derivan posiciones de subordinación que han justificado históricamente la discriminación contra las mujeres, especialmente las indígenas y afrodescendientes, entre otras.

Género no es sinónimo de sexo; tampoco es sinónimo de mujeres. El sexo alude a las diferencias biológicas de carácter universal que diferencian a hombres y mujeres [las mujeres pueden embarazarse, siempre que su cuerpo lo permita, igual solo los hombres pueden enfermar de la próstata]. Género se refiere a la construcción social de lo “masculino” y lo “femenino” y a la forma cómo se articulan estas dos construcciones, en relaciones de poder. El concepto de género no se aplica a las mujeres -ni tampoco a los hombres -per se, sino a las relaciones entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder (7). La socialización de género determina cómo, en un contexto específico, deben ser las mujeres y los hombres, y qué deben hacer. Integrar la

SEXO	GÉNERO
Se refiere a las características biológicas diferenciales que existen entre mujeres y hombres.	Conjunto de ideas, creencias, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y lo que es “propio” de las mujeres (lo femenino).

perspectiva de género en la salud implica vincular la división por sexo del trabajo -productivo y reproductivo- y del poder, con los perfiles epidemiológicos y las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud en una población. Género es una categoría que estratifica, -junto con clase, etnicidad y orientación sexual- en el nivel macro de asignación y distribución de los recursos que hacen posible el logro y mantenimiento de la salud. (7).

A lo largo de la historia el carácter normativo de lo masculino (y heterosexual) ha sido el referente universal, en lo biológico y en lo social, provocando así que las diferencias entre los sexos se conviertan en desigualdades sociales y políticas.

La salud de las mujeres y los hombres es diferente y desigual. Diferente, porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, entre otros) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos² de las ciencias de la salud. Desigual, porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, que influyen en la salud de las personas (8).

Un aspecto vital en un estudio de desigualdades en salud basadas en el género es comprender que género no es una variable de desagregación sencilla. El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas sino cambian a lo largo de la historia y según la cultura (8). En la actualidad se hace cada vez más necesario ampliar el abordaje conceptual de género para incluir las identidades de género en este campo de análisis, entendida ésta desde un concepto más amplio, más allá de las características biológicas, físicas o anatómicas con las que una persona nace, sino tiene que ver con su cultura y realidad de vida, e integra todos los aspectos de su identidad como ser humano (9), incluyendo su orientación sexual e identidad de género.

Según la Observación General 20, del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el concepto de “sexo” ha evolucionado considerablemente no solo para incluir las características psicológicas pero también la construcción social de los estereotipos, los prejuicios y las funciones esperadas en función de género.

La lucha del movimiento LGBTI (personas lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales) basada en el reconocimiento de sus derechos, como los pertenecientes a todo ser humano, contribuyó a que el Relator especial sobre el derecho a la salud clarificara conceptos asociados a género : i) identidad de género como “la experiencia profunda del género, vivida interna e individualmente por cada persona y que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer, incluido el sentido personal de la expresión corporal y otras expresiones del género”, y ii) orientación sexual como “la capacidad de cada persona de experimentar una atracción emocional, afectiva y sexual profunda y entablar relaciones íntimas y sexuales con personas de un género diferente, del mismo género o de más de un género”.

Las desventajas que enfrentan particularmente las mujeres, en las diversas etapas del curso de vida (niñas, adolescentes, mujeres adultas y de la tercera edad) son fuentes de desigualdad. Con frecuencia son discriminadas en el ámbito de la salud, en el acceso a educación, en el mercado laboral y en la esfera de la participación política y toma de decisiones, con las consiguientes repercusiones negativas en el ejercicio de sus derechos fundamentales. Las desigualdades en el acceso a la información, la atención y las prácticas sanitarias básicas, entre otros factores, aumentan aún más la exposición a los riesgos que afectan la salud de las mujeres (10). También la salud de los hombres se da y vive de diferente manera en el transcurso de la vida, y sus necesidades e intereses son diferentes; por lo tanto, el sistema de salud debe responder a características diferenciadas en cuanto a la atención en salud.

Las normas, roles y relaciones de género también afectan la salud de los hombres, condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico y en el ámbito de su salud, mostrando que ‘los hombres son fuertes, no se enferman’... La falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, así como las deficiencias del propio sistema sanitario significan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (8). Las conductas de riesgo de los hombres, vinculadas a la definición de masculinidad aceptada, contribuyen a prácticas sexuales inseguras, accidentes de tránsito, consumo de alcohol y violencia, entre otras.

El género es una categoría transversal por estar imbricada

2. El Androcentrismo proviene del griego Andros (Hombre) y define la mirada masculina en el centro del universo, como medida de todas las cosas y representación global de la humanidad, de manera que oculta otras realidades, entre ellas la de la mujer.

3. Un error frecuente es que se incluya género en el título de tablas, gráficos o figuras que exponen datos cuantitativos desagregados por sexo. La dimensión de género se aplica en el análisis de los datos para evidenciar circunstancias e interrelaciones entre variables que explican desigualdades fundadas en el sexo, y sus vínculos con otras variables.

en todas las estructuras y grupos de la sociedad (clases sociales, generaciones, poblaciones diversas), y en la medida que atraviesa diferentes instituciones de la sociedad como el hogar-familia, el Estado, la iglesia, entre otros, quienes reciben influencia del sistema patriarcal. El patriarcado es un concepto utilizado por las ciencias sociales, en especial en la antropología y en los estudios feministas. Hace referencia a una distribución desigual del poder entre mujeres y hombres en la cual los varones tendrían preeminencia en uno o varios aspectos, tales como la determinación de las líneas de descendencia (filiación exclusivamente por descendencia patrilineal y portación del apellido paterno), los derechos de primogenitura, la autonomía personal en las relaciones sociales, la participación en el espacio público -político o religioso- o la atribución de estatus a las distintas ocupaciones de hombres y mujeres determinadas por la división sexual del trabajo. Desde el feminismo se elaboró el concepto de patriarcado, con el que se hacía explícita la existencia de un sistema de dominación basado en el sexo-género e independiente de otros sistemas de dominación. El sistema patriarcal presenta formas de opresión y legitimación propias y distintas, no sólo relacionadas con la desigualdad en la esfera de lo público sino muy fundamentalmente con las prácticas que tiene lugar en la esfera de lo privado.

1.3 Igualdad y equidad de género en salud

El análisis de la igualdad demarca por lo menos tres ámbitos o formas de entender este concepto: la igualdad sustantiva o de resultados, la igualdad como no discriminación, y la igualdad ante la ley. La interacción de estos tres elementos aporta un concepto mucho más amplio y robusto que permite entender la verdadera igualdad entre las mujeres y los hombres (11). Desde el marco de los derechos humanos, la igualdad no es la exigencia de trato idéntico, sino que es la que se logra con la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, poblaciones étnicas y otros grupos minoritarios, a través de la adopción de medidas expresadas en leyes, políticas, planes y programas de los Estados.

Una diferencia sustancial entre ambos conceptos es que la igualdad es un derecho humano y, por lo tanto, una obligación legal de la que no pueden sustraerse los Estados. El derecho a la igualdad entre hombres y mujeres requiere que cada Estado implemente acciones específicas y concretas para eliminar la discriminación contra las mujeres.

Ciudadanía o igualdad de derechos, justicia social o igualdad sustantiva, y reconocimiento de la diversidad o igualdad en la diferencia, son tres componentes del concepto de igualdad que no pueden subordinarse el uno al otro.

Por su lado, la equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres de los diversos grupos poblacionales. El concepto de equidad reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir dichas desigualdades. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad de género. Desde esa perspectiva, la equidad es el medio y la igualdad es el resultado (12), para alcanzar la salud como un derecho para todas las personas. La equidad de género en la situación de salud significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura.

Para la OPS/OMS la igualdad de género en el ámbito de la salud significa que las mujeres y los hombres gocen de las mismas condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados⁵ (12).

En la mayoría de las sociedades, y Guatemala no es la excepción, las mujeres tienen un menor estatus social con respecto a los hombres, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, las mujeres son menos reconocidas y valoradas en el ámbito de sus familias, las comunidades y la sociedad en general; tienen un menor grado de acceso a los recursos y al control sobre los mismos, y menor poder en la toma de decisiones que los hombres, inclusive aquellas decisiones que tienen que ver con su propio cuerpo (10).

Generalmente la atención a la salud de las mujeres se ha centrado en los problemas relacionados con su vida reproductiva, particularmente durante el embarazo, el parto y el puerperio. El enfoque de salud pública basado en el género permite comprender los problemas de salud de las mujeres y los hombres de manera integral, durante las diferentes etapas del curso de vida, y determinar respuestas apropiadas para atender las necesidades específicas de cada sexo, que tengan en consideración las normas, roles

4. Definiciones incluidas en el informe del Relator, presentado al Consejo de Derechos Humanos el 27 de abril del 2010.

5. La política de igualdad de género de la OPS fue oficialmente adoptada por el Consejo Directivo mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005. La política se ha complementado con el plan de acción (2009-2014) aprobado en el 2009, el que aporta una hoja de ruta con los indicadores de vigilancia para su ejecución por la OPS/OMS y los Estados Miembros.

y relaciones de género.

El acceso de las mujeres a los recursos que permiten alcanzar y mantener la salud es un derecho humano vital para su desarrollo. La salud cobra especial relevancia en la vida de las mujeres debido al importante papel que ellas desempeñan en su hogar como principales gestoras de la salud familiar, pues en ellas descansa la mayor responsabilidad de crear y recrear las condiciones que hacen factible y posible la reproducción de la vida humana.

Un aspecto de importancia central es la intersección que existe entre género e interculturalidad en salud. En Latinoamérica la interculturalidad ha estado asociada a la demanda por el reconocimiento cultural y político de los grupos indígenas y afrodescendientes de la región. Así, la interculturalidad busca dar cuenta de la interacción o encuentro entre dos o más grupos culturales. En definitiva, la interculturalidad tiene su énfasis en el diálogo, la interacción y la relación incluso de grupos que no comparten un mismo Estado.

A través del análisis de género e interculturalidad se pueden comprender las ventajas y desventajas en la situación de salud que afectan a las mujeres y los hombres de diversas poblaciones: acceso a servicios, recursos e información y su contribución al cuidado de la salud. La integración de ambas perspectivas permite abordar y reducir las inequidades persistentes en razón del género y de la pertenencia étnica de las poblaciones más rezagadas (mujeres indígenas y rurales, adolescentes y jóvenes, personas con VIH y sida, población LGBTI y con capacidades especiales), para mejorar la equidad y eficiencia en salud. Desde la perspectiva intercultural, las políticas, los programas y los planes serán culturalmente transformativos cuando se considere el derecho a la salud para todos, cuando se definan y aborden las brechas inequitativas, involucrando en ello a los pueblos afectados; cuando se reconozcan e incluyan las prácticas tradicionales sostenidas por los pueblos indígenas y sus terapeutas, y cuando los servicios de salud sean culturalmente sensibles a las perspectivas de género e interculturalidad.

La interculturalidad es entendida como el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población. La pertinencia cultural en salud deriva del derecho a la diferencia y quiere decir 'adecuado a la cultura'. La adecuación cultural de la salud comprende el conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud, así como también que los servicios de salud estén orientados a promover cambios para que respondan a la cultura de los pueblos indígenas.

(Acuerdo 1632-2009, MSPAS-Guatemala).

2

**CONTEXTO
POLÍTICO-ADMINISTRATIVO
Y MARCO JURÍDICO**



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

2. CONTEXTO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO Y MARCO JURÍDICO

2.1 Contexto político - administrativo

La Constitución Política define al Estado de Guatemala como una República democrática, representativa y unitaria, cuyo fin supremo es el bien común y el desarrollo de la persona humana, sin distinción alguna. Asimismo, se define como un Estado laico, no confesional.

El ámbito político lo conforman en primera instancia los tres principales poderes del Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, los que buscan entre sí el equilibrio en sus atribuciones, sin que ninguno se supedite al otro. En segunda instancia existe un conjunto de instituciones estatales de carácter autónomo: Corte de Constitucionalidad, Tribunal Supremo Electoral, Contraloría General de Cuentas, Institución del Procurador de los Derechos Humanos, Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación; éstos juegan un papel fundamental en el proceso de garantizar la democracia, la gobernabilidad y la transparencia, en respeto y apego a los estándares de derechos humanos universales y a las leyes nacionales.

El territorio está organizado política y administrativamente en ocho regiones, 22 departamentos y 334 municipios. A nivel departamental el Presidente de la República nombra a las y los gobernadores; y en el ámbito local, la máxima autoridad recae en los gobiernos municipales, quienes son electos popularmente en proceso electoral nacional. El municipio es un espacio de vida pública, de interacciones políticas y de poder; es la expresión local del Estado.

Los Acuerdos de Paz suscritos en el año 1996, que pusieron fin al conflicto armado de más de 36 años, marcan un hito fundamental en la historia de Guatemala, y se constituyen en una hoja de ruta de visión de largo plazo para avanzar en los temas sustantivos que aún significan grandes desafíos para el país. Dichos Acuerdos de Paz expresan consensos de carácter nacional.

2.2 Marco jurídico relacionado con la salud

La sección séptima de la Constitución Política de la Re-

pública de Guatemala⁶ -artículos del 93 al 100-, se dedica al desarrollo del marco de derechos en materia de salud, donde se preceptúa que la salud es un derecho fundamental del ser humano. Asimismo, alude que la salud es un bien público, y le atribuye a las instituciones las acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación y coordinación, a fin de procurar a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social.

Guatemala cuenta con un robusto marco legal relacionado con la salud y la igualdad de género:

- Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar (Decretos 97-1996)
- Código de salud (Decreto 90-1997)
- Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) (Decreto 295)
- Ley de dignificación y promoción integral de la mujer (Decreto 7-1999)
- Ley general para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Decreto 27-2000)
- Ley de desarrollo social (Decreto 42-2001)
- Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia (2003)
- Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva (Decreto 87-2005)
- Ley del sistema nacional de seguridad alimentaria y nutricional (Decreto 32-2005)
- Ley marco de los acuerdos de paz (Decreto 52-2005)
- Ley de regulación del ejercicio de la enfermería (Decreto 07-2007)
- Convenio marco de control de tabaco/ Ley de creación de ambientes libres de humo (2008).
- Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer (Decreto 22-2008)
- Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas (Decreto 9-2009)
- Ley para la maternidad saludable (Decreto 32-2010)

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales. En Guatemala los tratados internacionales, por mandato constitucional, tienen preeminencia sobre el derecho interno. Por tanto, el país, al aprobar y ratificar esos instrumentos, adquiere responsabilidad internacional en su cumplimiento y en la rendición de cuentas.

6. Reformada por Acuerdo Legislativo 18-93 del 17 de Noviembre de 1993.

En materia de reducción de las desigualdades asociadas a la salud, el país cuenta con políticas generales y otras específicas, de carácter sectorial, que se consideran transversales al conjunto de políticas públicas más abarcadoras. Las políticas y planes nacionales específicos buscan cerrar brechas de inequidad que afectan a las poblaciones tradicionalmente excluidas y en condiciones de mayor vulnerabilidad, como las señaladas con antelación.

Para ejemplificar los avances del país respecto a las medidas de carácter político adoptadas, coherentes a estándares internacionales, se citan algunas políticas públicas y planes nacionales:

- a) Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y Plan de Equidad de Oportunidades (PEO 2008-2023)⁷
- b) Política pública de protección integral y plan de acción nacional para la niñez y adolescencia (2004-2015)
- c) Política nacional de la juventud (2012-2020)
- d) Política pública para la convivencia y eliminación del racismo y la discriminación racial (2006)
- e) Política nacional en discapacidad (2006)
- f) Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (Decreto 32-2005)
- g) Agenda articulada de las mujeres mayas, garífunas y xinkas - 2009⁸
- h) Plan nacional de prevención erradicación de la violencia contra la mujer (Planovi, 2004-2014)
- i) Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida (2011-2015)
- j) Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva (2012-2015)

Guatemala cuenta con una variada institucionalidad pública, quienes, en consonancia con sus respectivos mandatos, tienen la responsabilidad de asesorar, promover, coordinar, ejecutar, monitorear y rendir cuentas de la aplicación de leyes y políticas dirigidas a la niñez, juventud, mujeres, pueblos indígenas y otras poblaciones específicas; entre las instituciones vinculadas a la temática destacan:

- a) Gabinete Específico de la Mujer (GEM)
- b) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- c) Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM)
- d) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
- e) Ministerio de Educación (MINEDUC)

- f) Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- g) Consejo Nacional de Salud
- h) Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI)
- i) Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) (y sus defensorías específicas, particularmente la defensoría de la salud)
- j) Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN)
- k) Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres (CONAPREVI)
- l) Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República (SOSEP)
- m) Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET)
- n) Secretaría de Bienestar Social
- o) Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE)
- p) Comisión Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CNNA)
- q) Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI)
- r) Comisión Contra la Discriminación y el Racismo (CODISRA)
- s) Foro Nacional de la Mujer (FNM)
- t) Oficina Nacional de la Mujer (ONAM)
- u) Comisión de Salud del Congreso de la República
- v) Secretaría de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia
- w) Oficinas Municipales de la Mujer (OMM)
- x) Centros de Apoyo Integral para Mujeres Sobrevivientes de Violencia (CAIMUS).

Desde la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, corresponde a la Unidad de Género de la Salud el mandato de asesorar, generar propuestas, promover la coordinación e integración del principio de equidad entre mujeres y hombres y la transversalización del enfoque de género y étnia en las acciones de salud. De igual manera, la Unidad de Atención de la Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPII) tiene el mandato de formular y promover programas, proyectos, estrategias y líneas de acción destinadas al logro del desarrollo de la salud de los pueblos indígenas. En general, el MSPAS cuenta con una diversidad de programas que son los mecanismos que norman y regulan la atención en salud desde su rol de rectoría en este campo. Otras unidades de naturaleza similar funcionan en el seno de entidades del Organismo Ejecutivo, y coordinan esfuerzos con SEPREM en el ámbito de género y derechos de las mujeres.

7. La referida política contiene 12 ejes estratégicos; uno de ellos es el eje de 'equidad en el desarrollo de la salud con pertinencia cultural'.

8. La agenda contiene un eje de salud integral desde la identidad cultural.

Tratados y compromisos internacionales relacionados con la salud

- Declaración universal de derechos humanos, 1948.
- Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1965.
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, 1976.
- Pacto internacional de derechos civiles y políticos, 1976.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.
- Protocolo de San Salvador, 1988.
- Convención sobre los derechos del niño, 1989.
- Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, 1989.
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990.
- Programa de acción del Cairo (adoptado en la conferencia mundial de población y desarrollo), Cairo 1994.
- Plataforma para la acción mundial (emanada de la IV conferencia mundial de la mujer, Beijing 1995).
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006.
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, 1996.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, 2007.
- Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017.
- Plan de salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015.
- Marco de rendición de cuentas para la salud de las mujeres y los niños, de la ONU.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

3

DIMENSIÓN
DEMOGRÁFICA



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

3. DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA

Guatemala es un país multiétnico, pluricultural y multilingüe, conformado por cuatro pueblos: maya, xinka, garífuna y mestizo/ladino. Su población es la más numerosa de los países del istmo centroamericano, estimada para el año 2012 en 15, 073,397 (7,720,506 mujeres y 7, 352,891 hombres), de cuyo total las mujeres constituyen el 51.2% (13).

Según el censo del 2002, el 39.6% se autoidentificó como población indígena (mayas 39.6%; xinkas 0.14%; y garífunas 0.04%); no obstante, para algunas organizaciones este porcentaje supera el 60% de la población del país.⁹

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) para Guatemala en 2011 fue de 0.57, siendo el más bajo de Centroamérica, y además con marcadas desigualdades entre diferentes grupos poblacionales del país: los indígenas tienen un IDH de 0.48, mientras que los no indígenas de

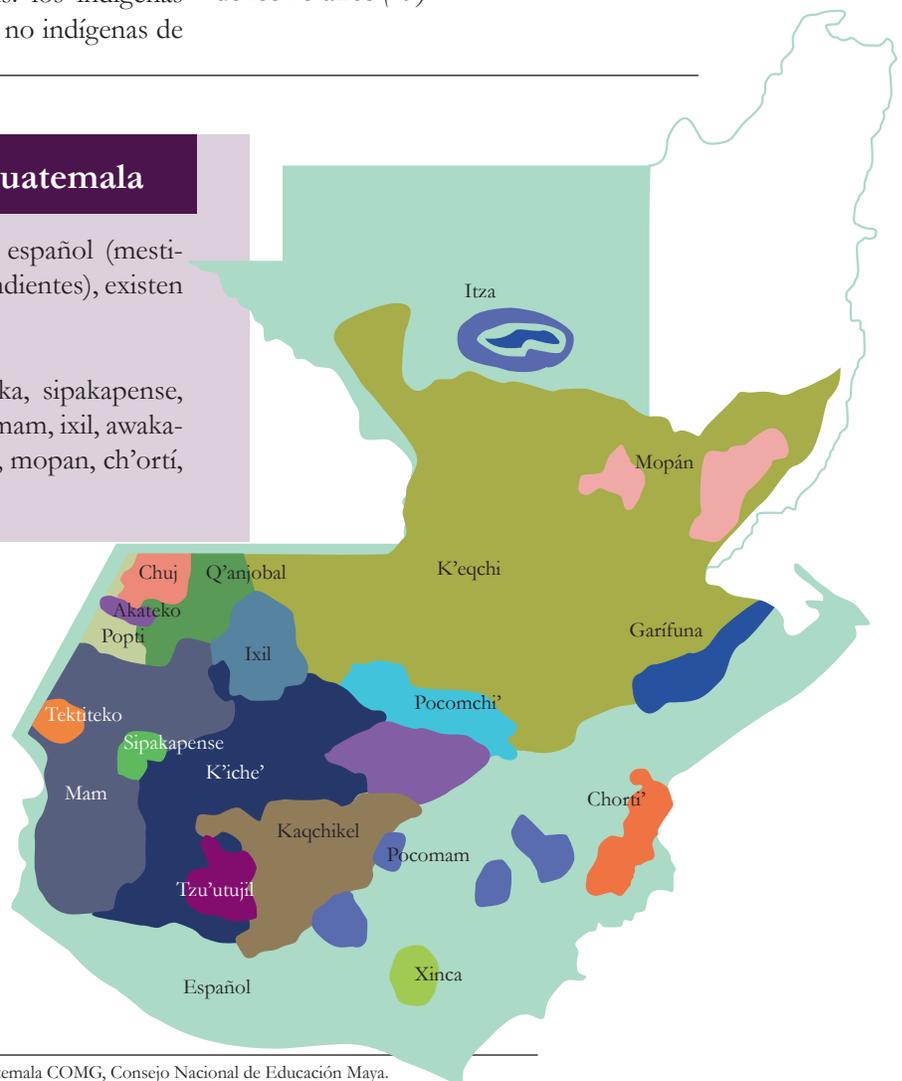
0.63 (PNUD, 2012). Para el 2011 el 53.71% del total de la población vivía en condiciones de pobreza; de éstos un 13.33% se ubicó en la línea de pobreza extrema (14). Debido a la exclusión histórica que han sido objeto los pueblos indígenas, el mapa lingüístico del país coincide en gran medida con el mapa de la pobreza.

La comparación de las pirámides de población para los años 2002 y 2012 (gráfica 1) denota cambios poblacionales relacionados al crecimiento moderadamente rápido y la juventud que caracteriza al país. En virtud del vigoroso ritmo de crecimiento demográfico, la composición por edades de la población se sitúan como sigue: el 67.1% está por debajo de los 30 años (34.3% mujeres y 32.8% hombres) y el 41% corresponde a niñas y niños menores de los 15 años (15).

Comunidades lingüísticas de Guatemala

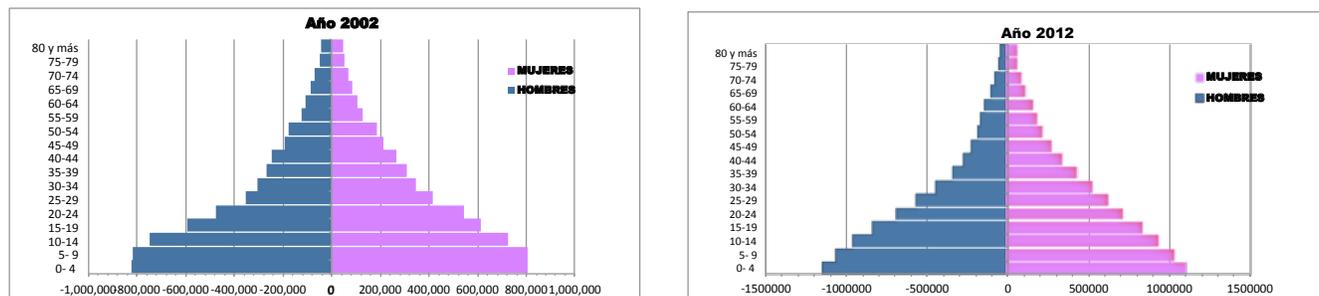
Además de las comunidades hablantes de español (mestizos/ladinos), xinkas y garífunas (afrodescendientes), existen 22 comunidades lingüísticas mayas:

k'iché, kaqchikel, tz'utujil, achi', sakapulteka, sipakapense, uspanteka, pocomam, pocomchi', q'eqchi', mam, ixil, awakateka, tectiteka, q'anjob'al, chuj, akateka, itza, mopan, ch'ortí, jakalteka (poptí) y chalchiteca.



9. A decir por el Consejo de Organizaciones Mayas de Guatemala COMG, Consejo Nacional de Educación Maya. http://www.aacid.org.gt/aacid/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=37

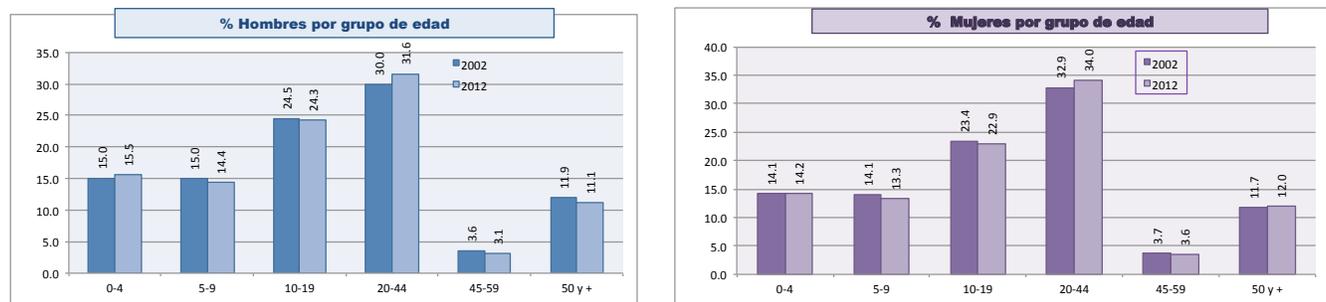
Gráfica 1. Pirámides de población proyecciones de población, años 2002 y 2012



Fuente INE. Elaboración propia con datos de XI Censo de Población y VI de Habitación. Guatemala 2002. CELADE- INE: proyecciones y estimaciones de población a largo plazo 1950-2100. Guatemala, revisión 2011.

La tendencia de la composición de la población por grandes grupos de edad y sexo (*gráfica 2*) son atribuibles principalmente a la fecundidad, a la mortalidad en la primera infancia y a la migración internacional particularmente de los hombres, la que representa el 70.5 del total de migrantes (16).

