



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
Programa Nacional de Salud Reproductiva

Compendio del Marco Legal de la
Salud Reproductiva
para *Guatemala*

Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Ludwig Ovalle Cabrera

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Silvia Palma

Viceministra de Hospitales

Dr. Guillermo Echeverría

Viceministro Administrativo

Dr. Pedro Rosales

Viceministro Técnico

Dra. Xiomara Castañeda

Directora del Sistema Integral de Atención en Salud

Dr. Salomón López

Director General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud

Lic. Cesar González

Director General de Recursos Humanos

Lic. Albertico Orrego Góngora

Gerente General Administrativo y Financiero

Dr. Rafael Haeussler

Jefe del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas DRPAP

Dra. Miriam Bethancourt

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como rector de la salud en Guatemala, reconoce que para la socialización de los derechos sexuales y reproductivos contenidos en convenios internacionales firmados y ratificados por Guatemala así como los contenidos en el derecho Guatemalteco interno, es necesario que exista un documento que recopile y muestre los aspectos legales más relevantes de la salud sexual y reproductiva contenidos en instrumentos tanto de derecho interno como de derecho internacional.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social presenta el "COMPENDIO DEL MARCO LEGAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA PARA GUATEMALA", el cual brinda un marco legal y de derecho amplio por la salud sexual y reproductiva, contenida en un solo documento, teniendo como objetivo favorecer el conocimiento y promoción de las distintas leyes, convenios, tratados y acuerdos, nacionales e internacionales que regulan y promueven los derechos de los niños, niñas, adolescentes; dignificación y protección de la mujer, así como el derecho a una maternidad saludable.

Para que la población guatemalteca en general, técnicos y profesionales que participan en los diferentes ámbitos de la salud y educación lo utilicen como guía y herramienta para la promoción del respeto de los derechos sexuales y reproductivos como parte inherente de los derechos humanos de la población guatemalteca y que ello derive en una mejor calidad de vida y en desarrollo social.

Los principios legales aplicables a la salud reproductiva que los sistemas legales contienen y expresan en sus distintas formas son relativamente pocos, pero capaces de hacer aplicaciones que pueden maximizar la protección y promoción de la salud reproductiva. Los principios legales básicos que contienen los sistemas legales nacionales para satisfacer estándares prevalecientes de justicia tanto en los espacios privados como públicos de la salud reproductiva son:

- La toma de decisión informada
- La libre toma de decisión
- Privacidad
- Confidencialidad
- Entrega competente de servicios y
- Seguridad y eficacia de los productos

La mayoría de países se han comprometido a respetar la dignidad humana y la integridad física del individuo por medio de sus constituciones y leyes nacionales, así como su adherencia a pactos y convenciones regionales e internacionales de derechos humanos.

Es así como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva brinda esta herramienta para los proveedores de servicios de salud, para contribuir con el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población guatemalteca.



Dr. Ludwig Werner Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



INDICE

05	I. INTRODUCCIÓN
06	II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN
07	III. CONCEPTOS <ul style="list-style-type: none">• Salud Reproductiva• Salud Sexual• Derechos Reproductivos y Sexuales• Principios Legales que Gobiernan la Salud Reproductiva
11	IV. DERECHO INTERNACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
12	1. Aplicación de los Derechos Humanos a la Salud Sexual y Reproductiva <ul style="list-style-type: none">1.1. Derechos relativos a la vida, la sobrevivencia, la seguridad y la sexualidad<ul style="list-style-type: none">1.1.1. El derecho a la vida y a la sobrevivencia1.1.2. El derecho a la seguridad y la libertad de la persona1.1.3. El derecho a ser libre de trato inhumano y degradante / Ejercicio de la sexualidad
16	1.2. Derechos relativos a la autodeterminación reproductiva y libre decisión de la maternidad <ul style="list-style-type: none">1.2.1. El derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, y el derecho a una vida familiar y privada1.2.2. El derecho a casarse y fundar una familia1.2.3. El derecho a la protección de la maternidad
20	1.3. Derechos relacionados a la salud y los beneficios del progreso científico <ul style="list-style-type: none">1.3.1. Derecho al más alto nivel posible de salud1.3.2. El derecho a los beneficios del progreso científico
21	1.4. Derechos a la no discriminación y debido respeto a las diferencias <ul style="list-style-type: none">1.4.1. Sexo y género1.4.2. Estado civil1.4.3. Edad1.4.4. Raza y Etnia1.4.5. Condición de salud / Discapacidad1.4.6. Orientación sexual
26	1.5. Derechos relacionados a la información, educación y toma de decisiones <ul style="list-style-type: none">1.5.1. El derecho a recibir y brindar información1.5.2. El derecho a la educación1.5.3. El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión Objeción de Conciencia

	2. Objetivos de Desarrollo del Milenio	
35	V. DERECHO INTERNO RELACIONADO CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
35	1. Constitución Política de la República de Guatemala	
36	2. Código de Salud	
	3. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer	
	4. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar	
37	5. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer	
	6. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas	
39	7. Ley para el Combate del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y de la Promoción, Defensa y Protección de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.	
41	8. Ley de Desarrollo Social	
	• Política de Desarrollo Social y Población	
44	9. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva	
	• Reglamento de la Ley	
46	10. Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas, su Reglamento y la Ley Seca	
46	11. Ley de Maternidad Saludable	
50	12. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia	
	• Política Salud para la Adolescencia y la Juventud	
	• Política Pública de Juventud 2010-2015	
	• Carta Acuerdo entre MINEDUC y MSPAS “Prevenir con Educación”	
58	13. Leyes para la Descentralización del Poder Público que fortalecen la Atención de la Salud	
	13.1. Ley General de Descentralización	
	13.2. Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural	
	14.3. Código Municipal	

INDICE

60 VI ANEXOS:

- Tabla 1. Derechos Humanos relativos a la Salud Sexual y Reproductiva
- Tabla 2. Leyes sobre Aborto en el Mundo
- Cuadro 1. Estado Legal del Aborto en Guatemala
- Tabla 3. Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Tabla 4. Tratados Internacionales de Derechos Humanos adoptados por el Estado de Guatemala en el Sistema de Naciones Unidas
- Tabla 5. Tratados de Derechos Humanos del Sistema Interamericano adoptados por el Estado de Guatemala
- Tabla 6. Indicadores de Salud Reproductiva para Guatemala
- Tabla 7. Política de Desarrollo Social y Población en materia de Salud
- Cuadro 2. Salud Integral y Diferenciada: Institucionalizar Enfoques, Ampliar Cobertura. Política Pública de Juventud 2010-2015

68 VII. BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO DE SIGLAS

- CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- MGF: Mutilación Genital Femenina
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- CEDAW: Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- CDESCR: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
- ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
- SSR: Salud Sexual y Reproductiva
- MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- PNS: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA
- PNSR: Programa Nacional de Salud Reproductiva
- PF: Planificación Familiar
- ONG: Organización No Gubernamental
- CAIMI: Centro de Atención Integral Materno Infantil
- CAP: Centro de Atención Permanente
- SIGSA: Sistema de Información Gerencial en Salud
- SEGEPLAN: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- MINEDUC: Ministerio de Educación Pública

I. INTRODUCCIÓN

La comprensión de la salud reproductiva ha avanzado significativamente durante las últimas dos décadas. El campo de la salud reproductiva es diferente del de otros campos de la atención de la salud y de la medicina, porque la reproducción humana es el medio por el cual la sociedad se perpetúa a sí misma y a sus tradiciones. Ninguna sociedad, religión, cultura ni sistema legal alguno han sido neutrales ante los asuntos de la reproducción humana. El avance en la salud reproductiva requiere insumos de proveedores de servicios de salud, de decisores políticos, de legisladores, de abogados, de activistas de derechos humanos, de grupos de mujeres y de la sociedad en su conjunto.

Los profesionales de la salud generalmente están poco informados sobre temas legales que les incumben en los procesos de atención. Por otro lado, las leyes se desarrollan ideológicamente, con poco conocimiento de los aspectos médicos que pueden repercutir en el cuidado de los pacientes y el bienestar de las comunidades. Además, los proveedores de servicios de salud, los administradores, los legisladores y los jueces tienden a trabajar dentro de marcos legales y políticas de salud locales y familiares, sin una referencia específica al significado de los principios de derechos humanos aplicables a la salud reproductiva, a los cuales se ha comprometido adherirse el Estado.

El presente documento contiene los conceptos internacionalmente aceptados de salud reproductiva, de salud sexual, del significado de los derechos reproductivos y sexuales, y de los principios legales que gobiernan la salud reproductiva. El mayor contenido del documento se ha dividido en dos grandes partes que contienen:

- El marco del derecho internacional de la salud sexual y reproductiva, y
- El marco del derecho nacional (interno) relacionado con la salud sexual y reproductiva.

A su vez, el marco internacional se subdivide en la aplicación de los derechos humanos a la salud sexual y reproductiva, y en los objetivos de desarrollo del milenio.

Con este planteamiento se pretende que el profesional de cualquier disciplina tenga un conocimiento general del marco legal de la salud sexual y reproductiva con que cuenta Guatemala para su aplicabilidad.

Al final se presentan tablas y cuadros anexos sobre: derechos humanos relativos a la salud sexual y reproductiva; leyes sobre aborto a nivel mundial; la condición legal del aborto en Guatemala; los objetivos de desarrollo del milenio y los indicadores de salud que deben ser monitoreados por los gobiernos y la sociedad; los tratados internacionales de derechos humanos que han sido ratificados y adoptados por el Estado de Guatemala; el contenido de la política de desarrollo social y población en materia de salud; el contenido de la política pública de juventud en materia de salud; y finalmente, un cuadro con datos actualizados sobre los principales indicadores de salud reproductiva para el país.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El Derecho Internacional de los derechos humanos desde su origen ha proclamado principios universales de libertad e igualdad en dignidad y derechos para todos los seres humanos, sin distinciones de raza, etnia, edad, sexo, religión, estado civil u otras. Uno de los derechos fundamentales proclamados es el derecho a la salud, considerando además que una población saludable es un prerequisite indispensable para el desarrollo económico y social. La comunidad internacional ha reconocido el rol fundamental que juega la salud reproductiva en el desarrollo social ya que abarca todo el ciclo de vida y tiene implicaciones directas en aspectos demográficos, medioambientales y de calidad de vida.

El Estado de Guatemala ha reconocido su responsabilidad en el tema de la salud reproductiva y ha establecido preceptos constitucionales, decretos legislativos, políticas nacionales, acuerdos y normas orientados a la promoción de la salud reproductiva dentro de un contexto de desarrollo social y de respeto a los derechos humanos. Sin embargo, el conjunto que forma este marco legal es poco conocido o desconocido para la mayoría de la población guatemalteca, e inclusive para un gran conglomerado de técnicos y profesionales que participan en diferentes ámbitos de la salud y la educación, lo cual constituye una debilidad para el buen ejercicio de funciones públicas y privadas relacionadas con el tema.

El presente trabajo se ha desarrollado ante la necesidad de contar con un documento que recopile y muestre los aspectos legales más relevantes de la salud reproductiva, contenidos en instrumentos tanto de derecho interno como de derecho internacional y que sirva, tanto de guía para la toma de decisiones, como para la promoción y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos como parte inherente de derechos humanos de la población guatemalteca y que ello derive en una mejor calidad de vida y en desarrollo social.

III. CONCEPTOS

SALUD REPRODUCTIVA

Una definición aceptable de salud reproductiva y sexual implica al menos el reconocimiento de tres conceptos: conceptos de habilidad, éxito y seguridad. La habilidad de la pareja de reproducirse adecuadamente, de regular su fecundidad y del goce sexual pleno. El concepto de éxito implica que el producto de la concepción conduzca a un hijo deseado y sano con oportunidades para crecer y desarrollarse física y mentalmente. El concepto de seguridad nos permite reconocer la necesidad de que los procesos de regulación de la fecundidad a que aspiren las parejas deban ser seguros, que los embarazos y partos ocurran en ambientes seguros y apropiados, y que la sexualidad pueda ejercerse plenamente sin riesgos para los individuos.⁽¹⁾

Una definición aceptable de salud reproductiva y sexual implica también saber reconocer las innumerables determinantes que condicionan su nivel, entre las cuales tienen relevancia: a) factores genéticos; b) factores de desarrollo socioeconómico, entre los cuales los de mayor relevancia son el nivel sanitario de la población, su nivel educativo y el status de la mujer en la sociedad; c) los patrones de conducta personal como la conducta sexual y la conducta reproductiva (muchos hijos, muy temprano, muy tarde o muy frecuentemente), que pueden y de hecho conducen a determinar los niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil, y las prácticas tradicionales que pueden ser benéficas para el binomio madre-niño, como la lactancia materna, neutrales, como el uso de amuletos, o francamente dañinas, como la mutilación genital femenina, u otras prácticas deletéreas para la salud, como la aplicación de telas de araña para acelerar el proceso de cicatrización del cordón umbilical; d) disponibilidad y uso de los servicios de salud, permitiendo que éstos estén accesibles para la población, sean utilizados y que alcancen niveles adecuados de eficiencia y calidad.⁽¹⁾

En este contexto, la definición de salud reproductiva acordada de consenso por la comunidad internacional y ratificada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994, es la siguiente: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.⁽²⁾

La salud reproductiva debe entenderse en el contexto de las relaciones entre los individuos, ya que tiene dimensiones positivas manifestadas por la cercanía y sensación de bienestar que estas relaciones pueden producir, así como las consecuencias que ellas tienen para definir los patrones de crecimiento y desarrollo humano, la satisfacción y la oportunidad para tener un hijo deseado. Por el lado contrario, la dimensión negativa, que equivale a la ausencia o inadecuada salud reproductiva se expresa a todo lo largo del ciclo de vida: desde el nacimiento se observa discriminación en contra de las hijas, la desnutrición, la anemia, el embarazo no deseado, las infecciones del aparato reproductivo, incluyendo las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la infertilidad, la violencia intrafamiliar y sexual, la fecundi-

dad no controlada, la morbilidad y mortalidad materna, el cáncer del sistema reproductivo (cérnix, mama, próstata), el prolapso genital y el envejecimiento significativo a partir de la menopausia con sus graves secuelas (enfermedad cardiovascular, osteoporosis, etc.), siendo en todos estos procesos las mujeres las mayormente afectadas. Todas estas condiciones requieren ser atendidas integralmente por los sistemas de salud y significan un gran compromiso en términos de salud, productividad y bienestar, responsabilidad global del Estado.

El Estado de Guatemala ha definido 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”.¹

SALUD SEXUAL

Para tener una idea más clara de la definición de salud sexual es necesario desarrollar algunas reflexiones acerca de la sexualidad humana. En principio, “el sexo se refiere a la suma de características biológicas que definen el espectro de los humanos como femeninos o masculinos. Esta observación es derivada de la biología, que caracteriza la vida de las plantas y los animales por referencia al sexo. Los animales inferiores tienen sexo solo para propósitos de reproducción. En contraste, la sexualidad humana y el comportamiento sexual se manifiestan cuando la reproducción no es posible, o no es deseada, o cuando ya se ha logrado el embarazo. La sexualidad es una característica distintivamente humana, ya que se refiere a una dimensión central del ser humano que incluye sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, rasgos emocionales/amor y reproducción. Es experimentada o expresada en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religioso/espirituales. Aunque la sexualidad puede incluir todos estos aspectos, no todas estas dimensiones necesitan ser experimentadas o expresadas. Sin embargo, en suma, nuestra sexualidad puede ser experimentada o expresada en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”.²

La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que fomentan un bienestar personal y social armonioso, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunción, enfermedad y/o discapacidad. Por lo tanto, una definición de salud sexual debería incluir los siguientes componentes:

- La habilidad de disfrutar mutua y plenamente las relaciones sexuales.
- Estar libre de abuso sexual, coerción o acoso.
- La seguridad de evitar enfermedades de transmisión sexual; y
- El éxito de lograr o evitar un embarazo.

Para preservar la salud sexual es necesario que los derechos sexuales de todas las personas sean reconocidos y preservados.³

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y en documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Sin embargo, el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)⁽²⁾ permitió su 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 al derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de ese derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros, y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos, debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.” (Ver Tabla 1: “**Derechos humanos relativos a la Salud Sexual y Reproductiva**”)

En el Plan de Acción de la CIPD “se exhorta a todos los países a que se esfuercen por facilitar los servicios de salud reproductiva, mediante el sistema de atención primaria de la salud, a todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. Esa atención debería incluir, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular la atención de la salud materno infantil y la promoción de la lactancia materna; prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo, de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

El texto completo del párrafo 8.25, relativo al aborto, es el siguiente: “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo.

1 Artículo 25. Ley de Desarrollo Social. Decreto No. 42-2001. Guatemala.

2 Pan American Health Organization. WHO. Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action-Proceedings of a Regional Consultation Convened by PAHO/WHO in collaboration with the World Association for Sexology. Antigua Guatemala, Guatemala. May 19-22, 2000. (Washington, DC: PAHO, 2001). Available in http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf

3 Ibid 2.

Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.”

El capítulo III del libro segundo del Código Penal de Guatemala establece lo relativo al aborto⁴. El artículo 137 sobre Aborto terapéutico indica: “No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.” El aborto terapéutico es aquel que se realiza cuando se considera que el embarazo afecta la salud de la mujer y es aceptado universalmente como una función del personal que atiende la salud de la población.⁵

El Código Penal guatemalteco conceptualiza el aborto como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”. Evidentemente este concepto carece de un criterio técnico/médico con relación a la edad gestacional en que ocurre el evento y las diferentes definiciones emanadas de los organismos especializados en salud. Para tener un criterio más técnico al respecto debemos considerar el concepto de la *viabilidad* del feto, es decir, cuando puede sobrevivir fuera del cuerpo de la madre. La viabilidad no es fácil de definir y se ha modificado con el progreso de la neonatología, pero a pesar de los avances de los cuidados intensivos neonatales, se acepta que ningún niño nacido antes de las 23 semanas de embarazo será capaz de sobrevivir.⁶ Este hecho ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a definir que el período perinatal comienza una vez completadas las 22 semanas de gestación. Esto significa que los embarazos interrumpidos antes de ese momento pueden definirse como abortos, mientras que los interrumpidos a partir de la vigésimo tercera semana se consideran nacimientos prematuros.^{7 8}

Datos recientes indican que más del 61% de la población mundial vive en países donde el

4 Decreto Número 17-73: Código Penal, actualizado y con sus reformas incluidas. Guatemala, C.A.

5 Aborto Terapéutico. Dr. Alejandro Jesús Velasco Boza. En: Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Santa Cruz, Bolivia. Abril, 2005; pp: 61-78.

6 El Drama del Aborto, en busca de un consenso. Faúndes A y J Barzelatto. Editores del Grupo TM S.A. Bogotá, Colombia 2005.

7 World Health Organization. Recommended definitios, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand, 1977;56(3):247-253.

8 El Comité de Aspectos Eticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se ha adherido a esta definición y sostiene además que las etapas de desarrollo fetal transcurridas entre las semanas 22 y 28 de gestación deben considerarse como “umbral de viabilidad”. Schenker JG. Ethical aspects in the managem of newborn infants at the threshold of viability. FIGO News, Int J Gynaecol Obstet, 1997;59:165-168.

aborto inducido⁹ está permitido ya sea en una amplia variedad de supuestos o causas, o bien sin restricción alguna en cuanto a las razones. En contraste, el 26% de la población mundial reside en países donde el aborto se encuentra esencialmente prohibido. Para un mayor conocimiento de las leyes sobre aborto a nivel mundial puede verse la **tabla No. 2** en la sección de Anexos. Además, para conocer el estado legal del aborto en Guatemala se recomienda ver el **cuadro No. 1**.

PRINCIPIOS LEGALES QUE RIGEN LA SALUD REPRODUCTIVA

Los principios legales aplicables a la salud reproductiva que los sistemas legales contienen y expresan en sus distintas formas son relativamente pocos, pero capaces de hacer aplicaciones que pueden maximizar la protección y promoción de la salud reproductiva. Los principios legales básicos que contienen los sistemas legales nacionales para satisfacer estándares prevalecientes de justicia tanto en los espacios privados como públicos de la salud reproductiva son:⁽³⁾

- La toma de decisión informada
- La libre toma de decisión
- Privacidad
- Confidencialidad
- Entrega competente de servicios y
- Seguridad y eficacia de los productos

Los aspectos de incumbencia legal en la provisión de servicios de atención para la salud reproductiva incluyen:

IV. DERECHO INTERNACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Brindar información y servicios anticonceptivos y de esterilización.
2. Brindar atención prenatal, del parto y post parto, incluyendo acceso a servicios obstétricos de emergencia y atención neonatal.
3. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de morbilidad obstétrica y ginecológica, incluyendo infecciones del tracto reproductivo y cáncer cervical y de mama.
4. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), tanto en mujeres como en hombres.
5. Prestación de servicios para tratamiento de complicaciones del aborto
6. Provisión de servicios de infertilidad para mujeres y hombres.
7. Sistemas de referencia bien organizados funcionando para el traslado de complicaciones que requieren atención especializada.
8. Promoción y fomento de la PYMR
9. Provisión de consejería e información en atención preventiva, promoción de la salud y acceso a opciones de tratamiento.
10. Eliminar riesgos inducidos para la salud reproductiva, tales como la mutilación genital femenina (MGF) y la violencia contra las mujeres; y
11. Prestar atención al riesgo de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y eliminar la discriminación en respuesta a este riesgo.

La SR como producto social está condicionada por los factores; Biológico, psicológico, social, cultural, económico, Político y legal. Y por conveniencia de las acciones de otras servicios como: Educación, seguridad, derechos humanos, carreteras, vivienda, trabajo, alimentación y otros. Lo anterior implica una intervención multidisciplinaria y mulsectorial para su abordaje integral y no realizarlo de forma resagada o parcializada.

El Derecho Internacional de los derechos humanos desde su origen proclamó los principios generales de libertad e igualdad en dignidad y derechos para todos los seres humanos. Sin embargo, en la vida cotidiana la mujer permanecía relegada a ejercer las funciones reproductivas, y peor aún, sobre todo en los países en desarrollo, en condiciones de dependencia, de sumisión y del más bajo nivel de desarrollo humano.

El esfuerzo para lograr el cambio de este paradigma adquiere bases legales en la sociedad internacional mediante la proclamación de la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer primero, y posteriormente con el reconocimiento de que, para hacer igualmente productiva a la mitad de la población del mundo –constituida por mujeres-, y para hacer valer el pleno goce de su igualdad de derechos, era impostergable procurar la dignificación de la mujer a través del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, mediante los cuales lograría el control libre y responsable de su propia fecundidad y su sexualidad, como mejor arma para lograr una adecuada salud reproductiva y por ende, un mejor nivel de vida.

A continuación presentamos una descripción de la forma cómo los derechos humanos, contenidos en instrumentos del Derecho Internacional, firmados y ratificados por el Estado de Guatemala, se aplican a la salud sexual y reproductiva, lo cual sienta la base para el desarrollo posterior de la legislación interna, la cual contiene aplicaciones específicas acordes con la realidad social, económica y cultural del país.

