

ANÁLISIS DE GÉNERO EN SALUD EN GUATEMALA





Los contenidos de esta publicación pueden ser utilizados siempre, considerando los derechos de autor. Para obtener autorización para la reproducción mediante cualquier forma, medio, sistema o transmisión, la solicitud deberá dirigirse a CARE Guatemala.

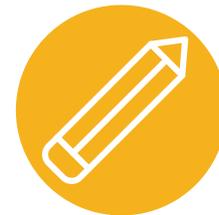
Equipo de CARE responsable por esta publicación:

Programa Identidad y Derechos de Niñas, Jóvenes, Mujeres Indígenas y Mestizas

- ***Dra. Melany Martínez Leal***, Coordinadora de Proyectos de Acceso a Salud Integral
- ***Lilían López***, Gerente del Programa
- ***Equipo del Programa Identidad y Derechos***

Los puntos de vista expresados en este Análisis de Género en Salud son solo de la autora y no representan necesariamente los de CARE Guatemala.

1. CONTENIDO



2 ABREVIATURAS.....	5
3 RESUMEN EJECUTIVO.....	6
4 METODOLOGÍA	9
5 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	11
5.1 Datos y estadísticas desglosadas.....	11
5.2 Análisis demográfico.....	12
6 SITUACIÓN Y CONTEXTO DE SALUD.....	12
6.1 Perfil de Morbilidad.....	13
6.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles (crónico-degenerativas).....	13
6.1.2 Enfermedades transmisibles e infecciosas.....	16
6.1.3 Estado Nutricional.....	20
6.1.4 Embarazo, parto y postparto.....	23
6.2 Perfil de Mortalidad.....	26
6.3.1 Mortalidad Infantil y en la niñez.....	27
6.3.2 Mortalidad Materna.....	29
6.4 Salud sexual y reproductiva.....	32
6.5.1 Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos.....	32
6.5.2 Acceso a métodos anticonceptivos.....	35
6.5.3 Embarazos y partos en niñas y adolescentes.....	36
6.5.4 Infecciones de transmisión sexual.....	39
6.6 Salud mental.....	42
6.6.1 Atención psicosocial para mujeres.....	42
6.7 Violencia basada en género.....	44
6.9.1 Violencia psicológica.....	45
6.9.2 Violencia física.....	46
6.9.3 Violencia sexual.....	46
6.9.4 Violencia obstétrica.....	48
6.9.5 Centros de Apoyo Integral para las Mujeres Sobrevivientes de Violencia -CAIMUS- y la atención a mujeres víctimas de violencia con riesgos en salud.....	49
6.1 Acceso a la salud.....	49
6.10.1 Sistema de salud.....	49
6.10.2 Inversión, financiación y gasto en salud.....	51

6.10.3 Acceso a servicios de salud.....	51
6.11 Atención en salud.....	54
6.12.1 Niveles de atención en salud.....	54
6.12.2 Medicina Tradicional y Ancestral Indígena.....	55
6.2 Recurso humano para la Salud.....	57
6.13.1 Fuerza laboral por género en el recurso humano para la salud.....	58
6.13.2 Trabajo de comadronas.....	58
7 RECLAMACIÓN DE DERECHOS Y PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA EN LA TOMA DE DECISIONES PÚBLICAS RELACIONADAS A SALUD.....	60
8 MARCO NACIONAL E INTERNACIONAL LEGAL Y POLÍTICO EN SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO.....	62
8.1 Derecho universal a la salud.....	63
8.2 Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer.....	63
8.3 Ley de desarrollo social.....	64
8.4 Ley de maternidad saludable.....	64
8.5 Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar.....	64
9 CONCLUSIONES.....	65
10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

2. ABREVIATURAS

ADECCA	Asociación de Desarrollo Comunitario Cakchiquel
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
CAIMUS	Centros de Apoyo Integral para las Mujeres Sobrevivientes de Violencia
COCODES	Consejos Comunitarios de Desarrollo
COLMEDEGUA	Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala
COMUDES	Consejos Municipales de Desarrollo
DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DM	Diabetes Mellitus
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ERC	Enfermedad Renal Crónica
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Infarto Agudo al Miocardio
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MP	Ministerio Público
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSAR	Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil
PAHO	Panamerican Health Organization (OPS en español)
PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UASPII	Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization (OMS en inglés)



3. RESUMEN EJECUTIVO



La salud es un derecho fundamental de la persona y el Estado de Guatemala la reconoce como un bien público al que toda persona tiene derecho de acceder, sin discriminación alguna, incluyendo la indistinción por género, etnia, orientación sexual, discapacidad, etc. Por lo tanto, el derecho a la salud obliga al Estado a garantizar a todas las personas un estado de salud optimo sin distinciones. Sin embargo, esto solamente es posible de lograr si se construyen las condiciones sanitarias que permitan un acceso diferenciado pero equitativo a la atención médica, tratamientos y medicamentos; y que estos bienes, sean además asequibles para toda persona.

A pesar de que Guatemala ha logrado algunos avances en el estado de salud de su población, sigue siendo el país con el sistema de salud más fragmentado de América Latina, con la inversión pública más baja de la región, con únicamente el 2.1% del PIB; en donde el gasto de bolsillo supera el 70% y la cobertura de servicios públicos es insuficiente y deficiente, en especial en el área rural y entornos de pobreza. Además, es el país de Latinoamérica que cuenta con menos personal de salud por habitante, de los cuales menos de la mitad proveen servicios profesionales a nivel público. Este detrimento en personal de salud podría ser subsanado en parte, si se integrara a los terapeutas tradicionales al sistema nacional de salud, ya que ellos atienden aproximadamente al 40% de la población, a pesar de las muchas desventajas, rechazo y discriminación por parte del sistema de salud oficial.

Por lo tanto, el panorama de salud en el país sigue siendo desalentador; a pesar del progreso en sus indicadores durante los últimos veinte años. Guatemala se caracteriza por tener una población mayoritariamente joven, con cifras altas de natalidad y bajas de mortalidad, aunque irónicamente, las cifras de mortalidad materna e infantil sean de las más altas de la región, y las causas sean altamente prevenibles. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, la población es mayoritariamente ladina/mestiza, sin embargo, la población indígena supone más del 40%, lo que hace del país el segundo con mayor población indígena de la región, superado únicamente por Bolivia; y a pesar del gran porcentaje que supone la población indígena, la desigualdad es realmente evidente; los niveles más altos de analfabetismo, pobreza, pobreza extrema, mortalidad materno-infantil y desnutrición infantil se encuentran en esta población, sobre todo en mujeres y niñas en un entorno rural.

La tasa de desnutrición infantil en el país es la más alta del continente americano y la sexta más alta del mundo entero; el resto de los países con tasas similares, todos se encuentran en África subsahariana o en Oriente Medio, y todos en situación de guerra y/o desplazamiento forzado.

La violencia es una epidemia generalizada, sobre todo en adolescentes, cuya principal causa de muerte son las heridas por armas de fuego. De acuerdo con el Ministerio Público, los homicidios presentan una tasa de 45.5 por 100,000 habitantes y el feminicidio presenta una tasa de 1.8 muertes por cada 100,000 mujeres, dato que se encuentra por arriba de la media de la región. En referente a los otros tipo de violencia contra la mujer, el 45% de las mujeres y niñas guatemaltecas han sufrido o sufren algún tipo de violencia.

La salud en Guatemala, por lo tanto, es claramente un desafío para la el país: la desigualdad, no solamente en ingresos, sino también respecto al acceso a servicios por cuestiones de género y pertenencia a ciertos grupos poblacionales; el bajo financiamiento público en la salud; y las dificultades para un abordaje multisectorial de los determinantes de la salud debido a la desconexión entre el sector salud y las agendas económicas y sociales del país, son razones que dan respuesta a la problemática de salud en Guatemala y en las que tanto el sector público, como privado, deben enfocarse si se quiere dar una solución a largo plazo que beneficie a la población guatemalteca en general.



4. METODOLOGÍA



El Análisis de Género en el contexto de salud, brinda información sobre la situación, entorno, desafíos, retos, necesidades y requerimientos de mujeres, hombres, niños y niñas en relación con la salud y todos los factores determinantes de la salud en Guatemala.

La investigación principal se llevó a cabo de enero a diciembre de 2022, Análisis de Género en salud se actualizará adecuadamente cuando se produzcan cambios significativos, hallazgos y recomendaciones nuevas. El método de investigación incluyó:

✓ **Revisión de información secundaria: Una proporción significativa de datos se utilizaron para crear este análisis de género, incluidas**

- Estadísticas nacionales (INE, MSPAS)
- Estadísticas internacionales (OPS, OCDE)
- Reportes de observatorios (OSAR, Observatorio de las mujeres, VISIBLES)
- Reportes de programas del Ministerio de Salud (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de ITS)
- Memorias de labores (MSPAS, INE, MP, Movimiento de Comadronas Nim Alaxik)
- Artículos de la academia (USAC, FLACSO, COLMEDEGUA)

✓ **Información primaria: Una pequeña proporción de la información se obtuvo mediante el acceso a fuentes primarias**

- Entrevistas con asociaciones comunitarias de salud (Movimiento de Comadronas Nim Alaxik, ASECSA, ADECCA)
- Entrevistas con actores comunitarios en salud (Comadronas que trabajan directamente en comunidades predominantemente mayas)

✓ **Análisis de información primaria y secundaria y construcción de documento: Se trabajó sobre la base de un esquema de contenidos de Análisis Rápido de Género (ARG), modificado y adaptado a un contexto de salud integral, acordado previamente con CARE Guatemala.**

Consideraciones éticas: Al realizar este Análisis de Género en el contexto de la pandemia COVID-19, se identificaron varias consideraciones prácticas, logísticas y éticas. Se adoptó un enfoque de “no dañar” y se priorizó durante todo el proceso. Esto implicó mitigar riesgos directos para el personal y la comunidad, asociados con el virus. Consideraciones incluidas:

- La recolección de datos primarios que se realizaron a través de entrevistas presenciales se llevó a cabo respetando todas las medidas de bioseguridad disponibles, con el fin de resguardar la integridad en salud de los entrevistados y de la entrevistadora.
- La protección de datos, la confidencialidad y seguridad de las personas entrevistadas se consideraron en todas las etapas de investigación y reporte.
- Todo el personal involucrado en el proceso de recopilación de datos entendió y tenía disponibles los mecanismos y vías de derivación de violencia basada en género en caso de necesidad.