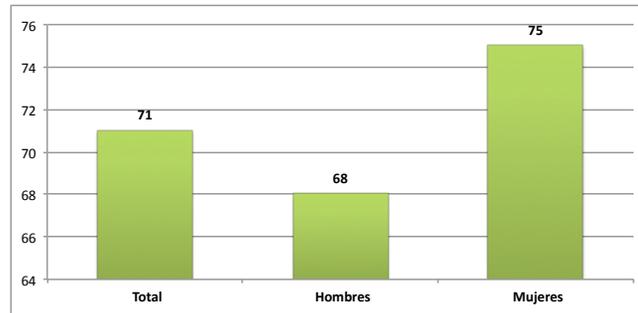
Gráfica 2. Distribución de la población por sexo y grandes grupos de edad. Período 2002-2012



Fuente INE. Elaboración propia con datos de XI Censo de Población y VI de Habitación. Guatemala 2002. CELADE-INE. Proyecciones y estimaciones de población a largo plazo 1950-2100. Guatemala, revisión 2011.

La tasa de crecimiento anual de la población se estima en 2.5% para el periodo 2010-2015 (17). Si bien la mortalidad infantil y la fecundidad exhibieron una tendencia descendente en los últimos decenios, la tasa global de fecundidad es la más alta de la región (3.6 - y en el caso de las mujeres indígenas es de 4.5) (18). No obstante el descenso de la fecundidad en las edades de alto riesgo (entre 15 y 19 años y de 35 y más años) la fecundidad adolescente continúa siendo alta y registra su mayor incidencia entre la población indígena y rural. Para el 2010-2015, la esperanza de vida al nacer se ubica en 71 años (*gráfica 3*), con una diferencia de siete años entre las mujeres y los hombres (75 y 68 respectivamente).

Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer. Años 2010-2015



Fuente: INE. 2011

La esperanza de vida más larga de las mujeres que la de los hombres es atribuida a la mayor probabilidad de su supervivencia -las niñas tienen mayor probabilidad de sobrevivir en el útero, durante la niñez, la adolescencia y la edad adulta- (19); sin embargo, ellas presentan mayor morbilidad y discapacidad a lo largo del curso de vida. Los factores biológicos ligados al sexo interactúan con factores sociales tales como los roles familiares, obligaciones, tipos de ocupación, sobrecarga física y emocional, acceso a recursos económicos y políticos y poder de decisión, construcción de la masculinidad, entre otros, influyendo de manera diferente la salud de las mujeres y de los hombres.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

4

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

4. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

4.1 Derechos humanos, género y desarrollo

Las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, socializan y trabajan constituyen los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (20). La Comisión de Determinantes Sociales de la OMS ha establecido un marco conceptual de análisis de los DSS, los que están influenciados, especialmente por el contexto político, la cultura, religión, función del sistema social, derechos humanos, mercado laboral y sistema de educación. Los DSS agrupan un conjunto de factores que estratifican socialmente a los seres humanos¹⁰. En las conclusiones de la Comisión, tanto género como los derechos humanos están reconocidos como determinantes estructurales de salud. Por lo tanto, abordar la equidad de género en salud hace parte de la agenda global en determinantes sociales de la salud.

La condición de salud de mujeres y hombres no sólo depende de sus particularidades anatómicas y fisiológicas; las relaciones de género, la situación socioeconómica, el origen étnico, el acceso a una alimentación adecuada, la orientación sexual, el acceso a métodos de planificación y el equilibrio psicosocial, entre otros, son algunos de los factores que determinan el goce de un nivel adecuado de salud.

La promoción del desarrollo humano y la realización de los derechos humanos entretienen una alianza vigorosa fundada en el compromiso de promover y afirmar la libertad humana, que implica bienestar y dignidad de las personas y los pueblos. Los derechos humanos acentúan las garantías que el Estado y otros actores han de ofrecer para que exista la libertad y ciudadanía (21). El paradigma de desarrollo humano pone especial énfasis en la oportunidad de llevar una vida larga y saludable, que ha de comprenderse como el derecho a disfrutar plenamente del conjunto de derechos humanos, particularmente el derecho a la salud.

El conjunto de derechos humanos enfatiza en los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales;

de igual manera el desarrollo humano destaca tres ámbitos importantes: salud, educación e ingresos. En países con mayores desigualdades en la distribución del ingreso, las oportunidades de lograr mejores niveles educativos y de salud se reducen, en menoscabo del desarrollo humano; y, consecuentemente, ello implica negación de derechos humanos.

Desde una perspectiva de género, es insoslayable partir del hecho de que existen profundas desigualdades entre las personas, marcadas por clase, etnia, edad, ubicación geográfica, orientación sexual, entre otras, pero que una de las más generalizadas y universales es la que concurre entre hombres y mujeres, en la medida que los efectos que provocan, limitan las oportunidades de desarrollo humano de ellas (22). Cualquier estrategia orientada al desarrollo debe tomar en cuenta las desigualdades de género y otras conexas para transformar las inequidades en salud. La incorporación de la dimensión de género en el contexto del desarrollo y de los derechos humanos es aún un desafío que enfrenta barreras en las instituciones y en el imaginario social impregnado por pautas culturales que toleran y reproducen mecanismos de subordinación y discriminación, que marca la vida de niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres adultas, particularmente indígenas y rurales.

En el contexto de la medición del desarrollo humano, el PNUD ha introducido el Índice de Desigualdad de Género (IDG)¹¹. Éste es de suma importancia para ayudar al gobierno y otros organismos a comprender las brechas existentes entre mujeres y hombres, e impulsar acciones en consecuencia. El Informe de Desarrollo Humano (IDH) 2013 señala que en materia de desigualdad de género Guatemala ocupa la clasificación 114 de 147 países; la tendencia denota deudas históricas relacionadas con los determinantes sociales que afectan la salud de las mujeres. (IDG 2006, posición 90 de 136 países; 2005, posición 94 de 140 países).

Según el Índice Global de Brechas de Género (IGBG)¹², Guatemala en el 2012 se ubicó en la posición 116 de 135 países evaluados; y en el 2011 ocupó la posición 112, es decir, cayó cuatro escaños, con lo que sigue siendo el más rezagado de la Región Latinoamericana y del Caribe en ésta materia, superando sólo a naciones árabes y de África.

10. La estratificación social por contexto socioeconómico, social y cultural expone a los distintos grupos de personas a riesgos y condiciones que pueden ser perjudiciales para la salud.
11. El Índice de Desigualdad de Género (IDG) refleja la desventaja de las mujeres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. El índice muestra la pérdida de desarrollo humano causada por la desigualdad existente entre los logros de mujeres y varones en estas dimensiones. El IDG es similar en cuanto a método al Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad (IDH-D). Todos los países sufren cierta pérdida en los resultados obtenidos en el IDH desde el momento en el que se tiene en cuenta la desigualdad de género, a través del uso del método del IDG.
12. El Foro Económico Mundial mide cuatro áreas críticas de inequidad entre hombres y mujeres: participación y oportunidades económicas; acceso a la educación básica y superior; nivel de representación en estructuras con poder de decisión; salud y supervivencia.

4.2 Educación

La educación es un determinante fundamental de la salud. Entre la salud y la educación existe una relación sinérgica que afecta positiva o negativamente las condiciones sociales, económicas y culturales de las mujeres y hombres de los diversos pueblos. El aumento de los niveles educativos de la población se asocia al mejoramiento de la salud, al incremento de la productividad, a la movilidad social, a la reducción de la pobreza y a la construcción de la ciudadanía.

El sistema educativo en Guatemala se organiza en torno a cinco niveles de escolaridad: preprimaria (4 a 6 años de edad), primaria (7 a 12 años de edad), básico (13 a 15 años de edad), diversificado (16 a 17 años de edad) y educación superior (18 años de edad en adelante). La Constitución Política de la República preceptúa que la educación es obligatoria y gratuita hasta el nivel básico, dentro de los límites de edad que establece la ley¹³.

Cuadro 1. Tasas de escolaridad por sexo, según nivel educativo. Año 2010

Nivel	Sexo (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Tasa Bruta de Escolaridad¹⁴			
Preprimaria	70.06	69.40	70.73
Primaria	116.21	121.11	111.42
Básico	70.90	74.88	66.87
Diversificado	36.71	36.97	36.45
Tasa Neta de Cobertura¹⁵			
Preprimaria	54.87	54.54	55.20
Primaria	95.81	98.70	92.98
Básico	42.94	44.46	41.41
Diversificado	22.33	22.23	22.42
Tasa de Retención Escolar¹⁶			
Primaria	94.01	93.78	94.25
Básico	89.71	84.14	90.35
Diversificado	88.05	87.50	88.60
Tasa de Deserción Escolar¹⁷			
Primaria	5.99	6.22	5.75
Básico	10.29	10.86	9.65
Diversificado	11.95	12.50	11.40
Tasa de Repitencia¹⁸			
Primaria	11.90	13.55	10.37
Básico	2.96	3.45	2.41
Diversificado	0.91	0.96	0.86

Fuente: MINEDUC. Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico 2010.

13. Se refiere a la Ley de Educación Nacional, Decreto 12-1991.

14. Es la proporción de porcentaje de alumnos de todas las edades que se encuentran inscritos en un nivel educativo, independientemente de la edad, con relación a la población en edad oficial para dicho nivel.

15. Indica cuantas niñas (os) en edad escolar están asistiendo a un grado determinado de escolaridad acuerdo a su edad, en relación a la población total.

16. Es la relación entre la inscripción inicial en un año y grado dado y la inscripción en el siguiente año.

17. Es el porcentaje de los alumnos (as) de un determinado grado que abandonan el sistema educativo sin haber terminado sus estudios.

18. Se refiere al porcentaje de alumnos (as) que se inscribieron el año escolar anterior y perdieron, volviendo a repetir el año.

La población en edad escolar para el año 2012, según proyecciones del INE, fue de 3,919,083, equivalente al 21.6% del total de la población (10.9% mujeres y el 10.8% varones); el 39.76% se ubica en las áreas urbanas y el 60.24% en las áreas rurales.

El sistema educativo tiene un déficit de cobertura de escolaridad en el nivel preprimario del 45.13%, en primaria del 4.2%, en básico del 57.06% y diversificado del 77.67%, que afecta especialmente a las niñas y adolescentes mujeres en los niveles primario y básico, donde sus tasas netas de cobertura son menores que las de los hombres. (cuadro 1). Los datos confirman las tendencias observadas tra-

dicionalmente en educación donde las niñas mantienen niveles más bajos de matriculación, con la excepción del nivel de preprimaria en el que superan a los niños; las tasas de matriculación de niñas y adolescentes bajan conforme asciende el nivel educativo. Las niñas y adolescentes tienen menores tasas de deserción y repitencia escolar.

Al comparar la tendencia de hombres y mujeres sin educación con base en la ENSMI 2002 y ENSMI 2008/9, según distribución porcentual procesada con base en ambas encuestas (cuadro 2), las cifras evidencian el rezago educativo que aún pesa sobre las mujeres, especialmente rurales.

Cuadro 2. Tendencia del porcentaje de hombres y mujeres sin educación por área de residencia.

Referencia	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	Urbano	Urbano	Rural	Rural
ENSMI 2002	15.7	7.0	32.8	22.6
ENSMI 2008/9	10.0	5.3	22.8	18.4

Fuente: Presentación visión masculina -ENSMI 2008/9. OSAR. Dr. Edgar Hidalgo, marzo 2012.

En Guatemala, el logro educativo es relativamente bajo (4.6 años), en comparación con el alcanzado en América Latina que, en promedio, es de siete años. (PNUD-IDH 2013).

En el año 2011, la Comisión Nacional de Alfabetización (CONALFA) registró una tasa de analfabetismo general del 17.46% (16.43% en hombres y 18.39% en mujeres). Especialmente las mujeres pobres e indígenas, residentes mayoritariamente en las áreas rurales, son las más afectadas. Las tasas más altas de analfabetismo se ubican en los departamentos de Quiché con un 33.09% (29.37% hombres y 36.32% mujeres), 30.62% en Alta Verapaz (26.66% hombres y 34.40% mujeres), Baja Verapaz 26.88% (25.81% hombres y 27.78% mujeres), Chiquimula 28.45% (31.64% hombres y 25.76% mujeres) y Huehuetenango 25.69%,

(23.6% hombres y 27.34% mujeres) (23).

La Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) es la rectora de la educación superior pública; esta entidad reportó la matrícula de 146,741 personas en el 2010 (51.2% mujeres y 48.8% hombres). Adicionalmente existen en el país 11 universidades privadas.

Para ilustrar la importancia que tiene la educación en el ámbito de la salud, el resultado de un análisis pormenorizado 44 estudios científicos evidenció que las y los pacientes con un nivel bajo de alfabetismo tenían peores resultados de salud, incluso en conocimientos, marcadores intermedios de enfermedades, mediciones de la morbilidad, estado de salud y uso general de los recursos sanitarios. Dichas personas en general tenían una probabilidad de 1.5 a 3 veces

mayor de experimentar un mal resultado de salud (24). El mismo estudio enfatizó la importancia de la educación en las mujeres para romper las tendencias de la mortalidad de los lactantes y de los niños y niñas, así como los ciclos de pobreza. Sin embargo, subraya que la enseñanza primaria es insuficiente para proporcionar a las mujeres los conocimientos y las aptitudes necesarios para mejorar y mantener su propia salud o independencia económica, por lo que se hace necesario elevar sus niveles de escolaridad.

La educación de las mujeres es altamente beneficiosa para la salud de ellas y de los miembros de sus hogares; una mujer educada traslada el proceso de educación hasta su quinta generación, reduce las tasas de fecundidad, mejora las condiciones de nutrición en el hogar y también reduce las tasas de mortalidad infantil, al tiempo que contribuye a la reducción de la mortalidad materna y desnutrición infantil (25). Está demostrado que la desnutrición es tres veces mayor cuando las madres carecen de educación formal y cuando se trata de niñas y niños nacidos con corto espaciamiento entre embarazos.

4.3 Economía, empleo e ingresos

El país exhibe grandes contrastes y desigualdades. La histórica concentración de los recursos en un número reducido de grandes unidades económicas ha producido un patrón distributivo profundamente des-

igual de los beneficios del crecimiento económico, y ha estrechado las opciones económicas y sociales de amplios sectores de la población (26). El nivel nacional de pobreza asciende a 53.7% y la pobreza extrema se sitúa en 13.3%, mostrando un leve descenso en los últimos años (27).

La Población Económicamente Activa (PEA) la conforman 6, 235,064 personas (65.4% del total de la población en edad de trabajar); de éste, el 37.1% (2, 310,725) son mujeres y el 62.9% (3, 924,339) son hombres. Según la ENEI 2012, el sector informal representa el 74.5 por ciento de la PEA del país, ocupada en su mayoría por población indígena. La tasa específica de participación de la PEA de los hombres alcanza el 87.6% y la de las mujeres el 45.7%, los hombres superan a las mujeres en 41.9 puntos porcentuales; al tener en cuenta la variable étnica, la diferencia entre ambos sexos llega a 49 puntos, (93.5% para los hombres y 44.6% para las mujeres). La participación laboral de las mujeres indígenas se ubican en 1.9 puntos porcentuales por debajo de las mujeres mestizas/ladinas. La tasa de desempleo abierto muestra una diferencia de 1.2 puntos porcentuales (2.4% para los hombres y el 3.6% para las mujeres), y el subempleo una diferencia de 3.1 puntos porcentuales (16.7% para los hombres y 19.8% para las mujeres), en ambos casos con desventaja para las mujeres. (cuadro 3).

Cuadro 3. Tasas específicas de participación de la PEA, empleo y desempleo de la población de 15 años y más de edad, por población étnica y sexo. Año 2012 (por 100 personas)

Tasas	Total Nacional			Indígena			No Indígena		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Tasa específica de participación de la PEA	65.4	87.6	45.7	67.3	93.5	44.6	64.2	83.9	46.5
Tasa bruta de ocupación	63.5	85.5	44.1	66.5	93.0	43.8	61.5	80.7	44.3
Tasa específica de ocupación	97.1	97.6	96.4	99.0	99.4	96.3	95.8	96.2	95.1
Tasa de desempleo abierto	2.9	2.4	3.6	1.0	0.6	1.7	4.2	3.8	4.9
Tasa de subempleo visible	17.8	16.7	19.8	13.8	13.2	14.8	20.6	19.1	23

Fuente: INE. Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, ENEI. Junio-Julio, 2012.

En la economía nacional, en su mayoría, las mujeres se ubican en los sectores domésticos, en la economía informal e industria maquiladora. En el 2011 el 92.8% del empleo doméstico estuvo a cargo de mujeres, y el restante 7.2% estuvo cubierto por hombres; del total de mujeres en empleo doméstico, el 56% labora en casas particulares en las zonas urbanas, y en éste ámbito, particularmente las niñas, adolescentes y jóvenes enfrentan el riesgo de la violencia sexual por parte de los patronos o empleadores. Entre el 2006 y el 2011 se produjo un cambio en la composición por pertenencia étnica entre las mujeres que realizaban trabajo doméstico; en el 2006, el 32.2% constituían mujeres indígenas, y en 2011 el porcentaje subió a 53% (29). Un estudio referido a trabajadoras de maquilas y agroindustrias afirma que las condiciones inadecuadas de trabajo de las mujeres que laboran en esas industrias les provoca constantes riesgos en su salud; sobre todo las mujeres embarazadas y madres sufren con mayor frecuencia problemas de mala circulación, rinitis, gastritis, caída del cabello, lesiones del cuello, fatigas, lesiones de espalda e hinchazón de pies (30), además de otros riesgos derivados del uso de pesticidas y fertilizantes como abortos, nacimientos prematuros, malformaciones del feto. El estudio comprobó que al 24.8% de mujeres embarazadas¹⁹ les fue condicionado un trabajo adecuado a su embarazo y que el 18% de las mujeres embarazadas tuvieron complicaciones durante el embarazo y en el parto tales como placenta previa, sangrados anormales, amenaza de aborto, mala posición del bebé, mastitis, hipertensión materna y partos de alto riesgo (31).

Las mujeres desde tiempos inmemorables conforman el resorte de la sobrevivencia de las familias, útil para la cohesión social que organiza la economía. En la producción de los medios de existencia, el trabajo doméstico -no remunerado- ha sido socialmente asignado a las mujeres, y es un trabajo que consume su ser y su cuerpo, y con ello recibe retribuciones simbólicas como ‘la reina de la casa’. La conciliación del trabajo remunerado y el doméstico no remunerado no ha sido fácil para las mujeres; ellas enfrentan un cúmulo de tensiones y hasta sentimientos de culpa, ya que el cuidado de los hogares se ha “naturali-

zado” como responsabilidad de las mujeres. El sexo femenino es visto naturalmente para ser madre, cuidadora de los ‘otros’, y para asegurar que su compañero o pareja esté en ‘condiciones para ir a trabajar’; y el sexo masculino culturalmente es promovido para proveer los medios de existencia, y participar en el ámbito público.

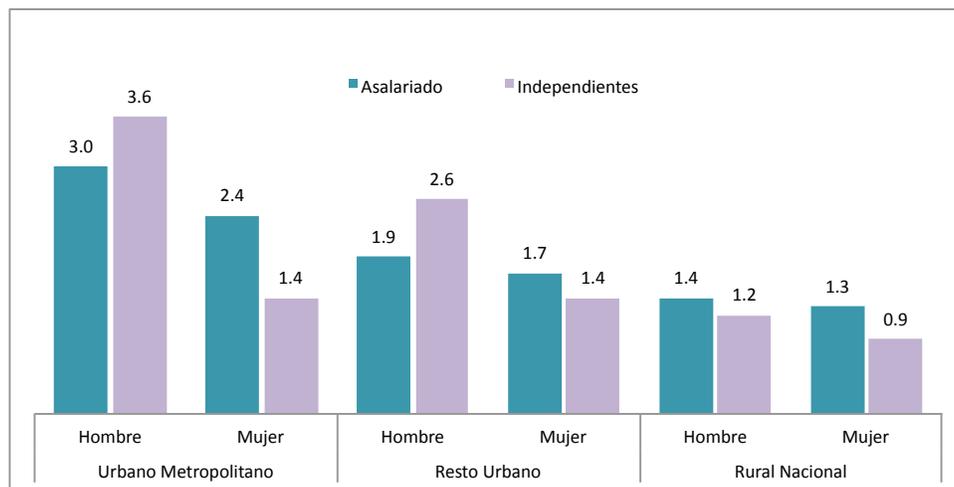
Las mujeres en edad de trabajar que no conforman la PEA se ubican en la población económicamente inactiva. Esta categoría está siendo cuestionada, especialmente porque el trabajo que las mujeres realizan en las tareas de crianza y cuidado del núcleo familiar, y todo lo que implica el rol doméstico (economía del cuidado) aún permanece invisible; no obstante cabe destacar los avances en la medición y valoración del trabajo no remunerado y su inclusión en cuentas satélites en el marco de los sistemas de cuentas nacionales.

En el 2013, el salario mínimo en Guatemala se ubica en Q 2,421.75 para el sector agrícola y no agrícola, y para el sector exportador y maquila en Q 2,246.25. Los salarios mínimos están regulados igual para mujeres y hombres, sin embargo, persisten desigualdades. En el área urbana metropolitana, por la vía del trabajo independiente, el ingreso promedio que perciben los hombres supera en un 61% al percibido por las mujeres. (Q 3,600 por los hombres vs. Q 2,200 por las mujeres). Según el mismo tipo de trabajo, en las zonas rurales, aunque las diferencias no son ostensibles, se aprecian desigualdades en cuanto al ingreso de mujeres y hombres (gráfica 4). Todos los casos presentados evidencian ingresos inferiores percibidos por las mujeres.

El proceso para cerrar las diferencias salariales entre hombres y mujeres ha sido muy lento, debido sobre todo a que la división sexual del trabajo y los estereotipos que entraña funcionan como elementos desalentadores para aplicar una real igualdad en ingresos y oportunidades entre mujeres y hombres.

19. Sobre una muestra estadística de 530 mujeres de la industria textil y 105 de la maquila agrícola.

Gráfica 4. Promedio de ingreso mensual por sexo, dominio de estudio y tipo de ingreso, 2012.
(En miles de Quetzales)



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos –INEI. 2012

Las dobles y triples jornadas de trabajo que realizan las mujeres, a menudo en combinación del trabajo productivo y reproductivo, y comunitario, tienen efectos negativos para su vida, y consecuentemente para su salud y bienes-

tar. Las horas extendidas que trabajan las mujeres en el ámbito del hogar, como se mencionó, no son contabilizadas como trabajo en las estadísticas laborales. (cuadro 4).

Cuadro 4. Población mayor de 12 años de edad por horas trabajadas remuneradas y no remuneradas por día, según sexo

Sexo	Horas trabajo remunerado	Horas trabajo no remuneradas
Hombres	5.36	2.37
Mujeres	1.82	7.85

Fuente: CEPAL/INE- Encovi. Módulo uso del tiempo. 2000.

La cuestión agraria es el tema central de lucha ideológica y de clases sociales en las zonas rurales; particularmente la tenencia de la tierra es una parte importante de las estructuras sociales, políticas y económicas del país. Guatemala tiene la peor situación en América Latina respecto a desigualdad en la tenencia de la tierra. El 54% del total de fincas (menores de 1.4 has.) ocupan sólo el 4% de la superficie total de tierras agrícolas, mientras que el 2.6% de las fincas más grandes (en promedio con 195 o más has.) ocupan casi dos tercios de la superficie total (32).

Según la Encuesta Nacional Agropecuaria del 2005, la tierra la poseen en un 83.7% los hombres y en el 16.3% las

mujeres. El limitado acceso de las mujeres a la tierra, a los bienes de capital y a los recursos para la producción tiene implicaciones en las oportunidades para su salud, educación y en general para mejorar su nivel de vida.

Las parcelas de cultivo controladas por la familia se traspasan en herencia a los hijos varones, y muy rara vez a las hijas. Persiste la creencia que los hombres, por su rol de proveedor económico, ellos deben ser propietarios de la tierra. En los programas estatales de titulación de tierras, el título se hace por lo general a nombre del hombre jefe de familia –no se considera a la esposa como copropietaria. Así las mujeres enfrentan obstáculos desde la cultura,

además de otros de tipo legal. La tierra para las comunidades indígenas es concebida como la madre naturaleza; no es fuente de riqueza material (33).

4.4 Participación social y política

En Guatemala, a partir del año 1944, las mujeres empiezan a ejercer el derecho al voto, aunque sólo para alfabetas y se les excluía de participar como candidatas; en 1965 el voto se generaliza a todas las mujeres, pero siguen excluidas de participar en candidaturas y puestos públicos. En 1985, al inaugurarse la era democrática, la participación de las mujeres en cargos públicos empieza a ser más visible. Las organizaciones y movimiento de mujeres han jugado un rol clave para tal fin.

Aunque las mujeres constituyen el 50.9% (7, 340,841) de las personas inscritas en el padrón electoral del 2011 (34), su acceso a los cargos de representación y designación pública es muy limitada. Como un hecho histórico, durante el periodo 2012-2016, por primera vez una mujer (Roxana Baldetti) ocupa el cargo de Vicepresidenta de Guatemala. La participación de las mujeres en el Congreso de la República históricamente ha sido oscilante y no ha logrado ser representativa. En la actual legislatura 2012-2016, de los 158 diputados electos, solamente 20 son mujeres (12.6%); en el Parlamento Centroamericano -Parlacen- de un total 20 diputados, solamente siete son mujeres (35%). En el poder ejecutivo, durante este mismo último período, de 71 cargos de ministros, viceministros y secretarios de Estado, solamente 19 (27%) son ocupados por mujeres y 52 (73%) por hombres. En el Organismo Judicial, de 13 magistrados, solamente hay una mujer, quien por primera vez preside esa importante entidad pública. En la Corte de Constitucionalidad, de diez magistrados solamente tres son mujeres, de las cuales una es titular y dos suplentes. En el Tribunal Supremo Electoral, de diez magistrados titulares, cuatro son mujeres, incluyendo a la magistrada que lo preside. Una excepción ha sido la Institución del Procurador de los Derechos Humanos, la cual desde su creación en 1985²⁰, continúa manteniendo dos mujeres como procuradoras adjuntas; aunque es de observar que aún no llega una mujer a dirigir esa magistratura de conciencia.

En el ámbito del poder local, en las elecciones municipales del 2011, de los 334 cargos electos para alcaldes (as), únicamente siete (2%) fueron ocupados por mujeres; y de los 3,707 escaños de concejales y síndicos, las mujeres

constituyeron el 8.5% (34).

Las cifras que anteceden son una evidencia clara del déficit que acumulan las mujeres en torno a su participación política en espacios clave de toma de decisiones, lo que pone de manifiesto la inequidad en términos de la representatividad sociodemográfica de la democracia; y, evidentemente, tiene como consecuencia que las demandas e intereses de más de la mitad de la población no sean tomadas en cuenta, en su justa medida.

Pese al desbalance en la minoritaria participación política de las mujeres, son notables los aportes que han hecho en diversos campos de la vida social, económica, cultural y política del país. Tal hecho se podría explicar, por un lado, como una negación de las mujeres como sujeto; y por el otro, como parte de la creencia extendida en cuanto a que los papeles que desempeñan las mujeres han sido secundarios e irrelevantes, ligados a su rol doméstico. Guatemala registra en los últimos años un conjunto de nombres de mujeres destacadas por su lucha a favor de los derechos humanos, la justicia, el desarrollo y la paz. Muchas de ellas son heroínas invisibles.