1. Aplicación de los Derechos Humanos a la Salud Sexual y Reproductiva

La mayoría de países se han comprometido a respetar la dignidad humana y la integridad física del individuo por medio de sus constituciones y leyes nacionales, así como su adhesión a pactos y convenciones regionales e internacionales de derechos humanos. Los derechos humanos que contribuyen a la salud sexual y reproductiva pueden agruparse en torno a los intereses de ésta con relación a:

- La vida, la sobrevivencia, la seguridad y la sexualidad;
- La autodeterminación reproductiva y la libre decisión de la maternidad;
- La salud y los beneficios del progreso científico;
- La no discriminación y debido respeto a las diferencias; y a
- La información, la educación y la toma de decisiones.

1.1. Derechos relativos a la vida, la sobrevivencia, la seguridad y la sexualidad

Los derechos relativos a la vida, la sobrevivencia, la seguridad y la sexualidad se han aplicado para exigir a los Estados la eliminación de barreras a los servicios básicos necesarios para la salud sexual y reproductiva de sus habitantes.

1.1.1 El derecho a la vida y la sobrevivencia

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, artículo 6(1) establece: *“Cada ser humano tiene el derecho inherente a la vida. Este derecho será protegido por la ley. Nadie*

será arbitrariamente privado de su vida.”⁽⁴⁾

Históricamente este derecho generalmente ha sido aplicado solo a prohibir a los gobiernos a imponer la pena capital de una manera arbitraria. Sin embargo, los tribunales de justicia han empezado a aplicar el derecho a la vida a aspectos relacionados con la salud, abordando la naturaleza positiva de este derecho, proveyendo un contexto de salud y dignidad humana al derecho a la vida. Donde un Estado niega la provisión de los medios necesarios para prevenir que las mujeres mueran a consecuencia del embarazo o el parto, están fallando en su obligación de asegurar el acceso a las condiciones que garanticen una existencia digna. El derecho a la vida es el derecho más obvio que podría ser aplicado a proteger a las mujeres del riesgo de morir en el parto debido a la falta de atención obstétrica esencial o de emergencia.

La protección efectiva del derecho a la vida requiere que se tomen las medidas positivas necesarias para asegurar el “acceso a servicios de atención de la salud apropiados que permitirán a las mujeres y sus parejas tener un embarazo y parto seguro con la mejor oportunidad de tener un bebé saludable”.² Las medidas positivas podrían incluir además, dar los pasos progresivos para asegurar que los partos sean atendidos por proveedores calificados.

Otro ejemplo reconocido de la interrelación entre el derecho a la vida y a la salud lo constituye la obligatoriedad de los Estados de proveer los insumos para la detección y los medicamentos necesarios para el tratamiento de los casos de VIH/SIDA.

1.1.2. El derecho a la libertad y la seguridad de la persona

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos(4), artículo 9(1) establece: “Cada uno tiene el derecho a la libertad y seguridad de la persona.... Nadie será privado de su libertad excepto en las condiciones y de acuerdo con los procedimientos establecidos por la ley.”

El derecho a la libertad y la seguridad de la persona es una de las defensas más fuertes de la integridad individual en el contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva. El derecho está siendo aplicado más allá de la prohibición histórica de arresto o detención arbitraria, para requerir a los gobiernos que provean los servicios de salud cuando la falta de ellos arriesga la libertad y particularmente la seguridad de las personas. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido el derecho a la satisfacción de las necesidades básicas de salud como parte de un derecho a la seguridad personal.¹⁰

Algunos ejemplos de la aplicación del derecho a la libertad y seguridad lo constituyen el requerimiento a los gobiernos de mejorar los servicios de atención a las complicaciones post aborto y asegurar el acceso a los métodos anticonceptivos.

La libertad y la seguridad de las mujeres requieren leyes y políticas que aseguren su atención y confidencialidad. Los administradores y proveedores de servicios de salud pueden apreciar que la falta de respeto a la confidencialidad puede persuadir a las mujeres de buscar tratamiento por condiciones particulares que resultan en situaciones estigmatizantes tales como la violencia intrafamiliar, el aborto incompleto, las infecciones de transmisión sexual o una fístula véscico-vaginal. Como resultado, la falla en respetar adecuadamente la confidencialidad ofende el derecho de la mujer a la seguridad de su persona y posiblemente su derecho a la salud. Esto es particularmente aplicable a las adolescentes que enfrentan situaciones que las estigmatizan, como embarazos fuera de matrimonio o extramaritales, o abortos incompletos. A veces las adolescentes rechazan buscar servicios de salud reproductiva porque temen que su confidencialidad será vulnerada. Temen que la información acerca de su comportamiento sexual puede ser divulgado a sus padres, los padres de sus parejas, maestros y

¹⁰ Inter-American Commission of Human Rights, *1980-1981 Annual Report*, 125, *edited in 1989-1990 Annual Report*, 187.

otros. En consecuencia, es necesario informar a los adolescentes en la comunidad que su atención será asegurada bajo condiciones de confidencialidad, lo cual requiere también la capacitación apropiada del personal de salud.

Existen excepciones a la regla de confidencialidad. La información es permitida en la mayoría de los códigos de ética médica, donde se puede demostrar que existe un riesgo inmediato o futuro para la salud y la vida de otros.

Pruebas de Diagnóstico obligatorias:

Tanto mujeres como hombres pueden ser sujetos de pruebas de diagnóstico involuntarias por medios invasivos o no invasivos. Se han realizado pruebas sin consentimiento utilizando muestras de tejido como sangre, orina, pelo, las cuales se utilizan para otros propósitos. Esto constituye una violación de la seguridad del individuo y su libertad.

Una situación de conflicto lo ha constituido la controversia que genera, por un lado, el reclamo de algunos proveedores de servicios de salud de exigir la obligatoriedad de la prueba del VIH a pacientes que ellos tratan con el propósito de preservar su derecho a la seguridad, y por el otro, la objeción de pacientes y usuarios de servicios de salud de no someterse involuntariamente a pruebas de VIH, en virtud de que un resultado positivo los expondría a situaciones de discriminación de acceso a los servicios de salud y a otros aspectos de su vida como el empleo y otras, sin ser compensados por una provisión apropiada de atención médica. Una propuesta balanceada para equilibrar el derecho a la seguridad de los proveedores de servicios de salud y el derecho a la libertad por ejemplo, de las mujeres embarazadas para someterse a la prueba del VIH, ha sido sugerida por el Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos de América a través de sus "Recomendaciones para las Pruebas de VIH en Mujeres Embarazadas"¹¹. Se recomienda hacerle pruebas a todas las embarazadas, pero respetando su derecho de rehusar la prueba: "Las pacientes no deberían ser sometidas a la prueba sin su conocimiento. Las mujeres que rehúsan la prueba no deben ser presionadas a que se la hagan, no se les debe negar la atención a ellas y a sus infantes, o maltratadas con pérdida de custodia hacia sus hijos y otras consecuencias negativas. La discusión y el abordaje de las razones para el rechazo (ej. Falta de comprensión del riesgo, temor a la enfermedad, violencia familiar, estigma o discriminación potenciales) pueden ser la oportunidad de promover la educación en salud y construir la confianza que permita que algunas mujeres acepten la prueba en una futura oportunidad"¹². Estas recomendaciones sin embargo, presuponen la disponibilidad de intervenciones efectivas incluyendo la disponibilidad de antirretrovirales, antes de efectuar la prueba.

La libertad y la seguridad de las personas, pero especialmente de las mujeres puede ser vulnerada, dada su condición de vulnerabilidad ante condicionantes sociales, culturales y económicas, que pueden llevarlas a ser víctimas de violencia. El término "violencia contra las mujeres" fue adoptado en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing¹¹ en su Plataforma de Acción como "cualquier acto de violencia basada en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada. La violencia contra la mujer puede tener, entre otras, las siguientes formas:

- a) La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación;

11 United States Center for Disease Control. "Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50 (RR-19)(2001), 1-85 at 75.

- b) La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

El mínimo estándar de protección a los derechos humanos al cual las actuales y las potenciales víctimas de violencia deben tener es la seguridad de la persona. La gravedad, naturaleza y frecuencia del abuso que sufren, puede elevar la intensidad de la protección en contra del trato inhumano y degradante, así como la protección de la vida misma. Reportes nacionales muestran cómo las sociedades han procurado la subordinación social de las mujeres y la sujeción dentro de sus propios hogares en formas que ocultan, disimulan y facilitan la violencia doméstica, así como los pasos positivos que se han dado a través de los diferentes sectores sociales, legales, de la salud y otros para afrontar la violencia doméstica¹³.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer⁽¹²⁾ (“Convención de Belem do Pará”) los Estados Partes reconocieron que la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, por lo que se comprometieron a adoptar por todos los medios apropiados, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia. Específicamente, el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros:

- a) El derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación; y
- b) El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

1.1.3. El derecho a ser libre de trato inhumano y degradante / Ejercicio de la Sexualidad

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, Artículo 7 establece: *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.”*

La aplicación tradicional de este derecho fue para asegurar que los prisioneros fuesen tratados humanamente. Las cortes y los tribunales de derechos humanos han avanzado para asegurar que la inherente dignidad de las mujeres sea respetada, protegida y promovida. Se ha realizado importante trabajo para proteger a las personas en su toma de decisión libre e informada en el contexto de la investigación biomédica en la reproducción humana.

Diferentes tribunales han empezado a aplicar el derecho de estar libre de tortura y trato cruel, inhumano y degradante, al sancionar y exigir justicia a personas y Estados responsables de violación¹⁴¹⁵ e incesto¹⁶. De igual manera, los Estados y proveedores de servicios de salud pueden ser sujetos de sanciones al comprobarse tratos inhumanos e indignos a mujeres que acuden a los servicios de salud para solicitar atención ante complicaciones de abortos re-

12 Ibid

13 Asian Women's Fund, *Report of an Expert Meeting: Zero Tolerance for Domestic Violence*. (Tokyo: Asian Women's Fund, 2001).

14 Inter-American Commission on Human Rights. *Report of the Situation of Human Rights in Haiti*. (Washington DC: IACHR, 1995) OEA/Ser L/V/II.88 Doc 10 at 93-7.

15 *Ana, Beatriz and Cecilia González Pérez v. Mexico*. Report No. 53/01. Case 11. 565, 4 April 2001, para. 27

16 *R. v. Brown* [1993] 2 All ER 75 (House of Lords, England).

alizados en condiciones de riesgo¹⁷, al realizar esterilizaciones involuntarias¹⁸ o al denegar tratamiento a pacientes en fases avanzadas de Sida¹⁹.

Los derechos relacionados a la sexualidad incluyen el derecho a la libertad y seguridad de la persona, el derecho a una vida privada y familiar, el derecho a la salud y a la no discriminación en términos de la orientación sexual²⁰. Las razones para considerar la sexualidad primariamente bajo el derecho de estar libre de trato inhumano y degradante es que la sexualidad es inherente al ser humano y la prohibición de expresiones privadas de la sexualidad niega derechos individuales de ser plenamente humano.

1.2. Derechos relativos a la autodeterminación reproductiva y libre decisión de la maternidad

Los derechos relacionados con la autodeterminación reproductiva y libre elección de la maternidad se han desarrollado a través de derechos relacionados, incluyendo el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a una vida privada y familiar, el derecho a casarse y fundar una familia y los derechos que requieren protección a la maternidad. El ejercicio de estos derechos necesita ser examinado en los contextos en los cuales viven los individuos. Algunas normas comunitarias y culturales, así como leyes que gobiernan la formación de las familias, sus relaciones y su disolución ofenden los derechos de las mujeres y les hace difícil el ejercicio de sus derechos reproductivos²¹.

1.2.1. El derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, y el derecho a una vida familiar y privada

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 16(1) establece: “Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra las mujeres en todos los aspectos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares, y en particular asegurará, sobre la base de la igualdad de hombres y mujeres ... (e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y de tener acceso a la información, educación y medios para acceder al ejercicio de estos derechos...”⁽⁵⁾

El Pacto Político (4), artículo 17(1) establece: “Nadie deberá estar sujeto a interferencia arbitraria o ilegal de su privacidad, familia, hogar o correspondencia”.

El derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos y el derecho a una vida familiar y privada están protegidos por varios tratados internacionales y regionales de derechos humanos, así como por muchas constituciones nacionales. La libre decisión a la maternidad ha sido reconocida como un atributo de la vida privada y familiar, atendiendo a que los individuos propongan si quieren, cuando y con qué frecuencia tener hijos, sin control gubernamental, explicación o coerción. El enfoque común actual es que las decisiones sobre

17 UN, Human Rights Committee. *Concluding Observations on Peru*. (New York: UN, 1996) UN Doc. CCPR/C/79/Add. 72 at para 15.

18 *María Mamérita Mestanza Chávez v. Peru*. Case 12, 191. Decision on Admissibility, 3 Oct. 2000 (Inter-American Commission on Human Rights) settlement 14 Oct. 2002

19 D v. United Kingdom (1997) 24 EHRR 423 (European Court of Human Rights). *Contrast Karara v. Finland* (1998), European Commission on Human Rights, Application No. 4090098, 29, May 1998

20 J. D. Wilets, “International Human Rights Law and Sexual Orientation”. *Hastings Int. and Comparative L.Rev.* 18 (1994), 1-120; International Gay and Lesbian Association (II.GA). Europe Region. *Equality for Lesbians and Gay Men: A Relevant Issue in the EU Accession Process* (Brussels: IGLA-Europe, 2001).

21 United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women. *Cultural Practices in the Family that are Violent toward Women*. (New York UN, 2002) E/CN/4/2002/83; United Nations Special Rapporteur on Violence against Women. *Violence against Women in the Family*. (New York: UN, E/CN/4/199968.

la práctica y la salud reproductiva, incluyendo la maternidad, son decisiones privadas entre el consenso de las parejas y no son decisiones democráticas o gubernamentales. De acuerdo con ello, las mujeres pueden en principio proteger su salud reproductiva si quieren o no y cuándo planificar el embarazo.

Se ha establecido que la denegatoria a la esterilización quirúrgica voluntaria viola el derecho a la vida privada²². A la vez, las cortes, en búsqueda de que se respeten las decisiones de las mujeres se han apoyado en los derechos a una vida privada, a prevenir a padres potenciales, casados o no, a forzar a las mujeres a embarazarse en contra de su voluntad. La Comisión Europea ha sostenido que el derecho de decisión de la mujer a la maternidad prevalece sobre el derecho del hombre a una vida familiar²³. El Estado tiene poco o ningún poder para prevenir la decisión de la mujer acerca de si quiere o no, y cuando tener un hijo, en virtud de su derecho a una vida privada y familiar²⁴.

Estudios de mortalidad materna demuestran cómo el derecho de la mujer a la privacidad no es suficientemente protegido debido a prácticas prevalecientes con relación a la decisión de buscar atención médica; se ha encontrado que el esposo es el tomador de decisión más frecuente para buscar atención en las maternidades²⁵, y se reconoce que el retraso en decidir y buscar atención médica tiene un alto impacto en la mortalidad materna.

El derecho a una vida privada ha sido aplicado por la Corte Europea de Derechos Humanos y por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas²⁶, para evitar leyes que criminalizan la conducta homosexual entre hombres adultos en consentimiento.

1.2.2. El derecho a casarse y fundar una familia

El Pacto Político ⁽⁴⁾, artículo 22 establece textualmente:

1. La familia es la unidad natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.
2. El derecho de hombres y mujeres de casarse y fundar una familia
3. Ningún matrimonio será válido sin el libre y absoluto consentimiento de los comprometidos.
4. Los Estados Partes del presente Pacto tomarán las medidas apropiadas para asegurar la igualdad de deberes y derechos de los esposos durante el matrimonio y en el momento de su disolución. En el caso de disolución, se tomarán las medidas necesarias para la protección de los niños.

Para avanzar en la integridad reproductiva y la maternidad segura, el derecho a casarse y fundar una familia tiene un amplio espectro de aplicación, ya que este derecho impone obligaciones positivas al Estado para protegerlo. El derecho humano a una vida familiar se ve seriamente arriesgado por la negligencia a brindar atención a las necesidades de las mujeres

22 M. Rukiewicz. "Towards a Human Rights-Based Contraceptive Policy: A Critique of Anti Sterilization Law in Poland." *European J. of Health Law*, 8(2001), 225-42.

23 Paton v. *United Kingdom* (1980), 3 EHRR 408(European Commission on Human Rights)

24 R. J. Cook. "International Protection of Women's Reproductive Rights". *New York University Journal of International Law and Politics*, 24(1992), 645-727 at 706.

25 Family Health Division, Dept. of Health Services, Ministry of Health, *Nepal. Maternal Mortality and Morbidity Study* (Kathmandre Ministry of Health, 1998) at p.i.

26 *Dudgeon v. United Kingdom* (1981), 4 EHRR 149 (European Court of Human Rights). *Norris v. Ireland* (1988) 13 EHRR 186(European Court of Human Rights). *Modynos v. Cyprus* (1993) 16 EHRR 485(European Court of Human Rights); *Toonen v. Australia* UN GAOR. Human Rights Committee, 15th Sess., case 488/1992, UN Doc CCPR/C/D/488/1992, Apr. 1994 (UN Human Rights Committee).

sobre salud reproductiva, incluyendo los cuidados de la maternidad, cuando las mujeres están en riesgo de muerte o discapacidad. Además, los derechos a la vida familiar de niños y padres son perjudicados a consecuencia del impacto negativo de la muerte materna sobre la potencialidad de sobrevivencia de los niños y de otros miembros de la familia a preservar una vida saludable. Los hijos de las mujeres que mueren “tienen tres a diez veces más posibilidades de morir dentro de los dos años siguientes, que aquellos que tienen ambos padres vivos”²⁷. La preservación de la salud materna y la prevención de la muerte materna son centrales para el disfrute de la vida familiar, lo cual constituye derechos no solo de la mujer sino también de niños y esposos.

La Convención de la Mujer⁽⁵⁾ estableció (artículo 16, 1(a) y (b)): “El derecho de una mujer a escoger esposo y entrar libremente en el matrimonio es central para su vida y para su dignidad e igualdad como ser humano... Algunos países, sobre la base de costumbres, ideas religiosas u orígenes étnicos de grupos particulares, permiten matrimonios forzados. Otros permiten que las mujeres sean entregadas a cambio de pago y en otros casos la pobreza las obliga a casarse con extraños para obtener seguridad económica...”...”Hombres y mujeres tienen el derecho de entrar en matrimonio únicamente con su libre y completo consentimiento y los Estados tienen la obligación de proteger el disfrute de este derecho sobre la base de la igualdad.”²⁸

1.2.3. El derecho a la protección de la maternidad

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁽⁶⁾, artículo 10(2) establece: “Deberá otorgarse especial atención a las madres durante un razonable período antes y después del nacimiento.

La contribución especial que las mujeres hacen a la sociedad a través de la maternidad es reconocida en constituciones nacionales y en documentos de derechos humanos. El artículo 5(b) de la Convención de la Mujer

⁽⁵⁾ determina que los Estados Partes acuerdan tomar todas las medidas apropiadas para “asegurar que la educación familiar incluya una comprensión apropiada de la maternidad como una función social”. La Declaración Universal de los Derechos Humanos⁷ en el artículo 25(2), haciendo referencia a la salud y al bienestar explica que “la maternidad y la niñez requieren atención y asistencia especial”. La Declaración Americana⁸ de forma similar reconoce que “todas las mujeres, durante el período de embarazo y de lactancia tienen el derecho a protección, atención y ayuda especial”.

Bajo el artículo 24(d) de la Convención del Niño⁽⁹⁾, los Estados Partes se comprometen a asegurar atención prenatal y postnatal adecuada a las madres. El artículo 12(2) de la Convención de la Mujer⁵ requiere de la provisión de servicios gratuitos de maternidad donde sea necesario: “Los Estados Partes asegurarán a las mujeres servicios apropiados durante el embarazo, el parto y el período post natal, garantizando servicios gratuitos donde sea necesario, así como nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.” Donde estos servicios no se proveen, los Estados Partes deben comprometerse a dar los pasos necesarios para poder proveerlos. [Artículo 12(2) de la Convención de la Mujer y Artículo 24(2) de la Convención del Niño].

27 A. Starrs. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation*. Colombo, Sri Lanka, 18-23 Oct. 1997. (New York: Family Care International, 1998) 16.

28 UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, “General Recommendation 21, Equality in Marriage and Family Relations”, *International Human Rights Instruments*, 173.

Se ha interpretado que la atención de estas disposiciones tienden a vincular la protección de la salud de la mujer a la maternidad y la atención de los infantes y niños, reforzando la percepción de que la protección de la salud de la mujer es un medio instrumental de servir a los niños, más que un derecho inherente de las mujeres. Cualquiera que sea la motivación para tales disposiciones, esto obliga a los Estados a asegurar que la maternidad sea segura.

El Pacto Económico⁽⁶⁾, artículo 10(2) establece: “Debe prestarse especial protección a las madres durante un periodo razonable antes y después del nacimiento. Durante tal periodo, a las madres trabajadoras se les debería pagar el permiso, o brindarles el permiso con adecuados beneficios de seguridad social.

La salud materna de las mujeres que trabajan se ha considerado un objetivo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde su establecimiento en 1919. La Convención de la Protección a la Maternidad, No. 3 (1919)²⁹ fue uno de los primeros instrumentos adoptados por la OIT y en su artículo 3(c) estipula que las mujeres embarazadas deben tener atención gratuita por un médico o una partera calificada. En 1952 se revisó esta Convención³⁰ para evaluar los avances en las leyes nacionales y su aplicación. Esta Convención comenzó a reflejar la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral, así como un incremento en las expectativas sociales relacionadas a los derechos de las mujeres durante su edad reproductiva, particularmente con respecto a un creciente compromiso de eliminar la discriminación en el empleo. Los aspectos más relevantes de la Convención de 1952 son los siguientes:

- El artículo 1 sugiere que las disposiciones de la Convención se apliquen a “mujeres empleadas en sectores de industria, agricultura y otros, incluyendo a trabajadoras domésticas”. Las mujeres son cubiertas generalmente en los sectores público y privado. Sin embargo, aún existen brechas significativas con respecto a trabajadoras del sector agrícola, trabajadoras de tiempo parcial, empleadas domésticas y trabajadoras casuales, contractuales o temporales³¹.
- Artículo 4(1): Proveer el soporte material a la madre y al niño a través de beneficios financieros y atención médica.
- Artículo 4(3): La atención médica incluye “atención prenatal, del parto y postparto por parteras calificadas o médicos, así como hospitalización donde sea necesario; además, la libertad de libre elección de médico y de elección entre hospital público o privado”, donde sea aplicable.

