

3.4 derechos sexuales y reproductivos

Me instalo hoy a escribir para los Sumos Sacerdotes de la decencia para los que agotados los sucesivos argumentos, nos recetan a las mujeres la vejez prematura, la solitaria tristeza, el espanto precoz de las arrugas.

Poema: Mujer irredenta

Diosas magníficas y sabias me muestran el erotismo que existe más allá de la piel, en la plenitud de la vida.

Poema: Declaración Narcicistar

(...) las mil y una cosas que me hacen mujer todos los días por las que me levanto orgullosa todas las mañanas y bendigo mi sexo.

Poema: Y Dios me hizo mujer
Gioconda Belli, Nicaragua

Dentro del diagnóstico realizado, cabe señalar que los derechos sexuales y reproductivos son los que menos están siendo analizados y trabajados, tanto por las instituciones del Estado como por las organizaciones de mujeres. Esto sin duda responde a la gran dificultad de reivindicar este tipo de derechos en una sociedad tan conservadora y machista como la guatemalteca.

Su reconocimiento como derechos humanos de las mujeres

Desde hace muchos años se viene desarrollando una lucha muy fuerte por el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como parte de los Derechos Humanos aceptados y protegidos internacionalmente. En esta lucha han existido muchos escollos, sobre todo los relacionados con las creencias religiosas y las iglesias, que niegan como un derecho este aspecto de la vida de las mujeres. Sin embargo, se ha avanzado mucho en la reflexión para acordar ciertos aspectos relacionados con lo que se entiende por derechos sexuales y reproductivos, que son los que desarrollaremos a continuación.

La primera Convención que hace referencia explícita al tema es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada por Guatemala en 1982 reconociéndose como *"el Acuerdo Internacional más importante que protege el derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones acerca de su fertilidad y sexualidad"*.¹²⁴

En su artículo 12, en su inciso 1 estipula que: "Los Estados Partes deberán adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la atención médica, con el 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."

¹²⁴ Derechos Reproductivos como Derechos Humanos: el caso colombiano, María Isabel Plata, en Derechos Humanos de la Mujer, editado por Rebecca J. Cook, PROFAMILIA, Colombia, 1997.

El artículo 16 señala en su inciso 1. e): "los Estados Partes se comprometen a asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

Por su parte, la Conferencia Mundial de Viena sobre Derechos Humanos (1993) reconoce "la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. La Conferencia reafirma el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles." (Art. 41)

En la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, septiembre de 1994) se hace referencia a estos derechos en el párrafo 7.2, que expone lo 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 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 (...).

La salud sexual es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Rosalind Petchesky¹²⁵ sostiene que los derechos reproductivos "se pueden definir en términos de poder y recursos: poder para tomar decisiones informadas respecto a la propia familia, crianza y educación de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual; y recursos para llevar a la práctica tales decisiones en forma segura y efectiva".

Esto implica el acceso a los niveles más altos de salud y a tener autonomía reproductiva para no sufrir embarazos no deseados (aunque sea en la esfera familiar), a controlar el número de hijos que desea procrear y el acceso al aborto de manera segura y legal.

Los derechos sexuales tienen que ver con la autodeterminación y autonomía de la sexualidad, ya que todas las mujeres tienen derecho al placer físico, sexual y emocional, de manera informada con acceso a una salud sexual y reproductiva digna, así como la libertad en la orientación sexual.

A continuación se presenta una lista de algunos de los derechos más reconocidos que se incluyen en los derechos reproductivos y sexuales:

Derechos reproductivos:

- derecho de las mujeres para controlar y decidir sobre su propio cuerpo;
- derecho a recibir servicios de salud de calidad donde no exista discriminación en relación con la edad, sexo, orientación sexual, estado civil;
- derecho a elegir sobre tener o no tener hijos, el número y el tiempo entre embarazos.
- derecho a recibir información sobre métodos de planificación familiar, tener acceso a ellos y poder elegirlos libremente sin ningún tipo de coacción;
- derecho a recibir tratamiento en caso de infertilidad;y
- derecho a la atención durante el embarazo, el parto y en un aborto.

En cuanto a los derechos sexuales:

- derecho a disfrutar de la sexualidad sin necesidad de procrear.
- derecho a la libre elección de prácticas sexuales,
- derecho a vivir una vida libre de violencia sexual: libertad para decidir tener relaciones sexuales o no, el momento y la pareja,
- derecho a la privacidad sexual
- derecho a la equidad sexual
- derecho a la libre expresión de su orientación sexual, así como la regulación de las distintas situaciones que se desprenden de su ejercicio cotidiano, y
- derecho a recibir información y educación sobre sexualidad.
- derecho al placer sexual.
- derecho a la atención de la salud sexual.
- derecho a tener información y atención en enfermedades de transmisión sexual.

Estos derechos significan un desafío planteado a los estados, a los ministerios de salud y a los proveedores de servicios de salud, ya que las mujeres necesitan información, atención adecuada y por supuesto, nuevas políticas de salud reproductiva y sexual que tengan una nueva visión que signifiquen vida, dignidad y decisión de la mujer sobre su cuerpo, en cuanto a su fecundidad y sexualidad.

La situación de los derechos sexuales y reproductivos en Guatemala

Hasta hace algunos años, en Guatemala el concepto de planificación familiar estaba asociado solamente con la visión del control de población y disminución de la pobreza. Es decir, los Estados, organismos internacionales y ONG's promoviendo que las familias planificaran, espaciaran los embarazos, las mujeres se operaran para no tener más hijos, ya que la pobreza se vuelve más profunda en familias muy numerosas. En ese entonces la idea de la planificación familiar no se asociaba al bienestar de la mujer ni al derecho a decidir la cantidad de hijos/as que se desea tener, sino que primaba una visión de control de la población con fines económicos.

Ha sido desde el trabajo iniciado por el movimiento de mujeres y organizaciones feministas del país, cuando se ha comenzado a reivindicar los derechos sexuales y reproductivos relacionados con la dimensión explicada en el apartado anterior, intentando trascender la visión religiosa, economicista y en general patriarcal que existe en torno a este tema.

El Ministerio de Salud diseñó en el año 2000 el Programa Nacional de Salud Reproductiva, el cual no considera a la mujer como persona integral con derechos sexuales y reproductivos, sino únicamente como madre, como ser reproductor.

La atención prenatal y de postparto, por lo general se refiere al control de la evolución del feto, los síntomas que manifiesta la embarazada o las posibles dificultades que tenga dicho embarazo. Pero, sin duda la atención prenatal y post parto tiene otros aspectos que no son abordados desde la perspectiva tradicional y que principalmente tienen que ver con el bienestar integral y la salud mental de la madre.

Se ha comprobado que el embarazo, el parto y el postparto son tiempos muy difíciles para la mujer, ya que requiere de un esfuerzo físico y psicológico extremo, y en condiciones de pobreza esto se agudiza. Es por esto que el movimiento de mujeres y feminista en Guatemala reivindica que la atención prenatal y de postparto sea digna e integral, como parte de los derechos sexuales y reproductivos relacionándola directamente con el derecho a la vida, ya que son muchas mujeres que mueren en la labor de parto, o en el postparto.

El tema de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA está cada vez más relacionado con el acceso a la información y a la atención adecuada. En el caso de Guatemala, las áreas rurales y más pobres es donde menos llega dicha información, lo que se agrava por la educación sexual inexistente a nivel nacional. Este tema forma parte de la necesaria integralidad que hemos abordado en los conceptos anteriores, ya que si en nuestros países se continúa manejando una visión tradicional o conservadora de la salud sexual, es más difícil tener estrategias y medidas para enfermedades como el VIH/SIDA.