Premios internacionales concedidos a mujeres guatemaltecas destacadas:

- *Nineth Montenegro: premio de la Asociación de Derechos Humanos de España, 1989;*
- *Rigoberta Menchú: Premio Nobel de la Paz, 1992;*
- *Helen Mack: Right Livelihood Award (Premio nobel alternativo), Suecia, 1992;*
- *Norma Cruz, premio Mujeres de Coraje, del Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2009;*
- *Hilda Morales Trujillo: reconocimiento por Amnistía Internacional como Embajadora de Conciencia, España, 2004 y premio de la Orden de la Legión Extranjera del Gobierno de Francia, 2011;*
- *Rosalina Tuyuc: premio Niwano, Tokio, 2012;*
- *Ana Silvia Monzón: segundo lugar en la nominación al premio 'Simone de Beauvoir para la Libertad de las Mujeres', Francia, 2013.*

20. Guatemala fue el primer país de América Latina que creó, con carácter constitucional, la figura del Procurador de los Derechos Humanos. Esta entidad nace con la característica fundamental de no estar supeditado a organismo, institución o funcionario alguno; con absoluta independencia y en calidad de un Magistrado de Conciencia, no coercitivo, investido de fuerza moral, sin partidismo alguno, con el propósito de hacer valer sus denuncias, resoluciones, señalamientos y censuras.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

5

**SALUD, ENFERMEDAD,
MORTALIDAD A LO LARGO DEL
CURSO DE VIDA Y
RESPUESTA INSTITUCIONAL**



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

5. SALUD, ENFERMEDAD, MORTALIDAD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA Y RESPUESTA INSTITUCIONAL

El enfoque de curso de vida se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de ese proceso vital. Estos factores se relacionan con las influencias biológicas, psicológicas, culturales y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud. El enfoque provee una visión más integral de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios y usuarias en cada etapa de su vida, y responda a los determinantes sociales. La promoción de la salud es clave en este ámbito (35). La búsqueda de la equidad en salud, sin discriminación alguna, implica desarrollar intervenciones orientadas a cerrar brechas de inequidad expresadas en datos probatorios.

En materia del análisis de la mortalidad-enfermedad que afecta de manera diferenciada a mujeres y hombres es importante examinar la relación entre factores biológicos y socioculturales que afectan la salud. En tal sentido, el análisis de género contribuye a la comprensión de los variados factores que impactan de manera disímil a los sexos y que a menudo se traducen en un conjunto desigual de riesgos, vulnerabilidades y resultados de salud. Estos factores diferenciadores incluyen: características y requerimientos biológicos ligados al sexo; riesgos asociados a los tipos de actividad que realizan predominantemente uno u otro sexo; riesgos en materia de precariedad de condiciones de trabajo, remunerado o no remunerado; sobrecarga física o mental de roles atribuidos a mujeres u hombres; discriminación por edad, pertenencia étnica, orientación sexual e identidad de género, el acceso desigual a los recursos, la información y los servicios para la protección de la salud; las relaciones desiguales de poder frente a decisiones sobre la propia salud e integridad física y mental, entre otros (7).

Una expresión de sesgo de género en materia de salud es el lento reconocimiento de los problemas de salud que afectan particularmente a las mujeres, y el escaso invo-

lucramiento de los hombres en los asuntos que atañen a la salud de las mujeres, de ambos como pareja y de la familia. En vista de la naturaleza desigual de las relaciones de género, un enfoque centrado en esta materia tiende a descubrir las inequidades en salud que afectan desproporcionadamente a las mujeres, aunque también los patrones de género actúan en detrimento o desventajas para los hombres en materia de salud, como por ejemplo el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la exposición a riesgos en el tráfico, los deportes, la violencia, entre otros.

En los acápites que se exponen y analizan a continuación, se consideran en buena medida las enfermedades transmisibles y no transmisibles que ocasionan morbilidad y muerte. Según la OMS, las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes; entre éstas se incluyen las relacionadas a la salud mental. Son factores de riesgo la alimentación deficiente y dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el consumo de alcohol, además de otros factores ambientales, socioeconómicos y culturales. Las enfermedades transmisibles son aquellas causadas por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos; éstas se dividen en infecciones de transmisión sexual, zoonóticas, vectoriales, aéreas, entre otras. En las respuestas a ambos tipos de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) es preciso abordar las causas de las desigualdades sociales, económicas, estructurales y de género.

Desde la cosmovisión maya, particularmente la comunidad lingüística q'eqchi', la enfermedad refiere a la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo y al equilibrio frío-caliente. Como "equilibrio" debe entenderse que los sujetos deben estar en armonía con su ambiente familiar, laboral, social y cultural. De manera que "si las personas no tienen donde vivir, o la cosecha no ha sido buena, o hay excesos en el consumo de alcohol, no existe equilibrio entre las fuerzas del universo y los sujetos". Así "el concepto de salud y enfermedad para las personas expertas de las comunidades -terapeutas- tiende a integrar más elementos que desde el enfoque biomédico; la enfermedad equivale a estar triste" (36).

Es importante destacar que para medir o entender en su

justa dimensión el efecto que provocan las relaciones de género -como construcción social- en los procesos de salud-enfermedad, la desagregación de los datos según sexo -entre otras variables- es de importancia fundamental, en la medida que facilita profundizar en el análisis para evidenciar circunstancias que afectan a ambos sexos. De manera que la categoría de género agrega juicio de valor al dato epidemiológico, y transforma así la información en conocimiento que aporta calidad para orientar la toma de decisiones. En cambio, el no usar la desagregación de datos según sexo y otras variables, confina a ocultar y perpetuar las inequidades en salud y sus determinantes, o peor aún, a profundizarlas. Lastimosamente, la desagregación de los datos, el análisis y el uso apropiado y oportuno de los mismos, aún sigue siendo un desafío.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en el acápite destinado a disminuir las desigualdades en salud, plantea que la Autoridad Sanitaria Nacional, en el caso de Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), debe promover la paridad entre los sexos en la formulación y la aplicación de las políticas y los programas de salud; y en las actividades de seguimiento y evaluación debe utilizar sistemáticamente datos desglosados por sexo.

5.1 Mortalidad

Se reitera el hecho que las mujeres y los hombres, en las diversas etapas del curso de vida, tienen diferentes formas de enfermar y morir, y mantener su salud por medio de prácticas de nutrición y actividad física, entre otras. En Guatemala, al igual que otros países de la región, por la transición epidemiológica en salud de la población, las causas crónico-degenerativas tales como infartos agudos al miocardio, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus y cirrosis hepática, van desplazando de los primeros lugares de mortalidad nacional a los eventos infecciosos, respiratorios y diarrea, aunque todavía se observa una coexistencia de tales causas de mortalidad. (37).

El perfil de mortalidad de hombres y mujeres muestra comportamientos diferenciados según grupos de edad. Si los datos existieran por área de residencia o población étnica probablemente se apreciarían otros patrones. En edades de 1 a 4 años y de 60 años y más, se puede observar que las cinco principales causas de mortalidad para hombres y mujeres son las mismas, variando en su orden de importancia, y con diferencias no sustantivas en

el número de eventos (*cuadro 5*). En las edades donde los resultados de la socialización de género se acentúan, especialmente con respecto a la mayor presencia de los hombres en ámbito público y la resolución de conflictos a través de la violencia, la mortalidad en los hombres y las mujeres presentan grandes diferencias. Entre los 15 y 39 años de edad, la mortalidad de los hombres y las mujeres por agresiones, homicidios y por eventos de intención no determinada están entre las tres primeras causas de muerte, con una alta sobremortalidad en los hombres (5,200 en hombres y 618 en mujeres); es decir, por cada mujer mueren ocho hombres por estas causas. Es importante señalar que en las edades de 15 a 24 años, la tercera causa de muerte para las mujeres es el embarazo, parto y puerperio, y para los hombres el suicidio. Entre 25 y 39 años de edad, la primera causa de muerte en mujeres es el embarazo, parto y puerperio; y, la enfermedad por VIH aparece como la quinta y cuarta causa de muerte para las mujeres y hombres respectivamente. Estas causas de mortalidad prematura son altamente evitables, con consecuencias sociales y económicas para los hogares, las comunidades y el Estado.

El SIGSA reporta para el año 2010 una tasa de mortalidad en neonatos de 16 por mil nacidos vivos (1,713 casos), la cual se asocia al estado de salud de la madre, la calidad de atención prenatal y los controles prenatales que se debe realizar con regularidad durante todo el período de gestación. Otro factor determinante son las precarias condiciones del sistema de atención de salud público. En el mismo período, la mortalidad en el grupo de niños y niñas menores de un año tuvo como primera causa las afecciones originadas en el periodo perinatal, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (170 por cada cien mil nacidos vivos); en segundo término las enfermedades del sistema respiratorio y del oído (36 por cada cien mil nacidos vivos); y en tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio (32 por cada cien mil nacidos vivos) (39).

En niñas y niños menores de cinco años la mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles es alta y representa por lo menos un tercio de la mortalidad general; los departamentos del norte y noroccidente del país son los más afectados. Las tasas de mortalidad en la niñez menor de 5 años se registran en 32 por cada mil nacidos vivos; las 3 principales causas son las neumonías y las bronconeumonías, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las afecciones originadas en el período perinatal.

Cuadro 5. Mortalidad general por sexo y edad, según causa. Año 2008

Causas de defunción	Mujeres			Hombres		
	Posición	%	Número	Posición	%	Número
Todas las edades						
Influenza y neumonía	1	13.08	3,675	2	10.35	4,062
Diabetes mellitus	2	7.43	4,087	--	--	--
Desnutrición y anemias nutricionales	3	4.66	1,309	--	--	--
Enfermedades infecciosas intestinales	4	4.51	1,267	--	--	--
Enfermedades isquémicas del corazón	5	4.23	1,190	--	--	--
Agresiones homicidios	--	--	--	1	11.4	4,473
Eventos de intención no determinanda	--	--	--	3	8.59	3,371
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	--	--	--	4	4.32	1,696
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	--	--	--	5	4.16	1,633
Edad: 1-4 años						
Influenza y neumonía	1	30.97	401	1	27.04	405
Enfermedades infecciosas intestinales	2	23.78	308	2	24.57	368
Desnutrición y anemias nutricionales	3	7.26	94	3	6.21	93
Septicemia	4	3.40	44	5	3.54	53
Eventos de intención no determinada	5	3.17	41	4	4.47	67
Edad: 15-24 años						
Agresiones homicidios	1	12.68	170	1	39.53	1,494
Eventos de intención no determinanda	2	10.74	144	2	19.96	754
Embarazo, parto y puerperio	3	7.61	102	--	--	--
Influenza y neumonía	4	6.49	87	4	3.10	117
Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidios	5	4.25	57	3	3.49	132
Accidentes de transporte terrestre	--	--	--	5	1.83	69
Edad: 25-39 años						
Embarazo, parto y puerperio	1	9.28	200	--	--	--
Agresiones homicidios	2	7.51	162	1	29.94	1,864
Eventos de intención no determinada	3	6.59	142	2	17.48	1,088
Influenza y neumonía	4	5.84	126	5	3.63	226
Enfermedad por VIH	5	3.99	86	4	3.77	235
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	--	--	--	3	5.61	349
Edad: 40-59 años						
Diabetes mellitus	1	12.09	567	4	6.52	471
Influenza y neumonía	2	6.85	321	--	--	--
Neoplasias malignas del útero	3	5.91	277	--	--	--
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	4	5.33	250	3	9.72	702
Enfermedades del sistema urinario	5	4.56	214	--	--	--
Eventos de intención no determinanda	--	--	--	1	11.33	818
Agresiones homicidios	--	--	--	2	11.66	806
Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicotrópicas	--	--	--	5	5.26	380
Edad: 60 y más años						
Influenza y neumonía	1	12.9	1,882	1	12.75	1,972
Diabetes mellitus	2	9.83	1,435	3	6.30	974
Enfermedades isquémicas del corazón	3	6.47	944	2	7.47	1,155
Desnutrición y anemias nutricionales	4	5.59	815	4	4.96	767
Enfermedades hipertensivas	5	5.57	813	5	4.57	707

Fuente: OPS. Observatorio de Salud. Consultado 17 abril 2013 http://ais.paho.org/hiph/viz/mort_causasprincipales_it_oms.asp

En este grupo de población las tasas de mortalidad más altas se registran en los departamentos de Totonicapán, San Marcos Chiquimula y Jalapa (39).

Es importante destacar que las niñas y los niños indígenas enfrentan un riesgo tres veces mayor de fallecer antes de cumplir un año, en comparación con los no indígenas (40). El recuadro muestra las causas de morbi-mortalidad desde la cosmovisión de las comunidades indígenas, y que se reconoce desde la perspectiva de la epidemiología sociocultural de los pueblos originarios (36).

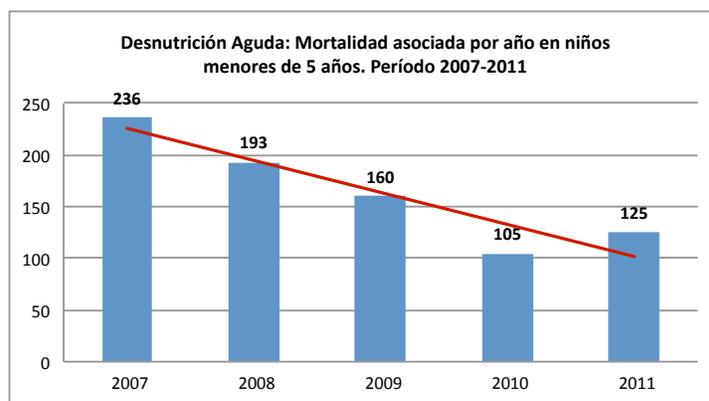
Enfermedades explicadas culturalmente por terapeutas indígenas	Niñas y niños < 28 días	Niñas y niños < 5 años
Ojo ²¹		X
Puub Jish ²²	X	X
Numay (hijillo) ²³	X	X
Awás ²⁴	X	X
Mu ²⁵		X
Pujido ²⁶		X
Alboroto de lombrices		X

La educación de las madres es clave en la prevención de la mortalidad infantil, en la medida que ellas contribuyen a la mejor organización de los recursos disponibles en el hogar y a adoptar pautas apropiadas de comportamiento frente al cuidado de los hijos e hijas. Es importante notar que los cuadros de mortalidad infantil cruzan diversos factores de riesgo asociados a la desnutrición, entendida ésta como el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

La desnutrición aguda (peso/talla) es un factor que aumenta el riesgo de mortalidad en menores de cinco años. En el año 2011 se identificaron 13,118 casos en todo el país, de los cuales se reportaron 125 muertes. En su orden, los departamentos más afectados fueron Chiquimula, Jalapa, Zacapa y Totonicapán. Si bien la mortalidad infantil disminuyó entre el 2007-2010, tuvo un ligero repunte en el año 2011²⁷ (39). (gráfica 5).

La tasa de mortalidad infantil se sitúa en 30 por cada mil nacidos vivos (17 por cada mil nacidos vivos en el período neonatal y 14 por mil nacidos vivos en el post neonatal).

Gráfica 5. Mortalidad asociada a la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años. Período 2007-2011



Fuente: MSPAS. Diagnóstico Nacional de Salud 2012

21. Se refiere a una carga de energía negativa fuerte que afecta la energía de los niños y niñas.
22. No se provee traducción. La población reconoce el padecimiento por la palabra tigre (Jish).
23. Está asociado al desequilibrio frío-caliente. Algunas personas le llaman calentura de perro ya que son estos animales a los que se asocia el padecimiento. Los niños/as se hinchan, pierden el cabello, se les quita el apetito, y presentan sed.
24. Las personas denominan como "costumbre" o creencia. Está asociado con los antojos durante el embarazo y si la mujer no come lo que desea el niño (a) puede nacer con alguna característica de lo deseado. La población q'eqchi' lo considera como resultado de haber quebrantado un tabú.
25. Es un padecimiento que la población caracteriza por la aparición de espíritus malignos a determinadas horas en sitios cercanos al hogar, pero principalmente donde hay agua.
26. Se asocia a lo dañino que es cuando las señoritas están menstruando y cargan a los niños (as).
27. La no disponibilidad de datos desagregados por sexo dificulta profundizar en el análisis del impacto de la desnutrición en las niñas y adolescentes, aunque ya se constata que los déficit de anemia predominan especialmente en las mujeres (niñas, adolescentes y adultas).



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Ley para la maternidad saludable (Decreto 32-2010)

“Penalización al conviviente. El conviviente de la mujer deberá permitir, promover y facilitar que ésta tenga acceso a los servicios de salud materna-neonatal. En caso contrario y como consecuencia se produjeran hechos que constituyan delitos, deben ser perseguidos y sancionados de conformidad con las disposiciones penales correspondientes. (Art. 29) Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud”. (Art. 13)

En la niñez la mortalidad alcanzó el 42 por mil nacidos vivos. Para los niños y niñas menores de 5 años, las principales causas de muerte son: neumonía y bronconeumonía, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las afecciones durante el período perinatal. Entre 1987 y 2008/09 se ha documentado un descenso de 62% en la mortalidad infantil y 61% en la mortalidad en la niñez. En este ámbito, la tendencia indica que para el quinquenio 2010-2015 existen probabilidades de alcanzar las metas previstas por los ODM (41).

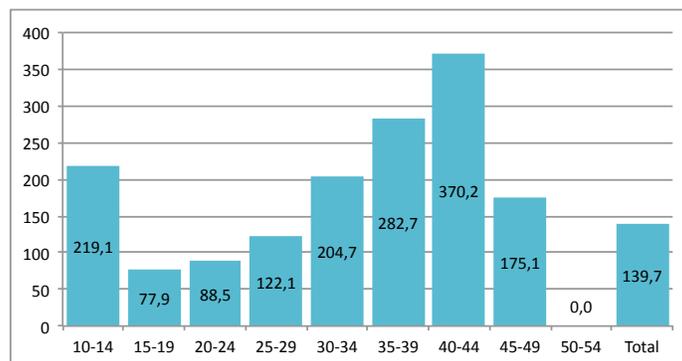
La muerte materna es un grave problema de salud pública y tiene gran impacto familiar, social y económico. Éste es uno de los principales indicadores que develan la posición de subordinación que sufren las mujeres expresada

en la flagrante violación de su derecho a la salud, a la libertad y particularmente el derecho a la vida. Las causas de la mortalidad materna son altamente prevenibles. ¡Es inaceptable que una mujer, por tener que dar vida, tenga que morir!

El Estudio nacional de mortalidad materna del año 2007 (MSPAS/Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República -SEGEPLAN, 2011), identificó 537 defunciones maternas, para una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 139.7 por cada cien mil nacidos vivos (gráfica 6) y un subregistro de mortalidad materna del 41.3%²⁸. El país ocupa en la Región de las Américas el tercer lugar con mayor RMM. Aunque la tendencia de este indicador muestra un descenso desde el año 2000, el mismo ha sido muy lento (1.2% anual) (41).

28. La muerte materna es muy difícil de cuantificar con precisión debido a que existen deficiencia en la forma como se identifican, atribuyen y documentan los casos, por lo que las estadísticas reflejan un importante nivel de subregistro.

Gráfica 6. Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos, según grupo de edad y pertenencia étnica.



Fuente: Estudio nacional de mortalidad materna. (MSPAS/SEGEPLAN, 2011)

Según cifras del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del MSPAS, entre enero 2005 y septiembre 2009 se reportaron 1.293 muertes maternas, de las cuales 152 (12%) fueron niñas, adolescentes y jóvenes menores de 20 años y 400 (31%) fueron mayores de 35 años. Tal hecho constata que la razón de la muerte materna se incrementa en ambos extremos de la edad reproductiva; por un lado, tiene un alto riesgo en niñas y adolescentes de 10-14 años, dadas sus condiciones fisiológicas y psicosociales, y luego alcanza su máximo riesgo en el grupo de mujeres comprendidas entre 40 a 44 años, por ser madres en edades extremas (42).

La muerte materna afecta principalmente a las mujeres indígenas (71%), residentes en áreas rurales (66%), con escasa educación (48% analfabetas), múltiparas (56%) y que fallecieron en su hogar (46%). El 44% de las muertes maternas tuvo como factor de riesgo la cuarta demora, es decir, la falta de tratamiento adecuado e integral. El riesgo de que una mujer indígena muera por causas relacionadas con el embarazo se triplica en relación con las no indígenas (43).

La OPS/OMS en conjunto con aliados estratégicos ha establecido un grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna, y esfuerzos conexos se orientan a la implementación de la Iniciativa Maternidad Segura (IMS); complementariamente ha lanzado el “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave”, el que se constituye en un paso más para mejorar la salud de las mujeres, en línea al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otras metas internacionales de desarrollo. El fortalecimiento de la vigilancia y respuesta a la mortalidad materna constituye un compromiso ineludible de los países, entre ellos Guatemala, en el contexto del “marco de rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños”, que responde a un llamado del Secretario General de las Naciones Unidas.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), respecto de los casos atendidos a nivel nacional en el 2011 relacionados a mortalidad materna (cuadro 6), reporta que la causa principal es el shock hipovolémico llamado también shock hemorrágico, considerada una urgencia médica.

Cuadro 6. Causas de mortalidad materna, IGSS. Año 2011

No.	Causas de mortalidad materna	No. de muertes	%
1	Shock hipovolémico	4	44.4
2	Complicaciones del embarazo de alto riesgo	2	22.2
3	Tromboembolia	1	11.1
4	Embolia de líquido amniótico	1	11.1
	Otras causas	1	11.1
	Total	9	100

Fuente: IGSS/Departamento actuarial y estadístico, 2011.

Existe un bajo porcentaje nacional de partos atendidos en establecimientos de salud: 51.4%, en tanto el 48.6% de partos se atienden en los hogares. Entre 2002 y 2008/09 la atención del parto por un profesional de la salud capacitado pasó de 41% a 51% (41). En el ámbito de la atención del parto a nivel rural, para el caso de Guatemala, reviste importancia significativa el rol que juegan las comadronas²⁹, sobre todo en las comunidades indígenas. Ellas ocupan una posición jerárquica en el sistema religioso del pueblo maya; son vigilantes del cuidado de la salud reproductiva de la mujer, y además de brindar un trato humano y solidario a las mujeres gestantes; las comadronas se encargan de la atención terapéutica a las familias, seguimiento a las necesidades nutricionales, y asesoría en la planificación familiar, entre otros. Por estas razones son reconocidas como un personaje valioso en las comunidades, por ser mujer y por hablar el mismo idioma. Las comadronas perciben su labor como un “don” de servicio o la “misión” que deben cumplir, y por sus servicios algunas cobran módicas cantidades y otras reciben como pago una gallina o un agradecimiento. El aporte de las comadronas debe ser valorado y apoyado en su justa dimensión, para que rinda el impacto esperado en la reducción de la mortalidad materna, al tiempo que el país avanza hacia la universalización de la salud, con pertinencia cultural, fortaleciendo sobre todo el primer nivel de atención en salud.

Las cuatro demoras que determinan a menudo la mayor inequidad de género que afecta la salud de las mujeres en cualquier patología son: la falta de educación y conocimiento para reconocer que se tiene un problema de salud, la demora en la búsqueda de ayuda, sea por la estigmatización o por tener que responder a roles establecidos de cuidado de hijos, ancianos, comida, autorización de otras personas para acudir a un servicio de salud; demora por dificultad de accesibilidad al sistema de salud, transporte, horarios de los servicios; demora para obtener la atención adecuada, debido a estereotipos de género, falta de equipamiento necesario, entre otros (44).

Con relación a causas de mortalidad en personas adultas mayores, el SIGSA/MSPAS en el año 2010 reportó tres primeras causas de mortalidad: neumonía en un 15.2% (8.1% hombres y 7.2% mujeres); infarto de miocardio 12% (6.1% hombres y 5.9% mujeres) y cáncer en 9.3% (4.8% hombres y 4.5% mujeres). En general, la mortalidad masculina es superior a la de las mujeres también en este rango de edad. Las mujeres, a pesar de las circuns-

tancias como las largas y múltiples jornadas de trabajo, maternidad consagrada, entre otras, tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, como ya se anticipó. La mayor longevidad de las mujeres tiene implicaciones en mayores afecciones crónicas, mientras que para los varones los factores de riesgo de muerte están relacionados con componentes biológicos, ambientales, de construcción social y estilos de vida marcados por roles y estereotipos de género: tabaquismo, alcohol, drogas, violencia y comportamientos extremos.

5.2 Morbilidad y factores de riesgo

De las diez primeras causas de morbilidad reportadas, del total de consultas atendidas por el MSPAS (*cuadro 7*), el 62.3% corresponde a mujeres y el 37.8% a hombres. De igual manera que respecto a la mortalidad, si estuvieran disponibles datos por área de residencia o población étnica probablemente la morbilidad tuviera patrones diferentes. Las infecciones respiratorias agudas se presentan más en las mujeres, lo cual se puede atribuir al tipo de combustible usado en las viviendas. Según la ENSMI 2008/09 más de la mitad de los hogares rurales (51.1%) utilizan leña para cocinar.

El parasitismo intestinal constituye la segunda causa de morbilidad. Éste se debe principalmente a la falta de aplicación de normas de higiene y de acceso a fuentes mejoradas de agua e instalaciones mejoradas de saneamiento. De nuevo las más afectadas son las mujeres, dado el rol doméstico atribuido principalmente a ellas. Le sigue la gastritis, la que también impacta especialmente a las mujeres (63.6% mujeres y 36.4% hombres); y aunque esta enfermedad tiene varias causas, entre ellas la provocada por el *helicobacter pylori*, por drogas, alcoholismo y por estrés, éste último factor de riesgo tiene implicaciones directas en la salud de las mujeres debido a la carga física y emocional que deriva de los diferentes roles que tiene que asumir cuando desempeña además trabajo remunerado, que devienen en dobles o triples jornadas de trabajo. Mayores impactos se provocan en la salud física y mental de la mujer cuando ellas ejercen la jefatura de los hogares, por la limitación económica que deben afrontar. La cuarta causa de morbilidad (infecciones de las vías urinarias) afectan en un 80% a las mujeres. La anemia, según el número de consultas atendidas, el 74% correspondió a las mujeres; éste es reconocido como el mayor problema nutricional de las adolescentes, jóvenes y mujeres adultas, y se evidencia durante los embarazos y a lo largo de la

29. Denominadas ‘parteras’ en otros países. En las comunidades indígenas se las nombra “abuelas comadronas” o bien comadronas tradicionales. Su ejercicio data de siglos y se las considera “terapeutas indígenas” por la amplitud de roles que desempeñan en el contexto familiar y comunitario como agentes de desarrollo.

vida reproductiva y adulta. La malnutrición en las mujeres durante el curso de vida tiene que ver con la práctica cultural de consumo y distribución de los alimentos en los hogares. Regularmente los alimentos son asignados en mayor cantidad y calidad al varón, dada la relevancia de

su rol productivo y, consecuentemente, de proveedor a la economía del hogar. En este contexto, el aporte de las mujeres a la economía del hogar, como extensión de su trabajo doméstico/reproductivo³⁰ no tiene retribuciones en su alimentación.

Cuadro 7. Diez primeras causas de morbilidad atendidas por el MSPAS, por sexo. Año 2011

No.	Causa de Morbilidad	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
	Total	4,152,924	100	1,567,312	37.8	2,585,612	62.3
1	Infecciones respiratorias agudas	2,137,803	51.5	903,224	21.8	1,234,579	29.7
2	Parasitosis intestinal	451,702	10.8	147,003	3.5	304,699	7.3
3	Gastritis	399,849	9.6	145,667	3.5	254,182	6.1
4	Infección de las vías urinarias	304,667	7.3	61,754	1.5	242,913	5.8
5	Otras enfermedades diarreicas agudas	270,645	6.5	126,247	3.0	144,398	3.5
6	Anemia	161,272	3.9	41,521	1.0	119,751	2.9
7	Cefalea	159,697	3.9	32,942	0.8	126,755	3.1
8	Conjuntivitis	92,520	2.2	38,491	0.9	54,029	1.3
9	Dermatitis	91,217	2.2	38,125	0.9	53,092	1.3
10	Alergia no especificada	83,552	2.0	32,338	0.8	51,214	1.2

Fuente: MSPAS/SIGSA. Año 2011 (enero –noviembre) (39).