Entre las Recomendaciones de Protección a la Maternidad, la No. 95 (1952)³² proporciona lineamientos sobre la protección de la salud de mujeres empleadas con relación a condiciones de trabajo, tales como la prohibición al trabajo perjudicial a la salud de la madre y el niño.

29 ILO, *Convention Concerning the Employment of Women before and after Childbirth* (Geneva: ILO, 1919), ILO Convention C3, 38 UNTS 53, entered into force 13 June 1921, revised in 1952.

30 ILO, *Convention Concerning Maternity Protection* (revised). (Geneva: ILO, 1952). ILO Convention C103, 214 UNTS 321, entered into force 7 Sept. 1955.

31 ILO, *Convention Concerning Maternity Protection* (revised) 2000. (Geneva: ILO 2000), ILO Convention C183

32 ILO, *Recommendation Concerning Maternity Protection No. 95* (Geneva: ILO 1952), ILO Recommendation R95, *International Labour Conventions and Recommendations*, ii(Geneva: ILO, 1996) at 44.

1.3. Derechos relacionados a la salud y los beneficios del progreso científico

1.3.1. Derecho al más alto nivel posible de salud

El Pacto Económico ⁽⁶⁾, artículo 12 establece:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Los pasos a ser tomados por los Estados Partes de este Pacto para alcanzar la plena realización de este derecho incluyen los necesarios para:
 - a) Emitir disposiciones para la reducción de la tasa de mortalidad y la mortalidad infantil, así como las necesarias para el desarrollo saludable de la niñez;
 - b) La mejoría de todos los aspectos de higiene ambiental e industrial;
 - c) La prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras;
 - d) La creación de condiciones que aseguren servicios y atención médica en caso de enfermedad.

El Comentario General sobre Salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³³ provee lineamientos a los países sobre lo requerido para dar cumplimiento a este derecho. El derecho a la salud contiene factores interrelacionados de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*.

La *disponibilidad* de los servicios requiere que un Estado asegure que el funcionamiento de los centros de atención de salud, insumos, servicios y drogas esenciales estén disponibles en suficiente cantidad.

La *accesibilidad* de los servicios tiene cuatro dimensiones que se traslapan:

- La no discriminación: especialmente a los sectores más vulnerables o marginados de la población.
- La accesibilidad física: los servicios de atención deben estar al alcance físico de todos, especialmente de grupos vulnerables o marginados tales como las minorías étnicas, pueblos indígenas, mujeres, niños, adolescentes, discapacitados y personas con VIH/SIDA.
- Accesibilidad económica: Los pagos de los servicios de atención en salud deben estar basados en principios de equidad, sean públicos o privados, al alcance de todos, especialmente para los grupos sociales en desventaja.
- Acceso a la información: esto incluye el derecho a buscar, recibir e impartir información e ideas relacionadas con la salud.

La *aceptabilidad* requiere que los servicios de salud sean ética y culturalmente apropiados. Ej.: respeto a la cultura de los individuos y las comunidades; sensibles a las necesidades de género y de ciclo de vida, respeto a la confidencialidad.

La *calidad* requiere que los servicios de los centros de atención de salud sean científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Esto requiere personal calificado, drogas vigentes y científicamente aprobadas y equipo médico.

La voluntad de un Estado para hacer efectivos los derechos de la mujer a la salud reproductiva y a una maternidad segura puede ser persuadida por el temor de que una implementación integral de programas puede tener consecuencias económicas indeterminadas para el

33 CESCR, *General Comment 14*, UNESCOR 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000.

presupuesto nacional en salud. Un estudio del Banco Mundial³⁴ encontró que los servicios de planificación familiar y los de salud materna son las intervenciones gubernamentales en salud más costo-efectivas, en términos de prevención de muerte y discapacidad. Cuando una madre muere, la economía pierde su contribución productiva a la fuerza laboral, la comunidad pierde los servicios de atención más amplios y domésticos de un miembro vital, y su muerte pone a otros que están a su alrededor en riesgo de poca capacidad de funcionar en roles sociales, de empleo y otros.

1.3.2. El derecho a los beneficios del progreso científico

El Pacto Económico ⁽⁶⁾, artículo 15(1)(b) establece: “Los Estados Partes ... reconocen el derecho de todos ... a disfrutar los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones.” Este derecho aún debe ser aplicado mediante requerimiento a los gobiernos a que le den una alta prioridad a desarrollar investigación en salud reproductiva, incluyendo investigación biomédica, en ciencias sociales y legales, o para aplicar los hallazgos que de ella deriven. El derecho puede ser invocado, por ejemplo, donde, por razones religiosas o políticas, a las mujeres se les niega el acceso a medicamentos que la ciencia farmacéutica ha hecho efectivas para la anticoncepción de emergencia.

La historia moderna de la regulación ética de la investigación que involucra sujetos humanos se originó en las pruebas de médicos que condujeron experimentos inhumanos en sujetos vulnerables, incluyendo reclusos en campos de concentración para servir a intereses militares y científicos durante la Segunda Guerra Mundial. El trabajo realizado por el Tribunal Internacional de Crímenes de Guerra de Nuremberg derivó en 1947 en el “Código de Nuremberg” sobre investigación involucrando seres humanos, el cual invocó conceptos de derechos humanos para prohibir investigación médica no consensuada. Bajo esta inspiración, la investigación médica recobró su status moral y sus beneficios llegaron a ser universalmente reconocidos. En 1964 se adoptó la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial sobre Principios Éticos para la Investigación Médica que involucra Seres Humanos³⁵, la cual declara principios éticos para establecer lineamientos a médicos y otros participantes en investigación médica que involucra seres humanos y que incluye material humano y datos identificables. En términos generales se establece el deber del médico de proteger la vida, la salud, la privacidad y la dignidad del ser humano. Además, ya se ha hecho referencia al artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos sobre la prohibición de ser sometido a experimentos médicos o científicos sin el libre consentimiento de la persona.

1.4 Derechos a la no discriminación y debido respeto a las diferencias

El Pacto Político⁽⁴⁾, artículo 2(1) establece: “Cada uno de los Estados Parte en el presente pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente pacto sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.” El artículo 3 del mismo pacto determina “... garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos...” El artículo 26 del pacto requiere a los Estados actuar contra la discriminación en todos los campos de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluyendo la salud.

Aunque las diferentes formas de discriminación pueden ser enfrentadas separadamente, en la práctica a menudo se traslapan. Por ejemplo, la discriminación sexual se ve frecuent-

34 A. Starrs, *Safe Motherhood*, 17, based on a presentation by A. Tinker, “Safe Motherhood as an Economic and Social Investment”, Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 Oct. 1997, Colombo, Sri Lanka.

emente agravada por la discriminación en las áreas de estado marital, raza, edad, condición de salud, discapacidad, residencia rural y clase social. Múltiples formas de discriminación a menudo colocan a mujeres jóvenes, indígenas, de bajo nivel socioeconómico, que viven en el área rural, como las más vulnerables a una pobre salud sexual y reproductiva.

Los Estados están obligados a cambiar leyes, disposiciones y reglamentos discriminatorios. Un ejemplo de ley discriminatoria es aquella que requiere de las mujeres casadas, pero no de los hombres, obtener la disposición de sus esposos para poder tener acceso a servicios de salud reproductiva. Un ejemplo de política que es superficialmente neutral pero tiene un impacto desproporcionadamente dañino en los intereses de la salud de las mujeres es una ley que niega a los adolescentes información y servicios de salud reproductiva sin el consentimiento de los padres. Tal política, dejará a las muchachas, pero no a los muchachos, en riesgo de embarazarse. Donde las leyes o políticas tratan a hombres y mujeres de una forma diferente con respecto a sus necesidades de salud, ya sea en su presentación o en sus efectos, a los Estados se les requiere presentar razones y justificaciones por dar tal tratamiento diferenciado, ya que las desventajas debidas a diferentes tratamientos o diferentes efectos significan discriminación.

1.4.1. Sexo y Género

La Convención de la Mujer ⁽⁵⁾ en su artículo 1 establece que: “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

La Convención de la Mujer enfatiza la necesidad de confrontar las diferentes causas de inequidad de la mujer abordando todas las formas de discriminación que las mujeres sufren. Las prohibiciones legales cubren discriminación en términos tanto de sexo, el cual es una característica biológica, como de género, el cual es una actitud social, cultural y psicológica que identifica actos o funciones particulares, solo o primariamente con un sexo.

La prohibición de la discriminación tanto de sexo como de género obliga a los Estados a eliminar los estereotipos sexuales, lo cual requiere iniciativas para reorientar presunciones populares. La igualdad sexual requiere que los hombres acepten su responsabilidad con las mujeres para tomar medidas contra el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. La igualdad requiere que no solo tratemos los mismos intereses sin discriminación, por ejemplo en el acceso de los jóvenes a la educación independientemente de su condición, sino que también tratemos diferentes intereses en términos de respetar adecuadamente las diferencias, tales como los distintos intereses de la mujer de tener acceso a atención prenatal, atención del parto y postnatal. Los derechos al debido respeto a la diferencia sexual son violados cuando los servicios de salud fallan en ubicar las diferencias biológicas fundamentales durante la reproducción, como lo evidencia, el más de medio millón de mujeres que mueren al año en todo el mundo, por causas relacionadas al embarazo, siendo la mayoría de ellas prevenibles.

El derecho de la mujer a igual acceso a los cuidados de salud necesarios, incluyendo la atención de la maternidad está reconocido en el artículo 12 de la Convención de la Mujer⁽⁵⁾ por el cual los Estados se comprometen a:

35 *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. In: Cook R. J., Dickens B. M. and M. F. Fathalla: *Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford University Press, 2003, pp:428-432.

1. ... tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. ... garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

El monitoreo y evaluación de la mortalidad y morbilidad materna en los países, así como las tasas de necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar constituyen importantes herramientas para los Estados a fin de identificar las brechas de sus deberes para asegurar el acceso a la atención de la salud de las mujeres. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW) requiere de los Estados información periódica acerca de sus brechas y las medidas tomadas para superarlas.

Entre sus Recomendaciones Generales³⁶ el CEDAW indica que:

- “En particular, los Estados deben asegurar los derechos de mujeres y hombres adolescentes a educación en salud sexual y reproductiva por personal debidamente capacitado mediante programas diseñados para respetar sus derechos a la privacidad y la confidencialidad.” (Pt. III, Ch. 6, Sect. 2, para.18).
- Los Estados deben “priorizar la prevención de embarazos no deseados a través de la planificación familiar y la educación sexual, y reducir las tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad segura.” (Pt. III, Ch. 6, Sect. 2, para. 31c).

Además, el CEDAW ha reportado que las leyes o disposiciones que requieren a una mujer casada, el asegurar la autorización de su esposo para obtener ciertos servicios de salud reproductiva, aún en situaciones de emergencia, son discriminatorias y contrarias a las disposiciones de la Convención de la Mujer.³⁷

1.4.2. Estado civil

La Convención de la Mujer (5) requiere que las mujeres ejerciten sus derechos “independientemente de su estado civil”. También el Pacto Político (4) requiere la eliminación de la discriminación en términos del estado civil porque prohíbe la “discriminación de cualquier clase, tal como ... sexo ... u otras condiciones.” Sin embargo, la discriminación en términos de estado civil persiste a través de prácticas, actitudes sociales y leyes, en particular en el área de leyes de la familia.

1.4.3. Edad

La Convención sobre los Derechos del Niño (9), artículo 2 establece que los Estados Partes:

1. ... respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o sus representantes legales.

³⁶ *Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), General Recommendation 24: Women and Health (Article 12).* CEDAW, *General Recommendation 24*, UN GAOR 1999, UN Doc. A/54/38/ Rev. 1, pp. 3-7

³⁷ UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding Observations on Indonesia.* (New York: UN, 1998), para 284. UN Doc. A/53/38

2. ... tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

La Convención de la Niñez ⁽⁹⁾, la cual define a un niño como un ser humano menor de 18 años determina en su artículo 24(1) que “los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios de atención de salud.” La interdependencia de madre y niño es reconocida al establecer que los Estados Partes (artículo 24(2)) tomarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición....
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental, ...
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

La discriminación basada en la edad es una violación común de los derechos reproductivos de las mujeres.³⁸ Las mujeres jóvenes a menudo sufren en comunidades que les niegan o impiden la expresión de la natural sexualidad adolescente. Este hecho adquiere un significado mayor a la luz del mayor riesgo que el embarazo precoz trae. Las adolescentes maduras sufren discriminación injusta cuando no son libres de obtener consejería y servicios de salud reproductiva con la misma confidencialidad que la reciben los adultos. La Convención de la Niñez⁹ requiere de los Estados “el respeto a los derechos y deberes de los padres, y cuando sea aplicable a los representantes legales, proveer orientación a los niños en el ejercicio de su derecho de una manera consistente con las capacidades evolutivas del niño. (Artículo 14(2)). Por lo tanto, las leyes o políticas de centros de salud que determinan límites a la edad cronológica para la atención y niegan servicios de salud reproductiva a las adolescentes que son capaces de requerirlos de acuerdo con su capacidad evolutiva, violan la Convención de la Niñez.³⁹

1.4.4. Raza y Etnia

La Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial ⁽¹⁰⁾, en el artículo 1.1 establece que:

“discriminación racial” denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”.

La discriminación racial se manifiesta a sí misma contra las mujeres de grupos raciales o étnicos en una gran variedad de formas y bajo diferentes circunstancias. Estas manifestaciones

38 C.A.A. Parker, “Preventing Adolescent Pregnancy: The Protection Offered by International Human Rights Law”, *Int. J. of Children's Rights*, 5(1997), 47-76.

39 R. J. Cook and B. M. Dickens, “Recognizing Adolescents Evolving Capacities to Exercise Choice in Reproductive Health Care”, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70(2000), 13-21.

incluyen el acceso más pobre a la atención y una mayor vulnerabilidad al abuso y la explotación de sus capacidades reproductivas y su sexualidad. En muchos países la condición de salud entre diferentes grupos étnicos o raciales varía, evidenciando un acceso diferente a servicios de atención de salud, información y educación necesarias para la protección de la salud. Las estadísticas a menudo muestran una disparidad en el riesgo de muerte materna entre diferentes grupos poblacionales diferenciados por etnia o raza. La probabilidad de sufrir abuso de los derechos es a menudo mayor entre los grupos étnicos minoritarios, lo cual sugiere la necesidad de aplicar mayor atención y sensibilidad a la prestación de servicios de salud reproductiva y otros servicios relacionados en comunidades con mezclas raciales, ofreciéndolos para satisfacer las necesidades específicas de dichas poblaciones.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas⁴⁰, de la cual el Estado de Guatemala ha sido ponente, propone en su artículo 23 que los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan. El artículo 24.1 reconoce que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. A la vez, en el artículo 24.2 se reconoce que las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

1.4.5. Condición de salud / Discapacidad

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)⁴¹ ha interpretado “otras áreas” de discriminación prohibida para incluir la discapacidad física y mental y la condición de salud, incluyendo el VIH/SIDA (Pt.III, Ch.6, Sect.3, para.18). El término “discapacidad” resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que ocurren en cualquier población. Las personas pueden estar discapacitadas por limitaciones físicas, intelectuales o sensoriales, condiciones médicas o enfermedad mental; todas ellas pueden ser permanentes o transitorias. Los Estados Partes del Pacto Económico ⁽⁶⁾ están comprometidos a tomar las medidas necesarias para reducir la discriminación contra la discapacidad.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁴² ha enfatizado la necesidad de evitar la discriminación contra mujeres en alto riesgo para la prevención y control del VIH/SIDA, y urge a los Estados a implementar programas para combatir el VIH/SIDA que “den especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres... y a los factores relacionados al rol reproductivo de las mujeres y su posición de subordinación en algunas sociedades que las hacen especialmente vulnerables a la infección de VIH”. Diferentes textos reconocen que la infección del VIH en las mujeres a menudo refleja la discapacidad condicionante de que, como mujeres carecen del poder social y legal para controlar si quieren o no, cuando y con qué protección, tener relaciones sexuales.

Como resultado de lo establecido en las Conferencias Internacionales sobre la Población y

40 Naciones Unidas. Asamblea General A/61/L.67, 7 de septiembre de 2007. Sexagésimo primer período de sesiones, tema 68 del programa, Informe del Consejo de Derechos Humanos, *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*.

41 *Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12)*. CESCR, General Comment 14, UNESCOR 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000.

42 UN, CEDAW General Recommendation 15(1990): Avoidance of Discrimination against Women in National Strategies on HIV/AIDS, 109-10.

el Desarrollo⁽²⁾ y de la Mujer⁽¹¹⁾, las recomendaciones generales del CDESCR y del CEDAW, así como los Lineamientos Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos (1996)⁴³ los gobiernos se han comprometido a:

- Eliminar la discriminación contra personas infectadas con VIH y contra sus familias;
- Fortalecer los servicios para detectar la infección de VIH, asegurando la protección de la confidencialidad; y
- Desarrollar programas especiales para proveer atención y el apoyo emocional necesario para hombres y mujeres afectados por VIH/SIDA, así como brindar consejería a sus familias y sus relaciones cercanas.

1.4.6. Orientación Sexual

Con respecto a la igualdad en el acceso a la atención de la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) explica que el Pacto Económico (6) prohíbe “cualquier discriminación en el acceso a la atención de la salud... independientemente de... la orientación sexual...”. Denegar servicios a individuos con relaciones del mismo sexo, que son necesarios para proteger su salud y que son proveídos a personas con relaciones heterosexuales, discrimina a estos individuos en términos de su orientación sexual, violando leyes de derechos humanos.

1.5. Derechos relacionados a la información, educación y toma de decisiones

1.5.1. El derecho a recibir y brindar información

El Pacto Político⁽⁴⁾, artículo 19 establece:

“2. Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.

El ejercicio del derecho previsto en el párrafo 2 de este artículo entraña deberes y responsabilidades especiales. Por consiguiente puede estar sujeto a ciertas restricciones, que deberán, sin embargo, estar expresamente fijadas por la ley y ser necesarias para:

Asegurar el respeto a los derechos o a la reputación de los demás;

La protección de la seguridad nacional, el orden público o la salud o la moral públicas.”

El significado de la información a la salud reproductiva es reforzado por el artículo 10(h) de la Convención de la Mujer⁵, la cual requiere que las mujeres tengan acceso a “información educativa específica para ayudarles a asegurar la salud y el bienestar de las familias, incluyendo información y consejería en planificación familiar.” Sin embargo, en varios países aún permanece como una ofensa criminal, algunas veces descrita como un crimen contra la moralidad, distribuir información acerca de los métodos anticonceptivos⁴⁴.

El concepto del derecho a la información tradicionalmente entendido para garantizar la libertad de buscar, recibir y brindar información e ideas libre de la interferencia gubernamental ha evolucionado gracias al argumento de que los gobiernos tienen obligaciones concretas e inmediatas de proveer información necesaria para la protección y promoción de la salud reproductiva y la libre decisión de las personas.

43 *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights* (Geneva Office of the UN High Commissioner for Human Rights and UNAIDS, 1996); annotated international guidelines are available in UNAIDS and Inter-Parliamentary Union, *Handbook of Legislation on HIV/AIDS, Law and Human Rights* (Geneva, UNAIDS, 1999).

44 S. Coliver (ed). *The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information* (London and Philadelphia: Article 19 and University of Pennsylvania Press, 1995).

1.5.2. El derecho a la educación

El Pacto Económico⁽⁶⁾, artículo 13 establece que los Estados Partes en el presente pacto:

1. ... reconocen el derecho de toda persona a la educación. Convienen en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Con vienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, ...
2. ... reconocen que, con objeto de lograr el pleno ejercicio de este derecho:
 - a) La enseñanza primaria debe ser obligatoria y asequible a todos gratuitamente;
 - b) La enseñanza secundaria, en todas sus diferentes formas, incluso la enseñanza técnica y profesional, debe ser generalizada y hacerse accesible a todos, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
 - c) La enseñanza superior debe hacer igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita.
3. ... se comprometen a respetar la libertad de los padres y en su caso, de los tutores legales, de escoger para sus hijos o pupilos, escuelas distintas de las creadas por las autoridades públicas, siempre que aquellas satisfagan las normas mínimas que el Estado prescriba o apruebe en materia de enseñanza y, de hacer que sus hijos o pupilos reciban la educación religiosa o moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.”

Existe una fuerte relación entre el acceso de las niñas a la educación y su capacidad para proteger y mejorar su salud sexual y reproductiva. Factores clave en reducir la mortalidad materna en varios países incluyendo Sri Lanka, India, Cuba y China han sido los efectos combinados de la educación y las estrategias de empoderamiento de las niñas, así como la mejoría en el acceso a los servicios de salud necesarios.⁴⁵ Los documentos de El Cairo⁽²⁾ y Beijing ⁽¹¹⁾ alientan a los sistemas educativos a eliminar todas las barreras que impiden la escolaridad de muchachas casadas o embarazadas y madres jóvenes.

En diferentes países donde se ha introducido la educación sexual obligatoria en las escuelas, y ha sido desafiada por argumentos morales o religiosos, las cortes generalmente tienden a favorecer dicha educación⁴⁶. Las cortes tienden a favorecer el acceso a las oportunidades de educación, sobre la base de la igualdad de sexos, porque reconocen que la educación es fundamental para la autonomía y responsabilidad individual. Las mujeres que son capaces de ejercer su propia determinación en las relaciones sexuales y la responsabilidad en la decisión, el momento y el espaciamiento de sus embarazos aumentan las probabilidades de mejorar su salud sexual y reproductiva.

45 UNICEF. *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*. (New York; UNICEF, 1999) 26-7.

46 *Kjeldsen v. Denmark* (1976) 1 EHRR 711, para. 53(European Court of Human Rights).

Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”

El 1 de agosto del 2008 en la ciudad de México, se firmó la declaración ministerial “Prevenir con Educación” en el marco de la primera reunión de Ministros de Salud y de Educación para detener la transmisión del VIH en Latinoamérica y el Caribe, en la que 30 Ministro(a)s de Salud y 26 Ministro(a)s de Educación, incluidos los de Guatemala, se comprometieron a posicionar la prevención como el eje fundamental para responder de manera efectiva al VIH y al SIDA.⁴⁷

Esta declaración representa una sinergia entre los sectores de salud y educación a fin de desarrollar y proporcionar la información, la educación y el asesoramiento necesarios para revertir la epidemia del VIH/Sida y promover estilos de vida saludables a través de educación integral en sexualidad y servicios relacionados con la salud sexual. La declaración define como componentes estratégicos de intervención la educación integral en sexualidad y la promoción de la salud sexual mediante una metodología educativa basada en evidencia⁴⁸. La declaración reconoce que “las relaciones desiguales de género y entre grupos de edad, las diferencias socioeconómicas y culturales y las orientaciones e identidades sexuales individuales, al asociarse con factores de riesgo, propician situaciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por VIH/ITS.”, por lo que recomienda desarrollar estrategias para abordar las necesidades particulares de quienes se encuentran en mayor riesgo y son más vulnerables.⁴⁹

Principios fundamentales de la declaración son la igualdad y la equidad entre todas las personas y reconoce “las expresiones diversas de la sexualidad” y especifica que la educación integral en sexualidad debe incluir “temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme el marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias y el rechazo a toda forma de discriminación.”⁵⁰

La declaración ratifica el compromiso de garantizar la plena observancia del derecho a la salud y otros derechos humanos asociados a ésta, establecidos en tratados internacionales de derechos humanos, particularmente en lo que concierne al acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación. Reafirma además el derecho de las y los adolescentes a recibir información exacta que les haga posible tomar decisiones informadas respecto a su salud.