Es necesario trascender la creencia basada en la religión de que la fidelidad es una buena forma de combatir estas enfermedades, ya que se ha comprobado que esta supuesta fidelidad no es mutua en la mayoría de los casos y las mujeres son las principales víctimas de estas circunstancias. En muchas ocasiones la violencia que se vive dentro de los hogares hace que las mujeres no puedan decidir ni controlar sus relaciones sexuales, ya que no se ejercen en libertad. En estas condiciones, es imposible pensar que tenga posibilidades de demandar fidelidad mutua.

Por otra parte, existen prácticas y comportamientos sexuales de los hombres que ponen en riesgo directo a las mujeres de contraer la enfermedad. Los hombres inician en muchas ocasiones sus relaciones sexuales con mujeres insertas en el comercio sexual. Son llevados por su padrino o amigos para «hacerse hombre». Esta práctica continúa, para algunos, a lo largo de sus vidas y es culturalmente aceptable. También existen los casos en que los hombres se casan, pero mantienen en paralelo relaciones sexuales con otros hombres. Ellos no se identifican como homosexuales o bisexuales, pero por las prácticas sexuales en las que participan, tienen un alto riesgo de contraer el VIH y de transmitírselo a su esposa o pareja y a sus hijos no nacidos. Otra práctica sexual que se da entre parejas jóvenes heterosexuales es el sexo anal, que se practica para evitar la pérdida de la virginidad de la mujer, poniendo a la mujer en mayor riesgo que por medio de una relación vaginal, al ser el tejido anal mucho más susceptible a rasgaduras que incrementan la susceptibilidad de los tejidos al VIH.

Como se ha señalado, en Guatemala, las políticas y los servicios de salud para las mujeres siguen centrándose en sus funciones reproductivas. Se ha comprobado que estos enfoques centrados en la atención reproductiva estrictamente siguen siendo insuficientes e ineficaces.

La tasa de mortalidad materna en Guatemala sigue siendo descrita como “alarmante”, situándose en 153 decesos por cada 100.000 nacidos vivos, lo que suscita especial preocupación, ya que muchas de las causas son prevenibles. Los informes señalan que aproximadamente 53% de las muertes se producen por hemorragias, 14% por infecciones, 12% por hipertensión y 10% por complicaciones provocadas por abortos. Las muertes registradas podrían ser evitadas con mejoras relativamente sencillas y con un enfoque más integral que incluye: educación sexual, acceso a información y uso de métodos de planificación, atención adecuada al embarazo en todo el ciclo, legalización del aborto, etcétera.

Las cifras de atención prenatal, durante el parto y postparto muestran un importante déficit que incide en los altos índices de muerte materna e infantil. Durante el embarazo, 60% de las mujeres recibe atención prenatal por personal calificado (48% con médicos y 12% con enfermeras) y un 15.7% de mujeres no recibe atención ninguna. En el momento del parto, únicamente un 42.1% de las mujeres es atendido en un establecimiento de salud y un 41.4% es atendido por personal calificado; alrededor de 50% es atendido por comadronas. Este dato se incrementa en función de la ubicación geográfica (55.4% del área rural) y pertenencia a grupo étnico (63.7% de las indígenas)

Parto

En el Informe de Desarrollo Humano, 2003, los datos sobre atención en el parto, recogidos de la Encuesta Nacional Materna Infantil 2002, arrojan lo siguiente:

Tipo de asistencia durante el parto y lugar de nacimiento según área, etnicidad y región 2002 (Porcentajes)

Características	Tipo de asistencia					Lugar de nacimiento			
	Médico	Enfermera	Comadrona	Otro	Sin asistencia	MSPAS	IGSS	Hospital o clínica privada	Hogar
Total	37.0	4.4	47.5	10.2	0.8	28.8	7.0	6.3	57.9
Área									
Urbana	59.8	5.8	31.7	2.5	0.2	41.6	12.1	12.3	34.0
Rural	25.7	3.8	55.4	14.0	1.1	22.4	4.5	3.4	69.8
Etnicidad									
Indígena	15.4	3.7	63.7	16.4	0.8	15.6	1.5	2.9	80.4
No indígena	52.1	4.9	36.2	5.9	0.8	38.1	10.8	9.0	42.1
Región									
Metropolitana	69.3	1.4	26.4	2.4	0.4	38.4	19.8	13.7	28.1
Norte	16.7	8.0	37.7	36.1	1.5	21.0	1.2	3.2	74.6
Nororiental	30.4	10.3	30.3	25.2	3.7	32.6	2.4	7.5	57.4
Suroriental	25.4	6.8	62.2	5.0	0.6	28.9	1.7	2.7	66.7
Central	44.4	2.6	52.2	0.8	0.0	30.1	11.7	5.5	52.7
Suroccidental	26.5	4.7	63.1	5.2	0.5	25.4	1.7	3.6	69.3
Noroccidental	16.8	2.5	72.3	8.2	0.3	17.0	0.3	2.8	79.9
Petén	26.4	4.0	42.4	26.9	0.3	29.1	0.6	1.0	69.3

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002

Mortalidad materna

Debido a la poca cobertura y mala calidad de la atención de la salud de las mujeres, las cifras de mortalidad materna siguen siendo altas y las causas todas se relacionan con las deficiencias del sistema de salud.

La muerte de mujeres relacionadas con el embarazo y parto se exponen a continuación:

Cinco primeras causas de mortalidad materna (muerte en el parto o después del parto) Total país – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención placentaria	71	20.88
2	Hemorragia postparto	71	20.88
3	Eclampsia	31	9.12
4	Sepsis puerperal	16	4.71
5	Aborto incompleto	8	2.35
	Resto de causas	143	42.06
	Total	340	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Al analizar estas gráficas podemos darnos cuenta de que la mayoría de las muertes de mujeres se produce por su condición socioeconómica y el no acceso a una atención oportuna y de calidad.

Situación de las adolescentes

En cuanto a la fecundidad de las adolescentes, los datos indican que a los 15 años, el 6.1% de las jóvenes ha estado embarazada alguna vez y el 2.6% son madres, incrementándose este porcentaje conforme la edad. Se observa que el 29.6% de las adolescentes de 18 años ya han estado embarazadas y el 24% ya son madres. Estas cifras son mayores en las áreas rurales ya que el mayor porcentaje de madres adolescentes son indígenas (19%) y habitan en las áreas rurales (20.1%). La tendencia de la fecundidad en los últimos tres quinquenios, en el grupo de 15 a 19 años no ha disminuido, a diferencia del grupo de 25 a 29 años que reporta una tendencia descendente. Esto demuestra que las adolescentes tienen poco acceso a la información y educación sexual y reproductiva y a los servicios de planificación familiar y de atención integral.

El uso de algún método anticonceptivo entre las adolescentes entre los 15 y 19 años es muy bajo (7.5%); en estudios se ha estimado que el 68.9% de las adolescentes desconocen los métodos anticonceptivos. El embarazo precoz plantea varios riesgos: además de los problemas de salud, un mayor riesgo de abortos, en condiciones inseguras y de interrupción de la educación.

Salud y sexualidad, mujeres adultas

Generalmente es el hombre quien toma las decisiones sobre la actividad sexual de la pareja y sobre la fecundidad de la mujer. Prevalece un patrón de conducta en que, mientras los hombres ejercen controles para asegurar que el comportamiento sexual de la mujer/esposa sea monógamo, se sienten en libertad para tener relaciones sexuales cuando quieren y con quien quieren. Esta situación pone a las mujeres en mayor riesgo de embarazos no deseados y de contraer infecciones, pues impide que éstas decidan libremente sobre el uso de preservativos o bien, negarse a tener una relación sexual sin riesgo de ser violentadas.