Limitaciones: Las principales limitaciones encontradas durante el diagnóstico fue la poca disponibilidad de datos estadísticos y de programas por parte de las instancias gubernamentales; así como la falta de datos recientes en el país respecto a indicadores en salud.

5. PERFIL DEMOGRÁFICO



5.1 Datos y estadísticas desglosadas

Tabla 1. Datos demográficos del país

	Población	Porcentaje
POBLACIÓN POR SEXO		
Mujeres	8,560,570	50.8%
Hombres	8,297,763	49.2%
POBLACIÓN POR GRUPO ETARIO		
<5 años	1,887,973	11.1%
5 a 14 años	3,631,942	21.4%
15 a 65 años	10,444,191	61.6%
>65 años	894,227	5.9%
POBLACIÓN POR PUEBLOS		
Maya	7,023,182	41.7%
Ladina	9,442,352	56.0%
Garífuna	21,916	0.1%
Xinca	298,392	1.8%
Afrodescendiente/creole/afromestizo	32,031	0.2%
Extranjero	40,460	0.3%
POBLACIÓN POR COMUNIDAD LINGÜÍSTICA		
Español	9,442,352	56.0%
Xinca	298,392	1.8%
Garífuna	21,916	0.1%
K'iche'	1,903,282	11.3%
Q'eqchi'	1,552,123	9.2%
Kaqchiquel	1,207,987	7.2%
Mam	955,153	5.7%
Q'anjob'al	238,788	1.4%
Poqomchi'	196,649	1.2%
Otros idiomas mayas	969,200	5.7%
Idiomas extranjeros	72,491	0.4%
POBLACIÓN TOTAL	16,858,333	100%

Fuente: INE, 2021

5.2 Análisis demográfico

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE), Guatemala cuenta con una población estimada de dieciséis millones ochocientos cincuenta y ocho mil trescientos treinta y tres habitantes, de los cuales el 50.8% son mujeres y el 49.2% restante son hombres. Respecto a la población LGTBIQ+, en el país no existe un registro riguroso y concreto sobre la cantidad de personas que se autodenominan como pertenecientes a esta población, así como tampoco se cuenta con datos respecto a su edad, etnia, posición socioeconómica, entre otros, sin embargo, se considera que conforman aproximadamente del 15 al 10% de la población total del país (1).

Respecto los grupos etarios que conforman la población guatemalteca, se tiene una población mayoritariamente joven, con más del 60% de la población entre el grupo etario de 15 a 65 años, que corresponde a la población económicamente activa. El país se encuentra en una transición demográfica, con una disminución progresiva de nacimientos, población mayoritariamente joven en edad laboral y población de la tercera edad en disminución; esto dará como resultado que, por lo menos por cincuenta años, la economía pueda ser fuertemente impulsada.

En relación con los grupos poblacionales, el 56% de la población es ladina/mestiza, sin embargo, la población maya indígena asciende a 41.7%, comprendiendo casi la mitad de la población total y por lo tanto, en ninguna circunstancia puede ser calificada como una minoría, como históricamente se ha hecho. La misma situación ocurre con respecto al idioma, ya que el español es constitucionalmente considerado como el idioma oficial en el país, a pesar de que más del 40% de la población domina un idioma maya(2).

6. SITUACIÓN Y CONTEXTO DE SALUD



En el contexto de salud, Guatemala se encuentre actualmente en una transición epidemiológica, la cual se caracteriza por la coexistencia de padecimientos propios del subdesarrollo, tales como enfermedades transmisibles; maternas; neonatales; y relacionadas con la nutrición, con enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles, comunes en países desarrollados. Esta coexistencia de padecimientos plantea retos importantes para la salud pública del país, en el cual el sistema de salud es altamente fragmentado, centralizado y con importantes brechas que afectan en múltiples niveles a los grupos poblacionales más vulnerables, tales como las mujeres y las niñas, sobre todo aquella que son indígenas, así como la población LGTBIQ+.



6.1 Perfil de Morbilidad

En Guatemala, la esperanza de vida al nacer es de 76.8 años para mujeres y 70.4 años para hombres. (3) Sin embargo, una menor carga de mortalidad no significa que las mujeres tengan un mejor estado de salud o una menor probabilidad de enfermar. Por el contrario, las mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, mayor incidencia de trastornos agudos y niveles más altos de discapacidad a corto y largo plazo. Además, el embarazo y el parto, a pesar de no ser consideradas como enfermedades, son estados fisiológicos que suponen riesgos para la salud, y por lo tanto, las complicaciones en el embarazo y el parto siguen siendo de las primeras causas de mortalidad en las mujeres del país.

6.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles (crónico-degenerativas)

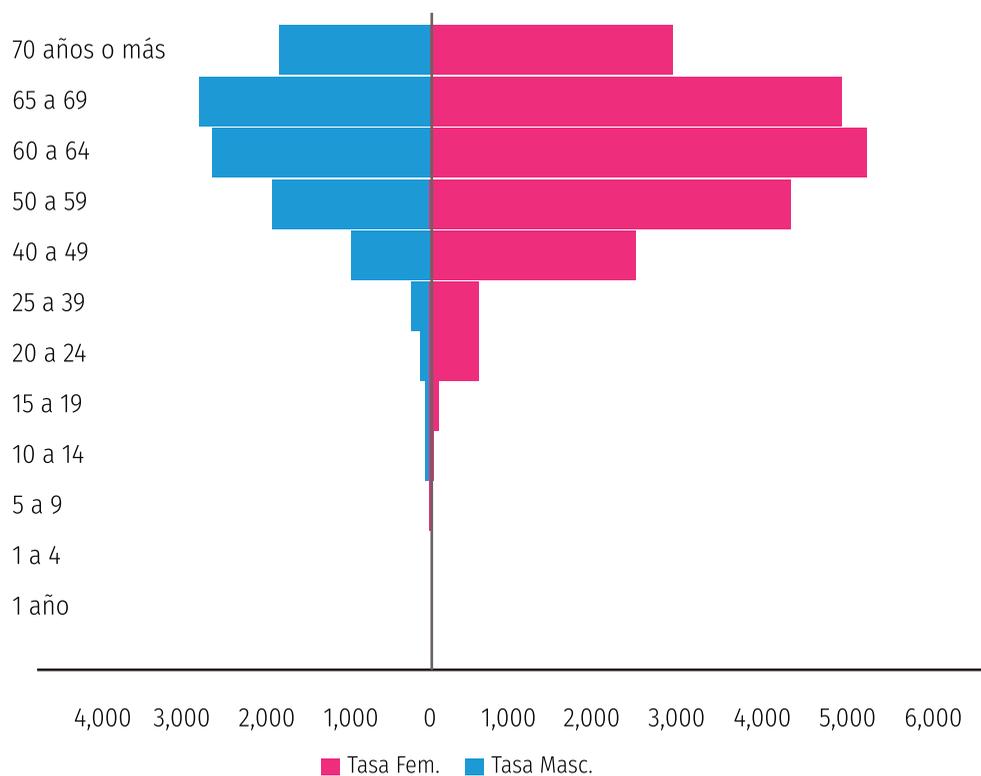
Las enfermedades crónico-degenerativas afectan tanto a hombres como mujeres, pero se ha confirmado que tienen una mayor prevalencia en las mujeres. Las principales características de este grupo de enfermedades es que una vez diagnosticadas, se perpetúan hasta el final de la vida; y en que la mayoría de estas, si bien existe un factor genético determinante, se desarrollan a partir de estilos de vida poco saludables, tales como una alimentación inadecuada, sedentarismo y tabaquismo.(4)

La Diabetes Mellitus (DM) tipo I y II es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más importantes, registrando en Guatemala más de 124,000 casos durante el año 2021, con una tasa de prevalencia de 729 casos por cada 100,000 habitantes. Las mujeres presentan una razón de padecer diabetes de 3:1 con respecto a los hombres y a partir de los 40 años los casos en mujeres se incrementan exponencialmente. (5)

La Hipertensión Arterial (HTA) es la principal enfermedad crónica no transmisible que afecta a la población en general, registrando en Guatemala más de 179,000 casos durante el año 2021, con una tasa de prevalencia de 1,050 casos por cada 100,000 habitantes. Las mujeres presentan una razón de padecer hipertensión arterial de 3:1 con respecto a los hombres y, como la diabetes, a partir de los 40 años los casos aumentan considerablemente, sobre todo en las mujeres. Esta enfermedad tiene características y complicaciones especiales para las mujeres, debido a que se puede presentar, agudizar o complicar con el embarazo; tal es el caso de la hipertensión gestacional, la preeclampsia y el eclampsia. (5)



Figura 1. Tasas de Diabetes Mellitus por grupo de edad y sexo

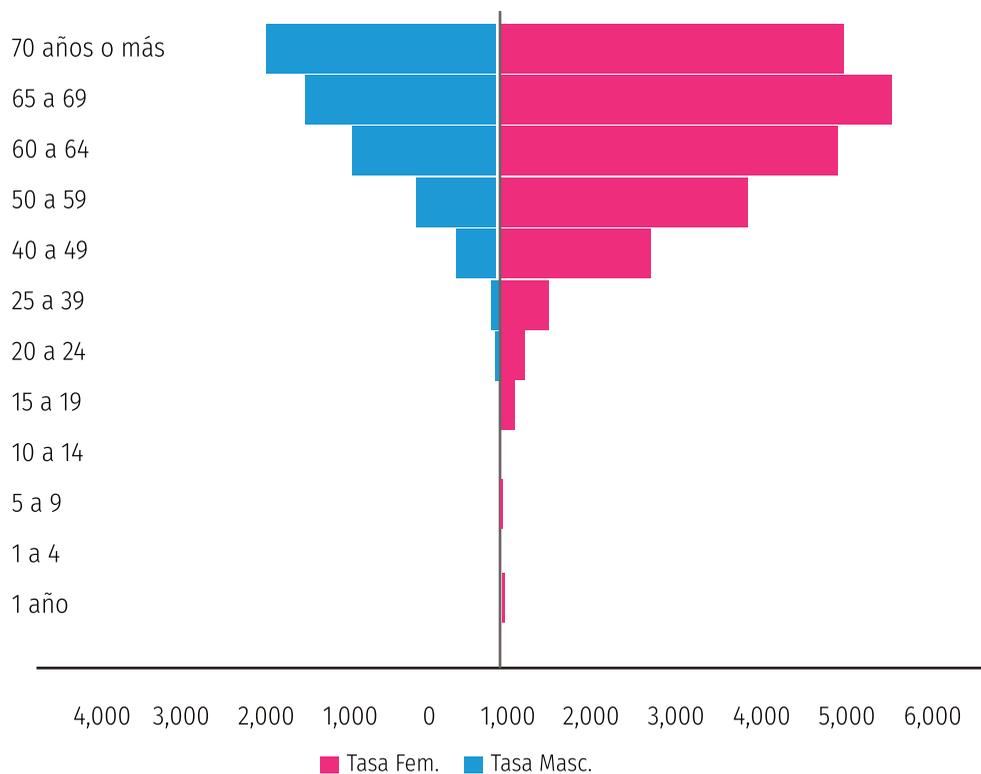


Fuente: Informe de Enfermedades Crónicas MSPAS.