Para alcanzar las metas trazadas se definen estrategias adicionales, las cuales incluyen:

- Trabajar en conjunto con instancias de los organismos ejecutivo y legislativo, en países donde sea pertinente, con el fin de garantizar un marco legal apropiado y financiamiento público para implementar la educación integral en sexualidad y apoyar la promoción de la salud sexual.
- Colaborar con organizaciones de la sociedad civil y organismos nacionales de derechos humanos a fin de desarrollar mecanismos formales de referencia para notificar actos de discriminación por parte de los servicios educativos y de salud públicos y privados.

47 Primer Aniversario de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”. La Secretaría de Salud de México, la Secretaría de Educación Pública de México, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Grupo de Directores Regionales para América Latina y el Caribe de la Organización de las Naciones Unidas, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México (GENSIDA). México DF, a 30 de julio de 2009.

48 *International Guidelines on Sexuality Education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education*. En: www.unesco.org/es/education/single-view/news/just_published_international_guidelines_on_sexuality_education/back/13333/

49 <http://www.unaids.org/es/CountryResponses/Regions/LatinAmerica.asp>

50 Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_en.pdf

- Evaluar y actualizar el contenido y las metodologías del currículo educacional relacionado con la educación integral en sexualidad.
 - Capacitar a trabajadores de la educación y la salud.
- Implementar servicios de salud amigables, especialmente para los adolescentes, a fin de procurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.

Las metas propuestas por la declaración, a ser alcanzadas en el año 2015 en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio son:

- Reducir en 50% el número de adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Reducir en 75% el número de escuelas que todavía no han institucionalizado la educación integral en sexualidad.

1.5.3. El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión

El Pacto Político⁽⁴⁾, artículo 18 establece:

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, la práctica y la enseñanza.
2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.
3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.
4. Los Estados Partes en el presente pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y en su caso, de los tutores legales, para garantizar que los hijos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.

La libertad religiosa carece de sustancia a menos que los individuos sean libres de actuar consistentemente con sus propias creencias acerca de la religión y de seguir su propia conciencia a pesar de doctrinas de fe que no profesa. En la discusión de brindar acceso a las mujeres chilenas a la anticoncepción de emergencia, la entonces Ministra de Salud, Michelle Bachelet expresó: “No podemos negar la decisión de una parte de la población a causa del punto de vista que otra parte de la población pueda tener”⁵¹. Cuando la ley es secular existe un acomodamiento de la propia conciencia religiosa de cada individuo. Sin embargo, cuando la ley está basada en un sistema creyente de una religión dominante, a menudo existe poca acomodación o tolerancia del disenso religioso o de una conciencia religiosa alternativa. Es decir, cuando las leyes permiten prácticas ofensivas a una religión, a los adherentes a ella usualmente se les permite el derecho de objeción de conciencia, pero cuando las leyes dan cuerpo a un valor religioso, el disenso de conciencia a menudo es negado y criminalizado.

51 Lancet 357 (2001), 1188 (14 Apr. 2001)

Objeción de conciencia

La libertad a expresar convicciones religiosas, filosóficas y sociales con relación a la autodeterminación reproductiva tiene al menos dos direcciones. Los individuos gozan de derechos humanos de elección reproductiva, e igualmente los profesionales de la salud deben estar libres de participar en prácticas que ellos consideran ofensivas en términos religiosos, tales como realizar esterilizaciones, abortos y efectuar procedimientos relacionados con la fertilización *in vitro*. Varios sistemas legales protegen a los proveedores de servicios de salud de las obligaciones legales de realizar procedimientos a los cuales ellos tienen objeción de conciencia ⁵².

Cuando los profesionales de salud objetan en términos de conciencia, tienen el deber profesional de referir a otros profesionales, quienes harán los procedimientos autorizados por la ley. Sin embargo, las leyes sobre objeción de conciencia normalmente son inaplicables cuando los pacientes se encuentran en circunstancias de emergencia, como aquellas en las que su vida está en riesgo o existe posibilidad de un daño permanente. Por ejemplo, la objeción de conciencia no puede justificar a un profesional de salud a rehusarse a participar en un procedimiento que salve la vida de una mujer con complicaciones de aborto cuando no esté disponible ningún otro profesional o método. Esto no viola la conciencia de los proveedores en muchos casos involucrados en manejo de complicaciones de aborto o esterilización en virtud del principio ético y religioso del “doble efecto”. ⁵³ Este indica, en una forma simple, que una acción que es buena en sí misma, tal como preservar una vida humana en riesgo, puede efectuarse a pesar de que el objetivo puede alcanzarse solo causando un efecto dañino inevitable. La acción por sí misma puede ser buena o moralmente indiferente, el efecto positivo puede no darse por medios inherentemente erróneos y debe haber una justificación proporcional para permitir que el efecto dañino ocurra. No importa que el efecto dañino se conozca anticipadamente, reconociendo que provocarlo no es intencional. Por ejemplo, un embarazo ectópico que daña y pone en riesgo la vida de una mujer puede ser removido sin que el procedimiento sea considerado como un procedimiento para provocar un aborto; o cuando un cáncer testicular de un hombre es tratado mediante la resección de los testículos, no significa que el procedimiento sea considerado como una esterilización, aunque el efecto sea dejarlo estéril.

2. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Ante la llegada del nuevo milenio, en septiembre del 2000 los máximos líderes y representantes de todos los países miembros del sistema de Naciones Unidas se reunieron en la Cumbre del Milenio, cuyo objetivo fue abordar conjuntamente los desafíos que el mundo afrontaba en materia de derechos humanos, desarrollo económico-social y logro de la paz.

52 Dickens B. M. and R. J. Cook, “The Scope and Limits of Conscientious Objection”, *Int. J. Obstet. Gynecol.* 71 (2000), 71-7.

53 J. Boyle, “Toward Understanding the Principle of Double-Effect”, *Ethics*, 90(1980), 527-28.

54 Naciones Unidas. Asamblea General, 13 de septiembre de 2000. Quincuagésimo quinto período de sesiones. Tema 60 b) del programa. Resolución aprobada por la Asamblea General, 55/2. Declaración del Milenio.

55 Declaración política: es un documento consensuado, que generalmente articula una serie de principios y compromisos que obligan a los Estados a actuar de acuerdo a dichos principios. En algunos casos, las declaraciones sirven de base legal para los tratados de derechos humanos. Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights. *A Youth Activists Guide to Sexual and Reproductive Rights*, 2006.

El compromiso político de todos los países quedó plasmado en la Declaración del Milenio⁵⁴ (2000). Esta es una declaración política⁵⁵ que reúne las intenciones y compromisos de cooperación de los gobiernos de los países firmantes en una serie de materias consideradas de máxima prioridad global.

La Secretaría General de las Naciones Unidas trasladó esta declaración política firmada por 189 países a un marco de acción concreto, medible y con un plazo de ejecución definido denominado *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio*⁵⁶ (2001), en el cual quedan definidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Éstos articulan el compromiso político de los Estados en un plan de acción internacionalmente acordado para reducir la pobreza y la inequidad y es considerado como el pacto políticamente más importante jamás establecido en materia de desarrollo internacional. Con el fin de dar seguimiento a su cumplimiento y logro se definieron 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH y SIDA, malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

La definición de los objetivos y sus metas tomó como punto de partida los acuerdos y consensos ya asumidos globalmente a lo largo de la década de los años 90 en distintas conferencias internacionales (Ej. *La Cumbre de la Tierra –Rio de Janeiro, 1992-*, *la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos –Viena, 1993-*, *la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo –El Cairo, 1994-*, *la Cumbre sobre el Desarrollo Social –Copenhague, 1995-*, *la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer –Beijing, 1995-* entre otras). Desde su establecimiento en el año 2000 y hasta el 2015, los ODM representan la agenda máxima en el campo del desarrollo internacional.

En la CIPD de El Cairo en 1994 se acordó internacionalmente que, asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva es un derecho humano que debe ser protegido y promovido por los Estados. La evidencia internacional muestra que garantizar acceso a estos servicios contribuye de manera significativa, a reducir la pobreza; a mejorar la calidad de vida de las personas, de sus familias y comunidades; a garantizar la plena inclusión de las mujeres en todos los ámbitos, públicos o privados; a frenar la desigualdad entre hombres y mujeres; y a construir sociedades más equitativas y justas⁵⁷. A pesar de ello, como podemos observar al revisar los ocho ODM, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva no se incluyó inicialmente entre ellos y solo algunos de sus componentes, concretamente la salud materna y el combate al VIH/SIDA se consideraron en los objetivos 5 y 6.

En la *Cumbre Mundial 2005*⁵⁸ se analizaron y reconsideraron las estrategias para el alcance de los ODM para el 2015. Reconociendo la escasa inclusión del objetivo general definido en la CIPD (lograr el acceso universal a la salud reproductiva), el documento final de esta cum-

56 Naciones Unidas, Asamblea General, A/56/326, 6 de septiembre de 2001. Quincuagésimo sexto período de sesiones. Tema 40 del programa provisional. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio. Guía General para la aplicación de la Declaración del Milenio, Informe del Secretario General.

57 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva. Perspectiva desde la Gente Joven de Latinoamérica y el Caribe. Family Care International, Youth Coalition. Agosto 2008

58 Naciones Unidas. Asamblea General. A/60/L.1, 15 de septiembre de 2005. Sexagésimo período de sesiones. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio. Documento final de la Cumbre Mundial 2005.

bre incluyó la recomendación y el compromiso político de todos los Estados participantes de insertar este objetivo en las estrategias nacionales para alcanzar los ODM, reconociendo los vínculos entre cada uno de los 8 ODM y el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Además de agregar la meta de *acceso universal a la salud reproductiva*, se agregaron otras tres metas: *acceso universal al tratamiento contra el VIH y SIDA para el objetivo 6, empleo pleno y digno para mujeres y personas jóvenes para el 2015 para el objetivo 1 y reducir el daño al planeta para el 2010 para el objetivo 8.*

Con base en estas recomendaciones, en octubre de 2007 la Secretaría General de las Naciones Unidas presentó el nuevo *Marco de Seguimiento* a los ODM con las nuevas metas y sus correspondientes indicadores. En la sección de anexos presentamos la **tabla 3** conteniendo los 8 ODM con sus respectivas metas y los indicadores de salud relacionados con cada uno de dichos objetivos. La salud sexual y reproductiva (SSR) está estrictamente vinculada a todos y cada uno de los ODM, resultando en un componente necesario en toda estrategia de desarrollo nacional. Las malas condiciones de salud sexual y reproductiva repercuten de manera negativa en el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, disminuyendo la capacidad de los individuos de aportar de forma activa y productiva en la sociedad y en la fuerza de trabajo nacional. La maternidad temprana, por ejemplo, contribuye a mantener el ciclo de pobreza, ya que al interrumpir de manera temprana la escolarización de niñas y adolescentes, limita sus oportunidades de empleo, lo que provoca que las mujeres tengan empleos más precarios, agudizando así la feminización de la pobreza. La planificación familiar y la anticoncepción permiten que las personas puedan controlar y regular el crecimiento de su familia, teniendo una mejor capacidad de sustentarla, es decir, poder brindar alimentación, cuidados y educación. Cuando las personas no disponen de información y educación sobre cómo cuidar su salud sexual y reproductiva, son escasas o nulas las posibilidades de identificar las oportunidades encaminadas hacia la auto-realización de un proyecto de vida que responda a deseos e intereses personales.

Para cumplir con el ODM (*Erradicar la pobreza extrema y el hambre*), es necesario tener en cuenta la feminización de la pobreza, pues ésta no se puede erradicar si las mujeres no tienen iguales oportunidades que los hombres. Si una mujer no puede decidir sobre su cuerpo y su sexualidad; si es víctima de violencia y abusos contra ella y su familia; si es mal remunerada o explotada; si es forzada a abandonar sus estudios o trabajo por estar embarazada, etc., no se podrá erradicar la pobreza. Por lo tanto, el seguimiento al cumplimiento de las metas es importante.⁵⁹

El ODM 2 (*Lograr la educación primaria universal*) está íntimamente ligado a la SSR. La educación de la mujer es un factor clave para la salud de sus hijos e hijas y para la reducción de la mortalidad infantil. Un mayor grado de escolaridad de las mujeres trae a la par una disminución de los riesgos de mortalidad materna y un mayor control sobre la sexualidad y la fertilidad. Por otro lado, el embarazo adolescente es una causa común y grave de deserción escolar. Por lo tanto, es necesario discutir y tomar las medidas sobre el acceso de las personas jóvenes a educación e información científica y amigable sobre sexualidad, que les permita tomar decisiones saludables, libres, informadas y responsables.⁶⁰

Para el logro del ODM 3 (*promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer*), es necesario considerar asuntos clave. La discriminación contra las mujeres está muy arraigada en determinadas sociedades, hasta el punto de no percibirse como un problema, sino como un hecho natural la subordinación al hombre, el tener menores derechos y salario, e incluso, el maltrato físico. Las mujeres tienen tasas más elevadas de analfabetismo

59 Ibid 47

60 Ibid 47

61 Ibid 47

y deserción escolar debido a que el cuidado de la casa, la familia y los niños son tareas asignadas exclusivamente a la mujer. El nivel de ingresos y de escolaridad de una mujer repercute en su SSR y viceversa. Las mujeres pobres y con menor escolaridad tienen mayores posibilidades de tener embarazos no planificados, son más vulnerables a las ITS, incluido el VIH y tienen mayores probabilidades de sufrir violencia física y sexual.⁶¹

La violencia contra la mujer es uno de los mayores desafíos para lograr la equidad de género. La violencia es un factor que impide a las mujeres gozar y ejercer su autonomía. La violencia sexual contra la mujer es una violación a los derechos humanos más fundamentales y debe ser prevenida y penada. El Estado tiene el deber de contribuir a rehabilitar la salud física y emocional de la mujer que ha sido víctima de abuso sexual y para ello debe brindar: acceso inmediato a anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo después de la violación; acceso inmediato a profilaxis de ITS, incluido el VIH para evitar contagio de éstas; total respeto hacia la mujer; y además, apoyo emocional, legal, judicial y social a la mujer afectada y su familia. El logro del ODM 3 requiere el empoderamiento de las mujeres, que les permita tomar decisiones autónomas y libres sobre sus vidas, lo cual es una condición fundamental para reducir la pobreza. Por lo tanto, invertir en la calidad de vida de las mujeres es invertir en la humanidad.

La SSR de las madres está directamente ligada a la salud de sus hijos e hijas, y por consiguiente, al logro del ODM 4 (*reducir la mortalidad de la niñez*). Muchas de las intervenciones más efectivas para mejorar la salud materna también resultan adecuadas para reducir la mortalidad en recién nacidos: la atención prenatal, la atención del parto y el post parto por personal calificado, una alimentación adecuada y acceso a medicamentos esenciales, son medidas que pueden salvar la vida de recién nacidos y de sus madres. La mayoría de muertes que ocurren entre el primer mes y los primeros cinco años de vida son causadas por enfermedades prevenibles y tratables (diarrea, neumonía, sarampión, etc.), agravadas o concomitantes con cuadros de desnutrición crónica. La mortalidad infantil y de la niñez puede reducirse significativamente si se asegura el acceso universal a los servicios básicos de salud, incluyendo servicios básicos de SSR como la planificación familiar que permite espaciar los nacimientos y consecuentemente, mejorar condiciones de vida de las madres y sus hijos e hijas.⁶²

La salud materna está vinculada al grado de respeto y protección otorgado a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El riesgo aumenta con la falta de autonomía de la mujer, la falta de educación y de recursos económicos, así como con la desnutrición y las pesadas cargas de trabajo físico durante el embarazo. Las mujeres adolescentes presentan condiciones de mayor vulnerabilidad que las mujeres adultas que se embarazan. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) *“la mortalidad materna es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países... representa un problema grave de salud pública... y es la máxima expresión de injusticia social, ya que son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio... El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX... Los resultados son claros: la muerte materna es evitable; se sabe qué intervenciones son eficaces y la inversión en maternidad sin riesgo no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad maternoinfantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades.”*⁶³

Para el ODM 5 (*mejorar la salud materna*) se ha establecido la meta de reducir en $\frac{3}{4}$ la mortalidad materna, de 1990 a 2015. La mayoría de las muertes maternas pueden evitarse

62 Ibid 47

63 Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. “26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana”. OPS/OMS, USAID, UNICEF, UNFPA. 2002

mediante la mejora de la capacidad resolutoria de los servicios de salud materna; brindando atención calificada durante el embarazo, el parto y el puerperio; y garantizando el acceso oportuno a cuidados obstétricos de emergencia. Además, la prevención de los embarazos no planificados o no deseados y consecuentemente, los abortos inseguros⁶³, constituyen un factor importante para evitar muertes maternas, por lo que el acceso a la información y a los métodos de planificación familiar, incluyendo la anticoncepción de emergencia forma parte de los servicios integrales de SSR.

Para abordar el logro del ODM 6 (*Combatir el VIH, el SIDA, la malaria y otras enfermedades*) es importante indicar de antemano que la falta de coordinación y coherencia entre políticas, programas y servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención a las personas afectadas por el VIH y SIDA, y aquellos destinados a atender la SSR, reduce los esfuerzos para generar respuestas efectivas para ambos temas. Las dos terceras partes de los 1.7 millones (1.3 a 2.5 millones) de personas que se estima que viven con el VIH en América Latina, habitan en los 4 países más grandes de la región: Argentina, Brasil, Colombia y México. Sin embargo, la prevalencia del VIH es máxima en los países de América Central, donde en 2005 fue ligeramente inferior al 1% en El Salvador, Guatemala y Panamá; el 1.5% en Honduras; y hasta el 2.5% en Belice.⁶⁵

“Se ha empezado a observar un cambio del patrón de la infección de la enfermedad, que afecta cada vez más a las mujeres en todos los países de la región, lo que se traduce en un aumento de la proporción del total de infectados que representan, y en consecuencia, en un incremento de la transmisión perinatal⁶⁶. Además, la epidemia está afectando con mayor frecuencia a la población joven y adolescente, haciendo más complejo el fenómeno porque los y las jóvenes tienen en general un acceso limitado a los servicios de educación y salud sexual y reproductiva y en muchos países se ponen trabas que impiden realizar campañas de prevención de alto impacto.”⁶⁷

La inequidad de género también está presente en el proceso de infección. La cultura machista impide que las mujeres tomen decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas, volviéndolas más vulnerables a contraer la enfermedad y a sufrir violencia en torno a su cuerpo. Además, el uso limitado del condón aumenta las probabilidades de infección si se mantienen conductas sexuales de riesgo, especialmente por parte de los hombres, provocando que las mujeres tengan pocas posibilidades de poner en práctica medidas de prevención.

Al suscribir la Declaración del Milenio los gobiernos nacionales de los Estados firmantes se comprometieron a informar periódicamente ante la Asamblea General de las Naciones Unidas de los avances realizados hacia el logro de cada uno de los ODM, en función de las metas e indicadores acordados. Sin embargo, el logro de los objetivos requiere de una participación activa de la sociedad, desarrollando procesos de incidencia política y apoyo a políticas, estrategias, programas e intervenciones a desarrollarse en contextos tanto públicos como privados.

64 Un aborto inseguro “es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos.” (OMS, 1992). En: Aborto sin Riesgos, Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2003.

65 ONUSIDA, 2006

66 Trasmisión del VIH de la madre al hijo durante o después del embarazo.

67 *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde Latinoamérica y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, 1005, pag. 279.

V. DERECHO INTERNO RELACIONADO CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El Estado de Guatemala ha ido desarrollando un marco legal que constituye la base para la implementación de políticas públicas destinadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un elemento fundamental del desarrollo social del país. La Constitución Política de la República, como ley máxima y con un sentido eminentemente humanista, contiene los preceptos que garantizan los derechos humanos fundamentales, tanto individuales como sociales, dentro de los cuales se fundamenta el goce de la SSR. A continuación describimos los aspectos más importantes de la SSR que están contenidos en una serie de leyes generales y otras más específicas.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

La Constitución Política de la República de Guatemala (13) establece en sus primeros dos artículos que el Estado se organiza para proteger a la persona y a la familia, siendo su fin supremo la realización del bien común y su deber, garantizarle a los habitantes de la república, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. Previamente en su preámbulo pone énfasis en la primacía de la persona humana, para lo cual define posteriormente, los derechos humanos, los cuales se agrupan en derechos individuales y derechos sociales. A los derechos individuales, la doctrina los divide en civiles y políticos, mientras que en los sociales están contenidos los derechos económicos, los sociales y los culturales. Los derechos sociales constituyen pretensiones, es decir, encierran determinadas prestaciones que individual o colectivamente pueden exigir los ciudadanos al Estado. Entre otros y para los fines del presente documento, entre los derechos sociales podemos destacar el derecho a la salud (arto. 93) y el derecho a la educación (arto. 71).

El derecho a la vida está contenido en el artículo 3, mediante el cual el “Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona”. Los preceptos de libertad e igualdad los encontramos en el artículo 4 y los artículos 5, 35 y 36 determinan lo relativo a la libertad de acción, libertad de emisión del pensamiento y libertad de religión respectivamente. Esta adherencia al respeto de los derechos humanos queda ratificada en el artículo 46, en el cual se establece la “preeminencia del Derecho Internacional”, mediante el cual “se establece el principio general de que en materia de derechos humanos, los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno.” (**Ver tablas 4 y 5**).

La protección a los derechos reproductivos queda establecida en el artículo 47, “Protección a la familia” el cual indica “El Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia. Promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.” A la vez, la “maternidad tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven.” (arto. 52).

En un sentido más amplio, se reconoce el derecho a la salud (arto. 93), la obligación del Estado sobre salud y asistencia social (arto. 94), y la salud como un bien público (arto. 95).

2. CÓDIGO DE SALUD (Decreto No. 90-97)

El Estado de Guatemala, a través de la ley respectiva, denominada “Código de Salud” (14) reconoce en su artículo 2 que “la salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social... y es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el encargado de coordinar las acciones pertinentes para su realización.” Específicamente el artículo 41 trata sobre la salud de la familia así: “El Estado, a través del Ministerio de Salud y de las otras instituciones del sector, desarrollarán acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez, con un enfoque integral y mejorando el ambiente físico y social a nivel de la familia, así como la aplicación de las medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, incluyendo aspectos de salud reproductiva.”