La tasa global de fecundidad para el período 1999 - 2002 es de 4.4 hijos o hijas por mujer. Hay diferencias entre el área urbana (3.4) y rural (5.2), grupo étnico (indígenas 6.1. y ladinas 3.7) y según el nivel de educación. Llama la atención las grandes diferencias que existen entre hijos/as no deseados e hijos/as deseados/as. En el 20% de la población más pobre esta diferencia llega a 2.4 (es decir, desean en promedio 2.4 hijos/as menos de los/las que tienen), en el segundo y tercero quintil a 1.7 y 1.1, respectivamente. Esto evidencia la gran dificultad de acceso a información sobre y uso de anticonceptivos.

Si bien, el número de mujeres en edad reproductiva que alguna vez han oído sobre métodos anticonceptivos alcanzaba al 91.5% en el año 2002, los porcentajes de uso de anticonceptivos en Guatemala siguen estando entre los más bajos de la región centroamericana con un 43.3% de las mujeres, de las cuales 34.4% usa métodos modernos y 8.8% métodos tradicionales. De las mujeres rurales sólo el 34.7% usan anticonceptivos y en la población indígena únicamente el 23.8%.

Desde el punto de las mujeres sin acceso a educación sólo el 24.7% usan dichos métodos.

Todas estas cifras, y particularmente la brecha entre conocimiento y uso de anticonceptivos, indican la necesidad de mejorar el acceso que tiene la población a los métodos anticonceptivos. El hecho de que el 64% de las usuarias consigue información y anticonceptivos en el sector privado y sólo un 25% de las usuarias en el sector público, confirma la debilidad del sistema estatal en este aspecto.

La sexualidad en mujeres adultas mayores

Las fuentes de información disponibles en Guatemala para documentar la situación de las mujeres adultas mayores son muy limitadas, sobre todo cuando se refiere a su vida sexual y reproductiva. Para las estadísticas en salud (y para muchas otras áreas), las mujeres dejan de existir una vez finaliza su función reproductiva.¹²⁶

Cabe señalar que la salud sexual y reproductiva, y la salud en general de las mujeres adultas mayores, está relacionada con lo que las mujeres vivieron anteriormente, es decir, son el resultado acumulado de su salud sexual y reproductiva en etapas anteriores de la vida. En países subdesarrollados como Guatemala, muchas mujeres mayores tienen grandes problemas de salud como consecuencia de años de discriminación y de una vida dura y difícil en la pobreza, con exceso de trabajos pesados. Es decir, que son el reflejo de no haber tenido acceso a los servicios básicos, a una buena alimentación y nutrición, con alumbramientos siendo muy jóvenes y muchos hijos paridos.

126 Desarrollo Humano; Mujeres y salud: Quinto informe 2002/ Sistema de la Naciones Unidas en Guatemala: SNU, 2002.

Tampoco se atienden las repercusiones que tiene la menopausia en su salud mental y que en algunas mujeres tiene un efecto devastador, ya que por el rol impuesto para la maternidad, viven una profunda crisis de identidad, con depresión y ansiedad, llegando incluso a perderle el sentido a la vida. Sin embargo los servicios de salud en Guatemala no ofrecen este servicio de forma generalizada en el país.

Por otro lado, se da poca prioridad a las otras necesidades que en materia de salud sexual tienen las mujeres en esta etapa de su vida. Los tabúes existentes en la sociedad en relación con la sexualidad, que impiden entender ésta como un acto placentero, necesario e independiente de la procreación, promueven que las mujeres, conforme más avanzan en edad, repriman sus necesidades y preocupaciones sobre este tema.¹²⁷ Así muchas mujeres mayores dejan de vivir una parte fundamental del ser humano, teniendo tanto efectos físicos como psicológicos para una vida digna y feliz.

Las peligros de contraer enfermedades sexuales siguen latentes y se suman la gran cantidad de cánceres de útero o ginecológicos, que afecta a una porción importante de las mujeres en Guatemala.

Causas de mortalidad en mujeres mayores a 60 años - 2000

Causa	Total	Mujeres	% de Mujeres
Accidente Cerebro Vascular	2,643	1,349	51.0
Neumonía	8,373	3,999	47.8
Infarto Agudo al miocardio	3,447	1,647	47.8
Desnutrición	2,150	1,110	51.6
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	2,045	1,052	51.4
Diabetes Mellitus	1,030	610	59.2
Cáncer Cérvix	226	226	100.0
Hipertensión Arterial	366	182	49.7
TB Pulmonar	225	94	41.8
Cáncer mama	70	70	100.0
Cólera	14	8	57.1
Tétanos	9	7	77.8
Sida	1	1	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Desarrollo Humano 2002, con datos del Ministerio de Salud

Por supuesto, es importante evidenciar que la salud sexual de las mujeres está profundamente vinculada con los roles de género que nos han sido asignados, y que marca la forma de vivir de cada persona dependiendo si nace hombre o mujer. Para reflexionar esta situación hemos extraído un cuadro de la Revista Portadores de Sueños de la Instancia Nacional de la Salud, en el cual se abordan estas cuestiones:

Identidades de género y riesgos para la salud

	Identidad femenina	Identidad masculina
Conceptos asociados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Naturaleza-Cuerpo-Subjetividad-Emoción-Reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cultura - Mente - Objetividad - Racionalidad - Producción
Mandatos culturales en torno al comportamiento sexual	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preservación de la virginidad ■ Ausencia de expresiones eróticas (normas de recato corporal) ■ Fidelidad sexual femenina ■ Presión hacia la maternidad 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Creencia de necesidad sexual e impulso biológico refrenable ■ Ideas sobre afirmación de la virilidad: erección del pene, penetración sexual, conquistas y proezas sexuales. ■ Asignación de desconocimiento masculino en materia de procreación ■ Separación entre erotismo femenino e identidad femenina para la vida conyugal
Riesgos para la salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relaciones coitales tempranas y procreación numerosa ■ Ausencia de anticoncepción en mujeres sin hijos o sin cónyuge ■ Imprevisión para las relaciones sexuales ■ Aceptación pasiva de las demandas sexuales y procreativas masculinas ■ Falta de prevención de enfermedades de transmisión sexual ■ Exposición a riesgos por desconocimiento de la conducta sexual de la pareja 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de uso de medidas preventivas para el contagio de ETS ■ Falta de uso de métodos anticonceptivos ■ Presión a la diversidad de parejas y prácticas sexuales penetrativas. ■ Presión hacia la violencia, abuso, y diversos grados de coerción sexual. ■ Falta de conciencia de riesgos para la salud e imprevisión de comportamientos de riesgo.

Fuente: Portadores de sueños, Número 4. 2002.

En Guatemala, el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es una reivindicación por parte de mujeres, de feministas, de lesbianas, que ha encontrado de forma permanente rechazo y resistencia por parte del Estado y de Iglesias como la católica y las evangélicas. Esta situación se debe a que estos derechos se refieren, como se ha indicado, a la autonomía de los cuerpos de las mujeres y sobre su sexualidad, pilares sobre los que el sistema patriarcal ha centrado el control y el núcleo de su poder.

El fuerte rechazo a la propuesta de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (2005), donde se reconocen algunos de los derechos reproductivos y sexuales indicados con anterioridad, es un claro ejemplo de cómo el gobierno actual y las iglesias católica y evangélica buscan limitar el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres siendo una clara violación a los derechos humanos de las mujeres reconocidos por instrumentos internacionales como la Convención de Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer -CEDAW, que el propio Estado de Guatemala ha ratificado.