La HTA y la DM2 son las dos principales causas desencadenantes de Eventos Cerebrovasculares (ECV), Infartos Agudos al Miocardio (IAM) y Enfermedad Renal Crónica (ERC), y por lo tanto, suponen las principales causas de discapacidad a corto y largo plazo y de años de vida productivos perdidos.



Figura 2. Tasas de Hipertensión Arterial por grupo de edad y sexo



Fuente: Informe de Enfermedades Crónicas MSPAS.

En el caso de las neoplasias y cánceres, en el año 2021 en Guatemala se diagnosticaron 16,686 casos, de los cuales el 54% fue detectado en mujeres. La neoplasia más incidente en mujeres es la de mama, con 2,177 casos nuevos detectados durante el año 2021 y una tasa de prevalencia de 61.48 casos por cada 100,000 habitantes. El cáncer de cérvix es el segundo tipo cáncer más incidente en mujeres, con 1,555 casos detectados durante el año 2021 y una tasa de prevalencia de 38.32 casos por cada 100,000 habitantes. Las neoplasias gástricas, hepáticas y de pulmón también tienen una prevalencia importante en mujeres. (6)

6.1.2 Enfermedades transmisibles e infecciosas

De las diez principales causas de morbilidad en la población guatemalteca, seis de ellas son de origen infeccioso o transmisible, y estas corresponden principalmente a infecciones respiratorias e infecciones gastrointestinales y parasitarias. De 10 personas afectadas por enfermedades transmisibles, 6 de ellas son mujeres y 4 son hombres. (5)

En relación con las enfermedades en la infancia y la niñez, aquellas más prevalentes corresponden a aquellas de origen infeccioso y de manifestación en el sistema gastrointestinal y/o respiratorio. La prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en Guatemala es de 20.1% entre los niños menores de cinco años; aquellos provenientes del área rural mostraron una prevalencia mayor (21,9%) que los del área urbana (17,2%), explicable en gran parte por las condiciones ambientales que favorecen el desarrollo de la enfermedad. Por otro lado, la prevalencia de enfermedad diarreica fue de 22,5% en la misma población. Las niñas se ven igualmente afectadas que los niños tanto por las IRAS como por la enfermedad diarreica. (7)

Respecto a patologías infecciosas que afectan mayoritariamente a las mujeres, dentro de las primeras veinte causas de morbilidad se encuentran las infecciones del tracto urinario, ya que de 10 casos detectados, 9 se presentaron en mujeres. Así mismo, también se encuentran las infecciones inflamatorias de la vagina y la vulva, que durante el año 2021 representaron más de 138,000 casos a nivel nacional. (5)

a. COVID-19

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2, el cual fue detectado por primera vez en Wuhan China en diciembre de 2019 y posteriormente en el año 2020 fue declarada pandemia. En Guatemala el primer caso fue detectado el 13 de marzo de 2020 y desde entonces la tendencia de aumento de casos ha sido similar a la mundial: oleadas de contagios con picos significativos secundarias a la aparición de una nueva variante o subvariante, seguidas por mesetas o periodos de baja infección.

La infección por COVID-19 ha afectado a la población de forma similar, no obstante, se ha evidenciado que la mayor parte de los casos registrados se han presentado en mujeres, con 53% en relación con los hombres, con un 47%. Sin embargo, los fallecimientos se han dado en mayor proporción en hombres, con un 64%, que en mujeres con un 36%. (8) Esto se debe, entre otras razones, a las mayores condiciones de exposición que los hombres tienen en espacios de transporte y de trabajo productivo, así como a los imaginarios patriarcales en torno al cuidado de la salud de los hombres: no buscar ayuda médica con rapidez, tener menos desarrollado la idea del autocuidado y del cuidado de otras y otros.



En relación con la vacunación contra COVID-19, esta inició en Guatemala durante finales del mes de febrero de 2021, y a pesar de ser uno de los primeros tres países de la región de las Américas en recibir vacunas a través de la iniciativa global del Mecanismo COVAX; Guatemala tiene actualmente el penúltimo lugar en la proporción de personas vacunadas en el continente americano, únicamente por delante de Haití.

Las dificultades de la vacunación contra el COVID-19 en Guatemala han surgido desde antes que las vacunas ingresaran al país. El resultado de la baja tasa de vacunación, respecto a sus pares en la región, ha sido una mezcla de los siguientes factores: un plan de vacunación pobremente estructurado y ejecutado, la falta de un diagnóstico temprano sobre las creencias y la perspectiva de la población respecto a las vacunas, la carencia de estrategias adecuadas para abordar los mitos y creencias respecto al contenido de las vacunas y a los posibles efectos secundarios, y finalmente, la falta de pertinencia cultural y de enfoque social participativo de las escasas campañas de vacunación gubernamentales implementadas.

Por otro lado, el proceso de vacunación ha sido irregular, y ha estado más enfocado hacia la población urbana y ha avanzado lento en el país, especialmente en los departamentos con mayor cantidad de población rural e indígena. El avance también ha sido lento, tanto por la irregularidad en la cantidad de dosis de vacunas disponibles como por el sistema inicial de inscripción que fue inadecuado para la población rural y adulta que no tenía acceso a Tecnologías de la Información -TICs-. Además, se debe agregar la poca eficiencia en la entrega de datos sobre los centros de vacunación, edades y tipo de dosis en los medios de comunicación masiva, lo que hace que la población tenga confusión y desinformación. (9)

El COVID-19 ha evidenciado la fragilidad de los sistemas de salud del mundo entero, y Guatemala no ha sido la excepción. El sistema de salud guatemalteco ha vivido, desde antes de la pandemia, en una permanente crisis provocada por la falta de recursos, el saqueo permanente del presupuesto del Estado y la falta de capacidades para diseñar e implementar políticas públicas que atiendan eficientemente las necesidades de salud de la población. La pandemia ha demostrado la precariedad del sistema de salud y la necesidad de la reestructuración de este.

La población se han visto en la necesidad de aumentar sus gastos de bolsillo en salud al tener que acudir a centros asistenciales privados debido a la saturación y colapso de los hospitales públicos, esta situación ha afectado de forma más significativa a la población de entornos rurales con poco acceso a la salud en general. Además, todos los programas públicos de prevención y atención no relacionada a COVID-19, tales como los programas de Salud Sexual y Reproductiva y Nutrición, entre otros, se vieron en la necesidad de suspender actividades por falta de personal, que fue redireccionado a la atención de la pandemia, y posteriormente por sus presupuestos recortados y disminuidos significativamente.



Así mismo, el COVID-19 ha puesto en evidencia no solo la desigualdad social y la pobreza, sino que además ha cuestionado las estrategia y modelos de desarrollo que han impuesto. El virus ha puesto de manifiesto las grietas de nuestras sociedades desiguales, dejando al descubierto profundas contradicciones de clase, género y raza, y es necesario reconocer a las mujeres como sujetas.

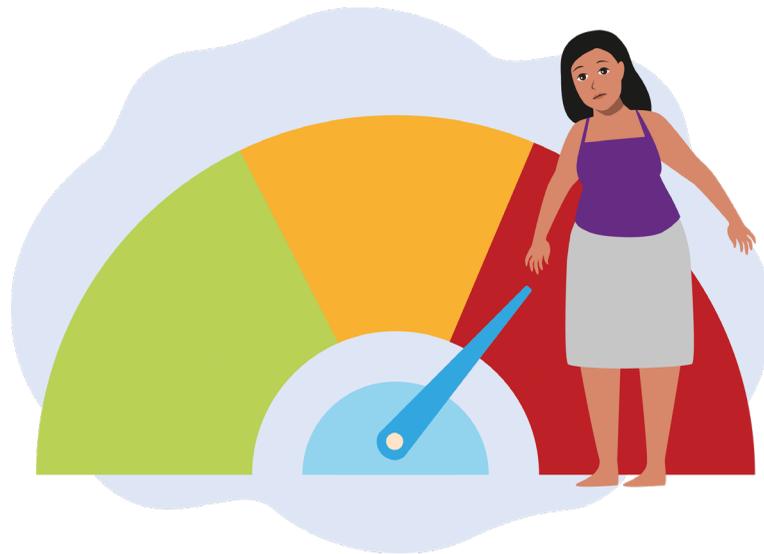
La pandemia de COVID-19 también ha impactado directamente los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes guatemaltecas; se han identificado diversos efectos negativos en sus vidas, tales como:

- Profundización de las desigualdades de género en el acceso a trabajo remunerado, participación laboral, protección social y en las posibilidades de generación de ingresos.
- Incremento del trabajo reproductivo y de cuidados, con una mayor cantidad de horas dedicadas a los cuidados de niñas y niños y de labores en el hogar.
- Retroceso en el acceso a algunos servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, como atención ginecológica, atención en el parto y acceso a anticonceptivos. Esto ha implicado el aumento de muertes maternas y de embarazos no deseados.
- Aumento de la violencia sexual en contra de niñas y adolescentes, registrando cifras récord de violaciones y agresiones sexuales y de embarazos adolescentes.
- Mayor cantidad de denuncias de violencia contra las mujeres en la modalidad física, psicológica y económica – patrimonial, y con dificultades para que las mujeres accedieran a la denuncia y protección.
- Aumento de la brecha judicial para los casos de violencia contra las mujeres, debido a la suspensión de audiencias por el COVID-19, y a que las audiencias en línea no lograron equiparar las presenciales.
- Afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivado del estrés, ansiedad y angustia por las difíciles condiciones que enfrentan, la pérdida de ingresos, la muerte de familiares, la preocupación de que no se enferme la familia, la carga de trabajo en el hogar y la violencia que enfrentan.
- Profundización de la pobreza, especialmente en los hogares de jefatura femenina en donde dependen del ingreso que genere la mujer, y que en el contexto de pandemia se ha perdido o reducido, sumado a la carga de trabajo reproductivo.
- Mayor explotación laboral y sin protección social, ya que la mayoría de las mujeres se desempeña en espacios de informalidad (trabajadoras de casa particular, vendedoras, etc.) en donde se han dado fenómenos como rebaja de salarios, aumento de horario de trabajo, entre otros.
- Mayor discriminación a las mujeres en contextos migratorios, enfrentando nuevos riesgos y con mayores niveles de clandestinidad, por las medidas restrictivas impuestas por el gobierno guatemalteco, mexicano y estadounidense. (9)

6.1.3 Estado Nutricional

a. Estado nutricional en mujeres

En Guatemala, existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres; el 31.9% de la población femenina padece de sobrepeso y el 20% tiene obesidad, esto significa que más de la mitad (52%) de todas las mujeres guatemaltecas tienen un peso considerado como no saludable y con riesgo de desarrollar un padecimiento crónico no transmisible. De acuerdo con el pueblo de origen, el 55% de las mujeres ladinas/mestizas padecen de sobrepeso/obesidad, mientras que en las mujeres indígenas esta proporción baja a 48%. En relación con el quintil de riqueza también se encuentran grandes diferencias; se observa que 39% de las mujeres en el nivel inferior presentan sobrepeso y obesidad, en comparación con el 60% en el nivel superior. (10)(7)



El estado nutricional de la mujer está directamente relacionado con los riesgos durante el embarazo, el parto y el peso al nacer de las hijas e hijos. La talla de la mujer es determinante y se considera de alto riesgo el embarazo en mujeres con talla menor a 145 centímetros. La talla promedio de la mujer guatemalteca en edad fértil (15 a 49 años) es de 149 cm, sin embargo, el 25% de las mujeres en el país tienen una estatura debajo de los 145 cm. Según el pueblo de origen, el 37% de las mujeres indígenas tiene una talla menor de 145 cm, en contraste con 15% de las mujeres no indígenas. La talla corta implica embarazos y partos más riesgosos.

Una relación inversamente proporcional se presenta según el nivel de escolaridad y el quintil de riqueza, ya que la talla menor a 145 cm se presenta en el 44% de mujeres sin ningún nivel educativo, mientras que en mujeres con nivel superior se presenta en el 8%; así mismo, el 42% de las mujeres en el quintil inferior de riqueza tienen menos de 145 cm en comparación con el 10% de las mujeres en el quintil superior de riqueza. (7)

Tabla 2. Estado Nutricional de las mujeres en edad fértil

Característica	Talla			Índice de Masa Corporal ¹								
	Talla promedio	Porcentaje por debajo de 145 cm	Número de mujeres	IMC promedio	18.5-24.9 (Total normal)	<18.5 (Total delgada)	17.0-18.4 (Ligeramente delgada)	<17 (Moderadamente y severamente delgada)	>=25.0 (Total con sobrepeso obesa)	25.0-29.9 sobrepeso	>=30.0 Obesa	Número de mujeres
Edad												
15-29	149.5	24.3	5,408	22.9	70.6	7.0	5.3	1.7	22.4	18.2	4.2	5,345
20-29	149.6	23.9	8,004	25.3	50.7	2.8	2.2	0.6	46.5	31.2	15.3	7,850
30-39	149.1	26.5	6,262	27.7	30.7	0.9	0.8	0.2	68.3	39.0	29.3	6,214
40-49	148.8	27.4	4,484	28.5	25.5	0.8	0.6	0.2	73.7	39.5	34.2	4,482
Etnia por autoidentificación												
Indígena	147.0	37.3	11,048	25.6	50.0	2.0	1.7	0.3	48.0	31.8	16.3	10,909
No Indígena	151.2	15.2	13,107	26.4	41.2	3.7	2.7	0.9	55.2	32.0	23.2	12,979
Etnia por concepto tradicional ²												
Indígena	146.4	43.5	9,378	25.4	51.4	1.9	1.6	0.3	46.7	31.7	15.0	9,259
No Indígena	151.1	15.7	14,766	26.4	41.2	3.5	2.7	0.9	55.2	32.2	23.2	14,617
Educación												
Sin educación	146.0	43.5	3,439	26.4	42.8	1.2	0.8	0.3	56.1	35.5	20.6	3,412
Primaria incompleta	147.6	33.3	6,859	26.5	41.9	1.9	1.6	0.3	56.2	33.4	22.8	6,758
Primaria completa	148.9	24.6	4,154	25.9	45.8	3.2	2.5	0.8	51.0	31.5	19.5	4,101
Secundaria	151.4	14.6	8,129	25.3	49.3	4.5	3.5	1.3	46.2	29.0	17.2	8,051
Superior	153.6	7.9	1,578	26.4	42.3	1.4	1.1	0.3	56.3	33.8	22.5	1,568
Quintil de riqueza												
Inferior	146.1	41.7	4,060	24.5	58.5	2.5	1.9	0.6	39.0	29.3	9.8	3,984
Segundo	147.2	35.1	4,497	25.2	53.0	2.6	2.2	0.4	44.4	30.6	13.9	4,429
Intermedio	148.6	26.9	4,808	26.1	45.2	2.8	2.2	0.6	51.9	30.5	21.4	4,767
Cuarto	150.3	19.1	5,377	26.8	37.8	3.1	2.3	0.8	59.1	30.7	24.5	5,336
Superior	152.9	9.7	5,416	27.0	36.3	3.3	2.6	0.7	60.4	33.4	27.1	5,375
Total ³	149.3	25.3	24,158	26.0	45.2	2.9	2.2	0.6	51.9	31.9	20.0	23,891

Fuente: IV Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil

b. Desnutrición infantil

Guatemala ocupa actualmente el primer lugar en América Latina y el Caribe (LAC) y el sexto puesto a nivel mundial en desnutrición infantil con un 46.7% de niñas y niños menores de 5 años que padecen algún grado de desnutrición; esto significa que aproximadamente 1 de cada 2 niños presentan algún retraso en el crecimiento debido a una alimentación insuficiente y/o inadecuada. (3)

La pertenencia a un determinado grupo poblacional como factor sustancial de la desnutrición infantil es indudable, ya que el 58% de los niños indígenas menores de cinco años presentan retraso en el crecimiento; estas cifras se disparan a un dramático 70% en algunos municipios y comunidades rurales. El género también juega un papel importante, ya que se estima que las niñas tienen una probabilidad 1.1 veces mayor de presentar desnutrición severa que sus pares masculinos; así mismo, de 29 a 31% del total de las mujeres guatemaltecas presenten retraso del crecimiento, una cifra que aumenta hasta el 37,3% entre las mujeres indígenas. La escolaridad de la madre también es otro factor importante, ya que el 67% de los niños y niñas cuyas madres no tienen educación padecen desnutrición crónica, mientras que solo el 19% de los niños de madres que tienen educación superior tienen algún padecimiento de déficit nutricional. (7)

Durante los últimos 20 años los casos de desnutrición en Guatemala se habían logrado reducir únicamente un 8.7%, cifra que es muy preocupante en relación con la reducción de más de 20% que se ha logrado en otros países de la región durante el mismo lapso. Desafortunadamente este escaso progreso se vio revertido durante el año 2020, en donde los casos de desnutrición aguda se incrementaron en un 80% en relación con el año anterior; la tasa de niños desnutridos pasó de 67 por cada 10.000 niños en 2019 a 120,5 por cada 10,000 niños en el año 2020. (5)

Se estima que el aumento considerable en cifras de desnutrición infantil durante los últimos dos años ha sido producto de la pandemia de COVID-19 y las consecuencias que esta ha traído a nivel económico, político y social en el país. Estos efectos contribuyen a mantener una alta prevalencia de la desnutrición infantil en Guatemala, que conllevan y continuarán perpetuando consecuencias irreversibles a nivel psicológico, cognitivo y físico, que tendrán efectos durante el resto de la vida de estos niños.



El rol de la pobreza y la desigualdad como factores fundamentales en la desnutrición

Guatemala es uno de los países con mayor proporción de población indígena, representa aproximadamente un 40% de su población total. A pesar de esto, las brechas de educación, acceso a salud, tenencia de tierras de cultivo, y desarrollo entre la población indígena y no indígena son abismales. En vista de que los casos de desnutrición se registran eminentemente más en la población indígena, la respuesta, además de la pobreza, para explicar los altos índices de deficiencias nutricionales en el país es bastante evidente: la desigualdad.

6.1.4 Embarazo, parto y postparto

Guatemala tiene una tasa de natalidad de 29.3 nacimientos por cada 1,000 habitantes y un índice de fecundidad es de 2.8 hijos por cada mujer en edad fértil, de los 15 a 49 años (3), uno de los más altos de la región de LAC; debido a la elevada natalidad y fecundidad del país, es indispensable que el cuidado del embarazo, parto y postparto, así como el acceso a educación y métodos de planificación familiar sean fundamentales en las políticas públicas, para conservar la salud de la madre, de los hijos y de los futuros hijos.

a. Atención Prenatal

La atención prenatal brindada por un profesional de la salud (médico o enfermera) es importante para controlar el embarazo y reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre y su hija o hijo durante el embarazo, en el parto y durante el período posnatal. De acuerdo con estadísticas de la región de Latinoamérica y el Caribe, el 86% de las embarazadas tuvieron al menos 4 visitas prenatales durante la gestación.