En el artículo 62 se aborda el tema de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en los siguientes términos: “Dada la magnitud, trascendencia y otras características epidemiológicas de las ETS y del SIDA, el Ministerio de Salud apoyará el desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH/SIDA, con la participación de diversos sectores.”

3. LEY DE DIGNIFICACIÓN Y PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER (Decreto No. 7-99)

Entre los objetivos de esta ley destaca el siguiente ⁽¹⁵⁾: “Promover el desarrollo de los derechos fundamentales que con relación a la dignificación y promoción de la mujer, se encuentran establecidos en la Constitución Política de la República, las convenciones internacionales de derechos humanos de las mujeres y los planes de acción emanados de las conferencias internacionales sobre la temática de la mujer, correspondiendo tal promoción a las instituciones públicas y privadas en lo que fuesen aplicables” (inciso b, artículo 2). La ley establece mecanismos mínimos de protección; dentro de la esfera privada se establece: “para garantizar el ejercicio real de la equidad de derechos de la mujer respecto a: 1. La libre elección del cónyuge, a contraer matrimonio y a su disolución, a ser progenitora, a la educación sexual y reproductiva, y a elegir de común acuerdo con su cónyuge, el número de hijos y su espaciamento.” (inciso b, artículo 8)

El artículo 15 trata lo relativo a la esfera de la salud y dicta: “El gobierno de Guatemala... establecerá mecanismos específicos con participación de las mujeres como sujetos activos en la definición de políticas en este sector para lograr el acceso de las mismas en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de:

- a) Salud integral, entendida la misma no solamente como ausencia de enfermedad, sino como el más completo bienestar físico y mental y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- b) Educación y salud psicosocial y reproductiva, planificación familiar y salud mental, pudiendo tener acceso a los mismos en completa libertad y sin presiones de ninguna clase.”

4. LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Decreto No. 97-96)

En esta ley se define la Violencia Intrafamiliar como “cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.” Su objetivo es “brindar protección especial a mujeres, niños,

niñas, jóvenes, ancianos y ancianas y personas discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso.”⁽¹⁶⁾

En el artículo 3 se especifica lo relativo a la presentación de denuncias. “La denuncia o solicitud de protección que norma la presente ley podrá hacerse en forma escrita y/o verbal, con o sin asistencia de abogada o abogado y puede ser presentada por:

- a) Cualquier persona, no importando su edad, que haya sido de acto que constituya violencia intrafamiliar. ... d) Miembros de servicios de salud o educativos, médicos que por razones de ocupación tienen contacto con la persona agraviada, para quienes la denuncia tendrá carácter de obligatoria de acuerdo al artículo 298 del Decreto Número 51-92 del Congreso de la República⁶⁸.”

El reglamento de esta ley⁶⁹ indica en su artículo 8 que “todas las instituciones facultadas para denunciar o para recibir denuncias de conformidad con la ley y este reglamento están obligadas a llevar un registro de las mismas y a llenar la boleta única de registro. Copias de la boleta única de registro se harán llegar a la Dirección de Estadística Judicial, al Instituto Nacional de Estadística, de acuerdo al instructivo...”

5. LEY CONTRA EL FEMICIDIO Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (Decreto No. 22-2008)

Esta ley tiene como objeto garantizar la vida, la libertad, la integridad, la dignidad, la protección y la igualdad de todas las mujeres ante la ley, y de la ley, particularmente cuando por condición de género, en las relaciones de poder o confianza, en el ámbito público o privado quien agrede, cometa en contra de ellas prácticas discriminatorias, de violencia física, psicológica, económica o de menosprecio a sus derechos. Su fin es promover e implementar disposiciones orientadas a la erradicación de la violencia física, psicológica, sexual, económica o cualquier tipo de coacción en contra de las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia.⁽¹⁷⁾

La ley define la violencia contra la mujer como toda acción u omisión basada en la pertenencia al género femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado. Se considera víctima a la mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.

La violencia sexual es definida en el artículo 3(n) como: Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de

68 Artículo 298 del Código Procesal Penal. Denuncia obligatoria: Deben denunciar el conocimiento que tienen sobre un delito de acción pública, con excepción de los que requieren: Instancia, denuncia o autorización para su persecución y sin demora alguna:

1. Los funcionarios y empleados públicos que conozcan el hecho en ejercicio de sus funciones, salvo el caso de que pese sobre ellos el deber de guardar secreto.
2. Quienes ejerzan el arte de curar y conozcan el hecho en ejercicio de su profesión u oficio, cuando se trate de delitos contra la vida o la integridad corporal de las personas, con la excepción específica en el inciso anterior

69 Reglamento de la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. Acuerdo Gubernativo No. 831-2000.

protección contra enfermedades de transmisión sexual.

En el capítulo IV, artículo 7 de la ley se tipifican los delitos y penas en contra de quienes cometen violencia contra la mujer. Comete el delito de violencia contra la mujer quien, en el ámbito público o privado ejerza violencia física⁷⁰, sexual o psicológica⁷¹, valiéndose de las siguientes circunstancias:

- a) Haber pretendido en forma reiterada o continua, infructuosamente, establecer o restablecer una relación de pareja o de intimidad con la víctima.
- b) Mantener en la época en que se perpetre el hecho, o haber mantenido con la víctima relaciones familiares, conyugales, de convivencia, de intimidad o noviazgo, amistad, compañerismo o relación laboral, educativa o religiosa.
- c) Como resultado de ritos grupales usando o no armas de cualquier tipo.
- d) En menosprecio del cuerpo de la víctima para satisfacción de instintos sexuales o cometiendo actos de mutilación genital.
- e) Por misoginia⁷².

La persona responsable del delito de violencia física o sexual contra la mujer será sancionada con prisión de cinco a doce años, de acuerdo a la gravedad del delito, sin perjuicio de que los hechos constituyan otros delitos estipulados en leyes ordinarias.

El artículo 9 de la ley establece la prohibición de causales de justificación. En los delitos tipificados contra la mujer no podrán invocarse costumbres o tradiciones culturales o religiosas como causal de justificación o de exculpación para perpetrar, infligir, consentir, promover, instigar o tolerar la violencia contra la mujer.

La responsabilidad del Estado queda definida en el artículo 12 de la siguiente manera: En cumplimiento a lo establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala y en los convenios y tratados internacionales sobre derechos humanos aceptados y ratificados por el Estado de Guatemala, el Estado será solidariamente responsable por la acción u omisión en que incurran las funcionarias o funcionarios públicos que obstaculicen, retarden o nieguen el cumplimiento de las sanciones previstas en la presente ley, pudiendo ejercer contra éstas o éstos la acción de repetición si resultare condenado, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas o civiles. El Estado tiene la obligación de brindar la asistencia en forma gratuita a la víctima o a sus familiares, debiendo proporcionarles los servicios de una abogada defensora pública o abogado defensor público, para garantizar el efectivo ejercicio de sus derechos (artículo 19).

Según el artículo 26 constituyen fuentes de interpretación de esta ley lo establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala y en los convenios y tratados internacionales sobre derechos humanos aceptados y ratificados por el Estado de Guatemala. En particular serán fuentes de interpretación de la ley:

- a) La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- b) La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.

70 Violencia física: Acciones de agresión en las que se utiliza la fuerza corporal directa por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad a una mujer.

71 Violencia psicológica o emocional: Acciones que pueden producir daño o sufrimiento psicológico o emocional a una mujer, a sus hijas o a sus hijos, así como las acciones, amenazas o violencia contra las hijas, los hijos y otros familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de la víctima, en ambos casos en el objeto de intimidarla, menoscabar su autoestima o controlarla, la que sometida a ese clima emocional puede sufrir un progresivo debilitamiento psicológico con cuadros depresivos.

72 Misoginia: Odio, desprecio o subestimación a las mujeres por el solo hecho de serlo.

6. LEY CONTRA LA VIOLENCIA SEXUAL, EXPLOTACIÓN Y TRATA DE PERSONAS (Decreto No. 9-2009)

El objeto de esta ley es prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, la atención y protección de sus víctimas y resarcir los daños y perjuicios ocasionados.⁽¹⁸⁾

El título IV de la ley establece las penas relativas a los delitos de violencia sexual, explotación y trata de personas. El artículo 24 indica que: “Quien a sabiendas que padece de infección de transmisión sexual, expusiera a otra persona al contagio, será sancionada con prisión de dos a cuatro años. Si la víctima fuere menor de edad o persona con incapacidad volitiva o cognitiva, la pena se aumentará en dos terceras partes.”

Mediante el artículo 28 que trata lo relativo a la violencia sexual, se reforma el artículo 173 del Código Penal (Decreto No. 17-73 del Congreso de la República), el cual queda así: “Artículo 173. Violación. Quien, con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirse a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aún cuando no medie violencia física o psicológica. La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.”

El artículo 29 que se refiere a la agresión sexual, indica la adición del artículo 173 Bis al Código Penal (Decreto No.17-73 del Congreso de la República) el cual queda así: “Quien con violencia física o psicológica, realice actos con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma, siempre que no constituya delito de violación, será sancionado con prisión de cinco a ocho años. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aún cuando no medie violencia física o psicológica. La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.”

Asimismo la ley define los delitos y establece las penas a cumplir ante situaciones de exhibicionismo sexual, ingreso a espectáculos y distribución de material pornográfico a personas menores de edad, violación a la intimidad sexual, delitos de explotación sexual como la prostitución, producción y comercialización de pornografía de personas menores de edad y la utilización de actividades turísticas para la explotación sexual comercial de personas menores de edad. Los artículos de este capítulo contienen reformas a artículos del Código Penal (Decreto 17-73 del Congreso de la República).

Además la ley establece las penas ante situaciones de embarazos o partos fingidos, sustitución de un niño por otro, supresión y alteración del estado civil, adopción irregular, disposición ilegal de órganos o tejidos humanos.

7. LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA –VIH- Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA –SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA (Decreto No. 27-2000)

Uno de los considerandos de esta ley afirma que “de momento la forma más efectiva de combatir este mal sin precedentes es la información y la educación, y que por lo tanto, negarla, ocultarla o desvirtuarla significa atentar contra la vida humana.” Ante ello en el artí-

culo 1 se “declara la infección por el VIH y el SIDA como un problema social de urgencia nacional.” La presente ley tiene por objeto (artículo 2) la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual –ITS-, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana –VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.⁽¹⁹⁾

El capítulo III de la ley se refiere a aspectos relacionados con la educación e información del tema, cuyas acciones corresponde coordinar y supervisar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (abreviadamente PNS) y al Ministerio de Educación. Es mandatorio incluir dentro del contenido curricular una unidad educativa durante el ciclo escolar sobre la educación formal e informal para prevenir ITS y el VIH/SIDA, a nivel primario, a partir del quinto grado, ciclo básico y diversificado, tanto a nivel público como privado (arto. 9). Para ello, los educadores deben ser capacitados (arto. 10). Además, se establece la difusión escrita, radial y televisada de programas orientados a la difusión de información (arto.11); la divulgación de métodos de prevención (arto. 13); la educación a todos los sectores del país (arto. 12); la educación sanitaria, información científica y promoción de principios éticos a observar, dirigida a personal de servicios de salud (arto. 14); la promoción de la participación comunitaria (arto. 15); la responsabilidad de los colegios profesionales y sus respectivas asociaciones de difundir entre sus miembros todo lo relacionado al VIH/SIDA (arto. 16); la prevención en centros especiales (tutelares, penitenciarios, de salud mental y de seguridad civil y militar) (arto. 17); y finalmente, el acatamiento de las normas de bioseguridad universalmente aceptadas, por parte de quienes manejen órganos, líquidos orgánicos y hemoderivados, quienes realicen acupuntura, perforaciones y tatuajes o cualquier otro procedimiento que implique riesgo para la transmisión del VIH/SIDA (arto. 18).

Para efectuar el diagnóstico, el artículo 19 establece observar confidencialidad y voluntariedad de las pruebas. Se prohíbe la autorización de las pruebas para el diagnóstico de la infección por VIH de manera obligatoria, salvo en los casos siguientes:

- a) Cuando a criterio del médico, el cual constará en el expediente clínico, exista necesidad de efectuar la prueba para fines exclusivamente de la atención de salud del paciente, a fin de contar con un mejor criterio de tratamiento.
- b) Cuando se trate de donación de sangre y hemoderivados, leche materna, semen, órganos y tejidos.
- c) Cuando se requiera para fines procesales penales y con previa orden de la autoridad judicial competente.

No se solicitará la prueba serológica para el ingreso al país, el acceso a bienes o servicios, a trabajo, a formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica (arto. 22). Las pruebas serológicas que estén indicadas en menores de edad requieren que los padres o responsables legales del menor lo permitan, quienes estarán informados y prestarán su consentimiento escrito para la realización de la extracción sanguínea, salvo las excepciones previstas en la presente ley (arto. 23). El médico tratante o personal de salud capacitado en VIH/SIDA que informa a una persona de su condición de seropositividad, deberá informar además del carácter infeccioso de ésta y de los medios y formas de transmisión y de prevención, del derecho a recibir asistencia en salud adecuada e integral y de la obligatoriedad de proteger a su pareja habitual o casual, garantizando su confidencialidad (arto. 24). Cuando la persona que vive con VIH/SIDA se negare o no pueda notificar a su pareja habitual o casual de su diagnóstico, el médico tratante o el personal de salud deberá notificar a la misma, según los procedimientos especificados en la reglamentación de esta ley, respetando en todo

momento, la dignidad humana, los derechos humanos y la confidencialidad de las personas (arto. 25).

Para efectos de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA están obligados a informar al MSPAS por medio del PNS, los profesionales médicos, microbiólogos, odontólogos, personal paramédico y todo aquel que maneje información epidemiológica sobre estos casos, que labore tanto en instituciones públicas como privadas, nacionales o extranjeras que tengan información del diagnóstico de esta enfermedad (arto. 27).

La investigación en seres humanos para fines de prevención y tratamiento del VIH/SIDA deberá contar con el consentimiento expreso de las personas involucradas en la misma, quienes lo otorgarán con independencia de criterio, sin temor a represalias y previo conocimiento de los riesgos, beneficios y opciones a su disposición. Dichas investigaciones estarán sujetas a la Declaración de Helsinki⁷³... (arto. 28). Ninguna persona infectada por el VIH/SIDA podrá ser objeto de experimentación de medicamentos y técnicas asociadas a la infección por el VIH sin haber sido advertida de la condición experimental de éstas, de los riesgos que corre y sin que medie su consentimiento previo, o de quien legalmente esté autorizado a darlo (arto. 29).

El capítulo VI de la ley (artículos del 34 al 51) trata lo referente a la promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas que vivan con VIH/SIDA, derechos y deberes proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los acuerdos internacionales sobre derechos humanos suscritos por el Estado de Guatemala. Se reconocen derechos: de atención integral, de la no discriminación, de respeto a la confidencialidad, de información, de comunicación a la pareja, de educación y de movilización. También, los derechos: al trabajo, al deporte y a la recreación, a la salud sexual y reproductiva, a la seguridad social, al no aislamiento y a una muerte digna.

La ley establece sanciones (de acuerdo con el Código de Salud o el Código Penal) a quienes realicen las siguientes contravenciones:

- a) A las personas que con fines epidemiológicos se encuentren obligadas a informar de los resultados de la infección por el VIH/SIDA, al MSPAS, no lo hagan.
- b) A las personas que conociendo del estado de infección por el VIH/SIDA de un paciente, sin su consentimiento y sin justa causa de conformidad con lo establecido en la presente ley, faciliten información, hicieren referencia pública o privada, o comunicaren acerca de dicha infección a otra persona.
- c) Al patrono que solicite a un empleado o a una persona que va a contratar, el examen diagnóstico de infección por el VIH.
- d) A los profesionales y personal de salud y asistencia social que se nieguen a prestar atención a personas que viven con VIH/SIDA.

8. LEY DE DESARROLLO SOCIAL (Decreto No. 42-2001)

La Ley de Desarrollo Social constituye el instrumento legal básico que, en materia de salud, define a la salud reproductiva como el eje central sobre el cual deben orientarse las políticas públicas de salud para coordinar y complementarse con las políticas de otros sectores para alcanzar el desarrollo social del país, ya que abarca todo el ciclo de vida de los habitantes del país y pone especial énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad, dadas las condiciones económicas, sociales y culturales que históricamente se han manifestado.

73 World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland June 1964, and amended by the 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan Oct. 1975, 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, Oct. 1983, 41st WMA General Assembly, Hong Kong, Sep. 1989, 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, Oct. 1996, and the 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, Oct. 2000.

Para el logro del desarrollo social la ley establece como principios rectores la igualdad, la equidad, la libertad, la familia como unidad básica de la sociedad, el derecho al desarrollo y la descentralización. Define como grupos de especial atención a los indígenas, a las mujeres, a quienes viven en áreas precarias, a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad, a las personas adultas mayores, a los discapacitados y a la población migrante. Define la salud reproductiva y establece la creación del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) cuyo objetivo esencial es reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.(20)

Los servicios de salud reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública por lo que el MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) por medio de sus dependencias ... están obligados a garantizar el acceso efectivo a las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente (artículo 26.2). Se pone especial énfasis en que a la población adolescente se le brindará atención específica y diferenciada en todas las unidades del MSPAS y del IGSS (artículo 26.4). (Para conocer los principales **indicadores de salud reproductiva del país, ver tabla 6**).

La ley considera que la vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional (artículo 26.5). Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:

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

La ley define las generalidades de la política de desarrollo social y población en materia de educación (artículo 29) en los siguientes términos: "Tomando en consideración que el fin primordial de la educación es el desarrollo integral de las personas y observando lo que en

su caso establezca la Política de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Educación, otras entidades públicas en coordinación con el MSPAS, incorporarán en sus políticas educativas y de desarrollo las medidas y provisiones necesarias para:

1. Incluir la materia de población en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, comprendiendo cuando menos las temáticas relativas a: desarrollo, población, salud, familia, calidad de vida, ambiente, género, sexualidad humana, derechos humanos, multiculturalidad e interculturalidad, paternidad, maternidad responsable y salud reproductiva.
2. Diseñar, impulsar y hacer accesibles a todas las personas, programas específicos de información y educación sexual para fomentar estilos de vida saludables de las personas y de las familias, orientados a la prevención de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y la prevención de infecciones de transmisión sexual, en todos los centros y niveles educativos del país.
3. No deberá expulsarse ni limitarse el acceso a los programas de educación formal e informal a las adolescentes embarazadas.”

Las principales orientaciones de la educación en población (artículo 31) son las siguientes:

1. Formación socio-demográfica, encaminada a estudiar la importancia y el impacto de las variables demográficas en el desarrollo económico y social del país, así como la influencia de éste sobre la dinámica demográfica.
2. Educación sexual orientada a desarrollar valores y principios éticos y morales sustentados en el amor, comprensión, respeto y dignidad, así como fomentar estilos de vida saludable y un comportamiento personal basado en una concepción integral de la sexualidad humana en sus aspectos biológico, psicosocial y del desarrollo integral de la persona. El contenido y metodologías educativas serán definidas por la Comisión Intersectorial de Educación en Población en congruencia con el carácter científico y humanístico que establece la Constitución Política de la República.
3. Educación sobre paternidad y maternidad responsable orientada a fortalecer el ejercicio de la libertad consagrada en la Constitución Política de la República.

Política de Desarrollo Social y Población

La Política de Desarrollo Social y Población⁷⁴ fue elaborada con el fin de alcanzar el bienestar y el desarrollo humano de la población guatemalteca y es el resultado del consenso alcanzado por diferentes sectores de la sociedad civil, quienes participaron en diversos talleres de consulta y discusión, a convocatoria de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República (SEGEPLAN), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la Secretaría Presidencial de la Mujer. Su objetivo general es contribuir al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos más vulnerables de la población.

Los cinco componentes fundamentales de esta política son: salud; educación; empleo y migración; riesgo a desastres; y comunicación social, los cuales son complementarios y se encuentran coordinados entre sí a través de los principios establecidos en el capítulo II de la Ley de Desarrollo Social y los principios establecidos para la estructura operacional.

La política sectorial de salud establece como sus instrumentos de política el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) y el Programa Nacional de Prevención del VIH-SIDA (PNS) y sus objetivos específicos son:

1. Fortalecer el acceso a los servicios de salud reproductiva.
2. Mejorar la información en cuanto a salud reproductiva.
3. Aumentar el personal calificado en cuanto a salud reproductiva.
4. Informar y educar a la población en el tema de salud reproductiva.
6. Fortalecer el MSPAS y el PNSR.
7. Fortalecer la atención integral de ITS/VIH/SIDA.
8. Informar y educar a la población para la prevención de ITS/VIH/SIDA.

Para el logro de estos objetivos se definen una serie de acciones como tareas específicas de los programas establecidos como instrumentos de la política. **(Ver tabla 7 en Anexos).**

9. LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU INCORPORACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA (Decreto No. 87-2005)

Para dar cumplimiento y complemento a preceptos constitucionales (artículo 47) y otros mandatos legales (Código de Salud, artículo 9; Ley de Desarrollo Social, artículos 25 y 26), en el año 2005 se decretó la “Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su incorporación en el Programa Nacional de Salud Reproductiva”⁽²¹⁾, cuyo objeto es “asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar (PF). Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

Las disposiciones de la ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria y en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo al IGSS, entidades privadas y organizaciones no gubernamentales (ONG) que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención (arto. 2). Son destinatarios de esta ley la población general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud (arto. 3).

Se establece que el MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud deben garantizar y asegurar el acceso universal a los métodos de planificación familiar para responder adecuadamente a la demanda de la población (arto. 4). Dichas instituciones deben estimar la demanda insatisfecha de la población mediante estudios técnicos y definir estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios (arto. 5). Es responsabilidad del MSPAS asegurar que, a través de las ONG que prestan el conjunto básico de servicios de salud en los lugares del más difícil acceso geográfico, se provean los métodos de PF, debiendo además el Ministerio de Educación, brindar información y comunicación en este campo (arto. 6). Se define como acceso funcional a los servicios de PF, la oferta de la gama tanto de métodos tradicionales como de métodos modernos, con el compromiso de que los proveedores tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo con la normativa oficial del MSPAS (arto. 7).

El sector salud debe asegurar que los servicios de PF se integren a otros componentes de atención del Programa de Salud Reproductiva, lo cual contribuirá directamente en la disminución de la mortalidad materno-infantil (arto. 8). Asimismo, el sector salud diseñará estrategias que aseguren la provisión de servicios integrales y diferenciados para adolescentes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades (arto. 9). En el currículo de formación educativa deben incluirse contenidos sobre derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como

74 Política de Desarrollo Social y Población. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). Guatemala, abril 2002.

factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno infantil (arto. 10).