El análisis de las causas de morbilidad permite evidenciar las diferencias marcadas en torno a las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a las mujeres y a los hombres, derivado de factores biológicos, pero también de condiciones socioculturales. Una de las más evidentes causas específicas de morbilidad, y consecuentemente de mortalidad, en el caso de las mujeres es el cáncer de cérvix (92 casos), contrastando con el cáncer de próstata que afecta a los hombres (3 casos). Estas cifras develan que por cada hombre que padece cáncer de próstata hay 30 mujeres afectada por cáncer de cérvix (*cuadro 8*).

De igual manera, el cuadro 8 presentan otras causas de morbilidad de interés, sin que consten entre las primeras reportadas por el MSPAS, entre ellas están: la hipertensión arterial, cuyas consultas fueron 73.7% de mujeres y 26.3% de hombres; y de similar comportamiento afecta a las mujeres la diabetes mellitus (76% de las consultas por mujeres y 24% por hombres). Esta última enfermedad tiene características y complicaciones especiales en la mayoría de mujeres, debido al número elevado de embarazos y al estrés. Esta enfermedad incrementa el riesgo de enfermedades cardíacas, la complicación más común de

la diabetes; además es uno de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, ceguera, daños en los riñones, pérdida de extremidades y hasta demencia, en razón de 2 a 1 en mujeres respecto a los hombres, que tiene que ver con el incremento del sobrepeso, estilos de vida, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, envejecimiento de la población y bajos o nulos controles de la presión sanguínea (45).

Por infarto agudo del miocardio las consultas fueron 62% por mujeres y 38% por hombres, y en ellas los padecimientos a menudo ocurren a partir de los 60 años, mientras que en los hombres a partir de los 45 años. Estudios clínicos en otros contextos han revelado que los síntomas que ocurrieron en el 95% de mujeres fueron: fatiga inusual en 70%, trastornos del sueño en 48%, respiración entrecortada en 42%, indigestión en 39% y ansiedad en 35% (46). Estas cifras denotan que además de riesgos de carácter biológico, los hay también de salud mental y de circunstancias relacionadas al contexto de vida de las mujeres. Llama la atención que la consulta por VIH, en el 2011, fue 52% por mujeres vs. 48% por hombres. La consulta por papilomatosis también fue más elevada en

30. El rol reproductivo desempeñado por las mujeres se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades asociadas, necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen la familia, tales como, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de sus integrantes y la administración del hogar.

las mujeres (62.9% vs. 37.1% por los hombres. Al parecer, la mayoría de casos de cáncer de cuello uterino en las mujeres están asociados a la infección provocada por el virus del papiloma humano (47), de transmisión sexual; éste virus también tiene repercusiones en la salud de los hombres.

Las consultas por causas de morbilidad relevantes para los hombres como las lesiones por accidentes de tránsito (58.6% hombres y 41.4% mujeres) y lesiones por arma de fuego (81.8% hombres y 8.2% mujeres) obedecen a

su mayor exposición a riesgos ocupacionales y a patrones socioculturales que derivan de la construcción de su masculinidad. Las diferencias en la morbilidad que afecta particularmente a las mujeres están asociadas a la mayor exposición a inequidades como la pobreza, el bajo nivel educativo, y sobre todo a su condición y posición marginal. El mandato de subordinación social y cultural genera daños presentes y futuros en la salud física y mental de las mujeres, en las diferentes etapas del curso de vida, y de su progeñie. Las mujeres consultan tres veces más que los hombres por violencia intrafamiliar.

Cuadro 8. Otras causas de morbilidad, atendidas por el MSPAS, por sexo, según causa. Año 2011

Causas	Año 2011						
	Frecuencia Masculina	%	Frecuencia Femenina	%	Total	%	Tasa de incidencia (por 10.000 habitantes)
Hipertensión arterial	21,276	4.91	59,493	13.74	80,769	18.65	54.89
Diabetes mellitus	14,640	3.38	46,414	10.72	61,054	14.10	41.49
Traumatismo / politraumatismo	30,417	7.02	23,911	5.52	54,328	12.55	36.92
Desnutrición	5,498	1.27	6,452	1.49	11,950	2.76	406.08
Herpes	3,087	0.71	4,330	1.00	7,417	1.71	5.04
Lesiones por accidente de tránsito	2,043	0.47	1,440	0.33	3,483	0.80	2.37
Trastorno mental	1,723	0.4	906	0.21	2,629	0.61	1.79
Papilomatosis	848	0.2	1,438	0.33	2,286	0.53	1.55
Insuficiencia cardíaca congestiva	463	0.11	649	0.15	1,112	0.26	0.76
Lesiones por arma de fuego	555	0.13	153	0.04	708	0.16	0.48
VIH positivos	305	0.07	332	0.08	637	0.15	0.43
Casos de violencia intrafamiliar	138	0.03	465	0.11	603	0.14	0.41
Casos de alcoholismo	408	0.09	77	0.02	485	0.11	0.33
Lesiones por arma blanca	374	0.09	83	0.02	457	0.11	0.31
Accidente cerebro vascular	209	0.05	241	0.06	450	0.10	0.31
Lesiones de la piel por leishmaniasis	258	0.06	93	0.02	351	0.08	0.24
Otras causas	36,928	8.46	151,115	34.97	188,443	47.17	
Total	121,477	28.05	311,583	71.95	433,060	100	

Fuente: MSPAS/SIGSA. Año 2011 (enero –noviembre) (39).

Respecto a las causas morbilidad en personas adultas mayores atendidas por el MSPAS, según referencia del SIGSA, año 2011, las tres primeras causas fueron: gastritis 8.6% (5.6% mujeres y 3.0% hombres); resfrío 7.5% (4.5% mujeres y 3% hombres) y artritis 7.5% (4.6% mujeres y 2.9% hombres). En esta etapa del curso de vida el riesgo a las enfermedades crónicas adquieren especial relevancia tales como la hipertensión, diabetes y la osteoporosis; sobre todo ésta última que afecta de manera desmedida a las mujeres, que deviene de factores nutricionales en la infancia (consumo de lácteos), del desgaste sufrido durante su edad reproductiva y la falta de ejercicio físico a lo largo del curso de vida. Según el MSPAS/CNE de enero 1984 a septiembre 2012 se registró un total de 79 casos de VIH

en personas de 75 años y más, de las cuales 67 (85%) son hombres y 12 (15%) son mujeres. En general, las mujeres, dada la mayor esperanza de vida al nacer, sufren mayor morbilidad y discapacidad que los hombres; por otro lado, la socialización de género en los hombres crea barreras que limitan sus visitas a los servicios de salud, evitando así la detección temprana y tratamientos oportunos.

Los esfuerzos de los hombres, sobre todo los jóvenes, por parecer fuertes, suelen llevarlos a ignorar las normas de seguridad en el trabajo, a conducir de manera arriesgada como demostración de valentía y a utilizar la violencia como demostración de su hombría; estos comportamientos de riesgo definidos como “masculinos” afectan su sa-

Cuadro 9. Morbilidad (consultas) atendida por hospitales privados, según sexo y principal causa de atención. Período 2007-2009

No.	Principal Causa de Atención	2007						2008						2009					
		Total	%	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	17,777	5.3	8,155	2.4	9,622	2.9	15,610	4.0	7,880	2.0	7,730	2.0	17,259	4.2	8,762	2.1	8,497	2.1
2	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	16,725	5.0	8,112	2.5	8,613	2.6	15,917	4.1	7,991	2.1	7,926	2.1	15,002	3.7	7,517	1.8	7,485	1.8
3	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	6,959	2.1	3,086	0.9	3,873	1.2	13,862	3.6	3,169	0.8	10,693	2.8	13,605	3.3	3,293	0.8	10,312	2.5
4	Hipertensión esencial (primaria)	11,854	3.5	4,314	1.3	7,540	2.2	11,960	3.1	4,469	1.2	7,491	1.9	10,858	2.6	3,788	0.9	7,070	1.7
5	Estado de embarazo, incidental	0	0	0	0	0	0	10,055	2.6	0	0	10,055	2.6	10,343	2.5	0	0	10,343	2.5
6	Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	5,873	1.7	2,607	0.8	3,266	1.0	10,034	2.6	3,359	0.9	6,675	1.7	8,744	2.1	2,980	0.7	5,764	1.4
7	Otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno	6,029	1.8	6,681	0.9	3,348	1.0	7,709	2.0	3,079	0.8	4,630	1.2	8,002	2.0	2,983	0.7	5,019	1.2
8	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	6,398	1.9	3,049	0.9	3,349	1.0	6,451	1.7	3,405	0.9	3,046	0.8	7,767	1.9	4,018	1.0	3,749	0.9
9	Amigdalitis aguda, no especificada	11,201	3.3	3,794	1.1	7,407	2.2	7,502	1.9	3,792	1.0	3,710	1.0	7,480	1.8	3,691	0.9	3,789	0.9
10	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	8,855	2.6	3,650	1.1	5,205	1.5	4,514	1.2	2,475	0.6	2,039	0.5	5,400	1.3	3,042	0.7	2,358	0.6
11	Neumonía, organismo no especificado	0	0	0	0	0	0	3,985	1.0	2,001	0.5	1,984	0.5	4,392	1.1	2,212	0.5	2,180	0.5
12	Faringitis aguda, no especificada	3,617	1.1	1,537	0.5	2,080	0.6	3,645	0.9	1,827	0.5	1,818	0.5	3,995	1.0	2,011	0.5	1,984	0.5
	Otras Causas	240,714	71.6	120,065	12.2	120,649	35.9	275,375	71.2	119,568	30.9	155,807	40.3	297,158	72.5	130,313	31.8	166,845	40.7
	Total	336,002	100	161,050	47.9	174,952	52.1	386,619	100	163,015	42.2	223,604	57.8	410,005	100	174,610	42.6	235,395	57.4

Fuente: MSPAS/SIGSA. Año 2011 (enero –noviembre) (39).

lud, al tiempo que tiene implicaciones en la salud de las mujeres (48). La salud pública tiene el reto de promover la asistencia diferenciada, abordando el tema de las masculinidades para lograr que los hombres cuiden su salud y la de sus familias.

Respecto a la morbilidad atendida en servicios de salud privados (cuadro 9), de igual manera, existen visibles diferencias entre el tipo de enfermedades que afectan a hombres y a mujeres. En el año 2009, de las tres principales causas de morbilidad atendidas: diarrea y gastroenteritis, infección aguda en las vías respiratorias e infección de las vías urinarias, esta última causa afecta de manera desmedida a las mujeres (76% en mujeres y 24% en hombres). Estudios sobre las infecciones de las vías urinarias indican que las mujeres tienden a contraerlas con más frecuencia debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano que en los hombres. Por ello, las mujeres tienen mayor probabilidad de contraer una infección después de la actividad sexual o al usar un diafragma para el control de la natalidad. La menopausia también aumenta el riesgo de infecciones urinarias (49).

Otra importante causa atendida en los servicios de salud privada es la hipertensión esencial/arterial que afecta mayormente a las mujeres (65.1% en mujeres y 34.6% en hombres, en el 2009), la que puede derivar en infarto del miocardio y otros problemas de salud. Uno de los riesgos para la hipertensión es el sobrepeso, que es mayor en las mujeres. En Guatemala, entre la población con educación superior, las mujeres tienen mayor sobrepeso que los hombres (39.8% en mujeres y 36.2% en hombres) y para la población con nivel de educación secundaria también es mayor en las mujeres (17.6% en mujeres y 12% en hombres). Entre 1995 y 2008/09 el sobrepeso en mujeres en edad fértil, no embarazadas, en áreas rurales pasó de 22.6% a 33.7%, y de 33.0% a 37.7% en áreas urbanas (41).

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) reporta el cáncer de cérvix como patología más frecuente en mujeres; 85% de estos casos atendidos entre 1999 y 2008 correspondían a cáncer invasivo, aumentando el riesgo del padecimiento en relación con la edad de la mujer.

Una de las principales causas de morbilidad que afectan tanto a niñas y niños menores de 1 año es el resfriado común; del total de casos registrados de consultas en el 2011 por el MSPAS, el 52.6% corresponde a niñas y el 47.4% a niños. Las tres principales causas de morbilidad que afec-

tan a menores de 1 a 4 años de edad son las infecciones respiratorias agudas, diarrea y parasitismo, especialmente a las niñas y niños pobres, indígenas y rurales, debido a las condiciones de vida de sus familias y su entorno socioeconómico, y por las carencias de servicios básicos necesarios que les impiden armonizar su crecimiento y desarrollo.

En Guatemala, en promedio, uno de cada dos niñas y niños menores de cinco años padece desnutrición crónica; la prevalencia de desnutrición crónica es la mayor de Latinoamérica y cuarta a nivel mundial, afectando al 49.8% de niños y niñas de esta edad³¹(41). La desnutrición tiene sus raíces en múltiples causas de orden estructural y en factores sociales, económicos y culturales; y, además de constituir una tragedia humana, por las implicaciones individuales y colectivas que conlleva, afecta por el resto de la vida a las niñas y niños que la sufren, limitando el desarrollo económico y social del país. Este problema alcanza niveles críticos en el área rural, y se agrava entre la población indígena, donde más de la mitad de los niños y niñas de 3 a 59 meses de edad sufren de desnutrición crónica (58.6%), frente al 30.6% en los niños y niñas no indígenas (41). El combate a la desnutrición crónica es el eje rector de la política social de gobierno, a través del Plan Hambre Cero que aglutina esfuerzos de diversos sectores y alianzas público-privadas. Pese a los esfuerzos, el país presenta grandes desafíos para lograr el ejercicio del derecho a la salud y nutrición de la población infantil, especialmente de las comunidades indígenas y rurales que han estado expuestas de manera reiterada a la inseguridad alimentaria y nutricional.

El hambre oculta es un fenómeno social, estrechamente relacionado con el derecho humano a la alimentación, que ocurre cuando el cuerpo de una persona no obtiene los micronutrientes y las vitaminas esenciales en cantidades suficientes para el óptimo funcionamiento físico y mental; el hambre oculta afecta principalmente a la población más pobre, pero también a la que consume en exceso las calorías, los almidones, los azúcares y la comida chatarra, entre otros.

(Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, 31 Periodo de Sesiones. Evaluación de la Seguridad Alimentaria Mundial)

31. La ENSMI 2002 reportó un 49.3%, lo que denota incremento según la ENSMI 2008/9.

Uno de los principales factores de riesgo de la desnutrición en niños y niñas es la desnutrición materna, antes o durante el embarazo, cuyo resultado es el bajo peso al nacer. Las condiciones de vida y salud de la madre tienen efectos en la vida y la salud de sus hijos e hijas, ya que ella es su primera proveedora de recursos nutricionales, ácido fólico, calcio y otros nutrientes, que son fundamentales para el desarrollo y crecimiento armonioso del nuevo ser. Otros factores de riesgo en los niños y niñas son las enfermedades infecciosas, virales, bacterianas y parasitarias. Las dietas inadecuadas, tanto en calidad como en cantidad, las anomalías metabólicas, entre otros factores, contribuyen

a una absorción defectuosa o insuficiente de los alimentos; otros factores están relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional que incluye la disponibilidad de alimentos; accesibilidad económica a los alimentos; aceptabilidad de los alimentos y el aprovechamiento biológico.

En la población adolescente, las causas de morbilidad registradas (*cuadro 10*) que afectan marcadamente a las adolescentes, comparado con los varones, son los trastornos del sistema urinario (80.7% en mujeres y 19.3% en hombres) y la anemia (74% en mujeres y 26% en varones).

Cuadro 10. Principales causas de morbilidad (consultas) en adolescentes, según sexo. MSPAS, año 2011

No. Causa	Total	%	Hombre	%	Mujer	%
1 Resfriado Común	137,496	11.6	53,983	4.5	83,513	7.0
2 Otras infecciones respiratorias agudas	85,521	7.2	34,897	2.9	50,624	4.3
3 Parasitosis intestinal, sin otra especificación	82,893	7.0	35,919	3.0	46,974	4.0
4 Amigdalitis aguda, no especificada	72,974	6.1	29,678	2.5	43,296	3.6
5 Trastorno del sistema urinario no especificado	58,860	5.0	11,363	1.0	47,497	4.0
6 Gastroduodenitis, no especificada	54,315	4.6	12,179	1.0	42,136	3.5
7 Anemia de tipo no especificado	44,220	3.7	11,589	1.0	32,631	2.7
8 Amebiasis, no especificada	31,548	2.7	12,306	1.0	19,242	1.6
9 Otras enfermedades diarreicas agudas	23,599	2.0	10,043	0.8	13,556	1.1
10 Otitis media, no especificada	19,103	1.6	7,909	0.7	11,194	0.9
11 Resto de causas	577,369	48.6	207,477	17.5	369,892	31.1
Total	1,187,898	100	427,343	36	760,555	64

Fuente: MSPAS. Elaboración propia con información de SIGSA/MSPAS. Año 2011.

Entre las principales causas de consulta a mujeres atendidas por el MSPAS en el período 2008-2011, relacionadas directamente con la reproducción y otras causas, figuran en primer lugar la anemia, seguida por infección vaginal (tricomoniasis), abortos y hemorragias que complican el

parto y el embarazo. Y entre otras causas que afectan la salud de las mujeres, la violencia intrafamiliar infligida a la mujer por su pareja también es una causa de alta consulta. (*cuadro 11*).

Cuadro 11. Morbilidad (primeras consultas) por riesgo de maternidad y otras causas que afectan a la población femenina, según principales causas atendidas por el MSPAS. Período 2009-2011

Principales causas	2009				2010				2011			
	Frecuencia Femenina	% de Mujeres	Total	Tasa de incidencia X 10,000 habitantes	Frecuencia Femenina	% de Mujeres	Total	Tasa de incidencia X 10,000 habitantes	Frecuencia Femenina	% de Mujeres	Total	Tasa de incidencia X 10,000 habitantes
Anemia	196,329	91.6	268,902	202.7	191,331	86.1	261,450	182.0	151,115	92.8	187,768	127.6
No. Abortos	6,562	3.1	6,562	18.1	16,565	7.5	16,565	35.7	3,804	2.3	3,804	8.4
Tricomoniasis vaginal	6,422	3	6,422	17.7	9,499	4.3	9,499	20.5	6,339	3.9	6,339	15
Hemorragia que complica el parto	426	0.2	426	1.2	686	0.3	686	1.5	403	0.2	403	0.9
Hemorragia que complica el embarazo	1,541	0.7	1,541	4.3	1,071	0.5	1,071	2.3	48	0	48	0.1
Hipertensión arterial por el embarazo	1,087	0.5	1,087	3.0	963	0.4	963	2.1	97	0.1	97	0.2
Casos de violencia intrafamiliar	676	0.3	795	0.6	1,003	0.5	1,47	1.0	465	0.3	603	0.4
Sepsis puerperal	628	0.3	628	1.7	464	0.2	464	1.0	364	0.2	364	0.8
Cáncer de Cérvix	379	0.2	379	1.0	489	0.2	489	1.1	92	0.1	92	0.2
Hemorragia puerperal	156	0.1	156	0.4	157	0.1	157	0.3	167	0.1	167	0.4
Cáncer de mama	32	0	32	0.1	52	0	52	0.1	7	0	7	0
Total	214,238	100	286,930		222,280	100	292,866		162,901	100.0	199,692	

Fuente: MSPAS. Elaboración propia con información de SIGSA. Período 2009-2011.

Las diez principales causas de morbilidad derivadas del riesgo de la maternidad reportadas por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) para el año 2011, se presentan en el cuadro 12.

Cuadro 12. Mujeres atendidas por el IGSS, según morbilidad y otras causas asociadas a la maternidad. Año 2011

No.	Principal Causa	Casos	%
1	Supervisión embarazo normal	171,958	77.3
2	Infección de vías urinarias en el embarazo	11,006	4.9
3	Estado de embarazo incidental	10,665	4.8
4	Supervisión primer embarazo	9,974	4.5
5	Atención materna por cicatriz uterina	4,395	2.0
6	Embarazo confirmado	3,836	1.7
7	Anemia	3,169	1.4
8	Supervisión del embarazo alto riesgo	3,148	1.4
9	Vaginitis	2,877	1.3
10	Amenaza de aborto	1,432	0.6
	Total	222,460	100

Fuente: MSPAS. Elaboración propia con información de SIGSA. Período 2009-2011.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

A juzgar por la información sobre las causas de morbilidad por riesgo de maternidad atendidas por el MSPAS y el IGSS (cuadros 11 y 12), el MSPAS reporta la anemia como la principal y mayor causa de morbilidad de las mujeres atendidas en estado de embarazo (92%), mientras que el IGSS refiere la supervisión normal de embarazos (77%). Esta diferencia se atribuye a que las condiciones de vida de las mujeres atendidas en el IGSS son mejores, en tanto son madres trabajadoras en el sector formal (afiliadas), o bien obtienen el beneficio de la seguridad social por medio de su pareja o compañero cuando ellos cuentan con esa prestación laboral (beneficiarias)³².

5.3. Salud sexual y reproductiva

Según la ‘Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo’ de la OMS (2004), la salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, planificación de la familia de su elección, el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad, que no estén legalmente prohibidos. Además privilegia el derecho de las mujeres a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.

La salud sexual se evidencia en expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que fomentan un bienestar personal y social armonioso, a nivel individual y colectivo. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, sin cohesión ni violencia, y con libertad de decisión. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales y en tratados internacionales sobre derechos humanos, y además en documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Sin embargo, el marco de la Conferencia internacional sobre población y el desarrollo permitió su

32. En el seguro social la afiliación se da por medio de la inscripción de empresas e instituciones públicas, quienes deben aportar una cuota mensual para que las personas empleadas tengan derecho a los servicios que presta. La mayoría de mujeres con acceso al IGSS son en calidad de beneficiarias.

Salud reproductiva

La Ley de Desarrollo Social -Decreto 42-2001- define la salud reproductiva como ‘un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable’

especificidad en los siguientes términos: “Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. También incluye el derecho de las parejas a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (Cairo + 20).

La falta de acceso a la salud reproductiva, con perspectiva de derechos y de género, continúa siendo una de las causas principales del deterioro de la salud y de la muerte de mujeres en edad fértil a nivel mundial, sin dejar de lado el caso de Guatemala, que sumado a ello, el problema se hacen más complejo por los impactos de las desigualdades, la discriminación y el racismo. Las mujeres más pobres sufren de manera desmedida de embarazos no deseados, mortalidad materna, secuelas, infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH), violencia de género y otros problemas relacionados con su conducta sexual y el contexto cultural en que se desarrollan.

Socialmente se ha establecido como norma general en la vida de las mujeres la maternidad obligatoria; de manera que otros factores de riesgo que afectan la salud de las mujeres, a lo largo del curso de vida, derivados de aspectos biológicos y también de patrones socioculturales deben ser abordados.

El marco político y legal para la maternidad saludable establece que el acceso a la salud materna debe ser participativo, sin discriminación e incluyente, y debe tomar en cuenta las características, necesidades y demandas de la población (50). La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 plantea que la salud sexual y reproductiva es un tema prioritario para ésta región, y en ese contexto establece que es imprescindible proveer a las mujeres una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional, y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención al recién nacido. De igual manera destaca la importancia del acceso a los anticonceptivos para reducir los embarazos no deseados y la morbi-mortalidad materna.

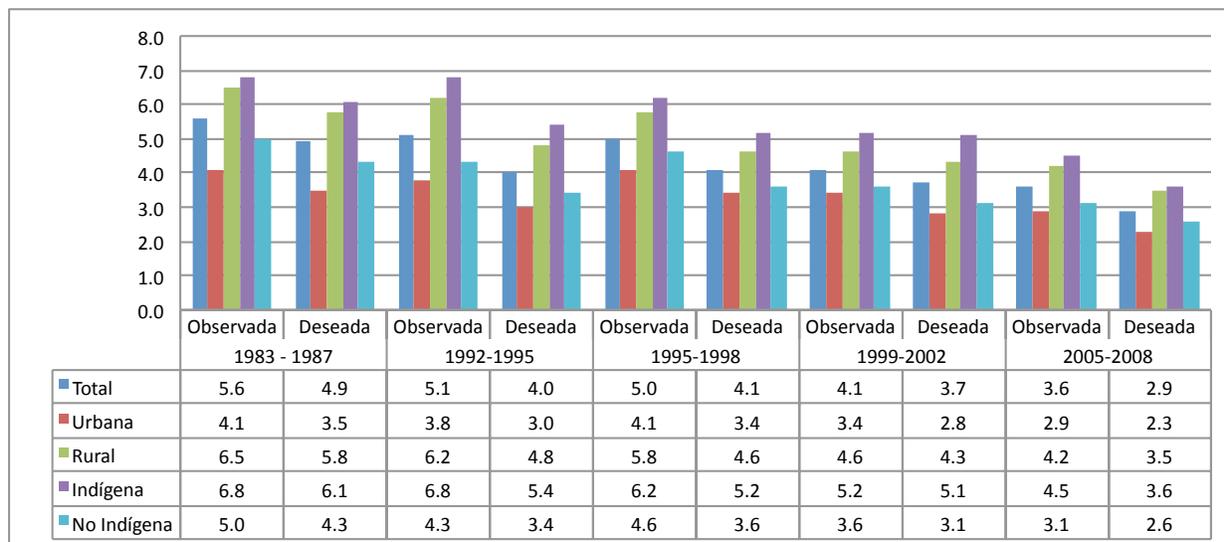
El índice de riesgo reproductivo³³ para Guatemala (50,6) es el más alto del continente americano (Bolivia 40.0), y uno de los más altos del mundo (51), además de ser el tercer país de la región con tasas más elevadas de fecundidad en mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad. La tasa global de fecundidad, en el período 2005-2008, se ubica en 3.6 (hijo-hija/mujer); cifra que en el área rural alcanza el 4.2 y en mujeres indígenas hasta el 4.5 (41). A pesar de la tendencia a la baja de la fecundidad (Gráfica 7), Guatemala ocupa la tasa global de fecundidad más alta a nivel de las Américas (Haití 3.2; Bolivia 3.2; Honduras 3.0) (52).

La distribución por área urbana y rural de mujeres en edad fértil (entre 15-49 años) es del 45.7% para el área urbana y el 54.3% para el área rural. Asimismo, el 38.4% corresponde a mujeres indígenas, en tanto que el 61.6% para mujeres no indígenas. El 9% de las jóvenes de entre 15 y 24 años afirman haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años de edad, en tanto que el 48.5% lo reporta el grupo comprendido entre 15 y 17 años de edad y el 25% entre los 18 y 19 años (41).

Las tasas altas de fecundidad están asociadas con la ideología y la cultura patriarcal del sistema que consistentemente demanda de las mujeres el ejercicio de la reproducción, imponiendo una serie de recriminaciones sociales a aquellas mujeres que pasada cierta edad no han procreado. Asimismo, la cultura y la ideología han infundido a las mujeres la errónea idea de que a través de la paternidad sus parejas íntimas prolongarán su alianza y permanecerán con ellas; sin embargo, en la mayoría de los casos no sucede así, existe un número creciente de madres solteras que deben enfrentar las responsabilidades familiares.

33. El índice consta de diez indicadores clave de salud reproductiva respecto a los cuales se dispone de datos nacionales comparables. Los indicadores reflejan el acceso a los servicios y los resultados relativos a fecundidad, regulación de la fecundidad, salud y supervivencia en el embarazo y el parto, y prevalencia de la infección por el VIH/SIDA en las mujeres y los hombres.