Dicha propuesta de Ley avanza y profundiza sobre lo establecido en la Ley de Desarrollo Social (2001), donde se reconoce el derecho a ejercer la maternidad y la paternidad, a tener acceso a servicios de planificación de la familia y a determinar autónomamente el número y el espaciamiento de los hijos, y da carácter de familias a los hogares a cargo de sólo uno de los padres. Un tema sumamente importante que aparece en esta propuesta es la educación sexual en la escuela.

Los derechos basados en la orientación sexual¹²⁸

Hablar de los derechos humanos de las mujeres lesbianas es hablar del ejercicio pleno de la sexualidad en todas sus dimensiones (derecho al placer, a la privacidad, a la libertad, respeto por la orientación sexual, acceso a educación sexual, etc), de sus derechos reproductivos y del derecho al ejercicio y disfrute de todos los derechos humanos sin sufrir discriminación y exclusión por su orientación y/o identidad sexual.

140

En nuestro país, el libre ejercicio y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos relacionados con la orientación y con la identidad sexual todavía se encuentra en un futuro lejano. Las lesbianas sufren constantemente violaciones a sus derechos humanos por su condición de lesbianas.

En el ámbito familiar se han registrado casos de jóvenes lesbianas que han sufrido violencia sexual en sus hogares por dar a conocer su orientación sexual. En estos casos las familias deciden imponer por la fuerza a las jóvenes prácticas heterosexuales utilizando violencia sexual que han derivado en violaciones, las

cuales cuando han sido denunciadas ante los operadores de justicia no se han registrado como delitos de violación, violando su derecho al acceso a la justicia.

De igual forma, son violados sus derechos a la integridad física por parte de agentes de la PNC, se han registrado casos de detenciones de mujeres lesbianas o parejas de lesbianas que han sido víctimas de tratos inhumanos, crueles y degradantes, así como de torturas por parte de los agentes en las comisarías o centros de detención. Por su parte, se han presentado numerosos casos de acoso laboral basado en su orientación sexual y de despidos laborales por las mismas razones.

Respecto a los derechos reproductivos de las mujeres lesbianas es necesario evidenciar determinadas situaciones en nuestro país que violan ese libre ejercicio. Por ejemplo, las mujeres separadas que han tenido hijos e hijas dentro de una relación con un hombre y cuando dan a conocer su condición de lesbianas pierden la patria potestad de sus hijos e hijas por esta condición. De igual forma, no existen posibilidades de acceso público a mecanismos de reproducción por métodos de inseminación artificial. Respecto al tema de las adopciones, actualmente en el Congreso se está discutiendo una propuesta de ley de adopciones donde se cerrarían las posibilidades de adoptar niñas y niños por parte de mujeres lesbianas. Estas situaciones reflejan una total imposibilidad de vivir y disfrutar de una maternidad libre y responsable por parte de las mujeres lesbianas.

El Estado guatemalteco no ha realizado, hasta el momento, acciones tendentes a paliar estas situaciones, lo cual se traduce en una constante violación a los derechos humanos de las mujeres lesbianas y, por tanto, una fuerte situación de vulnerabilidad.

Respecto al trabajo que se realiza en Guatemala desde las organizaciones de mujeres destaca la organización lésbico feminista "Lesbiradas", que ha centrado su labor en el fortalecimiento de la comunidad lésbica (identidades) y en la incidencia y defensa pública de los derechos humanos de las mujeres lesbianas. Sin embargo, hasta el momento, la agenda del movimiento de mujeres no ha incorporado de forma permanente estas reivindicaciones. Lo que se ha venido realizando son algunas alianzas estratégicas con expresiones organizadas del movimiento y mujeres feministas para temas específicos como violencia sexual. A nivel departamental no existe ninguna expresión organizada de mujeres lesbianas.

¹²⁸ Información basada en entrevista sostenida con Claudia Acevedo, coordinadora de la organización lésbico feminista "Lesbiradas"

A continuación presentaremos los datos extraídos del trabajo de campo y entrevistas, principalmente, ya que no existe mucha información elaborada sobre estos derechos, únicamente los datos se centran en la salud de las mujeres vinculados con su rol reproductor.

3.4.1 Departamento de Huehuetenango

Respecto a la salud sexual y reproductiva, es importante rescatar que predomina un modelo de atención para las mujeres centrado en su papel como reproductoras de la vida y por consiguiente, una de las dificultades que se encuentra en la información es el hecho de no contar con estadísticas desagregadas por sexo que den cuenta de la salud de las mujeres fuera de sus aspectos reproductivos.

Existe muy poca información y mucha dificultad para abordar estos temas, ya que están muy prejuiciados. *“En algunas familias sí hay información. Pero la mayoría no sabe de eso. Se está dando la información, sobre todo con métodos naturales. El problema es que los hombres no apoyan y dicen que si la mujer hace esto, la mujer en unos cuantos años se busca otro marido y eso lo piensa la mayoría de hombres. Si la mujer se controla esto va a suceder”*¹²⁹

*“Se ha observado un aumento en los embarazos de adolescentes quienes abandonan los estudios y se van con el hombre, y muchas son engañadas y se quedan solas las mujeres, por lo que se convierten en madres solteras”*¹³⁰

¹²⁹ Fuente trabajo de campo, grupo focal jóvenes.

¹³⁰ Fuente trabajo de campo, entrevistas con actores clave.

¹³¹ Foro de la Mujer, Departamento de Huehuetenango.

¹³² Información extraída del Sistema de Información General en Salud -SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

De acuerdo con el Foro de la Mujer del Departamento de Huehuetenango, entre los principales problemas que respecto a la salud reproductiva se pueden mencionar se encuentran¹³¹:

- Falta de libertad para decidir el número de hijos que se desea tener.
- No atención a las enfermedades propias de las mujeres, cáncer de la matriz, mamas, papanicolau, otras especialidades y planificación familiar.
- Falta de recreación de las mujeres.
- Desnutrición.
- Problemas psicológicos por violencia intrafamiliar y problemas emocionales por ser solas, viudas, así como la falta de atención a ellos

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 171,7 por 1,000 mujeres en edad fértil y la de natalidad es de 37.8 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹³²

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Huehuetenango	34,801	33,928

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Huehuetenango	165,098	797,812	4.8

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Mortalidad materna

La Razón de Mortalidad Materna -RMM para el departamento de Huehuetenango se sitúa en 181.63 por 100,000 NV (61 muertes maternas en el año 2004), lo que significa una tasa de mortalidad materna muy por encima de la media nacional.

En el departamento de Huehuetenango sólo el 8.4% de los partos son atendidos por servicios del Ministerio de Salud Pública, mientras el 88.6% son atendidos en sus casas. En cuanto quien atiende los partos únicamente el 10.1% son atendidos por un médico, mientras el 64.7% son atendidos por comadronas y el 17.5% son atendidos por comadronas empíricas.¹³³

Las estadísticas de morbilidad materna en 2004 son las siguientes:

Diez primeras causas de morbilidad materna Departamento de Huehuetenango – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Anemia	2,659	22.75
2	Enfermedad péptica	1,573	13.46
3	Enfermedad del tracto urinario	1,371	11.73
4	Resfrío común	806	6.90
5	Parasitismo intestinal	617	5.29
6	Diabetes	481	4.12
7	Infección respiratoria aguda	467	4.00
8	Diarreas	342	2.93
9	Amigdalitis	288	2.46
10	Cefalea	286	2.45
	Otras causas	2,798	23.94
	Total	11,688	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

Cinco primeras causas de mortalidad materna Departamento de Huehuetenango – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Sepáis puerperal	8	16.67
2	Atonia uterina	7	14.58
3	Parto único espontáneo	6	12.50
4	Retención placentaria	4	8.33
5	Ruptura del útero durante el trabajo de parto	3	6.25
6	Resto de causas	20	41.67
	Total	48	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000 (No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Huehuetenango	54,592	96	9,264	72	3,657	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3.4.2 Departamento de San Marcos

Una de las preocupaciones de las organizaciones de mujeres del departamento es la situación de salud de las mujeres, por lo que consideran indispensable la promoción de los derechos sexuales y reproductivos vinculados a la mortalidad materno infantil, abortos, embarazos no deseados, altos índices de morbilidad, cáncer y aumento de la pobreza y agudización de la situación de exclusión y marginación.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 157.7 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la de natalidad de 37.8 nacimientos por 1,000 habitantes.¹³⁴

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
San Marcos	32,245	32,272

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
San Marcos	158,720	792,515	5.0

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Mortalidad materna

La mortalidad materna por falta de asistencia es muy común. Muchas veces son atendidas por el esposo o solas. En el altiplano hay presencia de comadronas, pero ante las emergencias no hay otra salida que la asistencia hospitalaria y para muchas comunidades es imposible por la gran distancia en la que se encuentran los hospitales. La Razón de Mortalidad Materna -RMM para el departamento de San Marcos se sitúa en 135 por 100,000 NV.