Las usuarias y usuarios de métodos de PF deben recibir la consejería adecuada para que la elección del método ocurra mediante una decisión libre e informada (arto. 11). Por otro lado, los proveedores de servicios deben contar con las competencias técnicas y aplicar los criterios médicos de elegibilidad de todos los métodos de PF de acuerdo con normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas en la prestación de servicios (arto. 12). El sector salud debe monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas (arto. 16). Las instituciones que brinden servicios de PF deben asegurar que el personal responsable desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad de los usuarios y “en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad” (arto. 13).

Como parte de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento el sector salud debe realizar campañas masivas de información y comunicación sobre los métodos de PF, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de la población. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en los extremos de la edad reproductiva de las mujeres, la multiparidad y los períodos intergenésicos cortos, como contribuyentes en las altas tasas de mortalidad materna y el impacto socioeconómico que ésta tiene en la sociedad (arto. 15).

La ley establece la creación de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, la cual debe velar por la disponibilidad de métodos para garantizar el acceso de la población a los mismos. Para el cumplimiento de la ley, el MSPAS debe establecer en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos que satisfaga la demanda de la población guatemalteca (arto. 21); además, deberán ser incorporados a dicho presupuesto los fondos provenientes de lo preceptuado en el artículo 25 del Decreto 21-04 del Congreso de la República (Ver abajo).

Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva⁷⁵

Este reglamento tiene por objeto establecer los procedimientos que permitan desarrollar las disposiciones de la ley. Para el mejor desarrollo del reglamento en su artículo 2 se presentan las definiciones de: consejería profesional adecuada, demanda insatisfecha, métodos de planificación familiar modernos o artificiales, métodos de planificación familiar tradicionales o naturales, paternidad y maternidad responsable, primer nivel de atención, salud sexual, salud reproductiva, servicios básicos de salud y servicios de planificación familiar.

En el capítulo II se determina lo relativo al acceso universal a los servicios de planificación familiar, el cual incluye: el proceso de compra, adjudicación, almacenamiento y distribución de los métodos; la elaboración de un plan estratégico para disminuir las necesidades insatisfechas de planificación familiar utilizando información basada en encuestas nacionales; los mecanismos para la prestación de servicios; el contenido curricular que debe implementar el Ministerio de Educación en coordinación con el MSPAS para los niveles de educación primaria y media; el desarrollo de un sistema de evaluación y monitoreo de servicios de acuerdo a normas establecidas; las instituciones responsables de la provisión de servicios; la integración de los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud; y el aseguramiento de prestación de servicios integrales y diferenciados para adolescentes.

En el capítulo III se establece lo relativo a la educación y comunicación para el acceso a

los servicios de planificación familiar. Su articulado contiene: la redefinición del contenido curricular de estudios para el nivel secundario que incluya lo referente a salud reproductiva; los lineamientos para el cumplimiento de una consejería de calidad en planificación familiar para la toma de decisiones libres e informadas; el desarrollo de un programa permanente de capacitación y supervisión a los proveedores de servicios de salud de los distintos niveles de atención; y la elaboración de un plan de comunicación y difusión con enfoque de género e interculturalidad a nivel nacional sobre aspectos de planificación familiar.

En el capítulo IV se indica la necesidad de elaborar un plan de monitoreo y evaluación para la disminución de las barreras médicas y la prestación de servicios, así como la necesidad de definir indicadores específicos de abastecimiento. En el capítulo V se define lo relativo a la integración de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA), la elección de su coordinador(a) y las funciones de la comisión.

10. LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DESTILADAS, CERVEZAS Y OTRAS BEBIDAS FERMENTADAS, SU REGLAMENTO Y LA LEY SECA (Decreto No. 21-2004)

El artículo 25 de esta ley establece el destino de la recaudación impositiva a la distribución de bebidas alcohólicas de la siguiente manera: “De los recursos recaudados por la aplicación del presente impuesto se destinará un mínimo de quince por ciento (15%) para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dicho destino no será susceptible de asignarse a otro fin ni a transferencia presupuestaria alguna.”⁽²²⁾

11. LEY DE MATERNIDAD SALUDABLE (Decreto No. 32-2010)

Entre los fines de esta ley se pueden destacar:⁽²³⁾

- Declaratoria de la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional⁽⁷⁶⁾, apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal⁽⁷⁷⁾, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante.
- Fortalecer el PNSR y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS, respetando los métodos de atención a la salud tradicionales de las culturas maya, xinca y garífuna⁽⁷⁸⁾.
- Garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando la pertinencia cultural, la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas.
- Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materno-neonatal que permita medir el avance e impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.
- Promover el involucramiento de los consejos de desarrollo urbano y rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas para prevenir y reducir la mortalidad materna neonatal.

La aplicación y cumplimiento de la ley se le atribuye como responsabilidad al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y a organizaciones no gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el MSPAS.

75 Acuerdo Gubernativo No. 279-2009. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto número 87-2005 del Congreso de la República. Guatemala, 27 de octubre de 2009. Publicado en el Diario de Centro América el viernes 30 de octubre 2009, páginas: 3-6.

Los principios rectores de la ley son: la gratuidad, la accesibilidad, la equidad, el respeto a la interculturalidad y la sostenibilidad. La ley determina la obligatoriedad de promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan en la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados y promover embarazos saludables. Esta tarea está asignada al MSPAS, al IGSS, al Ministerio de Educación y a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Las instituciones responsables del cumplimiento de la ley deben coordinar acciones para brindar atención obligatoria durante el embarazo, durante el parto, en el post parto y atención al recién nacido. Para cada proceso de atención se establecen principios generales de atención calificada⁷⁹, de pertinencia cultural, de atención diferenciada a grupos vulnerables, de integración con otros servicios de salud reproductiva y de respeto a los derechos humanos de usuarias y usuarios de los servicios de salud.

La atención obligatoria durante el embarazo incluye las intervenciones básicas siguientes:

- a) Atención prenatal de acuerdo con los estándares técnicos basados en la evidencia científica.
- b) Manejo y referencia a niveles de mayor complejidad de los casos que presentan complicaciones obstétricas que no puedan ser resueltas en ese servicio.
- c) Disponibilidad y entrega de los medicamentos e insumos requeridos para la atención del embarazo, así como la atención de patologías y/o condiciones especiales asociadas a dichos eventos.
- d) Acceso a servicios de laboratorio clínico de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento, y cuando sea necesario, hacer la referencia correspondiente.
- e) Consejería en planificación familiar.
- f) Consejería en la realización de la prueba del VIH.
- g) Atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas, tomando en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación socioeconómica.
- h) Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el

76 Esta declaratoria aparece ya en la Ley de Desarrollo Social (Dto. 42-2001, artículo 26.5)

77 El énfasis en la mortalidad neonatal deriva del hecho de que ésta constituye un indicador de la calidad de la atención del embarazo, del parto y los cuidados y atención específicos que se brindan al recién nacido. Además, en Guatemala la mortalidad neonatal constituye el 57% de la mortalidad infantil de acuerdo con los datos de la ENSMI 2008-2009.

78 Tomando en consideración la responsabilidad del MSPAS establecida en el Código de Salud, de definir un modelo de atención integral que promueva la participación de instituciones sectoriales y comunidad organizada, de priorizar acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, garantizando dicha atención en los distintos niveles de atención y tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe, en noviembre del 2009 se firmó el Acuerdo Ministerial No. 1632-2009, por medio del cual se creó la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala (UASPIIG), cuyo objetivo general es contribuir en la creación de condiciones políticas y estratégicas para el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas, principalmente para el reconocimiento, valoración, rescate, fortalecimiento, promoción de las prácticas de salud indígena y facilitar estudios e investigación de los sistemas de salud, desde un abordaje en los niveles político, organizativo, administrativo, técnico y operativo. La UASPIIG promueve la participación social y el desarrollo de programas de formación y sensibilización en salud desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, contribuye a la creación de condiciones para la apropiación, armonización, articulación y el respeto entre el sistema oficial de salud y los sistemas de salud de los pueblos indígenas.

79 La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su niño reciben atención adecuada durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el post parto y el periodo neonatal, ya sea que el lugar del parto sea el hogar, un centro de salud o un hospital. Para que este proceso se lleve a cabo, el proveedor debe tener las habilidades necesarias y debe estar apoyado por un ambiente habilitante en los diferentes niveles del sistema de salud, incluyendo un marco político y regulatorio de apoyo; suministros, equipo e infraestructura adecuados; y un sistema de comunicación y referencia/transporte efectivo y eficiente. En: *Skilled Care During Childbirth: Saving Women's Lives, Improving Newborn Health*. Safe Motherhood Inter-Agency Group: Family Care International, United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO), World Bank, Population Council, International Confederation of Midwives (ICM), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), International Planned Parenthood Federation (IPPF), Regional Prevention on Maternal Mortality Network (Africa), Safe Motherhood Network of Nepal. 2002.

tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia.

- j) El acceso a material educativo y comprensible para todo el núcleo familiar en el cual se instruya a la mujer y a su familia, respecto de las acciones que se deben tomar en caso de emergencias durante el embarazo, para responder oportunamente a emergencias obstétricas que puedan presentarse.

Así como en la atención del embarazo, para la atención del parto las instituciones responsables de dar cumplimiento a la ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones:

- a) Atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas nacionales e internacionales y los protocolos institucionales vigentes.
- b) Las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad.
- c) Posición para la atención del parto según preferencia de la mujer, deberá formularse el protocolo de parto vertical. Los servicios de salud que atienden partos, deberán considerar el acompañamiento de las mujeres por un familiar o persona de confianza en el momento del parto, cuando se trate de un parto normal.
- d) Atención obstétrica de emergencia básica que incluya los procedimientos establecidos en los protocolos para la atención de la emergencia obstétrica, con énfasis en las hemorragias obstétricas cualquiera que sea su origen.
- e) Equipo médico, insumos y medicamentos disponibles para la atención del parto, del recién nacido, pos-parto y hemorragias obstétricas de acuerdo al nivel de resolución de cada servicio.
- f) Disponibilidad de transporte en las unidades de atención del segundo y tercer nivel, las veinticuatro horas del día.
- g) Disponibilidad de sangre segura en cantidad y calidad suficiente.

La atención obligatoria en el posparto incluye:

- a) Vigilancia inmediata del puerperio y control del mismo.
- b) Información, consejería y suministro de métodos de planificación familiar solicitados para el período posparto con el objetivo de lograr el óptimo espaciamiento entre embarazos.
- c) Orientación sobre prevención de cáncer cérvico uterino y de mama.
- d) Información sobre la importancia de un régimen nutricional y suplementos alimenticios para la recuperación física y emocional.
- e) Orientación, identificación y referencia en casos de problemas emocionales.
- f) Visita del postparto en el hogar cuando éste se lleve a cabo en el hogar, un proveedor/a calificada debe visitar a la mujer puérpera y al recién nacido entre las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas. Este personal deberá identificar signos y síntomas de peligro y remitir a la mujer o al recién nacido, según sea el caso, al nivel de atención con la capacidad resolutoria necesaria, según la morbilidad detectada.

Además, la ley institucionaliza a los Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) y a los centros de atención permanente (CAP) como servicios del segundo nivel de atención del MSPAS. Indica el establecimiento de casas maternas cercanas a los servicios de salud con pertinencia cultural, para permitir a las embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto. Las organizaciones no gubernamentales contratadas por el MSPAS para la extensión de cobertura, deben cumplir con la atención de la mujer en edad fértil no embarazada, la atención prenatal, materna y postnatal.

La ley establece que el MSPAS con el aval de la Universidad de San Carlos de Guatemala, acreditará al recurso humano calificado para la atención materna neonatal. Además, el MSPAS deberá definir, certificar y supervisar estándares de calidad en los procesos de atención brindados por clínicas y hospitales privados. El MSPAS también deberá formular en coordinación con las asociaciones pertinentes, una política que defina el rol de las comadronas, sus funciones y el relacionamiento con los servicios de salud, así como un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico.

La ley determina acciones inmediatas para mejorar la salud materna neonatal, las cuales podemos sintetizar en:

- a) Programas nutricionales a niñas, adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes.
- b) Prevención de embarazos en niñas y adolescentes.
- c) Servicios de planificación familiar, incluyendo el período del evento post obstétrico.
- d) Atención prenatal, del parto y del postparto.
- e) Atención de emergencias obstétricas.
- f) Realizar estudio de factibilidad que permita crear un seguro de maternidad y niñez.

La ley de Maternidad Saludable determina que el MSPAS desarrollará acciones de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal y de la mortalidad y morbilidad materna neonatal, sus consecuencias, factores de riesgo y el impacto en el sistema de salud pública. Para ello, las Direcciones de Área de Salud tienen la obligación de integrar los Comités de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad y Morbilidad Materna y Neonatal a nivel departamental, municipal y hospitalario, debiendo dichos comités, incluir la participación de dos representantes de las organizaciones de la sociedad civil. El comité a nivel nacional también debe incluir a estos representantes.

La red de establecimientos del MSPAS, del IGSS, las clínicas y hospitales privados que prestan servicios materno-neonatales tienen la obligación de informar sobre las muertes maternas y neonatales al Centro Nacional de Epidemiología dentro de las 48 horas después de sucedido el evento, y éste deberá notificarlo al Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) en un plazo no mayor de cinco días. El Ministro de Salud a su vez, deberá enviar a la Comisión de Salud del Congreso de la República el último día de cada mes, un informe sobre las muertes maternas y neonatales ocurridas, detallando las razones y los lugares donde ocurrieron y las acciones que se han tomado para resolver los problemas que llevaron a dichas muertes.

De acuerdo a la ley, el Ministro de Salud tiene el mandato de crear la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, la cual será presidida por él o por su Viceministro Técnico. Esta comisión tiene las siguientes funciones:

- a) Realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.
- b) Vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta ley, así como el análisis del impacto en reducción de la muerte materna.
- c) Garantizar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo, la actualización de la evidencia científica y su aplicación en Guatemala.

La Comisión Multisectorial debe ser integrada por representantes del MSPAS, del IGSS, de la Comisión de Salud del Congreso, de la Secretaría de Planificación y Programación de la

Presidencia de la República y de asociaciones profesionales, participando como observadores los representantes de la cooperación internacional y del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR).

Tanto el MSPAS como el IGSS asignarán los recursos financieros necesarios para la atención de la salud materna neonatal en los tres niveles de atención del sistema de salud, definidos por la ley, priorizando las regiones del país con mayores “índices” de mortalidad materna y neonatal, así como las regiones de mayor vulnerabilidad en función del nivel de pobreza de la población. Además, de lo establecido en el artículo 25 de la Ley del Impuesto a la Distribución de las Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas (Dto. 21-2004), un mínimo del 15% de dicho impuesto debe ser destinado a programas de salud sexual y reproductiva, de los cuales la atención de la salud materna forma parte.

12. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (Decreto No. 27-2003)

“Para los efectos de esta ley se considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad y adolescente a toda aquella desde los trece hasta que cumple dieciocho años de edad.” (arto. 2). “El Estado deberá respetar los derechos y deberes de los padres o en su caso de las personas encargadas del niño, niña o adolescente, de impartir en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño, niña y adolescente ejerza los derechos reconocidos en la Constitución Política de la República, la presente ley y demás leyes internas, ...” (arto. 3).⁽²⁴⁾

“Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales públicas que les permitan un nacimiento y un desarrollo sano y armonioso, en condiciones dignas de existencia.” (arto. 25). “El Estado, las instituciones y los empleadores deberán proporcionar condiciones adecuadas para la lactancia materna, incluso para los hijos e hijas de madres sometidas a medidas privativas de libertad.” (arto. 26).

Según el artículo 27 los establecimientos de salud, públicos y privados están obligados a:

- a) Identificar al recién nacido mediante el registro de su impresión plantar y digital y de la identificación digital de la madre, sin perjuicio de otras formas normadas por la autoridad administrativa competente; será el registro civil de cada municipalidad el que vele porque esta norma sea cumplida al momento de la inscripción del niño o la niña.⁸⁰ ...

“Queda asegurada la atención médica al niño, niña y adolescente a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario de las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud.” (arto. 28). En el artículo 35 queda establecido que: “Todos los centros de atención a la salud del país, tanto públicos como privados están obligados a: a) Posibilitar que el recién nacido tenga contacto con la madre al nacer y alojamiento conjunto con ella. ... d) Controlar que el crecimiento y desarrollo del niño o niña no sea inferior a la edad cronológica del mismo y orientar a los padres, tutores o encargados para que tomen las medidas necesarias, remitiéndolos a donde corresponda.

La sección VII de la ley trata lo relativo al derecho a la protección por el maltrato. Según el

⁸⁰ Al momento de decretar esta ley, aún estaba vigente el registro de los nacimientos en los Registros Civiles de las Municipalidades; aún no existía el Registro Nacional de las Personas (RENAP), entidad que actualmente es la responsable legal de dicho procedimiento.

artículo 54 es obligación estatal “adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de:

- a) Abuso físico ...
- b) Abuso sexual: que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual.
- c) Descuidos o tratos negligentes: que ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña o adolescente, no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la posibilidad de hacerlo.
- d) Abuso emocional ...

La sección VIII trata sobre el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la protección por la explotación y abusos sexuales, incluyendo:

- a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual.
- b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico.
- c) Promiscuidad sexual.
- d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables.

Política: Salud para la Adolescencia y la Juventud

La Política: “Salud para la Adolescencia y la Juventud”⁸¹ impulsada por el MSPAS toma para su implementación “el rango etáreo de los 10 a los 25 años de edad en ambos sexos, como la etapa de la adolescencia y juventud.” Incluye entre sus objetivos específicos: “apropiar e insertar las necesidades y demandas de salud de los adolescentes y jóvenes dentro del marco de la cultura, territorialidad y capacidades...; promover la inversión social y humana... con los recursos propios de la comunidad, del municipio, de los Consejos Departamentales y Regionales de Desarrollo, la inversión del Estado y de la cooperación internacional...; procurar modelos de participación y organización de adolescentes y jóvenes... que se adhieran a los intereses de la salud...; promover el respeto e interrelación de la cultura y la lengua... dentro del marco de un desarrollo de una salud integral en lo científico y tecnológico...”

Los ejes estratégicos de esta política son:

1. Salud integral y diferenciada
2. Salud reproductiva y educación sexual
3. Salud para la paz
4. Salud en factores de riesgo
5. Medio ambiente
6. Salud y seguridad ocupacional
7. Alimentación y nutrición

La implementación y desarrollo de esta política están bajo la responsabilidad del MSPAS.

Política Pública de Juventud 2010-2015 “Construyendo una Nación Pluricultural, Incluyente y Equitativa”⁸²

81 Política: “*Salud para la Adolescencia y la Juventud*”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2003-2012), Septiembre del 2004.

82 Política Pública de Juventud 2010-2015 “Construyendo una Nación Pluricultural, Incluyente y equitativa”. Presidencia de la República de Guatemala, Consejo Nacional de la Juventud –CONJUVE–, Secretaría de Planificación de la Presidencia –SEGEPLAN–. Guatemala, agosto 2010

Para efecto de esta política se define a los jóvenes tomando como referencia lo acordado en 1985 en la Asamblea General de las Naciones Unidas⁸³, es decir, las personas comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. De acuerdo con proyecciones de población elaboradas por SEGEPLAN con datos de estimaciones y proyecciones nacionales de población del INE⁸⁴, de los 14.4 millones de habitantes de Guatemala en 2010, el 73% corresponde a población joven (de 0 a 24 años de edad).

En la medida en que el número de niños que nacen se reduce, la esperanza de vida aumenta, generando una transformación en la pirámide poblacional. A este fenómeno se le denomina “bono demográfico”⁸⁵ y está caracterizado por una relación altamente positiva para el desarrollo del país entre población económicamente activa (jóvenes y adultos de mediana edad) y población pasiva (niños y adultos mayores); a esta relación favorable se le denomina “ventana demográfica”. Esta trae consigo un período de oportunidades económicas para el país, dado que se cuenta con una mayor proporción de fuerza laboral (población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir) que crece más rápido que la población que depende de ella (niños y adultos mayores). Por el contrario, una elevada proporción de personas dependientes (menores de 15 años y mayores de 65 años) suele limitar el crecimiento económico, ya que una parte significativa de los recursos se destinan a satisfacer sus demandas. Por lo tanto, la relación de dependencia constituye un importante indicador de los efectos potenciales de los cambios demográficos en el desarrollo económico⁸⁶.

Tomando en consideración el gran potencial que significa una población predominantemente joven; los grandes retos por enfrentar aún en materia educativa para los niños y jóvenes, especialmente con relación a la educación secundaria; las condiciones de vulnerabilidad de esa población en materia de salud, especialmente de salud sexual y reproductiva; las enormes dificultades para la inserción laboral de los jóvenes; las carencias en contextos de recreación, cultura y deporte; y las condiciones prevaletentes de inseguridad y violencia, dentro de las cuales los jóvenes tienen una participación relevante; la presente política pretende, en principio, lograr la institucionalización de la juventud en Guatemala, a través de la eliminación de la sectorización de los esfuerzos, la escasa articulación interinstitucional, la confusión de roles y la distancia existente entre prioridades de políticas y asignación de recursos.

Al Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE) se le asigna el rol rector de canalizar la política del Estado de Guatemala en relación a los jóvenes⁸⁷. La Política Pública de Juventud se fundamenta en la Constitución Política de la República, en los Acuerdos de Paz y en convenios y tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado de Guatemala incluyendo la Declaración del Milenio. La política considera como sus enfoques orientadores aquellos ejes temáticos desde los cuales convergen las principales acciones de la política; éstos orientan, expresan y caracterizan los problemas y soluciones vinculados a la juventud. Estos enfoques son:

1. Enfoque intergeneracional: Cada grupo de edad posee capacidades particulares, derechos específicos, necesidades e intereses que deben articularse desde su singular riqueza, sin que ello signifique anulación, imposición o exclusión de ningún grupo sobre otro.

83 Definición realizada para el Año Internacional de la Juventud, celebrado alrededor del mundo en 1985.

84 Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2050. INE.

85 Díaz Aldana Erwin R. Estudio sobre Bono Demográfico. SEGEPLAN-UNFPA. Guatemala, 2010.

86 CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2008. El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria. Pags. 143-169.

87 Acuerdo Gubernativo No. 405-96.

2. Enfoque de equidad de género: en el marco de igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos.
3. Enfoque de interculturalidad: interacción entre los distintos pueblos y culturas guatemaltecas, sin imponer relaciones de superioridad de poder, favoreciendo en todo momento la integración, la convivencia entre culturas y el enriquecimiento mutuo.
4. Enfoque que define a las y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo: apoyando programas sociales y participando activamente en su calidad de ciudadanos.

El objetivo general de la política es procurar la vigencia plena de los derechos de las y los jóvenes para mejorar constantemente su calidad de vida, propiciando su desarrollo integral y el ejercicio pleno de la ciudadanía, a modo de asegurar la inclusión del aporte de las nuevas generaciones en su calidad de actores estratégicos del desarrollo. Sus áreas de intervención son: 1) Educación; 2) Inserción laboral; 3) Salud; 4) Justicia, seguridad: prevención de la violencia y atención integral; 5) Cultura-recreación-deporte; y 6) Participación ciudadana.