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), estima que el 91% de las mujeres que tuvieron hijas e hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, tuvieron al menos un control prenatal con un profesional de la salud en su embarazo más reciente. Respecto al grupo poblacional, el 54% de mujeres indígenas tuvo control prenatal con médicos y el 35% con enfermeras, mientras que las mujeres no indígenas, el 74% tuvo control prenatal con médicos y el 20% con enfermeras; esto se relaciona con mayor acceso a servicios de salud en las áreas urbanas, en donde a mayor complejidad del servicio se concentra el mayor número de médicos. Según el nivel de educación, a mayor educación materna, mayor es la atención prenatal por proveedor calificado recibida por las mujeres, 84% en mujeres sin educación y 100% en aquellas con educación superior. (7)





b. Atención del Parto

El acceso a la atención médica adecuada y en condiciones higiénicas durante el parto puede reducir el riesgo de complicaciones e infecciones que pueden causar la muerte o enfermedad grave de la madre y/o el bebé. De acuerdo con estadísticas de la región de LAC, uno de cada cuatro partos en Guatemala es atendido por un profesional de salud calificado, así mismo, indican que la desigualdad de madres del quintil de ingresos más bajos y el quintil de ingresos más altos es de 57 puntos porcentuales de mayor cobertura a favor del grupo más rico. (7)

La ENSMI estima que el 48% de los partos en el país fueron atendidos en el sector público, el 34% en la casa y el 9% en el sector privado. De todos los partos atendidos, el 65% recibió la atención del parto en establecimientos de salud, por lo que casi la tercera parte de esa población no tiene el acceso a dicha atención. También se observa que a menor número de nacimientos, mayor es el porcentaje de mujeres con atención en establecimientos de salud (79%), cifra que disminuye a casi la mitad de ese porcentaje (40%) cuando el número de nacimientos era seis o más.

Además, se observa que en el grupo indígena el 50% de los partos fue atendido en casa y el 50% en establecimientos de salud; al contrario, en el grupo no indígena, en el cual el 18% fue atendido en casa y 81% en establecimientos de salud. En cuanto a la educación de la madre, en el grupo de mujeres sin educación sólo en cuatro de cada diez de ellas, sus partos fueron atendidos en algún establecimiento de salud; mientras que en el grupo de mujeres con educación superior, casi la totalidad (98%) fueron atendidas en estos lugares. (7)

Tabla 3. Atención durante el parto según proveedor de salud

Característica	Persona que proporcionó asistencia durante el parto							Porcentaje con atención prenatal de proveedor calificado ¹	Porcentaje con de partos por cesárea	Número de nacimientos
	Médico	Enfermera	Comadrona capacitada	Otra persona	Nadie	Sin información	Total			
Edad de la madre al nacimiento										
<15	70.0	5.2	20.6	1.3	0.0	2.9	100.0	75.1	31.7	82
15-19	67.3	4.2	27.1	2.3	0.2	2.6	100.0	67.9	24.1	2,481
20-29	62.8	4.2	28.0	1.9	0.5	2.7	100.0	66.9	28.2	6,657
30-39	57.5	4.4	31.9	2.0	1.3	3.0	100.0	61.9	24.9	2,948
40-49	48.5	1.8	41.0	4.5	0.7	3.5	100.0	50.3	15.7	336
Orden de nacimiento										
1	75.3	3.9	17.8	1.4	0.1	1.4	100.0	79.2	36.3	3,989
2-3	63.5	4.2	27.5	1.6	0.5	2.6	100.0	67.7	28.8	5,067
4-5	47.0	4.9	40.6	2.6	1.3	3.6	100.0	51.9	12.5	1,966
6+	35.5	3.9	49.3	3.8	1.7	5.7	100.0	39.5	9.2	1,482
Visitas de atención prenatal ²										
Ninguna	49.5	3.4	25.3	6.1	3.7	12.1	100.0	52.9	17.4	363
1-3	55.7	4.4	30.3	3.9	1.4	4.4	100.0	60.1	22.3	959
4+	66.9	4.2	25.2	1.5	0.4	1.8	100.0	71.1	30.6	8,263
Lugar del parto										
Establecimiento de salud	93.7	5.9	0.3	0.0	0.1	0.0	100.0	99.6	40.2	8,126
...Público	91.9	7.6	0.4	0.0	0.1	0.0	100.0	99.5	34.1	6,037
...Privado	98.8	0.9	0.2	0.1	0.0	0.0	100.0	99.7	58.1	2,089
En otro lugar	1.4	1.0	82.5	5.6	1.7	7.9	100.0	2.4	0.4	4,375
Etnia por autoidentificación										
Indígena	46.3	4.0	42.9	2.9	0.7	3.3	100.0	50.3	17.9	6,487
No indígena	77.7	4.4	14.1	0.9	0.6	2.2	100.0	82.1	35.4	6,012
Etnia por concepto tradicional³										
Indígena	42.5	4.0	46.5	3.3	0.5	3.1	100.0	46.5	15.4	5,668
No indígena	77.1	4.3	14.5	0.9	0.7	2.5	100.0	81.4	35.3	6,824
Educación de la madre										
Sin educación	35.7	4.0	50.1	3.4	1.3	5.4	100.0	39.8	10.9	2,357
Primaria incompleta	52.0	4.4	37.4	2.4	0.8	3.1	100.0	56.4	19.2	4,403
Primaria completa	63.9	5.4	25.5	2.2	0.5	2.6	100.0	69.3	25.1	2,157
Secundaria	87.0	3.5	7.9	0.7	0.2	0.7	100.0	90.5	42.9	3,134
Superior	96.6	2.2	1.2	0.0	0.0	0.0	100.0	98.8	66.6	455
Quintil de riqueza										
Inferior	32.4	5.0	50.6	4.0	1.3	6.6	100.0	37.4	10.2	3,360
Segundo	49.0	5.2	39.2	2.6	0.8	3.1	100.0	54.2	17.4	2,790
Intermedio	70.3	3.8	23.4	1.2	0.3	1.0	100.0	74.1	26.2	2,451
Cuarto	86.1	3.9	9.1	0.4	0.3	0.3	100.0	89.9	42.0	2,214
Superior	94.0	1.8	3.7	0.1	0.0	0.3	100.0	95.9	52.7	1,689
Total ⁴	61.4	4.2	29.1	2.0	0.6	2.8	100.0	65.5	26.3	12,504

Fuente: IV Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil

c. Atención Postparto

La importancia y trascendencia de la atención posnatal para la madre y el recién nacido es innegable, dado que en este período (dentro de los 42 días después del parto) se pueden identificar riesgos que conduzcan a la muerte materna o neonatal, incluso a la mortalidad infantil.

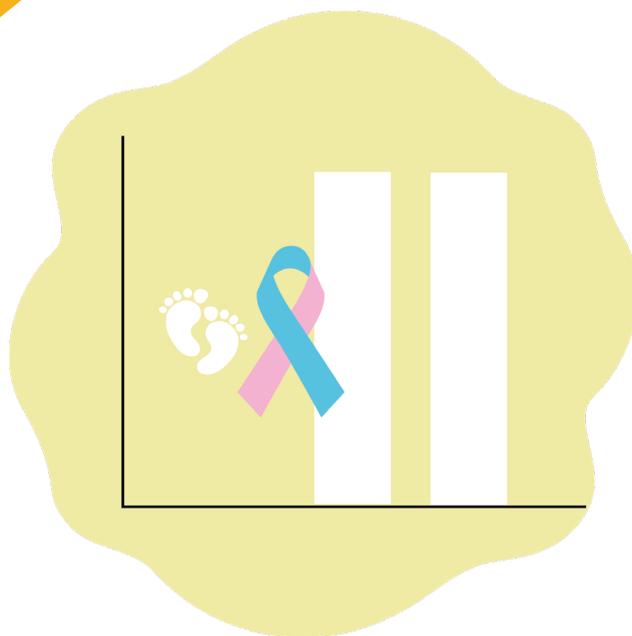
De acuerdo con la ENSMI, en Guatemala el 78% de las mujeres tuvieron su primer control postnatal en los dos primeros días posteriores al parto, en cuanto al proveedor sanitario que realizó esta atención, el 51% fue realizado por un médico, mientras que un 13% fue realizado por enfermera y 13% por comadrona. En relación con el grupo étnico el 83% de la población no indígena recibió atención en los dos primeros días después del parto, mientras que la indígena fue de 73%. Este indicador aumenta con la educación y el quintil de riqueza, ya que pasó de 66% en las mujeres sin educación y 61% en el quintil inferior a 94% y 93%, respectivamente, en las mujeres con educación superior y del quintil más alto. (7)

6.2 Perfil de Mortalidad

Guatemala tiene una tasa bruta de mortalidad de 4,71 fallecimientos por cada 1,000 habitantes y es considerado como un país con una mortalidad baja en comparación con el resto de los países de la región y del mundo. Desde mediados de los años ochenta hasta el año 2020, la mortalidad en adultos por enfermedades transmisibles se redujo en un 65%, al mismo tiempo que la mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares aumento un 67% y la mortalidad por tumores y neoplasias creció un 100%, cambios que han sido atribuibles a la transición epidemiológica que ha vivido el país durante los últimos veinte años. (1)(7)

La mortalidad en relación con el género también varía, ya que la tasa de mortalidad en mujeres es de 27.9 y la de hombres de 42.5 fallecimientos por cada 100,000 habitantes. Respecto a las causas de mortalidad que afectan más a los hombres adultos, se encuentran aquellas relacionadas a causas externas, sobre todo las originadas por la violencia, las cuales han crecido durante los últimos diez años, presentando los hombres una tasa de 106 fallecidos y las mujeres 22 fallecidas por 100,000 habitantes, siendo esta cinco veces menor que la de los hombres. Sin embargo, actualmente las muertes por causas violentas en mujeres están tipificadas como feminicidios y ascendieron en el 2020 a 505 casos. (8)

Respecto a la mortalidad del género femenino, actualmente mueren más mujeres en edad adulta por padecimientos ligados al cáncer, la diabetes y la hipertensión, que por problemas ligados a la maternidad. Por ejemplo, la Diabetes Mellitus (DM) es actualmente la primera causa de defunción en las mujeres adultas, con 5,351 casos y un 13% del total de defunciones durante el año 2020, seguido por el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) con 3,326 casos y 8% del total de defunciones en mujeres durante el mismo año. (8)



6.3.1 Mortalidad Infantil y en la niñez

La mortalidad infantil (muertes de menores de un año) y la mortalidad en la niñez, (muertes de menores antes de los cinco años) reflejan el efecto de las condiciones económicas, sociales y ambientales en la salud de las madres y los bebés, así como la efectividad de los sistemas de salud. Factores como el nivel educacional de la madre, la calidad de la atención prenatal y del parto, el nacimiento prematuro, el peso al nacer, la atención inmediata al recién nacido y la alimentación del infante son determinantes fundamentales de la mortalidad infantil.