143

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de San Marcos – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención placentaria	14	42.42
2	Hemorragia postparto	6	18.18
3	Sepsis postparto	5	15.15
4	Atonía uterina	4	12.12
5	Eclampsia	2	6.06
	Resto de causas	2	6.06
	Total	33	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Como se ha comprobado en la gráfica anterior, en cuanto a la muerte de mujeres durante el embarazo, las causas siempre están relacionadas con la pobreza y la exclusión que sufren en el acceso a una atención digna y de calidad.

¹³⁴ Información extraída del Sistema de Información General en Salud –SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

**Diez primeras causas de morbilidad materna
Departamento de San Marcos – año 2004**

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Anemia	4,782	42.76
2	Infección urinaria	3,701	33.09
3	Flujo vaginal	781	6.98
4	Leucorrea	495	4.43
5	Desnutrición	226	2.04
6	Sepsis vaginal	169	1.51
7	Dismenorrea	160	1.43
8	Dolor pélvico	158	1.41
9	Tricomoniasis	158	1.41
10	Candidiasis vaginal	92	0.82
	Resto de causas	460	4.11
	Total	11,184	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S Guatemala.

El Ministerio de Salud, a través de sus puestos y centros de salud sólo tiene programas de pre y posnatal y con los programas de extensión de cobertura llegan sólo una vez al mes a las comunidades, viéndose comprometida la calidad y continuidad de la atención.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000
(No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
San Marcos	125,832	15,506	27,717	147	5,356	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3.4.3 Departamento de Quetzaltenango

Los derechos sexuales y reproductivos no son abordados de manera integral por parte del sistema nacional de salud. La educación sexual está limitada al ámbito familiar con el tabú que esto significa. A la mujer únicamente se le ve desde el punto de vista de la maternidad, aunque los datos de mortalidad materna son elevados y en buena medida no cuantificados.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 130.4 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 29.8 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹³⁵

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Quetzaltenango	22,716	22,115

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Quetzaltenango	132,641	692,203	4.5

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Mortalidad materna

La Tasa de Mortalidad Materna para el departamento de Quetzaltenango es de 72 por 100,000 NV. La mortalidad materna es ocasionada por la falta de acceso a los servicios de salud, la distancia, falta de recursos para el transporte, partos de alto riesgo, por retención placentaria y hemorragias.

145

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Quetzaltenango – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Shock hipovolémico	9	52.94
2	Placenta Previa	3	17.65
3	Hemorragia vaginal	3	17.65
4	Eclampsia	1	5.88
5	Ruptura Anuris	1	5.88
	Resto de causas	0	0.00
	Total	17	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

En cuanto a la morbilidad, la mayoría de las cifras corresponde a enfermedades curables, pero que en el marco de la pobreza, en muchas ocasiones, se vuelven mortales.

¹³⁵ Información extraída del Sistema de Información General en Salud –SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

**Diez primeras causas de morbilidad materna
Departamento de Quetzaltenango – año 2004**

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Enfermedad péptica	1,870	12.64
2	Resfriado común	1,789	12.09
3	Infección del tracto urinario	1,534	10.37
4	Anemia	1,533	10.36
5	Amigdalitis	1,409	9.52
6	Parasito intestinal	846	5.72
7	Enfermedades de la piel	670	4.53
8	Artritis	425	2.87
9	Espasmo muscular	402	2.72
10	Diarreas	302	2.04
	Resto de causas	4,016	27.14
	Total	14,796	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S Guatemala.

La comadrona tiene un papel importante en el departamento y una responsabilidad mayor. Sin embargo existe discriminación hacia el trabajo que realiza, aunque ella atiende en su idioma y cultura a mujeres, el reconocimiento público formal es mínimo. En este caso la discriminación es étnica, de género y geográfica, y existe exclusión por no ser académica, aunque el sistema de salud oficial las incluye por la necesidad de la atención y como una forma de utilitarismo.

146

Métodos anticonceptivos

**Métodos de planificación familiar – datos año 2000
(No se incluyen datos de atención privada)**

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Quetzaltenango	10,691	329	4,174	380	1,430	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.4 Departamento de Quiché

Respecto al ejercicio y disfrute de la sexualidad sigue siendo un tabú hablar de ello. *“No se puede hablar del sexo; es un tabú. Para hablar de ello debe pensarse en una estrategia mágica, porque el dominio del hombre sobre el cuerpo de la mujer es muy fuerte. La mujer que no tiene hijos no sirve; ese es el concepto que los hombres tienen, que la mujer es sólo para tener hijos, para eso y para la casa. Para nada más”*.¹³⁶

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 219.6 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 48.9 por 1,000 habitantes.¹³⁷

¹³⁶ Fuente trabajo de campo, entrevistas con actores clave

¹³⁷ Información extraída del Sistema de Información General en Salud –SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS.

La tasa de natalidad es de 49.87%. Joyabaj y San Pedro Jocopilas presentan las tasas más altas con 72.47 y 60.56%, respectivamente. En el caso de Pachalum con 31.28 y Chajul con 38.75% muestran las tasas de natalidad más bajas.

A nivel de las organizaciones de mujeres han estado pensando en posibles estrategias para reducir las altas tasas de natalidad, ya que hay municipios, como Chichicastenango, con familias de 10 ó 11 miembros cada una.

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Quiché	30,11	29,097

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Quiché	124,734	609,168	4.9

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

En cuanto a la atención del parto, sólo el 6.7% de los mismos es atendido por el Ministerio de Salud Pública y el 91.7% en su casa. En un 6.8% los partos son atendidos por un médico, mientras que en un 69.4% son atendidos por comadronas y el 19.3% son atendidos por comadronas empíricas, situación que expresa la debilidad de la atención, sobre todo en caso de presentarse complicaciones.¹³⁸

Mortalidad materna

De acuerdo con el Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA, la tasa de mortalidad materna para el año 2001 en el departamento del Quiché es de 120.7 madres por cien mil nacidos vivos.

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Quiché – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención placentaria	4	36.36
2	Atonia uterina	4	36.36
3	Otras hemorragias postparto	1	9.09
4	Choque durante / después del parto	1	9.09
5	Placenta previa	1	9.09
	Resto de causas	0	0.00
	Total	11	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

¹³⁸ Datos. ENMSI 1995.