Con relación a la salud, además de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud, el MSPAS elaboró los Lineamientos Estratégicos en Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2010-2015⁸⁸, con la “meta” general de “institucionalizar la atención integral y diferenciada a las y los adolescentes”. Los resultados esperados de esta “meta” general son: 1) el mejoramiento continuo del estado de salud de las y los adolescentes, reduciendo la morbi-mortalidad; 2) la atención integral, diferenciada y especializada según nivel de resolución: servicios amigables, espacios amigables, centros de documentación, organización y participación de adolescentes y jóvenes, y coordinación intersectorial. Adicionalmente, cada uno de los programas cuenta con estrategias y metas diseñadas que contribuyen a la atención integral, entre ellos:

- a) Salud Sexual y Reproductiva
- b) Programa Nacional de SIDA
- c) Espacios Amigables para Adolescentes
- d) Personal de salud con capacidades técnicas necesarias para la atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes.

Las acciones derivadas de los lineamientos estratégicos se orientan a vincular metas establecidas para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, específicamente el ODM 5 (mejorar la salud materna) y el ODM 6 (combatir el VIH y SIDA), en los cuales se establecen las metas de:

- Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ tres cuartas partes
- Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.
- Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/SIDA en las y los jóvenes.
- Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para las y los jóvenes.

El detalle de la propuesta de intervención para el área de salud contenida en la Política Pública de Juventud 2010-2015 puede verse en el **cuadro No. 2** de los Anexos.

86 CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2008. El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria. Pags. 143-169.

87 Acuerdo Gubernativo No. 405-96.

88 Lineamientos Estratégicos para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes 2010-2015. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2010.

Carta Acuerdo entre Ministerio de Educación y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social “Prevenir con Educación”⁸⁹

Esta Carta Acuerdo tiene por objetivo establecer el marco de coordinación y cooperación interinstitucional entre el “MINEDUC” y el “MSPAS” en la implementación y fortalecimiento de estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual y reproductiva, que incluya la prevención del VIH/Sida, ITS, embarazos de adolescentes, violencia sexual, entre otros relacionados, aunando los esfuerzos en el ámbito de sus respectivas funciones.

Toma como antecedentes los preceptos legales y de derechos humanos contenidos en instrumentos del derecho internacional y del derecho interno, refiriéndose a los siguientes criterios:

- El principio de igualdad para todos los habitantes, mujeres y hombres sin ningún tipo de discriminación⁹⁰;
- El compromiso de los países de modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con el fin de alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres⁹¹;
- El compromiso de los Estados de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres⁹²;
- La obligación de los Estados de adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer⁹³;
- La responsabilidad del Estado de garantizar a las mujeres la educación nacional en condiciones de equidad, en todas las etapas del proceso educativo; de favorecer el respeto y la valoración de las identidades culturales sin afectar la unidad de la nación⁹⁴;
- La responsabilidad del Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de incorporar en sus políticas educativas y de desarrollo, las medidas y previsiones necesarias para incluir la materia de población en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, comprendiendo cuando menos las temáticas relativas a desarrollo, población, salud, familia, calidad de vida, ambiente, género, sexualidad humana, derechos humanos, multiculturalidad e interculturalidad, maternidad y paternidad responsable y salud reproductiva⁹⁵;
- La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida y que la niñez y la adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y los países,

89 Firmado en la ciudad de Guatemala el 9 de julio de 2010 por el Dr. Ludwin Werner Ovalle López, Ministro de Salud Pública y A. S.; el Lic. Dennis Alonzo Mazariegos, Ministro de Educación Pública; Diputado José Roberto Alejos Cámara, Presidente del Congreso de la República, como Testigo de Honor; y Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR)

90 Constitución Política de la República de Guatemala

91 Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer

92 CEDAW

93 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer

94 Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer

95 Ley de Desarrollo Social

por lo que es necesario proporcionar educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura⁹⁶;

- La responsabilidad del Estado de promover y monitorear campañas de sensibilización y generación de espacios de discusión para la concertación e impulso de políticas públicas para la prevención de la violencia contra la mujer y del femicidio y que requiere de la coordinación interinstitucional como condición básica para su eliminación⁹⁷;
- El interés superior del niño es una garantía que se debe aplicar en toda decisión que se adopte con relación a la niñez y la adolescencia, que asegure el ejercicio y disfrute de sus derechos, respetando sus vínculos familiares, origen étnico, religioso, cultural y lingüístico, teniendo siempre en cuenta su opinión en función de su edad y su madurez⁹⁸;
- El MINEDUC en coordinación con el MSPAS tienen el mandato de revisar, actualizar e implementar al menos cada cinco años, el currículo de los niveles primario y medio, para garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Desarrollo Social y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar⁹⁸ con relación a la educación en sexualidad humana;
- Las acciones de promoción, educación e información para la salud en la prevención de ITS, VIH, SIDA a la población guatemalteca estarán bajo la coordinación y supervisión del MSPAS y del MINEDUC¹⁰⁰; y
- El establecimiento de acciones estratégicas para el fortalecimiento de la sinergia entre las instituciones públicas en el avance de los compromisos relativos a salud y educación¹⁰¹

En la Carta Acuerdo entre el MINEDUC y el MSPAS quedan plasmados (de forma textual) los siguientes compromisos:

- a) Fortalecer la cooperación entre ambos sectores mediante mecanismos formales de investigación, diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación a la implementación y seguimiento de las acciones conjuntas, mediante la vinculación con otros sectores, en el marco de los lineamientos establecidos desde la planificación gubernamental, particularmente los derivados de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres 2008-2023, el Plan de Equidad de Oportunidades y de los marcos legales identificados en la presente Carta Acuerdo, en particular lo relacionado con educación integral de la sexualidad y prevención de la violencia.
- b) Revisar, actualizar o reelaborar el marco conceptual y metodológico utilizado en cada ministerio, garantizando el enfoque homogéneo desde los derechos humanos, la equidad de género y étnica. Esta revisión del marco permitirá en ambos ministerios, contar con un marco común que fortalezca los roles y mandatos específicos desde la salud y educación.
- c) Actualizar y homogenizar la visión de programas y proyectos al interior de cada ministerio y consensuar el enfoque y abordaje de los programas, particular

96 Declaración Ministerial "Prevenir con Educación"

97 Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer

98 Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

99 Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

100 Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y SIDA

101 Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y el Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023.

- mente para la prevención de los embarazos en adolescentes, ITS's, VIH y Sida.
- d) Establecer mecanismos sistemáticos de socialización conceptual, información y metodologías en educación formal y no formal, capacitación de personal y materiales de apoyo para estimular el intercambio técnico, periódico y multidisciplinario, con base en los resultados de la implementación de la estrategia de la educación integral de la sexualidad del MINEDUCA y de las acciones desarrolladas desde los programas específicos del MSPAS.
 - e) Establecer regulaciones internas en ambos ministerios en temas relacionados a prevención, identificación y sanción de la violencia y violencia sexual en cualquiera de sus manifestaciones, en lo establecido en el marco legal.
 - f) Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional que implementen planes departamentales conjuntos que desarrollen actividades de posicionamiento público, promoción amplia a nivel departamental, en apoyo a la implementación del plan de abogacía y comunicación en el marco de lo establecido en el Plan de la Subcomisión de Comunicación de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, en la que participan ambos ministerios.
 - g) Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional para la implementación de la estrategia conjunta, aprovechando los mecanismos ya establecidos en ambos ministerios para que formulen, actualicen e implementen planes en los diferentes niveles de acción que promuevan y fomenten la salud sexual y reproductiva, la educación integral en sexualidad y construcción de la ciudadanía.
 - h) Establecer mecanismos de referencia y respuesta entre ambos ministerios para la atención de casos de niños, niñas y adolescentes, embarazos de adolescentes, ITH, VIH, abuso, incesto o violencia sexual, que requieran abordaje integral.
 - i) Establecer y desarrollar la agenda de investigación con base en los resultados de los procesos de seguimiento y evaluación de resultados, en especial en apoyo al reporte de los avances en las metas establecidas.
 - j) Establecer y fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas para facilitar la auditoría y opinión de la sociedad civil, comunidad educativa a nivel departamental.
 - k) Fomentar la participación de la población por medio de las familias, incluidos niñez, adolescentes y jóvenes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, así como de prevención de VIH e ITS y embarazos adolescentes y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas, incluyendo la educación integral de la sexualidad.
 - l) Coordinar con los medios de comunicación social y la sociedad civil para mejorar la calidad de mensajes e información que se difunde, para que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual y reproductiva.
 - m) Trabajar en conjunto con las instancias relevantes de los poderes ejecutivo y legislativo, para garantizar el presupuesto necesario para la implementación de la educación integral en sexualidad para la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.
 - n) Asegurar la existencia de mecanismos formales de referencia, monitoreo y evaluación para identificar y corregir acciones de discriminación por parte de los servicios educativos y de salud gubernamentales y privados, trabajando de forma proactiva para identificar y corregirlas en instancias tanto de gobierno como de la comunidad, incluyendo a las Defensorías de Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil y otros organismos afines.
 - o) Reconocer la necesidad del acompañamiento técnico y financiero de las agencias multilaterales de cooperación y fondos de financiamiento internacional, a fin de lograr los compromisos adquiridos en esta Carta Acuerdo. Para dar cumplimiento a estos compromisos deberá establecerse un grupo de trabajo interinstitucional.

La Carta Acuerdo establece metas definidas cronológicamente así:

- Para el año 2010:

- a) Realizar el seminario “Prevenir con Educación”, con el propósito de fortalecer el intercambio conceptual y metodológico, realimentar los programas institucionales, sistematizando lecciones aprendidas así como realimentar con nuevos aportes conceptuales y metodológicos de experiencias desarrolladas en ambos ministerios con aportes locales y externos.
- b) Actualizar los contenidos y metodologías del currículo educativo para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica disponible avalada por los organismos nacionales e internacionales competentes en la materia y en consulta con expertos reconocidos. Asimismo, se tomará en cuenta a la sociedad civil y a las comunidades de los pueblos existentes en el país, incluyendo a las niñas y los niños, adolescentes, jóvenes, al personal docente y a las familias.
- c) Evaluar los programas de educación existentes para identificar el grado en el cual se incorporan e implementan la educación integral en sexualidad, en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas, competencia del MINEDUC.

- Para el 2011:

Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacitación de maestros y maestras activos/as, en el marco de los derechos humanos. Todos los programas de formación y actualización docente habrán incorporado los contenidos del currículo de educación integral en sexualidad.

- Para el 2015:

- a) Reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción del MINEDUC.
- b) Reducir en un 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
- c) Destinar y movilizar recursos al MSPAS y MINEDUC para la evaluación de impacto de cinco o más estrategias de educación integral en sexualidad, promoción de salud sexual y reproductiva, prevención de VIH e ITS y embarazos en adolescentes y jóvenes.
- d) Asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se brinden con pleno respeto a la dignidad humana y que, en el marco de la legislación guatemalteca, atiendan necesidades y demandas específicas de salud sexual y reproductiva de la niñez, adolescentes y jóvenes, considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. Asimismo, establecer los mecanismos adecuados de referencia dentro del sector salud.
- e) Asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH, atención integral de ITS, condones e instrucción sobre su uso, orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH, así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, para todas las personas, especialmente la niñez, las y los adolescentes y jóvenes.

La Carta Acuerdo tiene vigencia a partir de su suscripción hasta el 31 de diciembre de dos mil quince, pudiendo prorrogarse a voluntad de las partes.

13. LEYES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DEL PODER PÚBLICO QUE FORTALECEN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

En el año 2002 el Congreso de la República de Guatemala aprobó reformas a dos leyes y promulgó una nueva ley relacionadas con la descentralización del poder público, sentando con ello las bases institucionales para la construcción de una democracia local y regional más acorde con la diversidad sociolingüística, económica y territorial del país, y a la imperativa necesidad de erradicar la pobreza e impulsar la participación de ciudadana. Las leyes reformadas son el Código Municipal y la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, y la nueva ley aprobada fue la “Ley General de Descentralización”. Ya que la salud reproductiva es a la vez, una condicionante y un producto del desarrollo social, consideramos importante revisar los puntos específicos en los que estas leyes tocan lo referente a ella, tomando en cuenta además que para el logro de sus objetivos y metas, es necesario el compromiso y la intervención de diversos sectores y no es una tarea exclusiva del sector salud; con esto se hace el llamado a actores políticos, sociales y económicos a involucrarse desde su esfera de trabajo en políticas, programas y proyectos que promuevan la salud sexual y reproductiva.

13.1. LEY GENERAL DE DESCENTRALIZACIÓN (Decreto No. 14-2002)

Entre sus objetivos, esta ley establece “universalizar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos que se prestan a la población” (artículo 5.3). La atención de la salud es un servicio básico. El artículo 7 fija las prioridades de la ley así: “Sin perjuicio del traslado integral de las competencias administrativas, económicas, políticas y sociales al municipio y demás instituciones del Estado, prioritariamente se llevará a cabo la descentralización de las competencias gubernamentales en las áreas de: 1. Educación, 2. Salud y Asistencia Social, 3. Seguridad Ciudadana, etc.”⁽²⁵⁾

13.2. LEY DE CONSEJOS DE DESARROLLO URBANO Y RURAL (Decreto No. 11-2002)

Entre las funciones que esta ley asigna a los Consejos Municipales de Desarrollo están (artículo 12.d): Promover políticas, programas y proyectos de protección y promoción integral para la niñez, la adolescencia, la juventud y la mujer.⁽²⁶⁾

13.3. CÓDIGO MUNICIPAL (Decreto No. 12-2002)

Las municipalidades también tienen la responsabilidad de involucrarse en tareas para la promoción de la salud reproductiva. En el Código Municipal reformado en el 2002 queda plasmada la obligatoriedad de la organización de comisiones (art. 36) así: “En su primera sesión ordinaria anual, el Consejo Municipal organizará las comisiones que considere necesarias para el estudio y dictamen de los asuntos que conocerá durante todo el año, teniendo carácter obligatorio las siguientes comisiones: 1. Educación, educación bilingüe intercultural, cultura y deportes; 2. Salud y asistencia social; ... ; 8. De los derechos humanos y de la paz; 9. De la familia, la mujer y la niñez.”⁽²⁷⁾

Además, la municipalidad está obligada a formular y ejecutar planes de ordenamiento territorial y de desarrollo integral de su municipio. ... Estas formas de desarrollo ... deberán comprender y garantizar como mínimo y sin excepción alguna, el establecimiento, funcionamiento y administración de los servicios públicos siguientes...: e) ... centros de salud.

Observación final

Como hemos analizado en este documento, la protección de la salud reproductiva y sexual y los derechos humanos derivados de ella, tienen una base constitucional. Desde el punto de vista legal, “la Constitución es siempre el fundamento del Estado, la base del orden jurídico que se pretende conocer..., es la norma que regula la elaboración de las leyes, de las normas generales en ejecución de las cuales se ejerce la actividad de los órganos estatales, tribunales y autoridades administrativas... La Constitución es la base indispensable de las normas jurídicas que regulan la conducta recíproca de los miembros de la colectividad estatal, así como de aquellas que determinan los órganos necesarios para aplicarlas e imponerlas y la forma como éstos órganos han de proceder; es decir, la Constitución es, en suma, el asiento fundamental del orden estatal.”¹⁰²

La Constitución no solo es una norma, sino la primera de las normas del ordenamiento jurídico, la norma fundamental (*lex superior*). Es la Constitución la que define el sistema de fuentes formales del derecho; es así, la *norma normarum*, es decir, la fuente de las fuentes. Es además, la expresión de una intención fundacional, configuradora de un sistema entero que se basa en ella.¹⁰³ Estos conceptos, que definen un sistema de jerarquía de las normas, sustentadas por la doctrina positivista se sintetizan en el reconocimiento de que toda norma recibe su valor de una norma superior, lo que el jurista y filósofo austríaco Hans Kelsen esbozó en su pirámide normativa.¹⁰⁴ Estas reflexiones finales derivan de la consideración de que, el Estado de Guatemala, tomando como base este concepto de la jerarquía constitucional en el ordenamiento jurídico, ha ido desarrollando un marco legal, normativo y de políticas públicas que definen lo atinente a la defensa y promoción de la salud sexual y reproductiva como un elemento básico para el logro del desarrollo nacional. Este documento, por lo tanto, nos brinda los argumentos y las bases legales hasta ahora desarrollados, en el tema que nos ocupa.

102 La Garantía Jurisdiccional de la Constitución. Hans Kelsen. En: La Jerarquía de las leyes constitucionales en el derecho constitucional guatemalteco. Carlos Rafael Rodríguez-Cerna Rosada. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. www.juridicas.unam.mx

103 La Jerarquía de las leyes constitucionales en el derecho constitucional guatemalteco. Carlos Rafael Rodríguez-Cerna Rosada. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. www.juridicas.unam.mx

104 Hans Kelsen. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Hans_Kelsen

VI. ANEXOS

- Tabla 1. Derechos Humanos relativos a la Salud Sexual y Reproductiva
- Tabla 2. Leyes sobre Aborto en el Mundo
- Cuadro 1. Estado Legal del Aborto en Guatemala
- Tabla 3. Objetivos de Desarrollo del Milenio e Indicadores relacionados con la salud
- Tabla 4. Tratados Internacionales de Derechos Humanos adoptados por el Estado de Guatemala en el Sistema de Naciones Unidas
- Tabla 5. Tratados de Derechos Humanos del Sistema Interamericano adoptados por el Estado de Guatemala
- Tabla 6. Indicadores de Salud Reproductiva de Guatemala
- Tabla 7. Política de Desarrollo Social y Población en materia de Salud
- Cuadro 2. Salud Integral y Diferenciada: Institucionalizar Enfoques, Ampliar Cobertura. Política Pública de Juventud 2010-2015

Cuadro No. 1. Estado Legal del Aborto en Guatemala

Código Penal. Libro segundo, parte especial.

Título I: De los delitos contra la vida y la integridad de la persona. Capítulo III: Del Aborto

<p>Artículo 133. (Concepto). Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</p> <p>Artículo 134. (Aborto procurado). La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.</p> <p>Artículo 135. (Aborto con o sin consentimiento). Quien de propósito causare un aborto será sancionado:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere.2. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión. <p>Artículo 136. (Aborto calificado). Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin consentimiento de la mujer y sobre viniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.</p>	<p>Artículo 137. (Aborto terapéutico). No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.</p> <p>Artículo 138. (Aborto preterintencional). Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.</p> <p>Artículo 139. (Tentativa y aborto culposo). La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes. El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.</p> <p>Artículo 140. (Agravación específica). El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare con él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.</p>
---	---

Fuente: Decreto No. 17-73. Código Penal, actualizado y con sus reformas incluidas. Guatemala, C.A.

Tabla No. 1

Derechos Humanos relativos a la Salud Sexual y Reproductiva

Pactos, Convenciones y Declaraciones (y sus artículos referentes)										
DERECHOS HUMANOS	Declaración Universal ⁱ	Pacto Político ⁱⁱ	Pacto Económico ⁱⁱⁱ	Discriminación Racial ^{iv}	CEDAW ^v	Derechos del Niño ^{vi}	Convención Americana ^{vii}	Violencia contra la mujer ^{viii}	El Cairo ^{ix}	Beijing ^x
Vida, sobrevivencia, seguridad, sexualidad: • Derecho a la vida y la sobrevivencia • Derecho a la libertad y seguridad de la persona • Derecho a estar libre de tortura, trato o castigo cruel, inhumano y degradante	3	6				6	4	4(a)	Prin.1,8.21-8.27	89-111, 210-33
	3	9		5(b)		37(b)-(d) Protocolo 1,2,3,5	7	4(c)	Prin.1,8.21-8.11	89-130, 210-33
	5	7				37(a) Protocolo 1,2,3,5	5	3,4(d)	Prin.4,4,9,4.10, 4.22, 4.23	112-30
Autodeterminación reproductiva y libre elección de la maternidad: • • Derecho a la protección de la maternidad • Derecho a casarse y fundar una familia • Derecho a una vida privada y familiar	25(2)		10(2)		5(b),12(2)	24 (d)	26,Prot.15 3(a)(b) 17		8.19-8.24	94-5,97 110-11
	16	23	10	5(d)(iv)	16			5	Prin.9,4.21-7.23	274(e),275(b) 92
	12	17	10		16	16	11	4(e)	Prin.9,Ch.V, 7.12-7-.26	,210-33 210-33
Salud y los beneficios del progreso científico: • • Derecho al más alto nivel de salud • Derecho a beneficios del progreso científico	25		12	5(e)(iv)	11(1-f),12,14,(2 b)	24,prot.9 (3)10(2)	26 Protocolo 9,10,11 26, Protocolo 9,10	5	Prin.8, Chs.VII, VIII	89-111
	27		15					5	Chs.VII, VIII	89-111
No discriminación y respeto a las diferencias: • • • • Sexo y género • Estado civil • Edad	1,2, 7	2(1),3,2 6	2(2),3 2(2)		1,2,3,4, 1	2(1)	1,24,Prot.3 1,24,Prot.3 1,24,Prot.3	4(f),6 4(f),6 4(f),6	4.24-4.29 7.3,7.7, Chs.IV,VII	97,277(c) 89-111 259-285
	1,2, 7	2(1),26 2(1),26	2(2) 2(2)	1,2,3,4,		2(1) 2(2)	1,24,Prot.3 1,24	4(f),6 4(f),6	6.21-6.27 7.34-7.40	89-111 99,108
Información, educación y toma de decisión: • • • Derecho a recibir y brindar información • Derecho a la educación • Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión	1,2, 6	2(1),26 2(1)	2(2)			2(2)				
	19	19		5(d-viii)	10(h),14(2 -h),16(1-e)	12,13,17	13	5	8.26, Ch.XI	69-111, 21-33
	26	18	13,14	5(e-v),7	10,14(2-d)	28,29	26	5,6(b)	Prin.10,4.2, Chs.VI,VIII,XI	69-88,210-33
	18			5(d)(vii)			14,30	4(i),5		

Fuente: *Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics and Law*. Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens and Mahmoud F. Fathalla. Issues in Biomedical Ethics. Oxford University Press, Great Britain 2003

ⁱ Declaración Universal de Derchos Humanos

ⁱⁱ Pacto Internacional de Derecho Civiles y Político

ⁱⁱⁱ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

^{iv} Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial

^v Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer

^{vi} Convención sobre los Derechos del Niños

^{vii} Convención Americana de Derechos Humanos

^{viii} Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Vilencia contra la Mujer (Convención de "Belem do Pará")

^{ix} Progma de Acción de el Cairo (1994): Conferencia Internacional sobre la pobación y desarrollo

^x Declaración de Beijing y Plataforma de Acción (1995): Carata conferencia Mundial sobre la Mujer

Tabla No. 2. Leyes sobre Aborto en el Mundo¹

Clasificación de las leyes desde las más hasta las menos restrictivas

Categoría	Causal	Distribución porcentual en el mundo
I	Para salvar la vida de la mujer o prohibido totalmente	72 países, 26% de la población mundial
II	Para preservar la salud física (y para salvar la vida de la mujer)	35 países, 10.1% de la población mundial
III	Para preservar la salud mental (además para salvar la vida de la mujer y para preservar su salud física)	20 países, 2.7% de la población mundial
IV	Razones socioeconómicas (además para salvar la vida de la mujer y preservar su salud física y mental)	14 países, 20.7% de la población mundial
V	Sin restricciones en cuanto a la razón	54 países, 40.5% de la población mundial
Otras indicaciones	Aborto permitido en caso de: <ul style="list-style-type: none"> •Violación Sexual •Violación de una mujer con discapacidad mental •Incesto •Malformación fetal 	

Fuente. Tabla adaptada de "Leyes sobre el Aborto en el Mundo 2005". Center for Reproductive Rights. www.reproductiverights.org

¹ Esta tabla muestra en qué medida los países del mundo permiten el acceso al aborto. La categoría I representa la legislación más restrictiva. Guatemala se ubica en esta categoría. Dependiendo de factores como la opinión pública, la visión de los funcionarios gubernamentales o prestadores de servicios y de circunstancias individuales, la legislación colocada en cada categoría puede ser interpretada de manera más amplia o más restringida que aquella indicada en su ubicación.