En Guatemala, la tasa de mortalidad infantil actual es de 23.3 por 1,000 nacidos vivos, de estas muertes, aproximadamente el 60% corresponden a muertes neonatales (muerte antes del primer mes de vida), las cuales se asocian principalmente con las condiciones del embarazo y parto. La mortalidad en la niñez según el pueblo de pertenencia es mayor en niños indígenas menores de cinco años que el grupo no indígena. Sin embargo, las diferencias más importantes de los componentes de la mortalidad en la infancia se observan entre las hijas e hijos de mujeres de acuerdo con el nivel educativo, ya que fallecen tres veces más las hijas e hijos de las mujeres sin algún nivel educativo, en comparación con aquellas que tienen un nivel superior. De igual forma, la mortalidad de los hijos de madres con ingresos económicos en el quintil inferior es de 24 muertes por 1,000 nacidos vivos, en comparación con 13 muertes por 1,000 nacidos vivos, de los hijos de madres con ingresos económicos en el quintil más alto. (7)

La mortalidad infantil también aumenta en aquellas madres multíparas, sobre todo en aquellas con más de siete nacimientos, ya que presentan los niveles más altos de mortalidad infantil, 53 muertes por 1,000 nacidos vivos, en comparación con aquellas con menor paridez. Así mismo, se ha evidenciado que la mortalidad infantil es inversamente proporcional al espaciamiento entre embarazos maternos, ya que la tasa de mortalidad aumenta cuando el lapso entre embarazos es de menos de 24 meses y disminuye considerablemente cuando el siguiente embarazo ocurrió después de tres o cuatro años.

Cuando se esperó menos de dos años entre cada embarazo, 50 de cada 1,000 nacidos vivos no alcanzaron a cumplir su primer año de vida, en comparación con 22 de cada 1,000 nacidos vivos en el caso de los embarazos con más de tres años de diferencia. (7)

Así mismo, los niveles de mortalidad neonatal son superiores en el área rural, en donde fallecen 20 por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que en el área urbana fallecen 14 por cada 1,000 nacidos vivos. La diferencia entre la mortalidad de niñas y niños no es significativa, ya que ambas tasas son similares entre ambos géneros. En general, las tasas más altas de mortalidad en los primeros cinco años de vida de la niñas y niños se encuentran en aquellas regiones y departamentos que son conocidos por tener un mayor nivel de ruralidad, mayores porcentajes de población indígena y menor disponibilidad y acceso a los servicios de salud y educación.

Tabla 4. Tasas de mortalidad infantil y de la niñez, según características generales

Característica	Mortalidad neonatal (MN)	Mortalidad posneonatal (MPN) ¹	Mortalidad infantil (1q0)	Mortalidad posinfantil (4q1)	Mortalidad la niñez (5q0)
Sexo del niño o niña					
Hombre	20	12	32	9	41
Mujer	15	13	28	8	36
Edad de la madre al nacimiento					
<20	19	15	34	11	44
20-29	16	10	26	9	34
30-39	20	15	35	8	42
40-49	24	23	47	(2)	(48)
Orden de nacimiento					
1	18	11	29	8	37
2-3	14	10	24	8	32
4-6	18	1.3	32	10	41
7+	28	25	53	12	64
Intervalo del nacimiento anterior²					
<2 años	27	23	50	13	63
2 años	18	13	31	9	40
3 años	12	10	22	6	28
4+ años	13	9	22	7	28
Tamaño al nacer³					
Pequeño/muy pequeño	38	16	54	na	na
Promedio o más grande	12	10	22	na	na
Total	18	12	30	9	39

Fuente: VI Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil



6.3.2 Mortalidad Materna

La mortalidad materna, que se refiere a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, es un indicador importante de la salud de la mujer y también para evaluar el desempeño del sistema de salud.

La OMS estima que Guatemala tiene actualmente una razón de mortalidad materna de 95 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos (3), sin embargo, según la Mesa Técnica de Vigilancia de Muerte Materna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la razón actual de mortalidad materna en Guatemala es de 110 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos; lo cual representa el 13% de todas las muertes en mujeres de 15 a 49 años. Así mismo se estima que en promedio, por cada muerte materna que ocurre en el país, quedan de 3 a 4 niños huérfanos de madre. (11)

En Guatemala hay cinco departamentos que durante los últimos veinte años han presentado una razón de mortalidad materna por arriba del promedio nacional, estos son: Huehuetenango, Alta Verapaz, Totonicapán, Izabal y Santa Rosa; los cuales concentran aproximadamente el 60% de todas las muertes maternas del país. Estos departamentos son incidentalmente aquellos más alejados y con mayores porcentajes de población rural, con mayor pobreza, menos acceso a educación y menor accesibilidad a los servicios de salud. (11)

Esta realidad sugiere que se debe incrementar la capacidad resolutive de los servicios de salud alejados y rurales, sin embargo, de acuerdo con un informe realizado por la PDH, solamente el 62.1% de los puestos de salud cuentan con los cuatro insumos básicos para la atención prenatal (cinta obstétrica, termómetro, esfigmomanómetro y estetoscopio), esta situación limita la atención y detección oportuna de las complicaciones y la prevención de la mortalidad materna. (10)

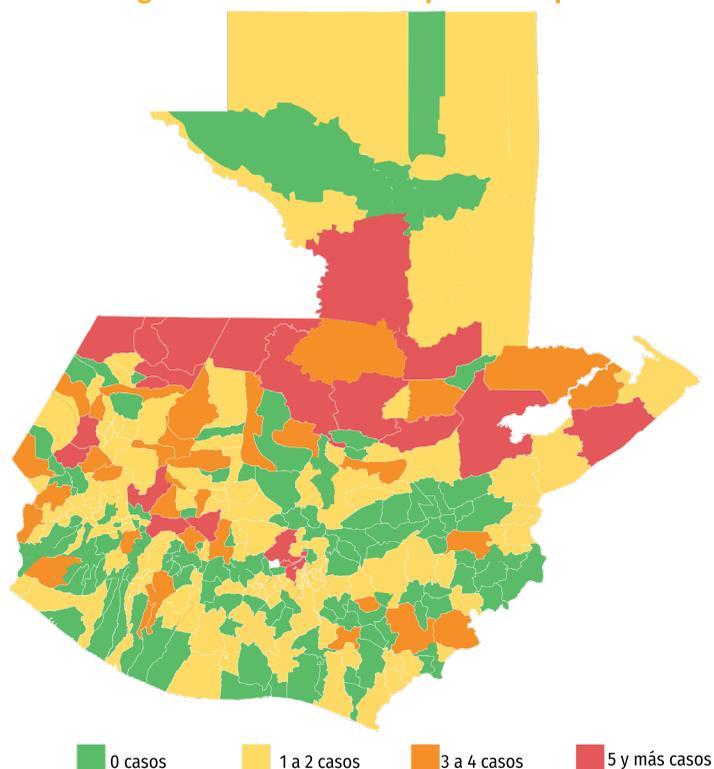
La mortalidad materna tiene varios factores sociodemográficos, uno de estos es el extremo de las edades, ya que hay un mayor riesgo conforme en mujeres menores de 15 años y en aquellas mayores de 35 años. En referencia al grupo poblacional, la razón de mortalidad materna es 2,2 veces superior entre la población indígena (159.1 fallecidas por cada 100,000 nacidos vivos) que en la no indígena (70 fallecidas por cada 100,000 nacidos vivos), con una diferencia de 89,1 muertes por 100,000 nacidos vivos entre las mujeres según la pertenencia de grupo poblacional. Así mismo, la educación sigue estando estrechamente relacionada a la mortalidad materna en el país, ya que

ocho de cada diez muertes maternas se produjeron en mujeres con ninguna educación o educación primaria y menos de una de cada diez en mujeres con educación universitaria.

En relación con el lugar donde ocurrió la muerte materna, el 45% de los eventos ocurrieron en hospitales públicos o centros de atención permanente/materna, sin embargo, esto no significa que en los centros especializados con personal capacitado es donde ocurre con más frecuencia una muerte materna, sino que son estos lugares hacia donde se hace la mayor cantidad de referencias y traslados desde el lugar donde en realidad ocurrió la complicación obstétrica. Esto se hace evidente, ya que el segundo lugar donde ocurrió más frecuentemente una muerte materna, con un 33%, es el domicilio de la paciente. Finalmente uno de cada diez casos ocurrió en tránsito o vía pública, lo que indica la necesidad de fortalecer la participación comunitaria y los planes de emergencia y uso de tecnología que faciliten el traslado de las emergencias en forma eficiente y oportuna.

Referente al personal que atendió el evento obstétrico cuando se suscitó la muerte materna, 6 de cada 10 eventos fueron atendidos por personal profesional de la salud, 3 fueron atendidas por comadronas y 1 por empíricos (esposo, abuela, suegra, vecina) o no tuvieron atención (ellas mismas se atendieron).

Figura 3. Muerte materna por municipio



Fuente: VI Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil

En lo concerniente a las causas directas de las muertes maternas, un 48% fueron producto de hemorragia, 23% se debió a causas relacionadas con hipertensión arterial, 14% fueron a causa de infecciones, un 8% se debió a alguna complicación relacionada con aborto y el 7% restante se debió a otras causas no relacionadas con las anteriores. (7)



“La muerte materna es una injusticia social no sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas; no sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir, pero sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados y nunca debería haberse permitido que ocurrieran”.

En relación con el lugar donde ocurrió la muerte materna, el 45% de los eventos ocurrieron en hospitales públicos o centros de atención permanente/materna, sin embargo, esto no significa que en los centros especializados con personal capacitado es donde ocurre con más frecuencia una muerte materna, sino que son estos lugares hacia donde se hace la mayor cantidad de referencias y traslados desde el lugar donde en realidad ocurrió la complicación obstétrica. Esto se hace evidente, ya que el segundo lugar donde ocurrió más frecuentemente una muerte materna, con un 33%, es el domicilio de la paciente. Finalmente uno de cada diez casos ocurrió en tránsito o vía pública, lo que indica la necesidad de fortalecer la participación comunitaria y los planes de emergencia y uso de tecnología que faciliten el traslado de las emergencias en forma eficiente y oportuna.