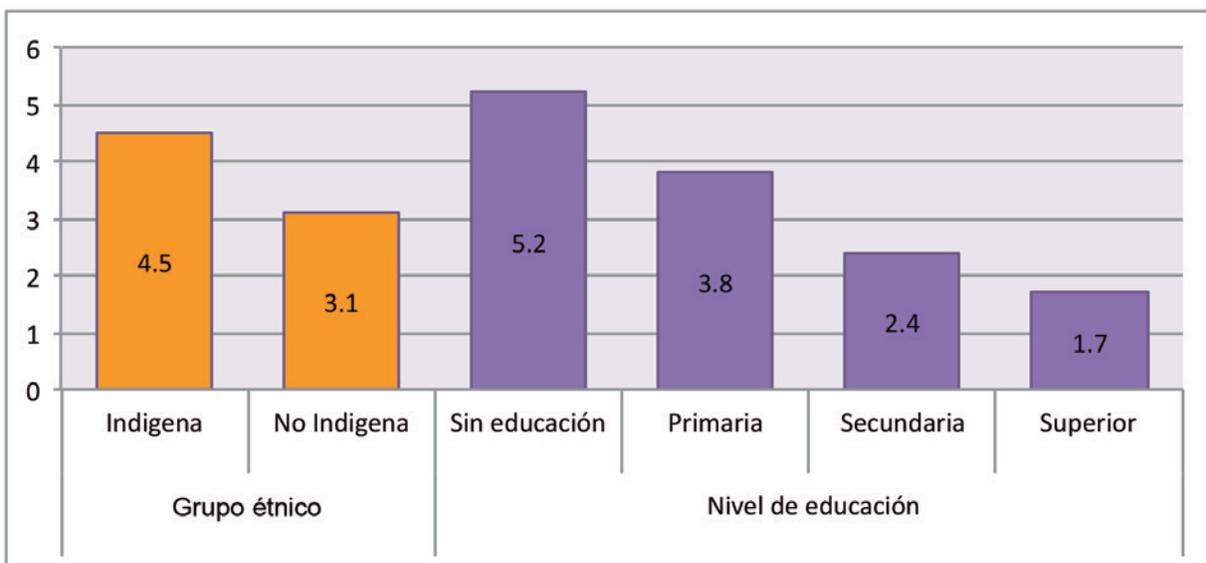
Gráfica 7. Evolución de la fecundidad específica observada y deseada por área urbana/rural y etnicidad, y de tasa global de fecundidad. Período 1987-2008/2009



Fuente: ENSMI 2008/2009 y ENSMI 2002

Es importante destacar la relación inversa entre el grado de escolaridad de las mujeres y las tasas de fecundidad; en la medida en que aumenta el grado de escolaridad de las mujeres, disminuye la tasa de fecundidad (*gráfica 8*).

Gráfica 8. Tasa global de fecundidad (TGF) de las mujeres de 15 a 49 años, por nivel de educación y origen étnico



Fuente: Elaboración propia con información de ENSMI 2008-2009

Un 28% de las niñas y adolescentes comprendidas entre 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales; y el 21.8% han tenido su primera pareja estable. El 13.1% de las adolescentes entre 15 y 17 años ha estado alguna vez embarazada, mientras que para el grupo de 18 a 19 años el porcentaje es del 35.3%. Asimismo, el 17.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años han tenido un primer hijo, de los cuales el 1.7% corresponde a menores de 15 años (41).

Según las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil, la tasa de uso de anticonceptivos ha aumentado de 23.2 por ciento en 1987 al 54.1 por ciento en 2008/09. Pero

en el caso de mujeres indígenas el porcentaje es mucho menor, de 5.5 por ciento a 40.2 por ciento en el mismo período, por lo que el acceso a los anticonceptivos tiene especiales dificultades para las mujeres indígenas.

Un alto porcentaje de mujeres, especialmente las unidas y las sexualmente activas (97%) en edad reproductiva (15 a 49 años) conoce al menos un método moderno de planificación familiar; pero no se dispone de datos según pertenencia étnica (cuadro 13). Los servicios de planificación familiar no siempre están disponibles, especialmente en el área rural.

Cuadro 13. Mujeres de 15 a 49 años de edad, que conocen algún método anticonceptivo por nivel de exposición y características de las mujeres

Método	Total de mujeres	Mujeres de 15-49 años		Mujeres de 15 a 49 años actualmente no unidas	
		Actualmente unidas	Actualmente no unidas	Sexualmente activas	Sin experiencia sexual
Al menos un método	95.4	97.4	92.5	97.1	89.9
Al menos un método moderno	95.2	97.2	92.3	96.9	89.8
Píldora	88.9	91.9	84.5	93.4	79.7
DIU	60.1	66.0	51.3	68.0	42.1
Inyección	91.0	94.7	85.4	94.5	80.3
Métodos vaginales	23.9	24.2	23.4	29.6	20.0
Condón masculino	79.7	79.6	80.0	85.1	77.2
Condón femenino	29.5	24.8	36.5	34.2	37.9
Esterilización femenina	86.4	89.6	81.7	89.8	77.2
Esterilización masculina	65.5	69.5	59.4	70.0	53.6
Norplant	33.7	37.1	28.7	41.6	21.6
MELA	39.0	43.4	32.4	41.2	27.5
Al menos un método natural	59.2	65.0	50.4	65.5	42.1
Ritmo	54.0	59.3	46.0	59.9	38.4
Retiro	33.6	37.8	27.3	41.7	19.3
Otros métodos	4.4	4.4	4.3	6.4	3.2

Fuente: Elaboración propia con información de ENSMI 2008/2009.

El porcentaje de necesidad insatisfecha de planificación familiar³⁴ de las mujeres entre 15-19 años es de 25.6% (indígenas 29.6%, no indígenas 15.1%). Según el nivel educativo, sin educación el 28.7%, solo con nivel primario el 21.2%, con secundaria el 12.8% y en el nivel de educación superior el 5.5%. Es decir, a mayor nivel educativo de las mujeres disminuye el porcentaje de necesidad insatisfecha de planificación familiar. La combinación de la necesidad insatisfecha con la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos aporta el dato de la demanda total de planificación familiar.

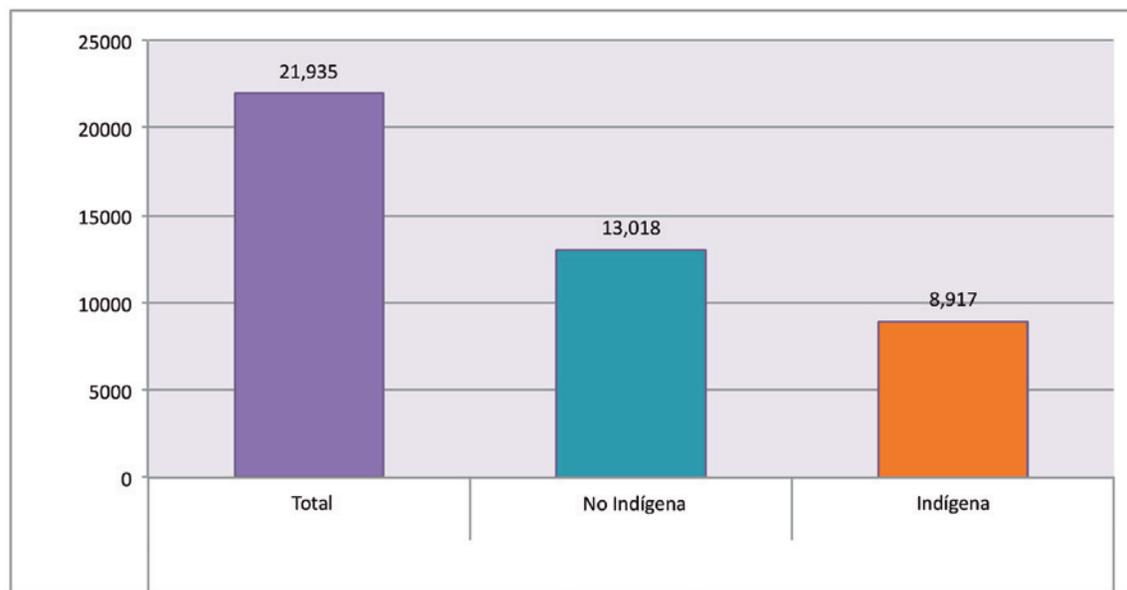
La información y la educación de la madre y del padre, es decir, de la pareja, en el uso de los métodos de planificación familiar son clave, en el ámbito de la corresponsabilidad en la crianza y la paternidad responsable.

Estadísticas del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) registró en el año 2012 un total de 3,100 partos en niñas y adolescentes entre 10 - 14 años (28 en menores de 10 años), tipificados según la legislación nacional como violencia sexual. Por ejemplo, en Huehuetenango³⁵ se atendieron dos partos de niñas de 11 años; 12 embarazos en niñas de nueve años; 37 en niñas de 13 años;

167 en menores de 14 años y 514 en adolescentes de 15 años (53). La denuncia pública sobre el embarazo en niñas menores de 14 años se ha posicionado; sin embargo, más que proteger a las niñas del embarazo, se debe redoblar esfuerzos orientados a alertar a los perpetradores que sostener relaciones sexuales con niñas o niños es un delito penado por la ley; además se deberán privilegiar acciones con miras a la prevención de tales hechos que laceran la dignidad humana y truncan el proyecto de vida de las niñas y adolescentes.

El registro desde el 2000 al 2009 (*gráfica 9*) muestra el número de casos de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años que han tenido un hijo(a), cuyos casos se presume que son derivados de violencia sexual. Pese a los esfuerzos, la cifra en los últimos años va en aumento, aunque este hecho se debe especialmente al incremento de las denuncias y a la mayor conciencia ciudadana y voluntad política desde las más altas autoridades respecto al problema. La anti-concepción de emergencia cobra importancia vital, para evitar que una mujer violada esté expuesta a enfrentar consecuencias dramáticas que deriven en embarazos no deseados, y consecuentemente, en efectos colaterales que comprometen su salud mental y sus proyectos vitales.

**Gráfica 9. Niñas de 10 a 14 años de edad que han tenido un hijo(a).
Período 2000-2009**



Fuente: INE Elaboración propia con información de Estadísticas vitales.

34. Se refiere al porcentaje de mujeres en edad reproductiva, en unión, que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo o no desean tener más hijos, pero que no están usando un método anticonceptivo.

35. Nota: Según la Red Departamental de Paternidad y Maternidad Responsable de Huehuetenango. [<http://www.lahora.com.gt/index.php/nacional/guatemala/departamental/153813-preocupan-los-embarazos-en-adolescentes>].

Se reitera el hecho que las comadronas ejercen una función vital y de reconocimiento legítimo en las comunidades rurales, (de población indígena y mestiza/ladina). Su trabajo es ser una observadora o guardiana de la gestación durante los nueve meses; ellas llevan el control de la gestación y verifica la posición del niño o niña. Después del alumbramiento colabora en la atención de los miembros de la familia, realizando labores domésticas durante los cuarenta días que reposa la paciente, y lo hacen en respeto a los valores ancestrales (54).

Por otro lado, en comunidades indígenas del país, por ejemplo en la comunidad lingüística q'eqchi, municipio Campur, Alta Verapaz, la construcción de la identidad femenina en torno al embarazo potencia la procreación temprana y numerosa, más allá de los deseos personales o posibilidades de vida de las mujeres y de condiciones de atención adecuadas para la salud (36).

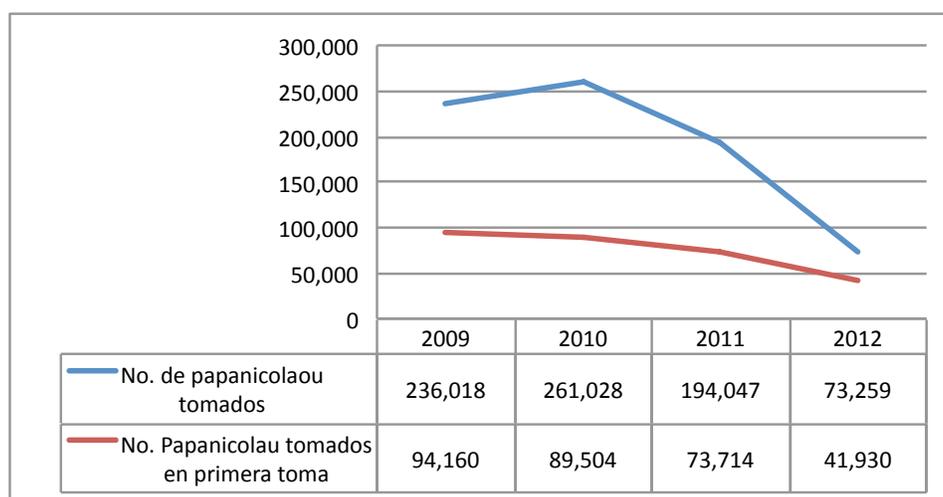
Entre las adolescentes pobres, es usual que la maternidad se convierta en un mecanismo reproductor de las condiciones de pobreza, ya que tal condición generalmente se asocia con la ruptura de la trayectoria educacional y se ven obligadas a desempeñar labores de bajo perfil, lo que, consecuentemente, obstaculiza tanto sus oportunidades de desarrollo personal como de sus hijos e hijas. Para los hogares pobres, el embarazo de una niña o adolescente puede representar la pérdida de un posible aporte económico y, en muchos casos, el aumento de los gastos. Para

la sociedad en su conjunto, involucra la disminución del acervo de capital humano necesario para el logro de un crecimiento económico sostenido (55).

Existen diversidad de factores que contribuyen a incrementar las estadísticas de la maternidad temprana. Muchos casos se atribuyen a violaciones que se presentan a menudo en el seno o contexto más cercano a las niñas y adolescentes. Pervive en el imaginario social las concepciones ideológico-culturales que conciben la virilidad en los hombres a partir del número de hijos e hijas que procrean, y las mujeres son atrapadas en esa concepción egocéntrica, que se revierte luego en menoscabo de su propia salud, autoestima y realización personal. Por otro lado, las condiciones de violencia física, sexual y psicológica que enfrentan las niñas, adolescentes y jóvenes en el seno de su hogar, o bien las condiciones de pobreza y precariedad las impulsa a salir de forma temprana de sus hogares con la esperanza de encontrar una vida mejor en el matrimonio o en la vida en pareja. Sin embargo, la realidad es distinta, pues deben afrontar la maternidad con una serie de obstáculos.

Con respecto al acceso a servicios de detección de problemas relacionados con el útero, las estadísticas del MSPAS, 2009-2012, revelan que las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) presentan una tendencia a la baja en cuanto a la toma del número de papanicolaou (gráfica 10).

Gráfica 10. Tendencia de salud reproductiva por principales atenciones. Período 2009-2012



Fuente: MSPAS. Elaboración propia con información de SIGSA. Período 2009-2012.

5.4 ITS y VIH/sida

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se transmiten de persona a persona a través de contactos sexuales sin protección, cuyos efectos diferenciales se profundizan en la etapa de gestación; según la OMS, de los embarazos en mujeres con sífilis temprana no tratada, el 25% de dichos embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal (56). Las ITS en el caso de las mujeres suelen permanecer asintomáticas, por lo que a menudo quedan sin diagnóstico ni tratamiento.

En torno a la transmisión vertical del VIH, sífilis y de otras ITS, el sistema de salud oferta mayor acceso de testeo a toda mujer embarazada, ubicándola como responsable por la salud de su hijo o hija, lo que favorece el diagnóstico temprano; no obstante, esta oportunidad de testeo voluntario con asesoramiento para VIH y sífilis no es ofrecida de manera amplia a los varones o mujeres no embarazadas.

En el país, el 97% de población femenina no indígena conocen sobre las ITS, en tanto que en la población indígena femenina este porcentaje alcanza al 76.2%. El 89% de las mujeres tienen algún conocimiento sobre el VIH y otras ITS tales como: gonorrea 45%, herpes genital 35.2%, sífilis 34.4%, y papilomas 9.8% (41).

En Guatemala la tendencia de la epidemia del VIH ha ido cambiando según el sexo. Desde 1984—cuando se detecta el primer caso en el país— a 1988, de cada 100 personas con el VIH, 86 eran hombres y 14 eran mujeres. En menos de 22 años, la relación (antes de 1996) de 5 y 7 hombres por cada mujer pasó a menos de 2:1 (57), siendo la proporción que se ha mantenido durante los últimos años. Las cifras de enero 1984 a septiembre de 2012 (*gráfica 11*) muestran un total de 29,211 de casos registrados de VIH, de los cuales 17,818 (61%) son hombres y 11,368 (39%) son mujeres. Llama la atención los datos del SIGSA 2011 (*cuadro 8*), donde el número de casos de VIH positivos en mujeres (52%) supera al de los hombres (48%). Un factor a considerar es que la asistencia de las mujeres a las clínicas en las que realiza la prueba es superior a la asistencia de los hombres.

Estudios de vigilancia y registros periódicos del VIH en el país establecen que la epidemia se concentra en poblaciones de riesgo, especialmente los hombres que tienen sexo con hombres, en el rango de 20 a 39 años; la vía de

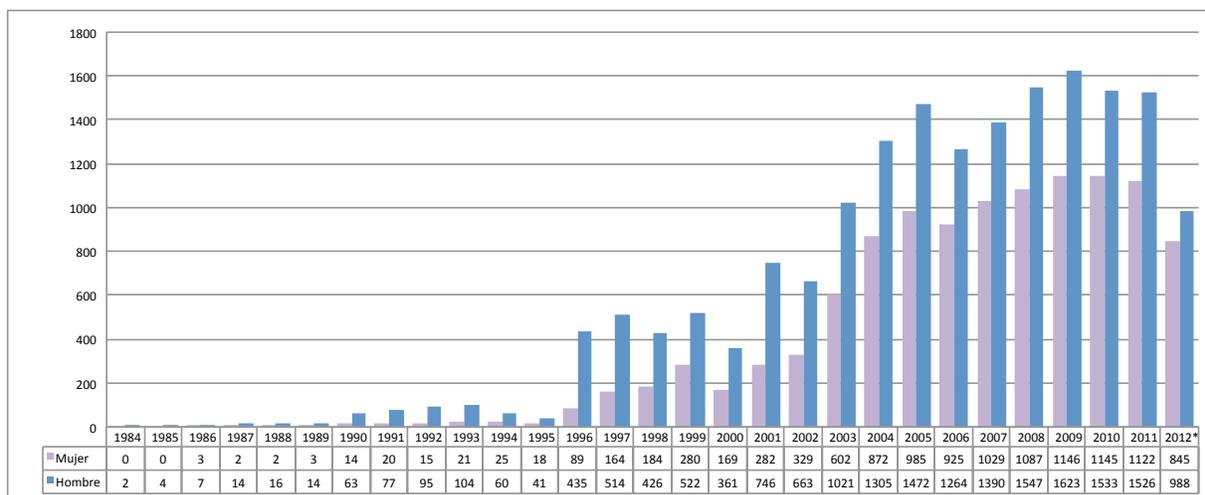
transmisión sexual es la principal (94%), y de madre a hijo el 5.8% (58). Es preciso hacer notar que la estigmatización a hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y usuarios/as de drogas ha propiciado que la búsqueda no se haga entre personas generalmente consideradas ‘seguras’, incluidas mujeres casadas.

En el marco de las Poblaciones en Mayor Riesgo (PEMAR), los estudios de vigilancia epidemiológica muestran prevalencias de VIH como sigue: mujeres trans 14.9%; hombres que tienen sexo con hombres 7.6%; mujeres trabajadoras sexuales 3.8%; jóvenes en riesgo social 1.8%; personas privadas de libertad 0.9%.

La prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años para el 2011 es de 0.79%; nueve departamentos del país son los más afectados (Retalhuleu, Izabal, Escuintla, San Marcos, Suchitepéquez, Guatemala, Petén, El Progreso y Quetzaltenango (59). “Debido al estigma y discriminación asociado al VIH, las personas con VIH con frecuencia experimentan sentimientos negativos con relación a su diagnóstico, condición que dificulta su forma de vida y relación con las demás personas” (60).

La tendencia que afecta negativamente a las mujeres se asocia a factores biológicos y sociales. La inhabilidad de las mujeres para sortear prácticas sexuales con riesgo y de rechazar el sexo no deseado propicia la mayor probabilidad de infectarse con VIH u otras ITS. De manera que el VIH y las ITS en la mujer develan los problemas de desigualdad y discriminación que subyacen en las relaciones de poder. Es de notar que en el caso de los hombres, ellos pueden tener más recursos para el tratamiento, la alimentación y los cuidados, caso contrario para las mujeres cuando son económicamente dependientes de los hombres. En todo caso, en ITS y VIH, los hombres tienen mayor capacidad de prevención que las mujeres, a partir del uso del condón. El VIH está interrelacionado con la violencia basada en género, particularmente con la violencia sexual, que se constituye en un desencadenante y factor de riesgo en la transmisión de VIH.

Gráfica 11. Casos de VIH registrados, por sexo. Período 1984-septiembre 2012



Fuente: MSPAS/CNE. 1984-Septiembre 2012.

5.5 Violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres, además de ser una flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres, es un grave problema de salud pública. Como problema social tiene profundas y complejas dimensiones, producto de una organización social estructurada sobre la base del sexismo que engendran las relaciones desiguales de poder. La violencia contra las mujeres pone de manifiesto el fundamento social y cultural (no biológico o natural) que deriva de la distinta posición que ocupan mujeres y hombres en la sociedad. De manera que expresa quién inflige, es decir, de quién proviene la violencia y contra quién va dirigida (61). Es clave reconocer que la violencia contra las mujeres traspasa los límites de la clase socioeconómica, la religión y el origen étnico, entre otros (62).

Varios tratados internacionales, en la versión inglesa, utilizan la expresión “gender-based violence” (Violencia Basada en Género/VBG), para reconocer que los factores de riesgo, las consecuencias y las respuestas a la violencia contra la mujer están influidas en gran medida por la condición socio-cultural, económica y jurídica subordinada de la mujer en muchos entornos (63). Desde esta perspectiva, la violencia contra las mujeres como violencia de género se fundamenta en que éste fenómeno tiene como origen la falta de poder de las mujeres frente a los hom-

bres en las relaciones personales y sociales.

La violencia contra las mujeres, en sus diferentes manifestaciones: física, sexual, psicológica y económica, se tolera socialmente porque resulta muy efectiva como elemento de control y como mecanismo para preservar la desigualdad y la dominación. Socialmente se la minimiza a través de una serie de prejuicios y justificaciones que no apuntan

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1996) define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Lo que diferencia la violencia contra la mujer de otras formas de violencia, agresión y coerción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el hecho de ser mujer.

La violencia contra las mujeres tiene múltiples consecuencias para la salud física y mental*

Consecuencias fatales	Consecuencias no fatales		
	Física	Sexual y reproductiva	Psicológica y de comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Femicidio - Suicidio - Mortalidad relacionada a VIH/sida - Muerte fetal - Muerte materna 	<ul style="list-style-type: none"> - Fracturas - Síndrome de dolor crónico - Fibromialgia - Discapacidad permanente - Desorden gastrointestinal - Obesidad - Síndrome del intestino irritable - Hipertensión - Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> - ITS/VIH - Embarazos no deseados - Complicaciones en el embarazo - Fístula traumática ginecológica - Disfunción sexual y problemas ginecológicos - Enfermedad inflamatoria pélvica - Aborto inseguro/bajo peso al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión y ansiedad - Desórdenes alimenticios y de sueño - Abuso de sustancias psicotrópicas - Baja autoestima - Estrés posttraumático - Trastornos de ansiedad - Trastornos de la alimentación - Comportamientos de riesgo - Victimización recurrente - Fobias y miedos - Daño a sí misma

*Basado en el informe mundial sobre la violencia y salud de la OMS (65).

a su esencia y sus causas estructurales sino que la enmarcan dentro de la marginalidad con relación a otros problemas sociales. Es imprescindible entender la violencia contra las mujeres y abordarla de manera global e integral, como entramado sociocultural, con sus principios y valores, y no de manera particular, personal o apuntando sólo a sus manifestaciones y consecuencias.

La violencia se ejerce contra las mujeres para lograr el control sobre su fuerza de trabajo, su capacidad reproductiva, usar su potencial erótico o enriquecerse a costas de éste; para paralizar movilizaciones y lanzar mensajes al adversario. El cuerpo de las mujeres también se utiliza como arma de guerra (64). La violencia contra las mujeres viola el derecho de las mujeres a la vida, la libertad, la integridad física y mental y al nivel más alto posible de salud, así como su derecho a no ser torturadas y a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

En términos de prevalencia, la violencia de pareja, incluida la violencia sexual, es la experiencia que más afecta y se ensaña contra las mujeres a lo largo del curso de vida, y especialmente contra las más jóvenes.

El Informe sobre la salud en el mundo titulado 'Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas' señala las tasas desproporcionadamente altas de depresión en las mujeres y reconoce que la VBG puede contribuir a ese aumento (OMS 2001). En las encuestas nacionales y poblacionales realizadas en América Latina y el Caribe, entre 17 y 53% de las mujeres notificaron haber experimentado alguna vez violencia física o sexual por parte de una pareja

íntima (63).

En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/2009 reveló que las mujeres de 15 a 49 años de edad, alguna vez casadas/unidas, sufrieron en un 45% diferentes tipos de violencia (verbal, física y sexual) alguna vez en la vida por parte de un esposo o compañero. Las cifras destacan que fue levemente superior en el área urbana, comparada con el área rural; en el grupo no indígena comparado con el indígena y con educación secundaria. La violencia verbal la sufrieron el 42.2% de las mujeres, siendo mayor en el área urbana (46.9%), en el grupo no indígena (44.7%) y con educación secundaria (45.7%) y superior (44.1%), respectivamente. La violencia física la sufrieron un 24.5% y no muestra diferencias sustantivas por área de residencia, grupo étnico o nivel de educación de las mujeres; y la violencia sexual afectó a un 8.9% de las mujeres, especialmente con nivel de educación primaria y de la población no indígena.

La red de servicios de salud del MSPAS, en el periodo entre enero y junio de 2013, registró un total de 1,057 casos de violencia sexual; el 89% correspondió a mujeres y el 11% a varones. De estos registros, 267 casos corresponden a niñas y adolescentes entre 10 y 14 años (25% de los casos).

El Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) reporta la tendencia de casos de violencia sexual perpetrada a mujeres y hombres durante 5 años (cuadro 14). Del total de casos (19,573), el 89.3% corresponde a mujeres y el 10.7% a hombres. Lastimosamente no se presentan los



Cuadro 14. Casos de violencia sexual, años 2008-2012

Violencia sexual años 2008-2012		
Años	Mujeres	Hombres
2008	2,522	294
2009	3,790	394
2010	3,996	327
2011	3,602	277
2012	3,573	800
Total	19,575	2,092

Fuente: Fundación Sobrevivientes, con base a reportes mensuales del INACIF, años 2008-2012.

datos desagregados por edad, pertenencia étnica y otras variables.

En el ámbito de la violencia de pareja, de 62,465 casos registrados por el Ministerio Público en un lapso de dos

años (2010 y 2011), el 88.3% (56,941) corresponde a mujeres y el 11.7% (7,524) corresponden a hombres (*cuadro 15*). En todos los casos de violencia contra la mujer, el registro de datos es disperso, el subregistro es alto y no existe un sistema de información consolidado.

Cuadro 15. Casos de violencia intrafamiliar/de pareja, por sexo de la víctima. Años 2010-2011

Pueblo de pertenencia	2010		2011	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Mestizo/ladino	16,841	1,730	17,511	1,722
Maya	9,249	860	9,712	860
Garífuna	22	2	75	4
Xinka	20	8	20	4
Otro	231	18	3,260	316
Total	26,363	2,618	30,578	2,906

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-INE.