Cuadro No. 2.

**Salud Integral y Diferenciada: Institucionalizar Enfoques, Ampliar Cobertura.
Política Pública de Juventud 2010-2015**

Objetivo general: Garantizar la salud de las y los adolescentes y jóvenes mediante el mejoramiento continuo de sus condiciones de salud y la reducción de los principales riesgos de la morbilidad y mortalidad.		
Meta (5 años): Aumentar el acceso a salud de las y los jóvenes en un 10%, aumentar en 2 años el promedio de edad del primer parto de las mujeres.		
Sub tema de política	Objetivos Estratégico	Acciones
Salud Sexual y Reproductiva	Garantizar a las y los adolescentes y jóvenes acceso universal a la atención en salud sexual y reproductiva, acorde a los derechos humanos, equidad de género y pertinencia cultural.	Fomentar el aumento paulatino del uso de anticonceptivos y nuevos métodos de planificación familiar.
		Aumentar la cobertura de la atención pre-concepcional para disminuir las tasas de fecundidad adolescente.
		Dar formación e información sobre los riesgos de los embarazos adolescentes a las y los jóvenes.
Programa Nacional de Prevención del SIDA	Reducir la propagación del VIH/SIDA en las y los adolescentes y los jóvenes	Informar, educar y comunicar a las y los adolescentes y jóvenes sobre los riesgos del VIH/SIDA
		Incrementar el acceso a tratamientos y medicamentos para adolescentes y jóvenes portadores del VIH y SIDA. Prestar especial atención a madres gestantes.
		Incrementar el uso de preservativos a través de la distribución a nivel nacional.
Espacios amigables en salud para adolescentes y jóvenes	Aumentar el número de espacios amigables en salud garantizando atención diferenciada para adolescentes y jóvenes	Generar mecanismos para sensibilizar a las y los adolescentes sobre el VIH y SIDA y educación sexual.
		Generar mecanismos de verificación sobre la adecuada implementación de las Normas de atención en salud en los tres niveles de atención.
		Garantizar que los servicios cuenten con recursos humanos competentes (en atención diferenciada para adolescentes y jóvenes) en los tres niveles de atención.
		Garantizar que los servicios cuenten con materiales e insumos necesarios –diseñados desde la visión de las y los adolescentes y jóvenes- para los tres niveles de atención.
		Incorporar un sistema de vigilancia en salud que genere información e indicadores de adolescentes y jóvenes (desagregados por edad, sexo, etnia, etc.)
Implementar la transferencia de Normas de atención, priorizando el Diplomado en Normas de Atención con énfasis en adolescentes.		

Fuente: Política Pública de Juventud 2010-2015 "Construyendo una Nación Pluricultural, Incluyente y equitativa". Presidencia de la República de Guatemala, Consejo Nacional de la Juventud –CONJUVE-, Secretaría de Planificación de la Presidencia –SEGEPLAN-. Guatemala, agosto 2010.

Tabla No. 3:

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

OBJETIVO	Metas	Indicadores de salud relacionados con los objetivos
1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos menores a un dólar por día (o en situación de pobreza extrema) • Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre • Meta 3: Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Proporción de la población que vive con menos de US \$1 al día ◇ Prevalencia de niños < 5 años con bajo peso
2 Lograr la enseñanza primaria universal	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 4: Asegurar para el 2015 que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar el ciclo de educación primaria 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Tasa de alfabetismo de mujeres y hombres, entre 15 y 24 años de edad
3 Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 5: Eliminar las disparidades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, preferiblemente hasta el 2005, y en todos los demás niveles de educación antes del 2015 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Razón de mujeres a hombres en educación primaria, secundaria y superior ◇ Razón de mujeres a hombres alfabetas entre 15-24 años de edad ◇ Proporción de curules ocupadas por mujeres en los parlamentos nacionales
4 Reducir la mortalidad de la niñez	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 6: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Tasa de mortalidad en menores de 5 años ◇ Tasa de mortalidad infantil ◇ Proporción de niños de 1 año vacunados contra sarampión
5 Mejorar la salud materna	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 7: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna • Meta 8: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Razón de mortalidad materna ◇ Proporción de nacimientos atendidos por proveedores calificados ◇ Necesidad Insatisfecha en acceso a métodos anticonceptivos ◇ Prevalencia de uso de anticonceptivos ◇ Tasa de Fecundidad en adolescentes (15-19 años) ◇ Tasa de cobertura de atención prenatal
6 Combatir el VIH y SIDA, malaria y otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH y SIDA • Meta 10: Lograr para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y SIDA de todas las personas que lo necesiten • Meta 11: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia de malaria y otras enfermedades graves 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15-24 años de edad ◇ Proporción de la población entre 15-24 años de edad con conocimiento correcto del VIH/ SIDA ◇ Tasa de uso de preservativos ◇ Proporción de la población con infección avanzada de VIH que tiene acceso a antirretrovirales ◇ Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas con malaria ◇ Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas con tuberculosis
7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 12: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas del país y revertir la pérdida y degradación de los recursos del medio ambiente. • Meta 13: Reducir a la mitad, para el 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable • Meta 14: Haber mejorado notablemente, para el 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios empobrecidos • Meta 15: Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes de agua potable, tanto en área urbana como rural ◇ Proporción de la población con acceso sostenible a saneamiento ambiental, tanto en área urbana como rural.
8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 16: Desarrollar aún más, un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio • Meta 17: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados • Meta 18: Atender a las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo • Meta 19: Encarar, de manera general, los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales, a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo • Meta 20: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo • Meta 21: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo • Meta 22: En cooperación con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las de la información y de las comunicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales

Fuentes: 1. Women's right to health and the Millennium Development Goals: Promoting partnerships to improve access. Shaw D. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94, 207 – 215. Available in: www.elsevier.com/locate/ijgo

2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. Perspectiva desde la gente joven de Latinoamérica y el Caribe. Family Care International (FCI), Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights (YCSRR). Agosto, 2008.

3. The Millennium Development Goals: A cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. Lancet and London International Development Centre Commission. www.thelancet.com Published on line September 13, 2010. DOI.10.1016/S0140-6736(10)61196-8

Tabla No. 4:

**TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS
ADOPTADOS POR EL ESTADO DE GUATEMALA
Sistema de Naciones Unidas**

Tratado Internacional	Entrada en vigor del Tratado después de la firma, ratificación o adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas	Firma del Tratado por el Estado de Guatemala	Ratificación del Tratado por el Estado de Guatemala
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	23 de marzo de 1976	30 de septiembre de 1987	5 de mayo de 1992
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	3 de enero de 1976	8 de septiembre de 1967	19 de mayo de 1988
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	4 de enero de 1969	8 de junio de 1981	18 de enero de 1983
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	3 de septiembre de 1981	26 de enero de 1990	12 de agosto de 1982
Convención sobre los Derechos del Niño	2 de septiembre de 1990		6 de junio de 1990
Convención contra la Tortura y Trato o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante	26 de junio de 1987		5 de enero de 1990

Tabla No. 5:

**TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS DEL SISTEMA INTERAMERICANO
ADOPTADOS POR EL ESTADO DE GUATEMALA**

Tratado Internacional	Fecha de adopción del tratado	Firma del Tratado por el Estado de Guatemala	Entrada en vigor del Tratado después de la firma, ratificación o adhesión por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA)	Ratificación del Tratado por el Estado de Guatemala
Convención Americana de Derechos Humanos ("Pacto de San José, Costa Rica")	22 de noviembre de 1969	22 de noviembre de 1969	18 de julio de 1978 16 de noviembre de 1999	27 de abril de 1978
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador")	17 de noviembre de 1988	17 de noviembre de 1988	5 de marzo de 1995	30 de mayo de 2000
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belem do Pará")	9 de junio de 1994	24 de junio de 1994		01 de abril de 1995

Tabla No. 6:

INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA DE GUATEMALA

INDICADOR	Dato	Fuente
Fertilidad y uso de Anticonceptivos:		
•Tasa Global de Fecundidad (TGF) observada	3.6	ENSMI 2008-2009
•Tasa Global de Fecundidad deseada	2.9	ENSMI 2008-2009
•Tasa de Fecundidad General (TFG) Total	121	ENSMI 2008-2009
•TFG en Adolescentes	98	ENSMI 2008-2009
•Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos	54.1	ENSMI 2008-2009
•Necesidad Insatisfecha en el uso de Métodos Anticonceptivos	20.8	ENSMI 2008-2009
Salud Materna y servicios:		
•Razón de Mortalidad Materna (RMM)	153, 136	Línea Basal de Mortalidad Materna para Guatemala 2000, 2007
•Cobertura de Atención Prenatal	93.0	ENSMI 2008-2009
•Atención del Parto Institucional	51.2	ENSMI 2008-2009
•Cobertura de Atención Postnatal	25.6	ENSMI 2008-2009
•Mujeres embarazadas con Anemia	22.1	ENSMI 2002
Salud Infantil:		
•Tasa de Mortalidad Infantil	30	ENSMI 2008-2009
•Tasa de Mortalidad Neonatal	17	ENSMI 2008-2009
•Tasa de Mortalidad en menores de 5 años	42	ENSMI 2008-2009
•Desnutrición crónica en la niñez	43.4	ENSMI 2008-2009
•Desnutrición global en la niñez	19.3	ENSMI 2008-2009
VIH/SIDA:		
•Conocimientos sobre el VIH/SIDA	88.8	ENSMI 2008-2009
•Prevalencia en población adulta	0.79- 0.81%	CNE/PNS/MSPAS
•Prevalencia en mujeres embarazadas	0.49%	CNE/PNS/MSPAS
Violencia Intrafamiliar:		
•Mujeres que han sufrido algún tipo de Violencia	45.2	ENSMI 2008-2009
Salud de la Mujer:		
•Tasa de mortalidad de Cáncer de Cérvix	10.2 – 15.2	GLOBOCAN 2008, IARC 27.10.2010
•Tasa de mortalidad de Cáncer de Mama	3.6 – 5.7	GLOBOCAN 2008, IARC 27.10.2010

Tabla No. 7.

Política de Desarrollo Social y Población en materia de Salud

Instrumento de Política	Objetivos Específicos	Acciones
<p>Programa Nacional de Salud Reproductiva</p>	<p>1.1 Fortalecer el acceso a servicios de salud reproductiva</p>	<p>1.1.1 Incluir la planificación familiar y asegurar los insumos requeridos en todos los niveles de atención. Prestar atención a toda la población, en especial a los más vulnerables y grupos actualmente sin cobertura, ofreciendo métodos naturales como artificiales, respetando los derechos humanos.</p> <p>1.1.2 Fortalecer las unidades de salud para la resolución de urgencias obstétricas con énfasis en la hemorragia obstétrica, ubicadas en puntos estratégicos del país, según perfil epidemiológico de mortalidad materna y perinatal.</p> <p>1.1.3 Fomentar acciones dirigidas a atender las necesidades específicas del adulto y el adulto mayor en relación con los procesos biológicos de la sexualidad.</p> <p>1.1.4 Promover los servicios para el tratamiento de la infertilidad y esterilidad, tanto en el hombre como en la mujer.</p> <p>1.1.5 Incluir la atención diferenciada a los y las adolescentes.</p> <p>1.1.6 Fortalecer la Red Nacional de Maternidad y Paternidad Responsable</p> <p>1.1.7 Fortalecer la vigilancia, el diagnóstico y tratamiento para el cáncer cérvico uterino, de mama y próstata.</p> <p>1.1.8 Integrar el recurso humano institucional, multidisciplinario, multi-sectorial y voluntariado para la conformación de sistema de referencia y respuesta, implementando una red de comunicación, información y educación para las acciones en salud, incluyendo el transporte de pacientes por complicaciones y/o emergencias obstétricas, el apoyo para el cuidado de los niños/as, el acompañamiento al hospital por miembros de la familia o comadrona, entre otros.</p> <p>1.1.9 Actualizar y socializar las normas, guías y protocolos del Programa Nacional de Salud Reproductiva, en todos sus componentes, incluyendo planificación familiar y la atención perinatal.</p> <p>1.1.10 Monitorear y evaluar el cumplimiento de las normas, guías y protocolos del Programa Nacional de Salud Reproductiva en todos sus componentes, incluyendo planificación familiar y la atención perinatal.</p> <p>1.1.11 Asegurar suministros, insumos médicos y equipo necesarios para la atención de la salud reproductiva en todos sus componentes, incluyendo planificación familiar y la atención perinatal.</p> <p>1.1.12 Convocar, involucrar y coordinar la participación de las ONG's en la extensión de cobertura de servicios, para las comunidades en donde no tiene presencia el MSPAS.</p> <p>1.1.13 Fortalecer la coordinación interinstitucional y multisectorial para la implementación de acciones de información, vigilancia, promoción, educación y de salud reproductiva.</p> <p>1.1.14 Incluir el componente de salud reproductiva dentro del plan o estrategia vigente de respuesta a desastres, garantizando el acceso a la atención, medicamentos e insumos.</p>
	<p>1.2 Mejorar la información en cuanto a salud reproductiva</p>	<p>1.2.1 Realizar investigaciones y estudios de salud reproductiva con enfoque de género.</p> <p>1.2.2 Sistematizar información desde el nivel comunitario para la identificación de causas de morbilidad y mortalidad materna.</p> <p>1.2.3 Realizar constantemente investigaciones sobre las causas de morbilidad y mortalidad de mujeres en edad reproductiva.</p> <p>1.2.4 Capacitar y supervisar al personal responsable de recopilar información para optimizar el uso de los instrumentos de información y de registro, de tal forma que sean útiles para la toma de decisiones, tomando en cuenta los desagregados por sexo, etnia, grupo étnico y ubicación geográfica.</p>
	<p>1.3 Aumentar el personal calificado en cuanto a salud reproductiva</p>	<p>1.3.1 Implementar un programa de capacitación integral permanente para el personal, desde el ámbito nacional hasta el comunitario, para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para la prevención de los embarazos de alto riesgo, la salud reproductiva y las intervenciones básicas de la salud infantil, incluyendo una adecuada perspectiva de género e interculturalidad.</p> <p>1.3.2 Adecuar y actualizar los contenidos curriculares dirigidos a la formación en salud del recurso humano para que incorporen el enfoque de salud reproductiva y género.</p> <p>1.3.3 Implementar sistemas de monitoreo y fiscalización social para el mejoramiento del servicio y la satisfacción del usuario fomentando los criterios de calidad y calidez.</p>

	<p>1.4 Informar y educar a la población en el tema de salud reproductiva</p>	<p>1.4.1 Informar a los(as) adolescentes de los riesgos de las relaciones sexuales inseguras. 1.4.2 Sensibilizar sobre el riesgo de embarazos tempranos y tardíos, muy seguidos y en múltiplos, por los riesgos que implican. 1.4.3 Sensibilizar y concienciar al hombre para que participe activamente en el cuidado de la salud reproductiva, incluyendo la práctica de planificación familiar y el ejercicio de una paternidad responsable. 1.4.4 Proporcionar información veraz, objetiva y ética en todo lo relativo a la planificación familiar a las personas y parejas que lo requieran. 1.4.5 Educar permanentemente a los proveedores de servicios de salud y voluntarios, con énfasis en consejería en planificación familiar. 1.4.6 Informar y educar sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos que da la lactancia materna, así como fomentar la formación de amigos de la lactancia.</p>
	<p>1.5 Fortalecer el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Programa Nacional de Salud Reproductiva</p>	<p>1.5.1 Reestructurar el organigrama del MSPAS detallado en el Código de Salud para institucionalizar el Programa Nacional de Salud Reproductiva, ubicando la Unidad de Salud Reproductiva dependiendo directamente del despacho ministerial. 1.5.2 Descentralizar el Programa Nacional de Salud Reproductiva. 1.5.3 Actualización del reglamento interno del MSPAS. 1.5.4 Gestionar la asignación de un presupuesto específico que permita el cumplimiento de objetivos de la Unidad de Salud Reproductiva.</p>
<p>Programa Nacional de Prevención del VIH-SIDA</p>	<p>2.1 Fortalecer la atención integral de ITS/VIH/SIDA</p>	<p>2.1.1 Fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica. 2.1.2 Propiciar la atención integral e interdisciplinaria sostenible a las personas con VIH/SIDA, sus familias y su entorno. 2.1.3 Fortalecer el control de calidad del sistema nacional de bancos de sangre. 2.1.4 Asegurar los insumos requeridos y la implementación de las normas de bioseguridad tanto para el proveedor como para el usuario y proveer una capacitación basada en competencia para la aplicación de las normas. 2.1.5 Ofrecer la prueba voluntaria con consejería y proporcionar tratamiento preventivo a mujeres embarazadas con resultado positivo, para prevenir la transmisión de la infección de la madre al hijo/a. 2.1.6 Desarrollar y fortalecer mecanismos de coordinación interinstitucional entre los organismos y organizaciones involucradas en la respuesta nacional.</p>
	<p>2.2 Informar y educar a la población para la prevención de ITS/VIH/SIDA</p>	<p>2.2.1 Realizar un programa permanente a nivel nacional de información, educación y comunicación que divulgue las formas de prevención y promueva cambios de actitudes y conductas hacia comportamientos de bajo riesgo. 2.2.2 Desarrollar un programa de educación permanente en el personal de los servicios de salud, para mejorar la atención integral de la población infectada y afectada. 2.2.3 Fortalecer procesos de información, educación y comunicación para la prevención de ITS, VIH/SIDA. 2.2.4 Desarrollar talleres de sensibilización para el personal de salud para la atención sin discriminación a las PVVS.</p>

BIBLIOGRAFÍA:

1. Corvalán, Hugo: Salud Reproductiva y Sexual. En: La Salud: Cuestión de Estado. Reseña de la Primera Conferencia Panamericana de Médicos Parlamentarios. International Medical Parliamentarians Organization (IMPO). Santa Cruz, Bolivia, octubre 1996. Compilador: Javier Torres-Goitia. pp:173-187.
2. International Conference on Population and Development. Cairo, Egypt, 13-15 Sept. 1994. UN Document A/Conf. 171/13. See: www.iisd.ca/linkages/cairo.html
3. Legal Principles Governing Reproductive Health Care. En: Cook RJ, Dickens BM and M Fathalla: Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics and Law. Clarendon Press – Oxford, 2003. pp:95-147.
4. International Covenant on Civil and Political Rights. 16 Dec.1966, 999 UNTS 171, entered into force 23 Mar 1976. Text: wwwl.umn.edu/humanrts/imstree/b3ccpr.htm
Ratifications: www.unhcht.ch/tbs/doc.nsf
5. Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women. 18 Dec. 1979, GA Res. 34/180, UN GAOR, 34 Sess., Supp. No. 46 at 193, UN Doc. A/34/46, entered into force 3 Sept. 1981. Text: wwwl.umn.edu/humanrts/instree/elcedaw.htm
6. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 Dec. 1966, 993 UNTS 3, entered into force 3 Jan. 1976. Text: www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm
7. Universal Declaration of Human Rights, 10 Dec. 1948. GA Res. 217A(III), UN Doc. A/810, at 71. www.un.org/Overview/rights.html
8. Organization of American States (OAS), American Declaration of the Rights and Duties of Man, 1948 Article VII; OAS Res. XXX, adopted by the Ninth International Conference of American States, 1998, reprinted in Organization of American States, Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System.(Washington DC: OAS, 1992), OEA/Ser L.V/II.82, doc. 6, rev.1 at 17.
9. Convention on the Rights of the Child, 20 Nov. 1989, GA Res. 44/25 (XLIV), UN GAOR, 44th Sess., Supp. No. 49 at 167, UN Doc. A/44/49, entered into force 2 Sept., 1990. Text: wwwl.umn.edu/humanrts/instree/k2crc.htm
10. International Convention for the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 21 Dec.1965, 660 UNTS 195, entered into force 4 Jan. 1969.
The Fourth World Conference on Women, Beijing, China 4-15 Sept., 1995, UN Document A/CONF.177/20. See: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/
12. Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women (“Convention of Belem do Pará”), 9 June 1994, 33 ILM 1534 (1994), entered into force 5 Mar. 1995.
13. Constitución Política de la República de Guatemala (Aplicada en los fallos de la Corte de Constitucionalidad). Corte de Constitucionalidad. Guatemala, 2001.
14. Código de Salud. Decreto 90-97. Guatemala, C. A. 1998
15. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer. Decreto 7-99. Guatemala, C. A.
16. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. Decreto No. 97-96 del Congreso de la República. Guatemala. Fundación Sobrevivientes, Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM).
17. Ley Contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer. Decreto número 22-2008. Congreso de la República de Guatemala.
18. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Decreto número 9-2009. Congreso de la República de Guatemala.
19. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA. Decreto 27-2000. Congreso de la República de Guatemala.
20. Ley de Desarrollo Social. Decreto Legislativo 42-2001. Guatemala.
21. Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto número 87-2005. Guatemala 2007.
22. Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas, su Reglamento y la Ley Seca. Decreto número 21-04 del Congreso de la República.
23. Ley de Maternidad Saludable. Decreto número 32-2010. Congreso de la República de Guatemala.

24. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Decreto Número 27-2003
25. Ley General de Descentralización. Decreto número 14-2002. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, la Descentralización y la Participación Ciudadana –COPRE-. Guatemala, mayo 2002.
26. Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Decreto número 11-2002. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, la Descentralización y la Participación Ciudadana –COPRE-. Guatemala, mayo 2002.
27. Código Municipal. Decreto número 12-2002. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, la Descentralización y la Participación Ciudadana –COPRE-. Guatemala, mayo 2002.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA
5a. Avenida 11 - 40 Zona 11 Colonia el Progreso
Tels. 2472-3407



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