Referente al personal que atendió el evento obstétrico cuando se suscitó la muerte materna, 6 de cada 10 eventos fueron atendidos por personal profesional de la salud, 3 fueron atendidas por comadronas y 1 por empíricos (esposo, abuela, suegra, vecina) o no tuvieron atención (ellas mismas se atendieron).

En lo concerniente a las causas directas de las muertes maternas, un 48% fueron producto de hemorragia, 23% se debió a causas relacionadas con hipertensión arterial, 14% fueron a causa de infecciones, un 8% se debió a alguna complicación relacionada con aborto y el 7% restante se debió a otras causas no relacionadas con las anteriores. (7)

En lo concerniente a las causas directas de las muertes maternas, un 48% fueron producto de hemorragia, 23% se debió a causas relacionadas con hipertensión arterial, 14% fueron a causa de infecciones, un 8% se debió a alguna complicación relacionada con aborto y el 7% restante se debió a otras causas no relacionadas con las anteriores. (7)

6.4 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, con la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Sin embargo, la salud sexual y reproductiva está fuera del alcance de muchas personas a causa de factores tales como los conocimientos insuficientes acerca de la sexualidad humana, servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva, prevalencia de prácticas sociales discriminatorias y de prácticas sexuales de alto riesgo y el limitado poder de decisión de muchas mujeres acerca de su propio cuerpo y su sexualidad.

La falta de información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, ha dificultado que las mujeres vivan una sexualidad plena. La salud de las mujeres durante los años reproductivos es importante tanto para ellas tanto como para la sociedad, por las repercusiones en la salud y el desarrollo de la siguiente generación, ya que los factores de riesgo más importantes de muerte y discapacidad son: la falta de acceso a métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales inseguras, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo y parto, infecciones de transmisión sexual; a ello también se le agrega el componente emocional y psicológico que es poco reconocido por el sistema de salud.

6.5.1 Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos

La planificación familiar es el conjunto de medidas educativas, de orientación y de servicios que permiten a las personas y a las parejas ejercer el derecho a decidir el número de hijas o hijos y el momento en que se desea tenerlos.

En Guatemala, **la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos por parte de mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas es del 61%**. De esta proporción, el 49% utiliza métodos anticonceptivos modernos y el 12% restante, utiliza métodos tradicionales.



El uso actual de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales aumenta conforme la edad, de tal manera que entre las adolescentes de 15 a 19 años el uso de métodos modernos es 8% y éste aumenta a 48% en mujeres de 40 a 44 años; sin embargo, en las mujeres de 45 a 49 años disminuye su prevalencia de uso a 38%, probablemente debido a la disminución de la fertilidad en ese grupo de edad.

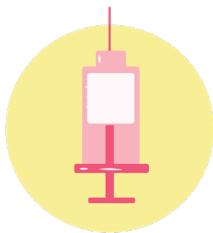
La prevalencia más alta en el uso actual de métodos de planificación familiar se observa en las mujeres no unidas pero sexualmente activas, con un 67.5% en comparación con un 60.6% de las mujeres casadas o unidas. Así mismo, en el grupo de las mujeres no unidas sexualmente activas, las adolescentes utilizan métodos anticonceptivos casi en la misma proporción que las mujeres de otros grupos de edad; ya que el 53% refieren utilizar algún método y el 40% de ellas utiliza métodos modernos, mientras que para las adolescentes casadas o unidas la prevalencia en el uso de algún método es de 40% y el 31% de ellas utiliza algún método moderno.

Métodos anticonceptivos modernos y tradicionales



Los métodos anticonceptivos modernos comprenden anticonceptivos orales combinados (“la píldora”), anticonceptivos con progesterona sola (“la minipíldora”), implantes, inyectables, parches, anillo vaginal, dispositivos intrauterinos, condones masculinos y femeninos, vasectomía, ligadura de trompas, método de amenorrea de lactancia, píldoras de anticoncepción de emergencia, método de días estándar, método de temperatura corporal basal, método de dos días y método sintotérmico.

Los métodos tradicionales consideran el método del calendario o del ritmo y el método de retiro o el coito interrumpido.



Los métodos modernos más utilizados por las mujeres casadas o unidas son: en un 21% la esterilización femenina, con 17% los inyectables y el condón masculino con un 4%. En las mujeres no unidas sexualmente activas, los métodos con mayor prevalencia son: el condón masculino con un 21%, la píldora con un 8%, los inyectables con un 13% y la esterilización femenina con un 11%.

En relación con el pueblo de pertenencia, las mujeres indígenas utilizan menos métodos modernos, pero más métodos tradicionales en comparación con el grupo no indígena; el 39% de las mujeres indígenas utilizan métodos modernos en comparación con el 58% de uso de estos por mujeres no indígenas. En relación con los métodos no tradicionales, el 13% de las mujeres indígenas utilizan este tipo de métodos en comparación con el 10% de las mujeres no indígenas. Respecto a la esterilización femenina, se observa una diferencia marcada en el uso, ya que en el grupo indígena un 14% ha accedido a esta, mientras que en el no indígena esta cifra llega a 27%, lo cual puede estar relacionado a la mayor facilidad de acceso y conocimiento de los métodos en mujeres no indígenas.

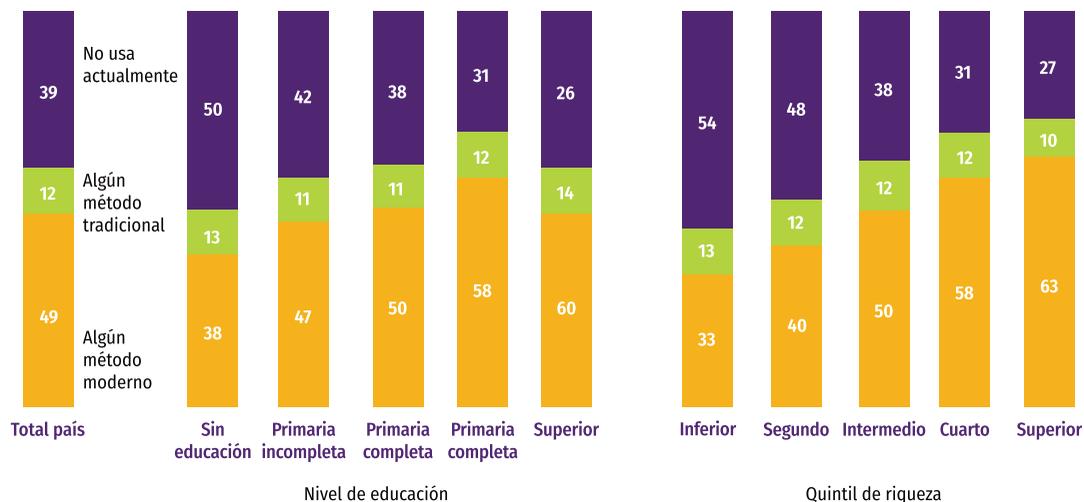
El nivel educativo es también otro factor importante, ya que es notorio que a mayor educación mayor es el porcentaje de mujeres que utilizan anticonceptivos, especialmente los métodos modernos. Del mismo modo, conforme aumenta el quintil de ingresos económicos, mayor es el porcentaje de mujeres que usan métodos modernos.

La satisfacción de la demanda de planificación familiar reporta índices más altos entre las mujeres que viven en zonas urbanas con mayores ingresos y niveles de educación, ya que el acceso es 6% más bajo en las mujeres que viven en zonas rurales, con ingresos más bajos y menor educación.

En relación con las razones para no utilizar anticonceptivos, un 3.9% de las mujeres en edad fértil (2.6% en caso de mujeres del área urbana y 4.6% en área rural) refieren que la razón por la que no acceden a algún método anticonceptivo es porque su esposo o compañero se opone y el 0.9% indican que la oposición viene de familiares o de sus líderes religiosos, siendo evidente que existe una limitación en el poder de la mujer de decidir sobre su sexualidad y su cuerpo, tanto de parte de su pareja, como de su entorno y su religión. (7)



Figura 4. Distribución porcentual de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo, según nivel de educación y quintil de riqueza



Fuente: VI Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil

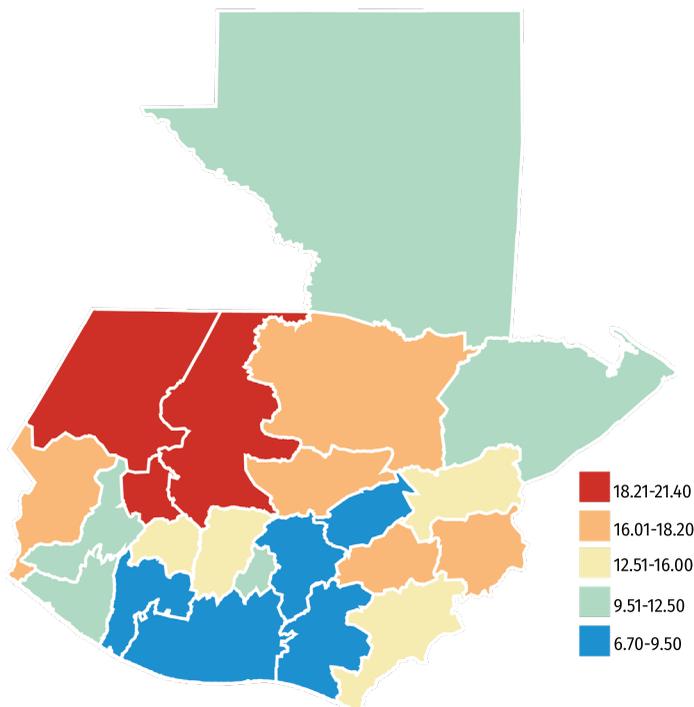
6.5.2 Acceso a métodos anticonceptivos

El conocimiento acerca de la sexualidad responsable y el uso correcto de los métodos anticonceptivos es importante, sin embargo, el conocimiento no es suficientes por sí mismo, es necesario que además de conocer el funcionamiento y el derecho a utilizar los métodos, también se puedan adquirir los mismos.

De acuerdo con la IV ENSMI, las principales fuentes de métodos anticonceptivos son: el sector público con un 51% y el sector privado 47% de la provisión. Es importante mencionar que ha habido un cambio importante y notorio en la provisión de los métodos anticonceptivos en el país, por ejemplo, hace 15 años el mayor proveedor de métodos de planificación familiar era el sector privado, que en ese entonces representaba más del 70, sin embargo, este panorama ha cambiado desde el año 2005, con la promulgación de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar.