Las mujeres indígenas, quienes habitan en las condiciones de mayor precariedad, tienen las tasas de fecundidad más altas, el menor porcentaje de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras, y registran una tasa de mortalidad materna casi dos veces mayor (211 muertes por cada 100.000 nacimientos) que la anteriormente señalada, según el informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000.¹³⁹

Más de la mitad de las muertes maternas tienen lugar debido a un sangrado excesivo. Otras ocurren a causa de infecciones, hipertensión inducida por el embarazo o abortos realizados de manera poco segura. El informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000 muestra, entre otras cosas, que la mayoría de las muertes maternas tiene lugar en el hogar de la persona afectada.¹⁴⁰

Respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo destacan como principales:

Diez primeras causas de morbilidad materna Departamento de Quiché – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Enfermedades que complican el embarazo	223	39.68
2	Enfermedades del sistema respiratorio que complican embarazo	86	15.30
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias que complican embarazo	79	14.06
4	Infección genital en el embarazo	51	9.07
5	Infección no especificada en vías urinarias	30	5.34
6	Aborto incompleto	18	3.20
7	Sepsis puerperal	17	3.02
8	Amenaza de aborto	16	2.85
9	Aborto no especificado	12	2.14
10	Mastitis no purulenta asociada con parto	12	2.14
	Resto de causas	18	3.20
	Total	562	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000 (No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Pildora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Quiché	1,632	115	4,097	167	737	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

¹³⁹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 87, 95, 98,99 en Caracterización SEGEPLAN, 2004.

¹⁴⁰ Mortalidad materna en Guatemala: una tragedia evitable por Nancy Franco de Méndez. Junio 2003.

3.4.5 Departamento de Sololá

La educación sexual es un tabú con una fuerte influencia de la Iglesia. Hay mujeres que reciben capacitaciones sobre educación sexual pero mencionan que la religión no se los permite. La educación formal tampoco da información a adolescentes y jóvenes. En cuanto a los métodos de planificación familiar no se da la información completa sobre los efectos y posibilidades que existen.

A causa de la poca información de programas integrales con énfasis en derechos sexuales y reproductivos, las parejas no planifican, con el grave perjuicio para la salud de las mujeres.

Únicamente existen algunos programas de la municipalidad de Sololá de educación en salud preventiva, tales como:

- Capacitación a mujeres sobre control prenatal, aldea San Jorge La Laguna.
- Capacitación a curanderas en el caserío Central I, Chuiquel.
- Programa de formación a personal sanitario (institucional y comunitario)
- Formación a comadronas en las aldeas Argueta, Pixabaj, Los Encuentros, Chuiquel, Sacsiguán, El Ascenso, Coxom, Xalamá, Chuacorrall, Central, Tierra Linda, San Isidro, Chirijixim, María Tecún, Sacbochol y Peña Blanca.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 148.5 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 34.1 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁴¹

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Sololá	11,366	11,163

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Sololá	57,769	272,416	4.7

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Atención recibida	Número de personas
Primer control	1,428
Partos menores 20 años	335
Partos de 20 a 35 años	1,529
Mayores de 35 años	364
Primer control puérperas	315
Niños/as bajo peso al nacer	0
Muestras papanicolau	424
Papanicolau positivas	5

Datos Área de Salud Sololá

Mortalidad materna

Es importante mencionar que la educación sanitaria es deficiente; ésto, sumado al poco apoyo a la comadrona, falta de acceso y mala calidad de la atención aumenta la alta mortalidad materna y perinatal. Según datos de diagnósticos comunitarios realizados por la municipalidad, las muertes maternas son por factores vinculados a la deficiencia de la atención en salud.

141 Información extraída del Sistema de Información General en Salud -SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Sololá – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención placentaria	4	20.00
2	Preeclampsia	3	15.00
3	Aborto	3	15.00
4	Shock hipovolémico	2	10.00
5	Atonia uterina	2	10.00
	Resto de causas	6	30.00
	Total	20	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

La morbilidad relacionada con el embarazo está vinculada con las condiciones de vida, viéndose nuevamente como la exclusión social y económica se relaciona directamente con las enfermedades de las mujeres embarazadas.

Diez primeras causas de morbilidad materna Departamento de Sololá – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Enfermedad péptica	1,870	12.64
2	Resfriado común	1,789	12.09
3	Infección del tracto urinario	1,534	10.37
4	Anemia	1,533	10.36
5	Amigdalitis	1,409	9.52
6	Parasito intestinal	846	5.72
7	Enfermedades de la piel	670	4.53
8	Artritis	425	2.87
9	Espasmo muscular	402	2.72
10	Diarreas	302	2.04
	Resto de causas	4,016	27.14
	Total	14,796	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000 (No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Sololá	9,672	404	3,897	-	2,075	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.6 Departamento de Chimaltenango

De acuerdo con la experiencia de algunas instituciones se abordan más los derechos reproductivos que los sexuales, por las dificultades de que son temas tabúes para las mujeres y por los roles que han impuesto relacionados con la maternidad.

En los derechos reproductivos hay algunos avances, ya que se ha logrado abrir un poco el tema en los espacios de salud y educación, lo que hace que la población se vaya permeando y comience a hablar del tema, aunque en la práctica propiciar los mecanismos sea mucho más complejo. Puede conocerse algo sobre un tema, pero si no se tiene acceso a los recursos no se logra traducir la información en acciones reales.

En cuanto a la educación sexual con adolescentes, existen muchas limitaciones para abordar el tema de los derechos sexuales y reproductivos, ya que es un tema del que no se puede hablar, por múltiples factores entre los que están el machismo, la desinformación, los patrones culturales, la religión.

La situación concreta de las mujeres en cuanto a decisión sobre su cuerpo sigue siendo muy limitada, ya que por lo general no se habla de estos temas entre las parejas y la mayoría de hombres considera que la mujer es de su propiedad por lo tanto él tiene decisión sobre el cuerpo de ella. Esta situación se refleja en las palabras de una entrevistada: *“fíjese que yo ya no quiero tener más hijos. Qué puedo hacer. Fíjese que mi esposo me amarra para tener relaciones conmigo... me da vergüenza, porque se burla la sociedad de uno. ¿Por qué muchas mujeres viven felices y yo no?”*¹⁴².

142 Entrevistas con actoras clave, trabajo de campo.

143 Información extraída del Sistema de Información General en Salud -SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

144 ENMSI-95

145 Informe SEGEPLAN ,2004.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 162.8 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 37.1 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁴³

En el departamento de Chimaltenango el 85.3% de partos es atendido en la casa, el 80.9% por comadronas y un 3.9% por comadronas empíricas.¹⁴⁴

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Chimaltenango	16,220	15,761

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Chimaltenango	87,932	421,497	4.8

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Mortalidad materna:

La mortalidad materna es de 83.14 por cada mil.¹⁴⁵ Y las principales causas se presentan en el siguiente cuadro:

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Chimaltenango – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención de placenta	7	35.00
2	Ruptura del útero	3	15.00
3	Sepsis puerperal	3	15.00
4	Eclampsia	2	10.00
5	Desgarro perineal durante el parto	1	5.00
	Resto de causas	4	20.00
	Total	20	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

La mortalidad materna es alta, aunque menor que la registrada a nivel nacional. Sin embargo, en el ámbito departamental se considera que existe un gran subregistro, porque las muertes no se catalogan como causas maternas, aspecto que también es confirmado por las comadronas. Sobre todo cuando la mujer ha tenido que ser trasladada de un lugar lejano y muere sin un diagnóstico forense y además la familia no quiere que se realice una necropsia. Esta situación es común al resto de los departamentos analizados.

Llama la atención que entre las primeras diez causas de morbilidad materna aparezca el aborto con 339 casos; se entiende que son las enfermedades derivadas de un aborto. Esta situación y el elevado número de muertes de mujeres producidas por un aborto mal practicado viene a cuestionar las posiciones

conservadoras de nuestro país, en torno al abordaje de este problema, al no existir una atención adecuada y legal para el mismo.