Muchas mujeres no reportan los hechos de violencia por temor a represalias de sus agresores, por dependencia económica, e incluso porque llegan a creer que sí existen causas justificadas por las cuales sus parejas pueden ejercer violencia contra ellas, tanto en el hogar como en el ámbito público; el problema se ha naturalizado. La impunidad que prevalece en éstos casos propicia un escenario de mayor riesgo para las mujeres y niñas, en tanto envía el mensaje de que son aceptables las diversas expresiones de violencia de género, lo que refuerza el poder de los perpetradores e incrementa el peligro para las víctimas/sobrevivientes, al tiempo que menoscaba la confianza de las mujeres en el sistema de justicia.

Aunque está demostrado que la violencia social³⁶ afecta de manera desproporcionada a los hombres, debido a las normas y patrones de género, la violencia contra las mujeres tiene connotaciones diferenciadas, y por lo tanto requiere un tratamiento distinto al de la violencia masculina (66). Mientras que los hombres sufren violencia perpetrada por otros hombres, las mujeres son agredidas, ultrajadas o mueren, en su mayoría, en manos o por hechos provocados por sus parejas o exparejas íntimas. Los hombres se enfrentan a mayores niveles de victimización en delitos contra el patrimonio (hurto y robo de vehículos, robo de motos, lesiones, asaltos, robo y secuestros), entre otros. Debe tomarse en cuenta que derivado de patrones impuestos por la cultura, los hombres adoptan comportamientos de riesgo que ponen en peligro su salud, y por ende su vida (67).

Los gastos incurridos en salud, procesos legales, transporte, incapacidades y ausencias al trabajo de las mujeres afectadas pueden implicar pérdidas anuales para las instituciones públicas y privadas, así como para las familias involucradas. Según cálculos AVAD³⁷, en las economías de mercado, la violencia representa casi un año de vida perdido por cada cinco años de vida saludable para las mujeres de 15 a 44 años (68). Los costos indirectos de la violencia contra las mujeres, entre otros, están concentrados en: ingresos no percibidos debido al fallecimiento y la falta de productividad, pérdida de empleo, falta de productividad y pérdida de ingresos tributarios debido a la mortalidad y el encarcelamiento de los perpetradores (62).

El femicidio es la máxima expresión de la violencia contra las mujeres y las niñas. Del homicidio o asesinato de mujeres, el país dio un salto cualitativo al tipificar la figura del

Según la Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer (Decreto 22-2008), femicidio es la “muerte violenta de una mujer, ocasionada en el contexto de las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, en ejercicio del poder de género en contra de las mujeres”.

femicidio³⁸. A diferencia de los homicidios de hombres, las muertes violentas de mujeres o femicidios tienen un alto porcentaje de uso de violencia física y precedida por otras formas de daño (a menudo violencia sexual, estrangulamiento y uso de armas de fuego y armas blancas).

El femicidio es un fenómeno social complejo y poco comprendido. Suele confundirse con violencia callejera, se relaciona fácilmente con el crimen organizado o se atribuye a problemas conyugales, reduciéndolo a un asunto privado o llegándolo a calificar como un crimen pasional. No siempre existe una relación familiar, pero las motivaciones tienen un rasgo en común: el sentido de propiedad y superioridad que tiene el agresor que castiga cuando sus expectativas no se cumplen. No considerar que las relaciones de poder y dominación, que promueven la dependencia y subordinación de las mujeres pueden causarle la muerte, sesga la opinión pública y dificulta la aplicación de justicia (69). Guatemala es el segundo país del mundo que registra mayor cantidad de femicidios (tasa anual de 92,94 asesinatos de mujeres por cada millón de habitantes), de 44 países donde se registra éste fenómeno (primer lugar El Salvador y tercero Lituania) (69). En el 2011 el INACIF registró un total de 834 muertes violentas de mujeres.

En cumplimiento a lo establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala y en los convenios y tratados internacionales en materia de derechos humanos aceptados y ratificados por el Estado, éste es solidariamente responsable por la acción u omisión en que incurran los funcionarios(as) públicos que obstaculicen, retarden o nieguen el cumplimiento de las sanciones previstas en la ley contra el femicidio, pudiendo ejercer contra éstos la acción de repetición si resultare condena favorable a la víctima, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas o civiles que pudieran entablarse en su contra (70).

36. Se refiere al po La OMS clasifica la violencia en autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones); interpersonal (familia/pareja y comunidad) y colectiva (social, política y económica).

37. AVAD es un indicador que mide los años de vida ajustados en función de la discapacidad, el número de años que habría podido vivir una persona que se pierden por su muerte prematura y los años de vida productiva no disfrutados por discapacidad.

38. La ley fue publicada en el Diario Oficial el 7 de mayo de 2008 y entró en vigencia el 15 de ese mismo mes y año.

La estrategia de salud pública para la prevención de la violencia

La estrategia de salud pública es un proceso de cuatro pasos que se ha aplicado ampliamente para orientar la labor en materia de prevención de la violencia, así como otros problemas de salud que afectan a la población.

PASO 1: Definir el problema

El primer paso para prevenir la violencia es comprenderla. A fin de percibir la magnitud del problema, hay que hacer acopio y análisis de datos probatorios para determinar el número de comportamientos violentos, traumatismos y defunciones, así como otros efectos conexos. Los datos pueden revelar la frecuencia de los actos violentos y los lugares donde ocurren, las tendencias y quiénes son las víctimas y los agresores. Estos datos pueden obtenerse a partir de informes policiales, archivos de médicos forenses, datos del registro civil, expedientes clínicos de hospitales, registros, encuestas poblacionales y otras fuentes oficiales confiables.

PASO 2: Determinar los factores de riesgo y de protección

No basta con conocer la magnitud de un problema de salud pública. Es importante comprender los factores que protegen a las personas o las ponen en riesgo de experimentar o perpetrar la violencia. Conocer los factores ayuda a determinar las prioridades de las actividades de prevención.

PASO 3: Elaborar y ensayar las estrategias de prevención

Los datos de la investigación y los resultados de las evaluaciones de necesidades, las encuestas comunitarias, las entrevistas a los interesados directos y los grupos de discusión sirven para confeccionar los programas o medidas de prevención. El uso de estos datos y resultados constituye un método con bases científicas de planificación de programas. Una vez que los programas se ejecutan, se evalúan rigurosamente para determinar su eficacia.

PASO 4: Garantizar la adopción generalizada

Una vez que se ha confirmado que los programas de prevención son eficaces, se deben difundir. Se insta a las comunidades a que adapten los programas para satisfacer sus propias necesidades y evalúen el éxito del programa. Las técnicas de difusión para promover la adopción generalizada de un programa abarcan la capacitación, el establecimiento de redes, la asistencia técnica y la evaluación de procesos.

Adaptado de: The Public Health Approach to Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), disponible en: http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/PublicHealthApproachTo_ViolencePrevention.htm

5.6 Salud mental y adicciones

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (71). A partir de 2001 la OMS decidió hacer de la salud mental una de sus prioridades de salud pública. La salud mental y el abuso de

sustancias psicoactivas son dos temas estrechamente relacionados entre sí. Con frecuencia, la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales se presentan asociados con la dependencia del alcohol o de otras sustancias. Esta dependencia que constituye por sí misma un problema de salud mental, es un importante factor de riesgo de otros trastornos mentales. A su vez, los desajustes mentales favorecen la evolución hacia el alcoholismo y la drogadicción. Además, los pacientes con problemas de salud mental y de abuso de sustancias comparten el estigma y

la discriminación asociados con sus padecimientos, y su acceso a los servicios de salud es igualmente limitado (72).

El país presenta dificultades en el registro rutinario de información acerca de riesgos en el consumo de alcohol y tabaco. La prevalencia de consumo de tabaco en adultos es de 14% (hombres 24%, mujeres 4%), y la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes es de 16.6% (hombres 19.7%, mujeres 13.3%) (73). Según la ENSMI 2008-09, el 71.6% de hombres de 15 a 59 años afirma que alguna vez ha ingerido bebidas alcohólicas, y el 22.4% asevera que lo hizo durante los últimos 30 días. El consumo de alcohol es aún mayor en áreas urbanas (27.8%), en hombres ladinos (24.0%), entre quienes tienen educación superior (34.2%) y en aquellos que se encuentran separados, divorciados o viudos (37.4%). En un período de seis años se ha incrementado en 9% el consumo en mujeres, que refiere haber consumido alguna vez bebidas alcohólicas, y un aumento de 20% en mujeres que refirieron haberlo hecho durante los últimos 30 días. El abuso en el consumo de alcohol en el país es socialmente aceptado y el problema trasciende a todos los grupos indígenas, en los que adquiere especial relevancia, dadas las características de las bebidas artesanales que usualmente se consumen a nivel comunitario.

Entre las conductas asociadas con el consumo de los estupefacientes destacan los accidentes, violencia, apatía y deterioro de la actividad laboral y social, en tanto que el consumo abusivo de ansiolíticos puede asociarse con depresión, labilidad emocional, sentimientos de tristeza y soledad, atribución de incapacidad, entre otros. Hombres y mujeres viven de diferentes maneras los diferentes trastornos mentales. En las mujeres el mayor consumo de psicofármacos puede ser una fuente de autorregulación de los elementos exógenos, con la finalidad de reducir el malestar y situaciones cotidianas de vida, a menudo marcadas por la violencia (74).

La prevalencia de trastornos de salud mental es del 27.8% en personas entre 18 y 65 años. Predominan los trastornos de ansiedad (20.6%) y solamente el 2,3% de la población ha consultado con algún profesional de salud por emociones o problemas de salud mental (75). El gasto del MSPAS destinado a la salud mental es de 0.9% del total, cifra extremadamente baja sin variaciones durante los últimos cinco años, y una gran proporción (94%) se destina a la atención hospitalaria (específicamente en el Hospital Nacional de Salud Mental) (76).

Las mujeres experimentan un cúmulo de tensiones en los casos de la ruptura de la vida en pareja, vía divorcio o separación. Con frecuencia, ante la irresponsabilidad paterna en la manutención del hogar, que a menudo queda a cargo de las mujeres, ellas recurren a la denuncia por pensión alimenticia para el sostenimiento, en parte, de los gastos familiares. El número de denuncias que por pensiones alimenticias se reportaron por el Organismo Judicial y los tribunales de familia durante el año 2010 fueron 7,551 casos orales de alimentos y hubieron 2,299 casos de negación de asistencia económica (Cenadoj, 2010).

En la prevalencia de los trastornos del humor, el trastorno depresivo es la principal causa de discapacidad mental. Lastimosamente las cifras sobre trastornos mentales no se presentan desagregadas por sexo (*cuadro 16*), aunque se presume que por ser las mujeres quienes más recurren a los servicios de salud, ellas son las que reportan los principales trastornos, especialmente asociados con la violencia intrafamiliar/de pareja que afecta a las mujeres de forma desproporcionada, en comparación con los hombres. Además, por norma de género, las mujeres expresan con mayor facilidad los trastornos y situaciones que padecen. En lo sucesivo se hace una lectura de los trastornos mentales y se refrenda con teorías desarrolladas.

A juzgar por las cifras, los trastornos neuróticos y trastornos neuróticos secundarios son los más recurrentes, y se sitúan especialmente a nivel urbano; le sigue el uso y abuso de sustancias y el estrés postraumático. Los casos de violencia sexual contra niñas, adolescentes y jóvenes regularmente son reportados por los servicios de salud, no por la causa principal, sino por las secuelas que éste provoca (ejemplo: trastornos neuróticos, estrés postraumático). Referencias anteriores denotan que los hombres son los mayormente expuestos al consumo de sustancias, por lo que se deduce que las cifras presentadas en cuadro 14 podrían tratarse de consultas a usuarios varones.

La depresión constituye un problema de salud pública. Los componentes de inferioridad social a los que están expuestas las mujeres a lo largo del curso de vida: dependencia emocional de las personas adultas o de la pareja, dependencia económica, autoestima devaluada, obediencia, dulzura y complacencia, entre otros, están a la base de los síntomas depresivos, y las características descritas forman parte de la condición y los estereotipos femeninos. La educación sentimental de las mujeres, centrada en que el amor es lo más importante en la vida y construida

en torno a que deben “aguantar todo” de su compañero o pareja les genera miedos, angustias e inseguridades ante la posibilidad de su pérdida. La feminidad cargada de estereotipos otorga un valor sustituto a las mujeres: se tiene valor en la medida que lo tienen los otros, fundamentalmente el marido, pareja íntima u otro varón de la familia. Este hecho coloca a las mujeres en una posición de subor-

dinación que deriva en una baja autoestima y falta de reconocimiento. Las dificultades e incapacidad de alcanzar los mandatos de género: “ideal maternal” e “ideal de belleza y eterna juventud” se vive como un déficit personal por las mujeres (77); esta situación les genera insatisfacciones y, en consecuencia, produce negativos efectos subjetivos.

Cuadro 16. Porcentaje de población por tipo de prevalencia de trastornos mentales. Año 2009

Prevalencia	Total	Urbano	Rural
Prevalencia trastornos del humor			
Trastorno bipolar	0.7		
Trastorno depresivo	6.4		
Distimia	2.2		
Prevalencia de los principales trastornos			
Uso y abuso de sustancias	7.8		
Trastorno psicóticos no afectivos	2.2		
Trastornos neuróticos	20.6		
Prevalencia uso de sustancias	9.1		
Alcohol	5.2		
Tabaco	3.7		
Otras drogas	0.2		
Prevalencia trastornos de ansiedad			
Agorafobia	2.6		
Fobia social	4.2		
Trastorno de ansiedad generalizada	3.2		
Trastorno de estrés postraumático	6.9		
Trastornos somatomorfos	6.4		
Trastornos disociativos	3.0		
Otros trastornos de ansiedad	0.2		
Trastornos de salud mental			
Consumo de sustancias	9.4	6	3.4
Esquizofrenia	2.2	1.5	0.7
Trastornos del humos	10.0	6.4	3.6
Neuróticos secundarios	26.5	18.1	8.4

Fuente: MSPAS/USAC. Encuesta de Salud Mental 2009. Guatemala, 2009.

Además, las dificultades para cambiar estas idealizaciones culturales y transformar esas condiciones de vida opresoras, puede llevar a muchas mujeres a estados de desesperanza que las inclina a la depresión. La prevalencia de los “trastornos de ansiedad” a menudo es mayor en las mujeres, aunque no se descarta que se manifieste en los hombres, y en ellos la manera de exteriorizarlos es diferente.

Los trastornos de angustia, de ansiedad generalizada, así como los distintos tipos de fobia se manifiestan significativamente en las mujeres. Asimismo, también se exhiben con más frecuencia los “trastornos de la conducta alimentaria” -tanto la anorexia como la bulimia nerviosa-. Como se indicó con antelación, las mujeres están más propensas al sobrepeso y la obesidad; las razones puedan deberse a que ellas pasan mayor tiempo en la casa, llevan una vida más sedentaria y son quienes preparan los alimentos; y las mujeres que combinan su trabajo en el hogar y fuera del mismo, hacen menos deporte, porque no disponen de tiempo libre.

Los trastornos alimentarios, los estereotipos sociales y criterios estéticos de belleza, en tanto se constituyen en una propuesta cultural idealizada, especialmente en las poblaciones urbanas y de estratos económicos medios y altos, se transforman en valores éticos orientados al control o autocontrol del cuerpo que impactan la salud de las mujeres, especialmente de las más jóvenes. De manera que persiste la relación entre los modelos de género y los síntomas asociados a ciertos trastornos mentales. Estos síntomas están relacionados con el miedo, angustia, inseguridad, falta de asertividad, dependencia, estrés, vinculados con la feminidad. Por el contrario, el miedo al fracaso social, el no cumplir con las pautas sociales impuestas (hombres fuertes, dominantes, sin miedo al riesgo) es más acorde con la socialización masculina, prevalente en los hombres (77).

Hay que considerar el dramático impacto de la violencia sexual en las dimensiones individual y relacional de las mujeres víctimas/sobrevivientes. La afectación a las mujeres derivada del hecho violento funda sus consecuencias en el universo emocional de ellas, y como corolario, afecta la construcción de las relaciones con el entorno; no sólo con el agresor, sino con el resto del entramado relacional con que cuenta la víctima/sobreviviente. En la mayoría de los casos, lo emocional y lo relacional parece aún no tener un lugar muy claro en los procesos de acceso a la justicia. Al no tener las mujeres estabilidad emocional que les per-

mita tramitar en las entidades públicas su victimización y restablecer los lazos de confianza y apoyo, ellas continúan sumidas en ambientes altamente vulnerables en los que se empeora su estado de salud y su universo emocional.

5.7 Salud de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad

5.7.1 Personas con discapacidades

Las personas con discapacidades enfrentan cotidianamente discriminación por esa condición. El Banco Mundial (BM) y la OMS en su “Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011” aluden que son los pobres, las mujeres y las personas adultas mayores los que presentan la mayor prevalencia de discapacidad. Y señala que el grupo que acentúa la mayor discriminación por razones de género, son las mujeres.

El abordaje en la atención y tratamiento de la población en condiciones de discapacidad es otro de los desafíos que el sistema de salud pública debe afrontar en el marco de sus políticas de salud. La población con discapacidades registrada para el año 2005 según la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) fue de 401,971, que corresponde al 4% de la población: 34% no indígena y 66% indígena; 51.2% hombres y 48.8% mujeres. La ENDIS hace una desagregación de personas discapacitadas por 3 grandes grupos de edad y sexo: grupo 6-17 años de edad: hombres 55.74%, mujeres 44.26%; grupo 18-59 años de edad, 51.66% hombres y 48.34% mujeres y el tercer grupo de 60 y más años: hombres 47.84% y mujeres 52.16%. Como se observa, conforme se avanza en edad, las mujeres se ven más afectadas. Según la OPS/OMS, el índice de prevalencia de discapacidad a nivel mundial es del 10%; Guatemala alcanza un 4%.

Otra de las causas que agrava la situación particular de las mujeres y niñas con discapacidades es su mayor vulnerabilidad frente a la violencia, la cual les afecta en dos sentidos. En primer lugar, porque la violencia es una causante importante de discapacidad en las mujeres, pero también inversamente, porque las mujeres con discapacidad corren mayor riesgo de ser víctimas de violencia.

Entre los principales obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad sobresalen: ausencia de normas que les protejan, tutelen y promuevan su desarrollo; actitudes prejuiciosas de la sociedad que limitan su acceso a los ser-

vicios públicos; prestación insuficiente de servicios; falta de rehabilitación; falta de accesibilidad a los espacios públicos y sistemas de transporte y falta de participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones, especialmente las que competen a su salud y condición social (78). Guatemala cuenta con una Política Nacional en Discapacidad (junio 2006), impulsada por el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI).

5.7.2. Personas privadas de libertad

La cárcel, como toda institución social, está fundada desde una concepción androcéntrica, impregnada de prácticas, valores, normas, representaciones, roles adjudicados y patrones de pensamiento contruidos desde la perspectiva de los hombres y para los hombres privados de libertad. Seguramente los problemas y conflictos de las mujeres privadas de libertad son similares a los de cualquiera mujer que se encuentra en libertad, porque dentro y fuera de las cárceles las mujeres deben cumplir con los roles asignados a su género. En Guatemala no existe una política criminal diferenciada para los hombres y mujeres privados de libertad.

La prisión afecta muy particularmente a las mujeres ya que la mayoría de ellas son jefas de hogar y madres o abuelas, lo que significa dejar a sus hijos e hijas menores de edad sin protección, o tenerlos con ellas, lo que agrava la vulnerabilidad para los niños y niñas. Y para las mujeres la privación de libertad es mucho más dolorosa y estigmatizadora, dados el rol asignado y sumido en la sociedad. Ser delincuente y haber estado en prisión es doblemente estigmatizador para las mujeres, y en ellas hay mayor probabilidad de que las familias las olviden y las rechace, lo que provoca mayor riesgo a enfermedades como la depresión. En los hombres el paso por la prisión, en muchos casos, puede aumentar su prestigio de hombre rudo, en cambio para las mujeres significa ser calificada como mala, contraria a la imagen del bien, de la docilidad y de la sumisión, características atribuidas a las mujeres a lo largo de la historia (79).

El sistema penitenciario reportó en el año 2011 una población general de reclusos de 11,135 personas (93% hombres y 7% mujeres). Existen 22 centros de reclusión: 12 preventivos, 3 preventivos de alta seguridad, 2 preventivos en bases militares y 5 centros de cumplimiento de condena; para las mujeres se destina 2 centros preventivos y 1 de

condena. Asimismo, existen 4 centros de detención para niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley (80).

Los problemas de salud que aquejan a la población privada de libertad están relacionados con ITS y VIH. Según referencia del MSPAS/CONASIDA/ONUSIDA y Visión Mundial, en el 2007 la prevalencia de VIH en los centros de reclusión fue del 3.2% y no se encontraron casos de seropositivo para sífilis y hepatitis B. Asimismo, el 97.7% de las personas mencionaron que conocían por lo menos dos formas de transmisión del VIH y el 96.9% indica el uso correcto del condón como forma de prevención; sin embargo, el 65% manifestó no haber usado el condón en el último año y el 19.8% de las personas tuvieron relaciones sexuales no conyugales y sin utilizar condón. El 10% de privados de libertad consumieron diariamente algún tipo de droga por vía inhalatoria. No hubo datos sobre el acceso a la prueba de VIH (81).

Los principales problemas estructurales en los centros de reclusión son: falta de aplicación de la ley de régimen penitenciario, hacinamiento debido a la sobrepoblación de reclusos/as, deficitaria infraestructura que no permite condiciones adecuadas de restricción de libertad, precariedad de los servicios básicos de saneamiento y agua que permita condiciones mínimas de salud, escasa cobertura de servicios médicos para la atención de las y los reclusos, entre otros. Los centros no cuentan con la asistencia de médicos y paramédicos para la atención en salud; este servicio es provisto solamente de 2 a 3 días por semana, y con un horario restringido (79). En el caso de las mujeres reclusas, el problema se agudiza a partir de su condición de mujer, debido a que están expuestas al acoso, hostigamiento y abuso sexual, tanto por parte de los reclusos, como del personal de los centros penitenciarios. Las mujeres indígenas tienen otros agravantes, debido a que no pueden comunicarse en su propio idioma, por la falta de traductores o intérpretes (82).

En promedio, el 42 por ciento de las mujeres en centros de reclusión son víctimas de tratos inhumanos y degradantes, tortura, amenazas, golpes, las obligan a desvestirse y en algunos casos son víctimas de violación. “Entre las más vulnerables en este tipo de hechos se encuentran las reclusas sindicadas por los delitos de secuestro, extorsión, integrantes de maras y las identificadas como lesbianas y bisexuales. Según relatan las privadas de libertad, entre sus agresores se encuentran agentes de la Policía Nacional Civil (PNC), integrantes de la Unidad Antisecuestros de la

División Especializada en Investigación Criminal (DEIC), militares y otras fuerzas de seguridad” (83).

En todos los casos, las mujeres en esta situación carecen de servicios de ginecología y de maternidad; la construcción de clínicas y pabellones para personas con padecimientos médicos ha sido omitida. El mayor problema en cuanto a programas de salud en el sistema penitenciario descansa en que toda su acción responde a dar atención por medio de otras instituciones privadas o públicas, lo cual es un riesgo para la institucionalización de los programas (81).

5.7.3. Personas migrantes

El MSPAS/SIGSA durante el período 2008-2010 da cuenta de la atención brindada a 337,271 inmigrantes internacionales (38.0% hombres y 62.0% mujeres); el 50% fue atención de emergencia y el otro 50% en primera y segunda consulta. De las 33,175 personas extranjeras que residen en Guatemala y que reciben remesas del exterior, el 83.0% son inmigrantes centroamericanos (57.0% mujeres y el 43.0% hombres (84).

La creciente migración de las mujeres ha provocado lo que se conoce como “feminización de las migraciones”. La mayoría de migrantes femeninas realiza trabajos “de mujeres”, que constituyen los nichos laborales con menor remuneración, precarias condiciones laborales, sin protecciones legales y reconocimiento social. De esta forma el género actúa como principio organizador del mercado laboral en los países de destino, reforzando los patrones de género tradicionales, articulados a otras formas de opresión que se entrelazan con variables de clase, origen étnico y nacionalidad, facilitando la explotación económica y relegando a un gran número de mujeres a un estatus de servilismo (domésticas y cuidadoras) y degradación (trabajadoras sexuales) (85). Las brechas de género responden al trato diferencial de las mujeres migrantes, que parecen sufrir una doble discriminación, por ser migrantes y por ser mujeres.

En el año 2012 1,504,902 personas (73.0% hombres y 27.0% mujeres)³⁹ residentes en el exterior enviaron remesas hacia Guatemala. Las encuestas de OIM en el país reportan que el 97.0% de personas en el exterior residen en Estados Unidos de Norte América y el 3.0% en otros países del mundo. La emigración internacional, en tanto es mayoritariamente de hombres, provoca que los

hogares queden a cargo y sean liderados por mujeres, lo que a su vez trae aparejado una serie de condicionantes para las mujeres y sus hijos e hijas. La situación se vuelve más compleja cuando viaja la pareja y dejan a cargo de la hija mayor el cuidado de los hermanos, o bien dejan a los niños y niñas al cuidado de los abuelos y/o terceros, lo que es fuente de vulnerabilidad de derechos de las y los menores de edad, con repercusiones en su salud física y psicológica, que se traduce a menudo en factores de riesgo de deserción escolar, consumo de drogas, alcohol y su involucramiento en maras o pandillas juveniles. Por otro lado, la migración internacional de los hombres influye para que las mujeres incursionen en el espacio público, lo que ha sido para muchas mujeres una vía de su empoderamiento y liderazgo, en tanto les permite ser más autónomas y administradoras de los recursos financieros y bienes, que en su vida en pareja, muchas no lo logran (86).

La encuesta sobre remesas 2006, respecto a la inversión en salud y educación, muestra que entre un 7.0% y 8.0% de las remesas es utilizado para gastos en salud de los miembros del hogar, favorecido por la acción de las mujeres (87).

5.7.4 Personas LGBTI

Aunque se reconoce que en los últimos años se han producido avances en el reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTI, y que hay un marco legal internacional favorable para orientar normas y políticas a nivel nacional, el estigma, la discriminación y la violación de sus derechos humanos marcan la vida de las personas LGBTI. En relación a denuncias interpuestas por personas que pertenecen a las Poblaciones en Mayor Riesgo (PEMAR), en el 2012, de un total de 79 casos individuales presentados, el 39% (30 denuncias) se refieren a derechos vulnerados a personas trans; el 33% (26 denuncias) a personas homosexuales y el 26% (21 denuncias) a trabajadoras sexuales, reportándose solamente dos casos de personas privadas de libertad y un caso colectivo referido por la Organización de Mujeres en Superación (OMES) (88).

La transfobia, agresiones y crímenes de odio constituyen violaciones de los derechos humanos que afectan el bienestar y la salud mental de las personas LGBTI. Una encuesta de percepción generada entre 66 trans miembros de la organización OTRANS Reinas de la Noche evidencia la situación sobre su propia situación: el 24% indicó haber sufrido rechazo familiar al asumir su identidad de

39. Estimaciones con base a información de las encuestas sobre Migración Internacional y Remesas de OIM. Guatemala.

género; un 18% sufrió actitudes discriminatorias por la misma causa; el 23% padeció estigma y discriminación en diferentes espacios sociales; un 21% no halló empleo por causa de la identidad de género y un 19% sufrió maltrato al acudir a los servicios de salud públicos. El 29% de las encuestadas identificó a la Policía Nacional Civil como la principal causante de actores de discriminación y abuso en su contra, y un 20% señala a las instancias de salud de la misma situación. Las trans perciben como sus mayores obstáculos: dificultades para ingresar a espacios públicos (24% del total), falta de legislación favorable para la comunidad trans (18%), problemas en la documentación personal (18%) (89).

OTRANS realizó un estudio exploratorio en la comunidad de mujeres transgénero en 2010, el cual reportó una prevalencia de VIH del 14.9% en esa población (90). El número de mujeres transgénero asesinadas en Guatemala durante 2004 llegó a 19; en el 2005 fueron 7 trabajadoras del sexo transexuales y en 2008 se registró el asesinato de una mujer transexual de origen hondureño (91). Las mujeres lesbianas, bisexuales, transexuales y transgénero han demandado al Estado consagrar en su legislación los principios de la igualdad y de no discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

5.8 Sistemas y servicios de atención en salud

En el país cohabitan dos sistemas de salud: el oficial, de carácter biomédico y el sistema de salud maya, históricamente alternativo y subordinado; las lógicas de ambos respecto a la salud/enfermedad/atención tienen enfoques distintos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el ente rector de la salud⁴⁰, lo que le otorga la calidad de ser la autoridad sanitaria nacional. El ejercicio de la gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas son elementos claves para que la autoridad sanitaria nacional logre, al más alto nivel, el compromiso y la voluntad política para fortalecer el desarrollo de la salud (92).

El sistema de provisión de servicios de salud es fragmentado y segmentado; coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: públicos (integrado por los servicios que brinda el MSPAS por medio de su

red hospitalaria y servicios de salud descentralizados⁴¹), seguridad social (por medio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social- IGSS⁴²) y los servicios privados⁴³, vía clínicas privadas que trabajan algunas en alianza con empresas de seguros de salud. La cobertura de atención en salud a la población no ha variado en los últimos años: el MSPAS atiende a cerca del 70%, el IGSS al 20% y el sector privado el 10% restante (39).

La provisión de servicios del MSPAS contempla tres niveles de atención de acuerdo a la complejidad de los servicios, y entrelazados a través del sistema de referencia y respuesta. El Programa de Extensión de Cobertura (PEC)⁴⁴, que forma parte del primer nivel de atención, se mantiene activo atendiendo a 4,3 millones de habitantes (cerca del 30% de la población total), distribuidos en 206 municipios con el 5% del presupuesto del MSPAS; evidentemente los recursos destinados son insuficientes para brindar servicios de calidad a la cantidad de población citada, lo que requiere mayor análisis, para no profundizar desigualdades en el acceso a la salud. Los servicios del segundo nivel de atención son proporcionados de forma institucional por Centros de Salud, Centros de Atención Permanente (CAP) y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). Y el tercer nivel de atención lo constituyen los servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales, especializados y de referencia nacional (93). (cuadro 17). La infraestructura pública en salud no ha crecido acorde al aumento de la población, tanto en número como en variedad y complejidad.

En el año 2010 el país tenía registrados 16,043 médicos (71% hombres y 29% mujeres); en los últimos diez años ha habido un incremento progresivo en la proporción de mujeres. Para el mismo año, el país tenía registrados 6,584 enfermeras profesionales y el número de odontólogos (as) para el año 2007 fue de 2,376 en todo el país. La formación de los profesionales de la salud está a cargo de las universidades; una pública y diversas universidades privadas (94).

Los patrones de utilización de los servicios de salud por mujeres y por hombres son diferentes, y este hecho merece consideraciones particulares desde el análisis de género. El reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención son diferentes en hombres y en mujeres. La socialización

40. Según el Código de Salud de Guatemala, Decreto 90-97 del Congreso de la República.

41. En el sector público también brindan servicios de salud el Ministerio de la Defensa Nacional y el Ministerio de Gobernación.

42. En el seguro social la afiliación se da por inscripción de empresas privadas e instituciones públicas, posteriormente se inscriben los empleados y beneficiarios de las mismas.

43. Incluye las entidades privadas, con o sin fines de lucro.

44. El PEC es ejecutado por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) por medio de convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Cuadro 17. Servicios de salud públicos y de seguridad social. Año 2010

Ministerio de Salud Pública		Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ⁴⁵	
Tipo de servicio	No	Tipo de servicio	No
Hospitales	42	Hospitales	22
Centros de atención integral materno infantil	5	Policlínica	1
Centro de atención permanente	163	Centros de atención integral	3
Centro de atención a pacientes ambulatorios	17	Consultorios	34
Centros de salud tipo A	1	Puestos de salud	11
Centros de salud tipo B	142	Unidades asistenciales	2
Puestos de salud	1,076	Salas anexas	2
Otros servicios ⁴⁶	29	Unidades integrales de adscripción	48
Camas censables	6,387	Camas censables	2,232

Fuente: Dirección General Sistema Integral de Atención en Salud, MSPAS 2010.

diferencial de género influye sobre actitudes y conductas en la búsqueda de atención de salud. Para el caso de las mujeres, las expectativas culturales y el rol de ‘cuidadoras’ influye en que ellas, más que los hombres, y hace que se familiaricen con los síntomas de enfermedad y con procesos de atención a la salud; mientras que los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención en

salud como una debilidad y acuden más en situaciones de emergencias. Solo ante dolencias graves no existen diferencias marcadas entre hombres y mujeres para la búsqueda de atención en salud (7). Las cifras evidencian que las mujeres son las mayores usuarias de los servicios de salud (*cuadro 18*).

Cuadro 18. Producción de consultas del MSPAS, por sexo. Año 2010

Producción de Consultas	Año 2010					
	Total	%	Masculino	%	Femenino	%
Número de pacientes nuevos	3,306,748	21.0	1,301,780	8.3	2,004,968	12.7
Número de primeras consultas	8,479,598	53.7	3,092,218	19.6	5,387,380	34.1
Número de re-consultas	2,475,739	15.7	862,951	5.5	1,612,788	10.2
Número de emergencias	1,252,769	7.9	536,916	3.4	715,852	4.5
Número de pacientes referidos a otro nivel	264,769	1.7	94,611	0.6	170,159	1.1
Total de consultas	15,779,623	100	5,888,476	37.4	9,891,148	62.6

Fuente: Elaboración propia con datos provistos CNE/MSPAS. Marzo 2013

45. Además contrata servicios médicos privados en 14 departamentos del país.

46. Incluye: 2 clínicas periféricas, 3 centros de urgencias médicas, 5 maternidades, 2 centros especializados y 15 unidades mínimas

Las mujeres tienen mayor interacción con los servicios de salud por sus roles de género y de cuidado de niños, niñas y adultos mayores en sus hogares y comunidades, como ya se anticipó; ellas tienen más necesidades de demanda de servicios de salud por sus funciones biológicas reproductivas, anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, y controles posteriores relacionados siempre a su aparato reproductivo; además, presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad que los hombres a lo largo del curso de vida, dado que su mayor longevidad incrementa las posibilidades de padecer enfermedades crónicas y discapacidades asociadas; y, tienen mayor autopercepción de enfermedad que los hombres (7).

La mayor demanda de los servicios de salud por parte de las mujeres repercute en un mayor gasto en la atención de su salud, por la compra de medicamentos, entre otros. Pese a lo anterior, las mujeres tienen menos tiempo para el autocuidado de su salud, debido a la sobrecarga en el cumplimiento de roles asociados al “cuidado de los otros”. Para el caso de los hombres, los servicios de salud no están accesibles a los horarios posteriores a las horas laborales, lo que es una fuente de negación de su derecho a la salud.

En el contexto de la calidad de la atención con enfoque de género, y además desde la pertinencia cultural, el sistema oficial de salud enfrenta enormes retos: debe basarse en un trato digno y humano a las personas, sin discriminación alguna (no degradante); limpieza y señalización adecuada; atención en el idioma de los pueblos indígenas; participación y consulta activa a las y los usuarios/pacientes en las decisiones terapéuticas, es decir, aplicar principios éticos de consentimiento libre e informado. Se deben tener en cuenta condicionantes de género como: horarios flexibles a las necesidades de mujeres y hombres, lugares apropiados para vestirse/desvestirse, elección de profesional para la atención (mujer u hombre); espacio para el cuidado de los niños y niñas durante la consulta; dar voz propia a las mujeres, es decir, que su decisión no dependa de los “otros”, que a menudo son los varones; y registrar información desagregada por sexo y por comunidad étnica/lingüística, entre otros.

El sistema de salud maya es sostenido por una variedad de terapeutas indígenas⁴⁷, mujeres y hombres. Al conjunto de prácticas y conocimientos en los pueblos indígenas, generalmente agrupados en la denominada “medicina tradicional”, la OPS ha optado en llamarles “Sistemas de Salud

Tradicionales/ Sistemas de Salud Indígenas” (95).

La práctica que suelen emplear las personas en las comunidades rurales para mitigar sus padecimientos es la auto-atención, es decir, el cuidado por sí mismos a base a remedios caseros, ungüentos y otros procedimientos utilizados en el espacio familiar, manejado fundamentalmente por las mujeres (madres, abuelas, hijas) (96). La medicina herbolaria tradicional maya cuenta con un sistema en el que se utilizan alrededor de 350 plantas medicinales y diversos minerales, entre ellos cuarzo, oro, plata, cal y hierro.

Un estudio promovido por la UASPII/MSPAS, realizado en la comunidad lingüística q’eqch’i y kaqchikel revela que existen por lo menos 7 especialidades de terapeutas /expertos indígenas, mujeres y hombres, quienes brindan atención en salud (97).

Los sistemas de salud tradicionales indígenas, con sus lógicas y racionalidades propias, comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Desde las comunidades indígenas los conocimientos son aprendidos por transmisión oral, es decir, son transmitidos generacionalmente con el ejemplo de los abuelos, abuelas, padres, madres, tíos y tías (95). Se reconoce que en Guatemala los pueblos originarios tienen sus propias maneras de abordar la salud.

Esfuerzos son orientados por el MSPAS, particularmente por la UASPII hacia la interacción entre ambos sistemas de salud: el sistema oficial y el sistema tradicional de salud, de manera que se aplique la debida pertinencia cultural, en apego a las demandas particularmente de las comunidades indígenas.

Las implicaciones de género, derivadas de construcciones culturales, particularmente relacionadas a la atención al parto son especialmente importantes para las mujeres indígenas y rurales. Para ellas no es lo mismo que un va-

47. El uso de categorías como terapeutas funciona para aglutinar a una serie de personas expertas, sobre todo en las comunidades indígenas. En general, los terapeutas se inician por medio de actos de revelación de dones o misiones. Las manifestaciones son diversas, y van desde la interpretación de fechas de fecundación y nacimiento, sueños, o por sucesos que provocan sufrimiento o angustia a las personas.

Especialidades del sistema de salud indígena en Cobán y Sololá

Especialidades en Cobán, Alta Verapaz (comunidad maya q'eqchi')	Tratamiento y atención terapéutica	Especialidades en Sololá (comunidad maya kaq-chikel)	Tratamiento y atención terapéutica
Aj Xokonel (Qana') (abuela comadronas)	Atención y cuidado de mujeres embarazadas y atención del parto, mal de ojo, sustos, empachos, mollera caída, resuello o grito aspirado, caída de la mollera, pujo.	Iyom o b'anoy utzil (abuela comadronas)	Atención y cuidado de mujeres embarazadas, atención del parto y posparto.
Ilonel – Ajtij (Aj Ilonel) (curanderos/as)	Desequilibrios energéticos, enfermedades espirituales	Kunanel (curanderos/as)	Desequilibrios energéticos
Ajq'e (Aj K'atol Mayej) (Contadores/as de días, conocedores del abuelo sol y abuela luna)	Alteraciones, conflictos, enfermedades y desequilibrios personales y familiares, ceremonias para agradecimientos, fortalecimientos, etc.	Ajq'ij (Contadores de días, conocedores del abuelo sol y abuela luna)	Alteraciones, conflictos, enfermedades y desequilibrios personales y familiares; ceremonias para agradecimientos, fortalecimientos; energías negativas a pedidos por los aj'itz.
Ilonel (Aj B'oqol Muhel) (llamadores/as de espíritu o energías de las personas)	Susto de difuntos, problemas y desequilibrios naturales, problemas y/o desequilibrios energéticos, enfermedades espirituales	Ajchay o Lotzonal (chayeras/os)	Enfermedades o infecciones, venas alteradas, sangrías.
Aj Kutunel – Aj Chay (chayeros)	Enfermedades o infecciones	Wiqoy b'aq (componedores/as de huesos)	Tratamiento de huesos y sus dificultades; fracturas, dislocaciones, golpes
Aj Bäq (sobadores/as de huesos)	Tratamiento de huesos y sus dificultades, zafaduras	Josq'inel, Xupunel (abuelos/as que saturan)	Enfermedades emocionales, energéticas y espirituales.
Aj Ilonel (hierberos/as)	Enfermedades emocionales y espirituales	Ajb'uk (aplican la jícara).	Atención a artritis, reumatismo, dolores musculares y de las articulaciones.

rón atiende el parto, a que lo haga una mujer de la misma comunidad, y sobre todo prefieren la atención en sus hogares, debido a los malos tratos que reciben por las y los prestadores de salud. En este contexto, las comadronas (parteras tradicionales) gozan de amplio reconocimiento y confianza por las comunidades. Por lo regular, en las comunidades indígenas y rurales, son los hombres quienes suelen tomar las decisiones para llevar a las mujeres a los servicios de salud, en caso amerite, pero la preferencia es que ellas queden en casa para ser atendidas (96). El factor del escaso poder de decisión de las mujeres contribuye a la demora en la atención de la salud de la mujer.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 estipula que los servicios de salud deben tener un enfoque intercultural y de género, además de ser servicios cultu-

ralmente aceptables y de recolectar y hacer uso de datos específicos para la adecuada toma de decisiones y ejercicio de la ciudadanía de los pueblos.

5.9 Inversión en salud de las mujeres

El gasto público en salud en el año 2010 correspondió a 2.5% del PIB (39), siendo el más bajo de Centroamérica. El gasto total en salud ascendió a unos US\$2,4 millones a nivel nacional. El gasto de bolsillo correspondió al 56%, unos US\$1,4 millones. Estas cifras no solo muestran que el gasto público en salud es bajo, si no que el tamaño del mercado de salud es sumamente atractivo para los proveedores de servicios de salud por la vía de diagnósticos, productos médicos y medicamentos.

Identificar la inversión en salud, particularmente dirigida a mujeres, dadas las inequidades de género en materia de salud y a la mayor demanda de servicios de salud que las mujeres requieren, centradas en su rol reproductivo, ha sido una tarea difícil. Uno de los avances más importantes para la articulación del enfoque de género en las políticas públicas nacionales es el análisis de los presupuestos nacionales bajo la perspectiva de género. Este análisis permite examinar que parte del presupuesto del Estado se destina a temas relacionados con las mujeres y, por tanto, plantear actividades y programas que atiendan sus necesidades prácticas y estratégicas. En Guatemala, esfuerzo por visibilizar los gastos públicos en género han sido impulsados por la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), en alianza con otras entidades públicas clave como el Ministerio de Finanzas Públicas; en cuyo esfuerzo también han contribuido las organizaciones de mujeres, particularmente la Colectiva para la Defensa de los Derechos de la Mujer en Guatemala (CODEFEM).

Liderado por SEPREM, en el país fue creado a partir del año 2003 y ha sido institucionalizado a la fecha el Clasificador Presupuestario con Enfoque de Género (CPEG). El CPEG es un instrumento de índole técnico-político y se integra por un conjunto de elementos conceptuales que permiten apoyar el registro y la clasificación de las asignaciones presupuestarias desde la perspectiva de los beneficios para las mujeres, contribuyendo a su visibilización en el presupuesto público. La codificación del CPEG se basa en seis grandes áreas alineadas a los 12 ejes de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y su Plan de Equidad de Oportunidades, 2008-2013.

La obligación institucional, legal y oficial de aplicar el referido clasificador se respalda en el plano político y legal en la Ley del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado. El Decreto 30-2012 de la Ley de Presupuesto para el ejercicio fiscal 2013, en su artículo 16 “Acceso a la información de la ejecución presupuestaria con enfoque de género” determina que todas las entidades de la administración central, descentralizadas, autónomas, incluyendo municipalidades, empresas públicas y Consejos Departamentales de Desarrollo deben remitir a la Dirección Técnica del Presupuesto (DTP) del Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN) las estructuras presupuestarias que den respuesta a la PNPDIM. Con esa información, el MINFIN aplicará el seguimiento especial del gasto dentro del Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN). Esta

Ley además determina que la máxima autoridad de cada entidad será responsable de remitir a la SEPREM, a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), y a las Comisiones de Finanzas Públicas y Moneda y de la Mujer, ambas del Congreso de la República de Guatemala, informe semestral que contenga la población meta de cada estructura programática, desglosada por sexo, étnia, edad y ubicación geográfica. Además se mandata a las instituciones públicas que deben incluir en los próximos ejercicios fiscales, dentro de sus procesos de planificación, criterios que promuevan la equidad de género en los pueblos maya, garífuna, xinka y mestizos, para la reducción de brechas de desigualdad entre mujeres y hombres, principalmente en sus objetivos, metas e indicadores. Establece que la Contraloría General de Cuentas, en su calidad de entidad fiscalizadora del gasto, velará por el cumplimiento de esa norma. La aplicación efectiva del clasificador continúa siendo un desafío.

Desde la sociedad civil, la CODEFEM ha promovido el monitoreo y evaluación del clasificador presupuestario de género en el presupuesto general de ingresos y egresos del Estado, para cuantificar el gasto destinado al desarrollo de las mujeres, incluido el gasto en salud.

Según el SICOIN, en el año 2012, la asignación presupuestaria para el MSPAS fue de Q 4,435 billones, de los cuales el 5% fue orientado al gasto en género/ salud de las mujeres (Q230,347 millones). Llama la atención que de todos los ministerios de Estado, el MSPAS es la cartera que menos porcentaje destinó para este propósito (98). A juzgar por las cifras, queda como desafío indagar sobre las categorías de gasto que incluye ese renglón reportado por el MSPAS.

Los presupuestos con muy importantes, porque determinan cómo los gobiernos nacionales y locales asignan los recursos públicos; y como tal, son un indicador del compromiso gubernamental con el empoderamiento de las mujeres y la equidad de género.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

CONCLUSIONES

1. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud de mujeres y hombres. Los roles, las normas y las relaciones de género pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres y los hombres. Sin embargo, debido a la situación de desventaja de las mujeres en el plano social, económico y político, a menudo les resulta más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental, incluido el uso eficaz de información y servicios de salud. Las mujeres sufren problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles como consecuencia directa de la discriminación por razones de género.
2. El análisis de diversos factores de riesgo en las formas de enfermar y de morir de hombres y mujeres evidencia una compleja e intrincada relación de causas, originadas en las diferencias fisiológicas, condiciones sociales, normas y patrones culturales, factores económicos y de respuesta del sistema de salud. Por tanto, el diseño de los programas de atención deben tener como criterio considerar el perfil diferenciado de salud para mujeres y para hombres, igualmente los programas de formación facilitados por las universidades.
3. El aumento de las opciones que tienen las mujeres durante su vida -en las esferas educativa y laboral- puede ayudar a mejorar la condición social y económica de ellas. Esto permite a las mujeres acceso a la atención de salud y, a la vez, refuerza las estrategias de salud que ayudan a las mujeres y a los hombres a disfrutar de su sexualidad, tener una familia de la dimensión deseada y evitar las enfermedades, las discapacidades y la muerte.
4. Queda evidenciado el vacío en la disponibilidad de datos nacionales, departamentales y municipales, oportunos y confiables, desagregados por sexo, edad, etnicidad, ubicación geográfica, entre otras variables relacionadas. Con respecto a la disponibilidad de datos, se puede señalar:
 - Vacío de datos nacionales desagregados por sexo y actualizados; algunos datos de mortalidad y morbilidad disponibles son de hasta el año 2011.
 - Datos estadísticos que den cuenta del estado de salud de grupos específicos de la población, como los que se encuentran en condición de pobreza, los pueblos indígenas y afrodescendientes, las personas adultas mayores, entre otros, son muy limitados. Este déficit de información impide realizar un análisis que haga visibles las desigualdades sanitarias que son evitables e injustas y sus factores determinantes y, por lo tanto, limita también la posibilidad de definir respuestas adecuadas.
5. La prioridad que debe ser asignada a la niñez y adolescencia en todos los aspectos atinentes a la salud y sus determinantes. La falta de datos desagregados por edad ocultan grandes violaciones a los derechos de los niños y niñas, y particularmente su derecho a la salud.
 - Los datos sobre las causas de morbilidad en los diferentes grupos de la población son escasos, excepto para las causas de registro obligatorio o aquellas recolectadas a través de encuestas específicas.
5. Los indicadores socioeconómicos presentados ilustran los avances en la reducción de las desigualdades entre las mujeres y los hombres en la esfera educativa y, en menor medida, en la participación laboral. No obstante, estos logros no se han visto acompañados por avances similares en la reducción de las desigualdades de acceso a recursos económicos y participación política.
6. Los promedios y cifras nacionales presentadas deben tomarse con cautela, ya que existen al interior del país fenómenos sociales, culturales y económicos que reflejan que las mujeres pobres, indígenas, residentes en las zonas rurales, jefas de hogar y las adolescentes están en mayor desventaja. Las desigualdades más significativas podrían ser disminuidas por medio de la adopción de medidas específica y pertinentes (estrategias específicas, programas) para responder a las necesidades de las mujeres y los hombres en las distintas etapas del curso de vida, teniendo como ejes centrales el abordaje de las inequidades de género y étnia, que son dos categorías íntimamente relacionadas, y además significativas para el caso de Guatemala por los rezagos históricos que pesan sobre la vida y salud de las mujeres indígenas.
7. Aspectos de salud de vital importancia para las mu-

- jeros, sus familias y para la sociedad en su conjunto, que continúan lacerando la vida de las mujeres en las distintas etapas del curso de vida son: i) la mortalidad materna, sobre la que subyace un significado profundo relacionado con el ámbito de la maternidad y la procreación en función social; ii) los déficit de anemia, y consecuentemente desnutrición, que comprometen la salud de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres adultas, y el futuro de los niños y niñas, especialmente indígenas; iii) el creciente embate del VIH y las ITS sobre la vida de las mujeres, con las eminentes secuelas en la vida de sus hijos e hijas; iv) la violencia contra las mujeres/violencia de género, que se constituye en un desafío para la democracia, los derechos humanos, la justicia y cultura de paz, para citar algunas.
8. Las normas, patrones y relaciones de género en salud y sus determinantes, siguen imponiendo una masculinidad anclada en la visión y práctica androcéntrica, sin que se avizoren cambios transformativos de la situación y condición que sigue afectando la vida de las mujeres a lo largo del curso de vida.
 9. Los comportamientos riesgosos y violentos minan la salud de los hombres. Las tasas de mortalidad masculina por homicidio, accidentes y suicidio son dramáticamente más altas que las de las mujeres. Las tasas de mortalidad por lesión de intención no determinada es un llamado de atención a la necesidad de mejorar el registro de la mortalidad.
 10. Existe ausencia de información sobre las contribuciones del trabajo no remunerado de las mujeres y los hombres al sistema de asistencia sanitaria, entre otros temas relevantes de estudio, lo que confirma la necesidad de aperturar una línea de investigación que genere evidencias para la abogacía en espacios de toma de decisiones.
 11. Es preciso disponer de datos sobre la calidad de los servicios y la atención diferenciada a hombres y mujeres, de los diferentes pueblos que conforman la diversidad cultural del país; sobre el gasto de bolsillo de hombres y mujeres en la atención de la salud; y los recursos humanos de que dispone el país, para responder a las necesidades de atención en salud de la población.
 12. Los recortes en la inversión social a menudo conducen a una mayor presión sobre las mujeres, las niñas, adolescentes y jóvenes, para que asuman el rol de red de seguridad social y de soporte familiar, cuidando a parientes enfermos y garantizando un ingreso conforme los proveedores de la familia van enfermando y fallecen. Esta situación se perfila como un elemento que pueda comprometer a las presentes y futuras generaciones en seguir siendo parte del círculo perverso de la pobreza, al tiempo que conlleva la negación de derechos.
 13. Es evidente que la falta de servicios de salud con calidad, calidez, enfoque de derechos humanos y pertinencia cultural, limita el acceso en igualdad de condiciones a hombres y mujeres de todas las edades, especialmente a las mujeres indígenas, rurales, adolescentes y jóvenes con menor escolaridad.
 14. Los datos muestran los impactos en los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, sin embargo con mayor agudeza en la vida de las mujeres en edad reproductiva, y en adolescentes que a temprana edad asumen la maternidad sin tener condiciones sociales, económicas y psicológicas, entre otras.
 15. La mayor prevalencia de la violencia contra las mujeres se centra en la violencia de pareja, incluida la violencia sexual. Esta problemática subyace en relaciones inequitativas de poder y en la discriminación basada en el género. Devela la falta de protección de derechos sexuales y reproductivos, oportunidades educativas, el derecho de una vida libre de violencia y el derecho de las mujeres a la justicia, entre otras.
 16. Finalmente, es importante señalar que, además de la información sobre las desigualdades en la salud, un esfuerzo insoslayable para el desarrollo de políticas y programas orientados a reducir las inequidades de género en salud debe incluir el empoderamiento de las mujeres, un abordaje integral de los factores sociales determinantes, con estrategias específicas según el contexto, el trabajo intersectorial y la participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones y control ciudadano.

RECOMENDACIONES

1. La disponibilidad de datos en materia de salud y sus determinantes sociales, desagregados por sexo, origen étnico, edad, ubicación geográfica, entre otras variables, y además actualizados y confiables, es una tarea ineludible que debe ser reforzada por las entidades nacionales con competencia para tal fin. Es vital continuar impulsando esfuerzos para mejorar los sistemas nacionales de información, al igual que el análisis desde una perspectiva de género y la presentación y uso de los resultados, que ayuden a la toma de decisiones para orientar políticas públicas más incluyentes. Se necesita mayor comprensión y análisis de cómo el sexo, edad y etnicidad, entre otras variables, afectan la salud de mujeres y hombres de manera diferente y desigual.
2. Involucrar a las mujeres y a los hombres, en términos de paridad, en la definición de prioridades en salud y sus determinantes sociales, desde la concepción holística de la salud y no solamente vista como la ausencia de la enfermedad. La salud de las mujeres debe ser concebida desde una perspectiva integral y la participación de los hombres es vital, para asegurar el cuidado de su salud y también la salud del grupo familiar, de manera que la carga de los cuidados en salud no pesen solo sobre las mujeres.
3. Para garantizar el derecho fundamental a la salud de las mujeres y los hombres, en su diversidad, por edad, pertenencia étnica, orientación sexual, entre otros, es de vital importancia el diseño e implementación participativa de estrategias intersectoriales que reduzcan las desigualdades sociales y eliminen las inequidades de género presentes.
4. Empezar abordajes e iniciativas locales orientadas a la salud mental de las mujeres, en vista del impacto diferenciado que tiene sobre sus vidas la violencia social y de género.
5. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de población indígena en Guatemala, es pertinente diseñar una política intercultural en salud, que recupere las tradiciones culturales y mantengan vivas sus raíces, mejore la calidad de vida de mujeres y hombres, fortalezca las prácticas propias de salud e incorpore el enfoque de género para quebrantar progresivamente las normas, patrones y relaciones desiguales de poder.
6. impulsar investigaciones sobre el rol de género y etnicidad – y su interacción con otros determinantes – a favor de la salud de mujeres y hombres.
7. Considerar en el diseño, implementación y monitoreo de políticas, programas e iniciativas de salud, los riesgos diferenciados que enfrentan las mujeres, los hombres y las personas LGBTI, durante las diferentes etapas del curso de vida, para orientar acciones consecuentes a las necesidades particulares de salud de estas poblaciones.
8. La población de adultos mayores muestra un rápido crecimiento, por lo que es importante que se disponga de manera habitual de datos sobre las principales causas de morbilidad en este grupo. La información permitirá realizar proyecciones sobre la demanda de servicios de salud de esta población y definir opciones de cuidado que no recaigan mayormente sobre las mujeres.
9. Se proponen como principales medidas para responder a las necesidades de las poblaciones en materia de salud mental: integrar la salud mental en la atención primaria, desarrollar servicios en la comunidad, con participación de organizaciones locales y combatir el estigma que implican los trastornos mentales.
10. Activar desde la Unidad de Género de la Salud y la Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS procesos de formación sistemática y continua al personal de salud, desde el nivel central hasta los niveles locales, en materia de equidad de género y pertinencia cultural, con miras a que los servicios de salud sean más asequibles, amigables y humanos con las mujeres y los hombres, según las necesidades diferenciadas de cada sexo. Es imprescindible atender la salud de la mujer desde una perspectiva integral, y no únicamente durante su etapa reproductiva. En su calidad de instancias de asesoría del Despacho Ministerial, ambas unidades deben complementar y coordinar esfuerzos.
11. Potenciar los conocimientos y competencias de las comadronas, a favor de la salud de las mujeres, incluidos los desafíos en la reducción de la mortalidad materna y la atención a la salud de las familias, desde una

mirada de género y pertinencia cultural. Los servicios de salud deben priorizar la ampliación de coberturas en el primer nivel de atención.