**Diez primeras causas de morbilidad materna
Departamento de Chimaltenango – año 2004**

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Aborto	339	36.79
2	Infección genital en el embarazo	14	13.21
3	Mastitis asociada con el embarazo	12	11.32
4	Amenaza de aborto	9	8.49
5	Hemorragia ante parto	7	6.60
6	Hipertensión materna	6	5.66
7	Sepsis puerperal	4	3.77
8	Hemorragia post parto	2	1.89
9	Infección en herida obstétrica	2	1.89
10	Resto de causas	11	10.35
	Total	406	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

En relación con la problemática del sida, en el departamento de Chimaltenango es importante considerar su vínculo con la migración y la existencia de un subregistro importante, principalmente en aquellas mujeres que se supone tienen una estabilidad con su pareja y son sus esposos quienes las contagian.

Sida como causa de mortalidad en el Departamento de Chimaltenango - 2004

	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total
Sida	16	66.66	6	33.33	22

Fuente: memoria SIGSA 2004

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000 (No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Chimaltenango	12,235	881	6,987	1,026	3,280	42

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.7 Departamento de Guatemala

Diversas opiniones de lideresas han coincidido en señalar que el Programa Nacional de Salud Reproductiva fue realizado sin contar con el criterio de las organizaciones de mujeres. Tal parece centrar su propuesta en las opiniones venidas de la Iglesia católica y no de un Estado laico como el guatemalteco. Ejemplo de ello es el caso de la desaprobación -en el Programa-, de la anticoncepción de emergencia, cuestión que contradice las estadísticas que el propio Ministerio ha presentado en cuanto a mortalidad materna.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 93.6 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 23.9 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁴⁶

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Guatemala	62,402	65,236

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Guatemala	596,079	2,044,728	3.4

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

¹⁴⁶ Información extraída del Sistema de Información General en Salud -SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna en el departamento de Guatemala, en el año 2000 era de 122 por cada 100,000 nacidos vivos. Las causas más importantes son: poca accesibilidad a una atención adecuada de salud, hemorragia e infección postparto, placenta previa y preclampsia.

Cinco primeras causas de mortalidad materna Departamento de Guatemala – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Preclampsia moderada	4	26.67
2	Embarazo ectópico	1	6.67
3	Septicemia	1	6.67
4	Hipertensión gestacional, inducida por embarazo	1	6.67
5	Parto por cesárea sin otra especificación	1	6.67
6	Resto de causas	7	46.67
Total		15	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S Guatemala.

En los datos de morbilidad materna se ve nuevamente el tema del aborto en diferentes categorías:

Diez primeras causas de morbilidad materna Departamento de Guatemala – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Amenaza de aborto	245	28.19
2	Infección no especificada en las vías urinarias	95	10.93
3	Otras enfermedades específicas y afecciones que complican el embarazo	91	10.47
4	Aborto no especificado	82	9.44
5	Preclampsia no especificada	34	3.91
6	Complicación relacionada con el embarazo	34	3.91
7	Aborto incompleto	32	3.68
8	Otras enfermedades infecciosas y parasitosis materna que complican el embarazo	22	2.53
9	Falso trabajo de parto, sin especificación	23	2.65
10	Resto de causas	211	24.28
Total		869	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000
(No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Pildora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Guatemala	19,558	3,147	16,938	18	16,794	17

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.8 Departamento de Baja Verapaz

La falta de acceso a un ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres está íntimamente vinculada con temas como violencia y discriminación. De esa cuenta, el estado de la salud sexual y reproductiva de la población femenina en Baja Verapaz es claramente uno de los indicadores que muestra las condiciones socioeconómicas injustas o inequitativas de una parte importante de la población. En ese sentido, la actividad sexual, con demasiada frecuencia, implica violencia.

Ahora bien, es complejo hacer la diferenciación de lo que le sucede a una mujer en Baja Verapaz, sin dejar por un lado la tremenda complejidad de lo que significa Guatemala en su conjunto. Es decir, las mujeres bajaverapacenses no son más pobres o más excluidas por ser de dicho lugar, sino porque ellas al igual que las mujeres de otros departamentos o latitudes, sintetizan o se convierten en objeto de las más terribles discriminaciones o vejaciones que se pueden experimentar, como producto de una cultura machista y de invisibilización de la mujer. En este contexto el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos en su plenitud resulta un reto muy difícil de alcanzar.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 182.3 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 39.8 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁴⁷

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Baja Verapaz	7,881	7,411

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Baja Verapaz	44,693	211,772	4.7

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Mortalidad materna

La mortalidad materna para el año 2003 fue de 68.87 por 100,000 nacidos vivos. Destacan datos alarmantes en municipios como San Jerónimo y Purulhá, con tasas de 198 y 131.58 por mil nacidos vivos.

¹⁴⁷ Información extraída del Sistema de Información General en Salud –SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Baja Verapaz – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Hepatitis fulminante	7	46.66
2	Hemorragia postparto	1	6.66
3	Retención placentaria	2	13.33
4	Ruptura uterina	3	20.00
5	Atonía uterina	1	6.66
	Resto de causas	1	6.66
	Total	15	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

La morbilidad materna en Baja Verapaz está asociada con enfermedades comunes, tal como se presenta en la siguiente gráfica:

Diez primeras causas de morbilidad materna Departamento de Baja Verapaz – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Infección en el tracto urinario	2,901	23.59
2	Enfermedades respiratorias agudas	2,339	19.02
3	Anemia	2,339	19.01
4	Enfermedad péptica	1,279	10.40
5	Abortos	921	7.49
6	Cefalea	146	1.19
7	Momatosis uterina	143	1.16
8	Mialgia	111	0.90
9	Enfermedades de la piel	110	0.89
10	Trastorno gastrointestinal	80	0.65
	Resto de causas	1,952	15.71
	Total	12,300	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000 (No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Baja Verapaz	7,781	1,091	1,990	289	911	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.9 Departamento de Alta Verapaz

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 154.1 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 34.3 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁴⁸

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Alta Verapaz	32,024	31,024

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Alta Verapaz	145,088	707,671	4.0

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna reportada por el Informe de Desarrollo Humano del PNUD, año 2003, es de 266 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, siendo de las más altas del país. Entre las causas identificadas se encuentran: hemorragias postparto, infección postparto, retención placentaria, etcétera.

Para el año 2004 las causas de mortalidad oficiales se esbozan en la siguiente gráfica:

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Alta Verapaz – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención placentaria	10	62.50
2	Preclampsia	2	12.50
3	Atonía uterina	1	6.25
4	Otras hemorragias postparto inmediatas	3	18.75
5	Sepsis puerperal	-	0.00
	Resto de causas	-	0.00
	Total	16	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Para la morbilidad las causas y cifras son las siguientes:

¹⁴⁸ Información extraída del Sistema de Información General en Salud –SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

**Diez primeras causas de morbilidad materna
Departamento de Alta Verapaz – año 2004**

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Anemia	2,901	23.59
2	Infección urinaria	2,339	19.02
3	Enfermedades sistema digestivo	2,339	19.01
4	Enfermedades respiratorias agudas	1,279	10.40
5	Abortos	921	7.49
6	Retención placentaria	146	1.19
7	Hipertensión materna	143	1.16
8	Infección genital	111	0.90
9	Hemorragias	110	0.89
10	Mastitis	80	0.65
	Resto de causas	1,952	15.71
	Total	12,321	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000
(No se incluyen datos de atención privada)

158

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Alta Verapaz	23,733	2,093	6,271	409	1,515	6

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.10 Departamento de Chiquimula

Como se ha mencionado anteriormente, en el departamento se da una situación muy preocupante relacionada con los derechos sexuales y con el derecho a la integridad y a la vida, ya que en zonas más urbanas (Chiquimula y Esquipulas) y

en las fronteras (Esquipulas y El Florido) hay un repunte en la explotación sexual y prostitución forzada de mujeres, sobre todo de adolescentes. Del mismo modo, la pornografía infantil se está convirtiendo en un fenómeno grave en el departamento, donde se han conocido casos de ventas de hijas por parte de sus padres o en que son alquiladas para producciones pornográficas.