12. Potenciar los procesos educativos y estrategias de educación integral en sexualidad, desde esfuerzos conjuntos entre los ministerio de educación y de salud, y fortalecer las iniciativas ya en curso orientadas a la prevención de problemas de salud y otros conexos, que afectan a las niñas y adolescentes por su condición de género.
13. Las universidades tienen un amplio campo de oportunidades para el desarrollo de recursos humanos con visiones renovadas sobre temáticas clave como salud sexual y reproductiva, género, violencia de género, derechos humanos e interculturalidad en salud, que permita responder a las necesidades de las poblaciones, desde perspectivas y prácticas en salud diferenciadas.
14. Las organizaciones de mujeres desde tiempos inmemorables han desempeñado un rol trascendental, acompañando los esfuerzos del Estado a favor de la salud de las mujeres y de las poblaciones en mayor desventaja. El ejercicio de monitoreo de los compromisos internacionales y nacionales en materia de salud y sus determinantes, unido a esfuerzos de auditoría social para la rendición de cuentas es un rol muypreciado que han realizado éstas organizaciones, y que tienen el reto de seguirlo impulsando, para afianzar el marco de derechos, la democracia y la paz.
15. Erradicar el estigma y discriminación de las poblaciones en mayor riesgo –PEMAR-. Para la población LGBTI urge la necesidad de promover la adopción y la aplicación de una legislación y de programas de desarrollo específicos que protejan los derechos y al mismo tiempo promuevan la participación activa de esta comunidad.
16. Adoptar medidas para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, con prioridad a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad y exclusión (mujeres de comunidades indígenas y rurales, personas migrantes, personas que viven en asentamientos urbanos precarios, personas discapacitadas, población privada de libertad, personas adultas mayores), desde una mirada de curso de vida, para la mayor equidad en salud.
17. Para erradicar la violencia contra las mujeres, es necesario medir su prevalencia en todas sus formas, pero especialmente medir la prevalencia de la violencia a manos de la pareja íntima, puesto que esta es la forma más frecuente de violencia experimentada por las mujeres a nivel global. La desagregación de datos por clase, edad, ubicación urbana/rural, identidad étnica y de género, entre otras, ayudará a monitorear las tendencias y preparar las respuestas, sobre todo orientadas a la prevención primaria de la violencia de género, así como a servicios sociales y legales de calidad.
18. Para la efectiva aplicación de una perspectiva de género en salud, diferenciada para mujeres y hombres según sus necesidades, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio de todas sus dependencias, debe realizar consistentes análisis de género en los diversos indicadores y datos de salud, con miras a orientar la toma de decisiones, tanto a nivel nacional como territorial, para avanzar hacia la equidad en salud.
19. Las mujeres y las niñas adolescentes se enfrentan a desafíos y riesgos particulares a su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos. Es imprescindible que el Estado adopte medidas para favorecer la salud sexual y reproductiva de esta población, a luz del derecho a la opción reproductiva, el derecho a elegir una pareja y a entrar libremente en matrimonio, a una edad que no quebrante sus proyectos de vida y su pleno desarrollo.
20. Es impostergable reducir el estrago inaceptable de la morbilidad y sobre todo de la mortalidad materna en la vida de las mujeres. Esfuerzos en este ámbito deben expandirse y sostenerse, con amplia participación multisectorial. En este contexto, la rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres cobra especial relevancia para mejorar la respuesta, vigilancia y acción conjunta, en apego a la Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños.
21. El modelo hegemónico de masculinidad impone a los hombres una forma estereotipada y estricta de pensar, ser, estar y actuar en la sociedad. Hacer visible el impacto y los problemas específicos que afectan la salud de los hombres derivado de la masculinidad tradicional o sexista, es vital para avanzar hacia la equidad en salud y sus determinantes.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

REFERENCIAS



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

1. Gómez, Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción". Disponible en: www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GenderEquity.pdf. Consultado: 23 de febrero 2013.
2. OMS. Tomado de boletín epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm. Consultado: 23 de febrero de 2013.
3. Kunst AE & Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994. 115 p. Sitio Web OMS. Tomado de boletín epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm. Consultado: 23 de febrero de 2013.
4. International Society for Equity in Health. The Toronto Declaration on Equity in Health. Conference Statement: 2nd International Conference. Toronto, June 2002. Tomado de boletín epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm. Consultado: 23 de febrero de 2013.
5. Lobato Huerta Sagrario. Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes de la salud. Investigación y ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, número 48, 2010. Disponible en: [<http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista48/Articulo%207.pdf>]. Consultado: 7 de febrero de 2013.
6. Rubin, G. (1975): "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex", en Reiter, R. (comp.), *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, Nueva York.
7. Artiles Bisbal Leticia y Alfonso Ada. Género, bases para su aplicación en el sector salud. Con auspicio de OPS/OMS Cuba. 2011.
8. Rohlfs Izabella. Género y salud: diferencias y desigualdades. 2000. Disponible en: [<http://quark.prbb.org/27/027036.htm>]. Consultado: 30 de enero de 2013.
9. MSPAS/CONASIDA. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida. 2011-2015. Guatemala; 2011.
10. OMS. ¿En qué consiste el enfoque de género en salud pública?. 2007. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/56/es/index.html>. Consultado: 22 de febrero de 2013.
11. Facio, Alda. Igualdad en la CEDAW; 30 años de desarrollo de un derecho clave para las mujeres. 2009. Disponible en: [http://observatoriojyg.org/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=324]. Consultado: 30 de enero de 2013.
12. OPS. Política de igualdad de género. 2005.
13. INE. XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002. Guatemala; 2002.
14. INE. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida – ENCOVI-. Guatemala; 2011.
15. INE. Perfil estadístico de género y pueblos: maya, garífuna, xinka y ladino. Guatemala; 2010.
16. OIM. Cuaderno de trabajo sobre migración # 28. Encuesta remesas 2010, Protección de la niñez y la adolescencia. Guatemala, 2010.
17. CELADE-INE. Proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011.
18. UNFPA. Informe de estado de la población mundial 2011. Disponible en: <http://www.lahora.com.gt/index.php/nacional/guatemala/actualidad/146502-guatemala-con-la-tasa-mas-alta-de-fecundidad>. Consultado: 18 de enero de 2013.
19. OMS/Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, informe 2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf. Consultado: 23 de febrero de 2013.
20. PNUD. Género, derechos humanos y desarrollo. Disponible en: <http://www.otrodesarrollo.com/desarrollohumano/delaCruzGeneroDesarrolloHumano.pdf>. Consultado: 24 de febrero de 2013.
21. OPS. Hoja Informativa; equidad de género en salud, Estados Unidos. Disponible en: http://www.americalatina genera.org/es/index.php?option=com_content&task=view&id=905&pub_id=1920. Consultado: 15 de enero de 2013.
22. PNUD. IDH 2012, datos del Ministerio de Educación, Guatemala.
23. Sen Gita y Pirooska Östlin. Informe final a la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS. La Inequidad de género en la salud: Desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existen y cómo podemos cambiarla. Estados Unidos, Septiembre 2007. Disponible en: http://lasaludelasmujeres.files.wordpress.com/2011/07/10-la_inequidad_de_genero_en_lasalud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente.pdf. Consultado: 2 de marzo de 2013.
24. BIRF. Mejorando las contribuciones de la mujer al

- desarrollo económico en América Latina y el Caribe: Experiencias del Banco Mundial. Washington. 1994. Disponible en: http://books.google.com/books/about/Mejorando_la_contribuci%C3%B3n_de_la_mujer_a.html?id=lp8-HQAACAAJ. Consultado: 27 de febrero de 2013.
26. Comisión para el Esclarecimiento Histórico. Guatemala: Memoria del Silencio. Disponible en: <http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/mds/spanish/cap1/intro.html>. Consultado: 3 de marzo 2013.
 27. INE. (2011) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/np/encovi/documentos/ENCOVI_Resumen_2011.pdf. Consulta 28 de febrero de 2013.
 28. INE. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos – ENEI-. Guatemala; 2012.
 29. PNUD. IDH 2011/2012. Guatemala: ¿Un país de oportunidades para la juventud? (según datos de Encovi 2006 y 2011).
 30. Médicos del Mundo, Francia. El derecho a la salud de las trabajadoras de maquilas y agroindustrias. Guatemala, 2010.
 31. Palencia P. Tania. Centro para la Acción Legal en Derechos Humanos -CALDH-. Barriga llena no cree en hambre ajena. Guatemala, 2010.
 32. INE. Encuesta Nacional Agropecuaria. Guatemala; 2005
 33. Cornhiel Susana L. Las mujeres y el acceso a la tierra comunal en América Latina (casos Guatemala y Bolivia), citando a Fundación Arias, 1993. Revista Estudios Agrarios. Disponible en: http://www.pa.gob.mx/publica/rev_52/analisis/las_mujeres_y_el_acceso.pdf. Consultado: 1 de marzo de 2013.
 34. Tribunal Supremo Electoral –TSE-. Informe 2011.
 35. OPS. Página web. Curso de vida saludable. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=39488&lang=es. Consultado: 4 de marzo de 2013.
 36. MSPAS/Plan Guatemala. Percepciones, actitudes y prácticas en torno a la muerte de niñez menor de cinco años y mujeres embarazadas y puérperas: Estudio piloto de carácter cualitativo realizado en el distrito de Campur, Alta Verapaz, con enfoque intercultural y de género. Guatemala; 2012.
 37. MSPAS. Modelo de Atención Integral en Salud. Guatemala; 2011.
 38. OPS. Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. Washington, 2010
 39. MSPAS. Diagnostico Nacional de Salud. Guatemala; 2012.
 40. CEPAL/UNFPA/OPS. Mortalidad Infantil en la Niñez de Pueblos Indígenas y Afro descendientes de América Latina. Santiago de Chile; 2010.
 41. MSPAS. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala; 2010.
 42. MSPAS /SEGEPLAN. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. Guatemala; 2011.
 43. PDH. Informe anual circunstanciado. Guatemala; 2011. Disponible en: <http://www.s21.com.gt/nacionales/2012/02/13/mortalidad-materna-se-tripli-ca-indigenas>. Consultado: 6 de marzo de 2013.
 44. Mujeres en Ciencia, Tecnología y Sociedad”, 2010. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/salud-derechos-humanos-y-genero-en-la-ensenanza-de-grado/06.-a.galaverna.pdf>. Consultado: 3 de marzo de 2013.
 45. CDC. La diabetes y la salud de la mujer en las distintas etapas de su vida: una perspectiva de salud pública. Disponible en: <http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/womenfact.htm>. Consultado: 8 de marzo de 2013.
 46. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_3_09/mie05309.htm. Consultado: 8 de marzo de 2013.
 47. Vallés X. et al. High prevalence of human papillomavirus infection in the female population of Guatemala. Int. J. Cáncer. 125, 1161–1167 (2009). Disponible en: <http://public-files.prbb.org/publicacions/7f82eac0-d94f-012d-a834-000c293b26d5.pdf>. Consultado: 11 de marzo de 2013.
 48. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Harvard Center for Population and Development Studies. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Disponible en: <http://books.google.com.gt/books?id=14dK0ytD-b0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>. Consultado: 8 de marzo de 2013.
 49. Centro Nacional de Información Médica de la Mujer: infecciones de las vías urinarias. Disponible en: <http://geosalud.com/Urinario/ivu.htm>. Consultado: 11 de marzo de 2013.
 50. Observatorio de Salud Reproductiva –OSAR. Hoja informativa de atención de la salud materna y neona-

- tal. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/content/salud-reproductiva>. Consultado: 13 de marzo de 2013.
51. Population Action International. Informe 2011: mundos diferentes- salud y riesgos sexuales y reproductivos. Disponible en: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/PAI_Mundos%20Diferentes%20ficha.pdf. Consultado: 11 de marzo de 2013.
 52. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2012.
 53. Red Departamental de Paternidad y Maternidad Responsable de Huehuetenango. Consultado en: <http://www.lahora.com.gt/index.php/nacional/guatemala/departamental/153813-preocupan-los-embarazos-en-adolescentes>. Consultado: 14 de marzo de 2013.
 54. Rex We. Quiénes somos las comadronas?. Guatemala; 2012. Disponible en: <http://www.comunidadrexwe.org/nuestro-trabajo-el-trabajo-de-la-organizacion/trabajamos-areas-de-accion/ruta-critica-para-la-construccion-de-politica-de-comadrona> Consultado: 11 de marzo de 2013.
 55. CEPAL/CELADE/OIJ. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Disponible en: http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf. Consultado: 14 de marzo de 2013.
 56. Organización Mundial de la Salud/OMS. Infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>). Consultado: 13 de marzo de 2013.
 57. Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género: una aproximación desde los determinantes sociales. Guatemala. ONUSIDA, ONUMUJERES, PNUD, OPS Y UNFPA. 2011. Basado en estadísticas de casos de VIH y VIH avanzado de enero de 1984 a septiembre de 2010. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
 58. Salud y derechos humanos. Planeación estratégica desde la sociedad civil. Lesbianas, gays, comunidad trans, bisexuales, intersexuales. Guatemala; 2010. Datos del CNE/MSPAS. Base de datos SIDA 2009.
 59. MSPAS/CNE. Estadísticas de VIH y VIH avanzado, Guatemala, 1984 a septiembre 2012.
 60. Índice de estigma y discriminación en personas con VIH. Guatemala, 2011.
 61. Rubinstein Vallejo, Claudia. Representación de la violencia contra las mujeres en la prensa española, desde una perspectiva crítica de género. Un análisis crítico del discurso androcéntrico de los medios. Barcelona, España, 2005. Disponible en: [http://www.dissoc.org/recursos/tesis/Tesis_Vallejo.pdf]. Consultado: 18 de febrero de 2013.
 62. Morrison, Andrew (BM); Ellsberg, Mary (PATH), Bott Sarah. Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones. Disponible en: http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/3.pdf. Consultado 14 de marzo de 2013.
 63. Organización Panamericana de la Salud/OPS y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Resumen del informe 'Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington DC: OPS, 2013.
 64. Del Cid Vargas, Paula I. La Cuerda, miradas feministas de la realidad. Año 14 No. 161. Guatemala; 2012.
 65. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., 2002.
 66. Prensa Libre- ONU-Mujeres, Guatemala. 2013. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/femicidio-investigado_0_868113221.html. Consultado: 21 de febrero de 2013.
 67. Restrepo Jorge A. & Tobón G. Alonso, editores. Guatemala en la encrucijada. Panorama de una violencia transformada. Ginebra, 2011.
 68. Heise, Lori. Violencia contra la Mujer: La Carga Oculta Sobre la Salud. Estados Unidos; 1994.
 69. Prensa Libre- ONU Mujeres, Guatemala. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/Guatemala-segundo-mundo-femicidios-ONU_0_814118794.html. Consultado: 2 de abril de 2013.
 70. Berducido, Héctor E. Análisis de la ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra las mujeres. Universidad Mesoamericana de Guatemala. Disponible en: <http://hectorberducido.files.wordpress.com/2008/10/analisis-ley-contra-el-femicidio-y-otras-formas-de-violencia-contra-la-mujer.pdf>. Consultado: 12 de mayo de 2013.
 71. Organización Mundial de la Salud/OMS. Qué es la salud mental?. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>). Consultado: 30 de abril de 2013.

72. Roses Periago, Mirta. OPS. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28083.pdf>. Consultado: 30 de abril de 2013.
73. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Informe sobre control del tabaco para la Región de las Américas. Washington 2010.
74. Martínez, Isabel B. Universidad de Valencia. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf. Consultado: 11 de marzo de 2013.
75. Universidad de San Carlos de Guatemala. Encuesta nacional de salud mental. Centro de investigaciones de las ciencias de la salud; Facultad de ciencias médicas, 2010.
76. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala. Guatemala, 2011.
77. Velasco A. Sara. Evaluación de una intervención biopsicosocial por el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s* 10. Diciembre 2007. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extencion-unc/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/salud-derechos-humanos-y-genero-en-la-ensenanza-de-grado/06.-a.galaverna.pdf>. Consultado: 3 de marzo de 2013.
78. BIRF. Informe mundial sobre de la discapacidad 2011. Estados Unidos. 2011.
79. Antony Carmen. Panorama de la situación de las mujeres privadas de libertad en América Latina desde una perspectiva de género. Violaciones de los derechos humanos de las mujeres privadas de libertad. México, 2003. Disponible en: <http://www.villaverde.com.ar/archivos/File/investigacion/privacion%20de%20libertad/panorama.pdf>. Consultado: 3 de abril de 2013.
80. CIEN. El Sistema Penitenciario Guatemalteco: Un Diagnóstico. Lineamientos de política económica, social y de seguridad 2012-2020. Guatemala, 2011.
81. MSPAS, CONASIDA, ONUSIDA, Visión Mundial. Citado por el Plan estratégico nacional para la prevención, atención de ITS, VIH y SIDA 2011-2015. Guatemala, 2007.
82. El Periódico, julio 2010. “Confirman malos tratos a reclusas en centro carcelario de la zona 18”. Disponible en: <http://www.elperiodico.com.gt/es/20100718/pais/164605/>. Consultado: 18 de marzo de 2013.
83. Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala. Informe alterno al Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 104 sesión, marzo 2012. Disponible en: http://www.ccprcentre.org/doc/HRC/Guatemala/ICCPG%20report%20replies%20to%20List%20of%20Issues_FINAL.pdf. Consultado: 19 de marzo de 2013.
84. Encuestas sobre migración internacional y remesas de OIM. Guatemala; 2010. (estimaciones).
85. INSTRAW. Cruzando fronteras II. Migración y desarrollo desde una perspectiva de género. República Dominicana, 2008.
86. Flores, Rosibel y Ríos Cesar. Informe Final del II Foro Virtual: Género, Microfinanzas, Remesas y Desarrollo Local 2007. Disponible en: http://www.ruralfinance.org/fileadmin/templates/rflc/documents/1186346824212_Informe_Final_IIForoVirtual.pdf. Consultado: 18 de marzo de 2013.
87. Organización Internacional para las Migraciones/OIM. “Encuesta sobre remesas 2006. Inversión en salud y educación”. Cuaderno de trabajo sobre migración No. 23. Guatemala. 2006.
88. Procuraduría de los Derechos Humanos y Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos y VIH. Tercer informe sobre la situación de derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo. Guatemala, 2013.
89. Organización Trans Reinas de la Noche. Informe Guatemala: transfobia, agresiones y crímenes de odio. 2007-2011. Guatemala, 2011.
90. Organización Trans Reinas de la Noche. Encuesta de vigilancia de comportamiento sexual, trabajo sexual y derechos humanos en mujeres transgénero de las ciudades de Tecún Umán, Mazatenango y Puerto Barrios, Guatemala, 2012.
91. Situación de las mujeres lesbianas, bisexuales, transexuales y transgénero en Guatemala en relación a la discriminación. Informe sombra, Guatemala, 2008 presentado ante la 43ª sesión del Comité de la CEDAW del 19 de enero al 6 de febrero de 2009. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/DesdeNosotras_Guatemala43_sp.pdf. Consultado: 18 de marzo de 2013.
92. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá, junio de 2007.
93. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Fortalecimiento del primer nivel de atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Paco Hambre Cero. Guatemala, 2012.

94. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles por país. Edición 2012. Washington, D.C.
95. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. La Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Ecuador.
96. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Médicos del Mundo y Pastoral de la Salud. Con las manos vemos: Análisis de la dinámica de relación entre las comadronas-parteros y los servicios de salud en los distritos de la Tinta, Senahú, Cahabón, San Pedro Carchá, Campur, Chisec y Raxruhá. Cobán, Alta Verapaz. Guatemala, 2012.
97. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Unidad de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Aplicaciones interculturales en los servicios de salud del municipio de Cobán, Alta Verapaz y Sololá. Guatemala, 2011. (inérito).
98. Colectiva para la Defensa de los Derechos de las Mujeres. Monitoreo y evaluación del gasto de género. Propuesta para avanzar hacia un presupuesto con equidad de género. Guatemala, 2012.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

BIBLIOGRAFÍA



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS

- Asturias, Mercedes; López, Carmen; Meléndez, Amparo. (1994). Monografía: Las Mujeres Privadas de Libertad en Guatemala. Guatemala. Edita: Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas.
- Asociación Política de Mujeres Mayas: Agenda política de las mujeres mayas (2006), Guatemala. Edita: Diakonia Acción Ecueménica Sueca. 2008.
- Asociación de Mujeres Alas de Mariposa. Porque somos más merecemos estar: Participación Política de la Mujer. Guatemala. 2012.
- Banco Mundial. Expansión y protección de oportunidades para grupos vulnerables. Guatemala. Edita: Banco Mundial. 2010.
- BID (2010). Iniciativa de salud Mesoamericana 2015. BID, Guatemala.
- BIRF (1994). Mejorando las contribuciones de la mujer al desarrollo económico en América Latina y el Caribe: Experiencias del Banco Mundial. Washington.
- BIRF (2011^a). Informe sobre el desarrollo mundial 2012. Panorama general: Igualdad de género y desarrollo. Washington.
- BIRF (2011b). Informe mundial sobre de la discapacidad 2011. Estados Unidos. 2011.
- Bravo, Rosa. (2000). Condiciones de vida y desigualdad social. Una Propuesta para la selección de indicadores. Edita: CEPAL.
- Caal, Deyna (2011). Análisis de situación de pueblos indígenas y seguridad alimentaria y nutricional. Guatemala. Edita: Mercy Corps/APSAN. UE.
- Castellanos L. Matilde D. (2009). Necesidades de mejorar las condiciones del centro de detención para adultos del área central de Petén, que facilite la rehabilitación de los reclusos. Guatemala. Edita: Universidad Mariano Gálvez, Guatemala.
- CEPAL/UNFPA/OPS (2001). Discriminación étnica y cultural: algunas razones para meditar. Chile. Edita: CEPAL.
- CEPAL/UNFPA/OPS (2010^a). Mortalidad infantil en niñez de los pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. Estados Unidos.
- CEPAL/UNFPA/OPS (2010b). Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Chile.
- Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI) (2007). Agenda articulada de mujeres mayas, garífunas y xinkas de Guatemala. Guatemala. Edita: Maya Na'oj.
- Hernández Mack, Lucrecia (2010). Instituto de Salud Incluyente: El modelo incluyente en salud. Guatemala. Edita: USAID.
- Género, salud y desarrollo en las Américas (2011). Indicadores básicos. Estados Unidos. Edita: OPS, UNFPA, ONU MUJERES, CEPAL.
- Grupo temático interagencial sobre VIH/SIDA Naciones Unidas (2011). Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género: una aproximación desde las determinantes sociales. Guatemala. Edita: PNUD, ONUSIDA, ONU MUJERES, OPS, FNUAP.
- Haworth-Brockman, Margaret. (2007) Guía: Elementos para un análisis de género en las estadísticas de salud: para la toma de decisiones. 2007. Estados Unidos Edita: OPS.
- Hernández, Isabel. (2011). Discriminación étnica y cultural: Algunas razones para Meditar. Chile. Edita: CEPAL.
- Hurtado La Rosa, Raquel y Ramos Padilla, Miguel (2011). Perfil de género y salud de la Subregión Andina. 2010. Panamá. Edita: OPS.
- ILANUD (1991). Monografía mujeres privadas de libertad en Guatemala. Guatemala.
- INE (2011). Pobreza y desarrollo: Un enfoque departamental. Guatemala. Edita: INE.
- Iseri Ibagari (2011). Conocimientos ancestrales de la salud del pueblo garífuna, estudio cualitativo: Cosmovisión de la salud del pueblo garífuna. Guatemala. Edita: Iseri Ibagari, UNFPA, AECID.
- MSPAS/OPS (2002). Indicadores de salud. Guatemala. Edita: MSPAS, OPS, ASDI.
- López A. Jesús A. (2010). Perfil de género y salud de la República de Panamá. Edita: Ministerio de Salud y OPS/OMS, Panamá.
- MSPAS (2005). Perfil de salud de mujeres y hombres en Guatemala. Comisión para el mejoramiento de las estadísticas y análisis de género en salud. Guatemala. Edita: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Guatemala.
- MSPAS (2012). Diagnóstico nacional de salud. Guatemala. Edita: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.
- MSPAS/CONASIDA/ONUSIDA(2011). Plan estratégico nacional para la prevención, atención de ITS, VIH y Sida. Guatemala, 2011-2015.
- Nolasco, Cubas (2009). La salud de las mujeres y los hombres en Centroamérica y República Dominicana:

Perfil 2009. Panamá. Edita: OPS/COMMCA.

- OPS/CEPAL (2009). Plan de Acción: para la implementación de la política de igualdad de género de la Organización Panamericana de la Salud. 2009-2014.
- OPS/CEPAL (2010). Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. Estados Unidos. Edita: CEPAL, UNFPA, OPS.
- OPS/CEPAL (2010). Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Estados Unidos. Edita: CEPAL, UNFPA, OPS.
- OPS/CEPAL. Hoja Informativa: Equidad de género en salud. Edita: OPS.
- OPS, FNUAP, CEPAL (2011). Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos. Washington, Estados Unidos. Edita: OPS.
- OPS/OMS. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington, Estados Unidos. Edita: OPS.
- OSAR (2011). Retos y desafíos en la salud materna y educación integral en sexualidad. Boletín. Guatemala.
- Samaniego de García, Pilar (2006). Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. Madrid, España.
- Sen, Amartya: ¿Por qué la equidad en salud? Estados Unidos. 2002.
- SEGEPLAN (2010). Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Guatemala. Edita: Sistema Naciones Unidas.
- SEPREM (2008). Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres y Plan de Equidad de Oportunidades –PEO- 2008-2023. Guatemala.
- Torres-Parodi y Bolis, Mónica (2007). Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. Estados Unidos. Edita: OPS.
- USAID/ Proyecto Diálogo (2009). Boletín El gasto de bolsillo en salud: Implicaciones para la pobreza y la equidad en Guatemala. Guatemala. Edita: USAID/ Diálogo.
- Whelehan, Patricia et al (1988). Women & Health: Cross-cultural perspectives. Estados Unidos. Edita: Bergin & Garvey Publishers, Inc.

Con el apoyo de:



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

Canada