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 151.5 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 34.4 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Información extraída del Sistema de Información General en Salud –SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

En la mayoría el número de hijos es determinado o por ideas religiosas o por la costumbre de tener familias numerosas. Son pocos los lugares donde las parejas están planificando de manera conversada y acordando el número de hijos que van a tener.

Esta realidad es más dramática en el área rural y en los lugares más alejados y pobres, "...pues ahí llegan los hijos que llegan y las mujeres no pueden oponerse a tener relaciones con el marido pues se considera "normal" que ella siempre debe estar dispuesta a atender el pedido del hombre.¹⁵⁰

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Chiquimula	11,662	11,001

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Chiquimula	62,866	291,167	4.6

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Tipo de asistencia recibida en el parto

	Total	Médica	Comadrona	Empírica	Ninguna	No Indica
Chiquimula	12,191	2,722	760	8,293	414	2

Fuente: memoria SIGSA 2004

Mortalidad materna

La mortalidad materna para el año 2004 era de 126.9 por cada 100,000 nacimientos. Entre las causas más comunes se encuentran: infecciones postparto, retención placentaria, etc.

Las causas de morbilidad asociadas a la pobreza, mala alimentación y exclusión de la atención en salud, se reflejan en la gráfica de la siguiente página.

Cinco primeras causas de mortalidad materna. Departamento de Chiquimula – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Retención placentaria	7	77.78
2	Otras hemorragias postparto inmediatas	1	11.11
3	Atonía uterina	1	11.11
4	-	-	0.00
5	-	-	0.00
	Resto de causas	-	0.00
	Total	9	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

¹⁵⁰ Opiniones de entrevistadas en el trabajo de campo.

**Diez primeras causas de morbilidad materna
Departamento de Chiquimula – año 2004**

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Gastritis / enfermedad péptica	985	20.26
2	Infección urinaria	977	20.10
3	Enfermedades respiratorias agudas	908	18.68
4	Anemia	533	10.96
5	Cefalea	391	8.04
6	Enfermedades de la piel	213	4.38
7	Malgia	139	2.86
8	Vaginitis	114	2.35
9	Hemorragia uterina	46	0.95
10	Dolor pélvico	39	0.80
	Resto de causas	516	10.62
	Total	4,861	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS S. Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000
(No se incluyen datos de atención privada)

160

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Chiquimula	933	113	6,053	1	2,791	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

3.4.11 Departamento de Jalapa

Para las mujeres entrevistadas en Jalapa, consideran que el embarazo es una situación forzosa cuando se es mujer, pues casarse y tener hijos es una obligación para las mujeres y la que no cumple con esa norma impuesta por el rol que le han asignado, debe pagar los costos sociales de esa transgresión.

La posibilidad de que la mujer decida la cantidad de hijos que quiere tener no existe. Se sigue manteniendo la idea del mandato religioso, ya que la mayor parte de la gente piensa que deben tener “los hijos que Dios mande”. En las aldeas más alejadas, donde hay menos información, mala atención de salud y donde son más fuertes las iglesias fundamentalistas, el promedio de hijos e hijas para una mujer es de nueve, de los cuales no todos llegan a la adultez, ya que se mueren en tempranas edades por problemas relacionados con la alimentación y salud.



Por otra parte, las mujeres de las organizaciones entrevistadas manifiestan que se sabe de varios casos de mujeres que han tomado la decisión de operarse para ya no tener más hijos, sin la autorización de su marido, ya que éste se oponía y luego han sido duramente golpeadas por él. "Para la gente es común que los hombres tengan el poder sobre las mujeres; está naturalizado y no se considera que están violando nuestros derechos... hasta el robo de niñas de 12 años en adelante que se da en algunas aldeas se ve como una práctica natural... e inclusive en algunos lugares ha habido denuncia de que los padres y madres venden a sus hijas jovencitas..."¹⁵¹

Fecundidad y natalidad

La tasa de fecundidad en el año 2001 era de 154.5 embarazos por 1,000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad de 34.0 nacimientos por cada 1,000 habitantes.¹⁵²

Nacimientos según departamento de residencia de la madre

	Año 2002	Año 2003
Jalapa	7,206	4,719

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SIGSA y Ministerio de Salud.

	Población femenina de 12 años y más con hijos(as)	Hijos(as) nacidos vivos	Promedio de hijos(as)
Jalapa	48,202	240,811	5.0

Fuente: Elaboración propia a partir del XI Censo de Población, INE 2002.

Estos índices de natalidad tan altos tienen unas consecuencias muy graves para la vida de las mujeres, ya que comienzan su vida sexual y, por ende, la reproductiva siendo aún muy pequeñas, lo que traerá secuelas para todo el desarrollo futuro de esa mujer, y en especial en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva y la calidad de vida que pueda tener cuando sea adulta y mayor.

Tipo de asistencia recibida en el parto

	Total	Médica	Comadrona	Empírica	Ninguna	No Indica
Jalapa	10,610	1,309	578	8,526	196	1

Fuente: memoria SIGSA 2004

¹⁵¹ Entrevista con Lorena Cabnal, Asoc. de Mujeres Indígenas Xincas, Santa María Xalapán, Jalapa.

¹⁵² Información extraída del Sistema de Información General en Salud -SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS

La comadrona es una figura de respeto en los pequeños poblados. Además de atender partos, es conocedora de plantas, rituales y fases de la luna vinculados con la salud; es decir, también es curandera. Por su papel en la vida de las familias, es llamada "abuela"; por su labor y experiencia, con frecuencia es líder comunitaria. Atiende la mayoría de los partos en las poblaciones indígenas y con alto nivel de marginación y pobreza.

Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna fue de 123 en el año 2000 y de 21.2 en el año 2001, por cada 100,000 nacimientos. Las causas más comunes de muerte son por infección postparto, hemorragias y preclampsia, entre otras.

162

Cinco primeras causas de mortalidad materna Departamento de Jalapa – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Hipertensión	1	25.00
2	Retención placentaria	1	25.00
3	Infecciones herida quirúrgica	1	25.00
4	Preclampsia	1	25.00
5	-		0.00
	Resto de causas	0	0.00
	Total	4	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Para las cifras y causas de morbilidad materna en el departamento se tiene lo siguiente:

Diez primeras causas de morbilidad materna Departamento de Jalapa – año 2004

No.	Causa	Frecuencia mujeres	% de mujeres del total de casos
1	Infección urinaria	1,495	17.89
2	Enfermedades respiratorias	847	10.14
3	Enfermedades pépticas	840	10.05
4	Cefalea tensional	698	8.35
5	Anemia	494	5.91
6	Diarrea	161	1.93
7	Sepsis vaginal	132	1.58
8	Hipertensión arterial	129	1.54
9	Leucorrea	117	1.40
10	Neuritis	116	1.39
	Resto de causas	3,328	39.82
	Total	8,357	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Anual 2004, informática y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS Guatemala.

Métodos anticonceptivos

Métodos de planificación familiar – datos año 2000
(No se incluyen datos de atención privada)

	Mujeres				Hombres	
	Inyectable	Dispositivos Intra Uterino	Píldora	Operación Quirúrgica	Condón	Operación Quirúrgica
Jalapa	6,205	12	5,737	-	1,836	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PNUD 2002 con información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.