Respecto al proveedor principal por tipo de método, el sector público es el principal proveedor de los inyectables con un 74% y de los implantes, con un 57%. El sector privado continúa con un porcentaje considerable de oferta anticonceptiva para satisfacer la demanda, especialmente de la esterilización femenina, con un 51%, la esterilización masculina con 82% y el condón masculino con 84%. Dentro de este sector, la farmacia es la principal fuente para dos métodos, la píldora, 52% y el condón masculino con un 81%.

Figura 5. Porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, por departamento



Fuente: VI Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil

Se calcula que la demanda total de planificación en el país es de un 75%; de esta proporción, un 61% está satisfecha mediante algún método anticonceptivo, pero el **14% tiene actualmente una necesidad insatisfecha de planificación familiar**. Esto significa que 2 de cada diez mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas que requieren de algún método de planificación familiar, no tienen cubiertas estas necesidades. De estas mujeres, la mayor proporción son indígenas, con niveles de educación y quintiles de riqueza más bajos.

De acuerdo con la edad, las mujeres de 20 a 34 años son las que presentan mayores porcentajes de necesidad insatisfecha. Según el lugar de residencia, las mujeres que residen en los departamentos de Huehuetenango y Quiché presentan los mayores niveles de necesidad insatisfecha, 14 y 13% respectivamente. (7)

6.5.3 Embarazos y partos en niñas y adolescentes

El embarazo durante la adolescencia y la maternidad temprana configuran un problema social y sanitario que afecta a miles de niñas y adolescentes en el país. El embarazo en la niñez y la adolescencia no suele ser resultado de una decisión deliberada, sino que es resultado de una multiplicidad de factores que afectan las trayectorias vitales de las niñas y adolescentes, e inciden de forma negativa en su capacidad de decisión. Entre ellos se reconocen la escasa educación sexual, los matrimonios precoces y las violaciones sexuales, muchas veces perpetuadas dentro de los círculos más cercanos.

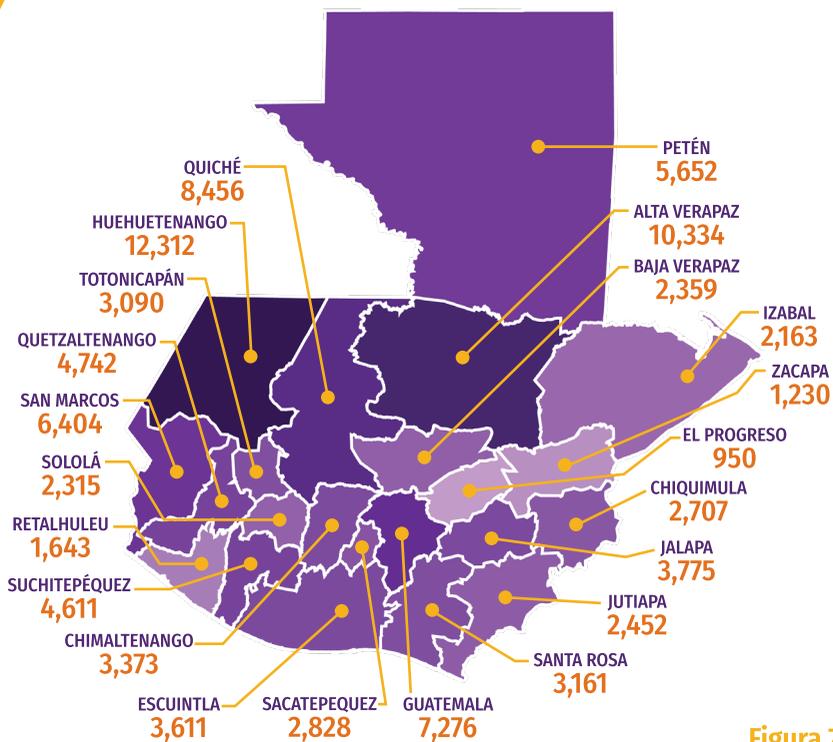


La Tasa de Fecundidad General en Guatemala es de 87.9 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años). Sin embargo, la tasa de la fecundidad adolescente sigue siendo una de las mayores de la región y no ha logrado reducirse de forma significativa con los años. Los datos difieren entre grupos de edad, ya que la tasa de fecundidad en niñas y adolescentes entre los 10 a 14 años se ha mantenido entre los 3.2 y 2.0 en los últimos 12 años, mientras en adolescentes de 15 a 19 años ha descendido, pasando de 91.8 en 2016 a 78.8 por cada 1,000 mujeres en la actualidad. (12)

El Observatorio de Salud Reproductiva -OSAR-, indicó que durante el año 2022, el total de embarazos que se documentaron en niñas y adolescentes entre 10 a 19 años en Guatemala fue de 97,354, de los cuales 1,910 (4.6%) se presentaron en niñas de entre 10 a 14 años y 95,444 (95.4%) en adolescentes entre 15 a 19 años. Así mismo, durante este mismo periodo, se reportó un total de 67,688 nacimientos de bebés hijos de madres entre los 10 a 19 años, de los cuales 2,187 (2.7%) se registraron en niñas y adolescentes de 10 a 14 años y 65,501 (97.3%) en adolescentes entre 15 a 19 años. (13)

Las consecuencias de estos embarazos en niñas y adolescentes son perjudiciales para su educación, su futuro empleo y su salud, tanto mental como física. Estos efectos también inciden en la vida de sus hijos, hijas y sus familias. Las niñas y adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% mayor. El embarazo en la adolescencia aumenta la probabilidad de desempleo e inactividad laboral en las mujeres que lo atraviesan, así mismo, las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

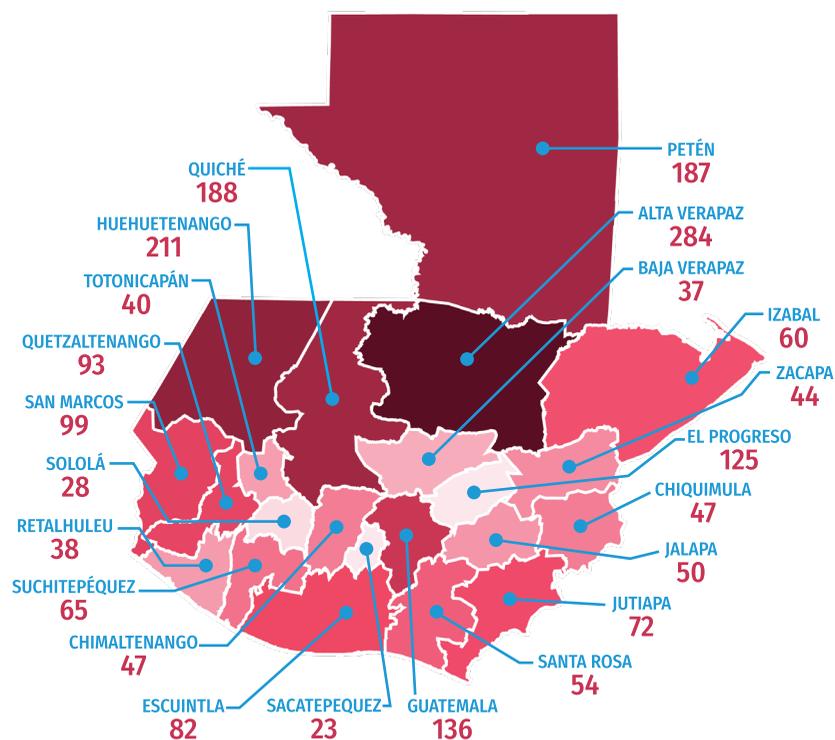
Figura 6. Embarazos en niñas y adolescentes de 15 a 19 años, por departamento, 2022.



95,444 Embarazos entre 15-19

Fuente: RENAP, Monitoreo OSAR.

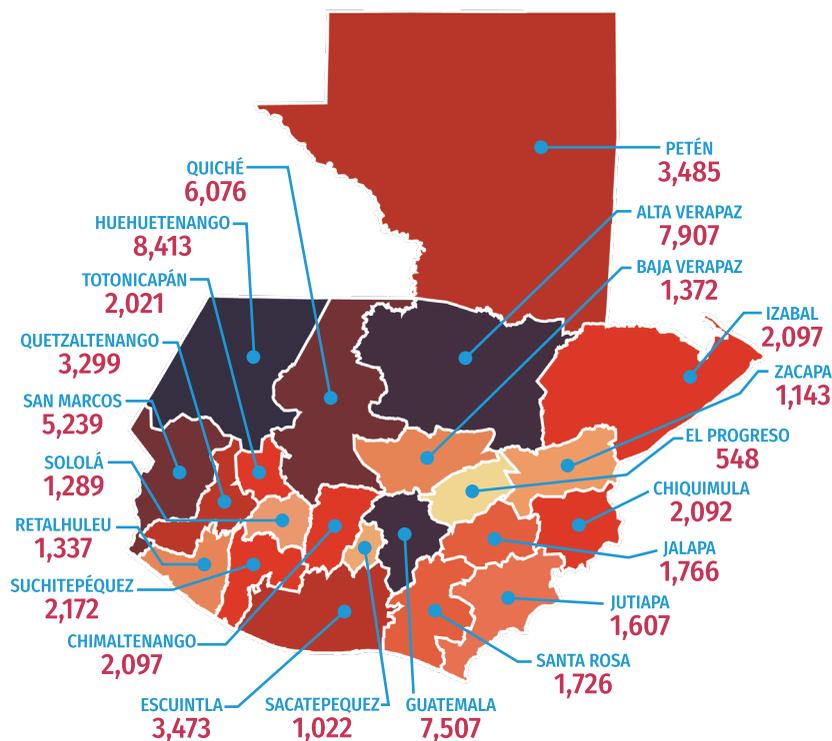
Figura 7. Embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, por departamento, 2022.



1,910 Embarazos entre 10-14

Fuente: RENAP, Monitoreo OSAR.

Figura 8. Nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años, por departamento, 2022.



67,688 Registros de nacimientos
65,501 Madres entre 15-19 años
2,187 Madres entre 10-14 años

Fuente: RENAP, Monitoreo OSAR.

6.5.4 Infecciones de transmisión sexual

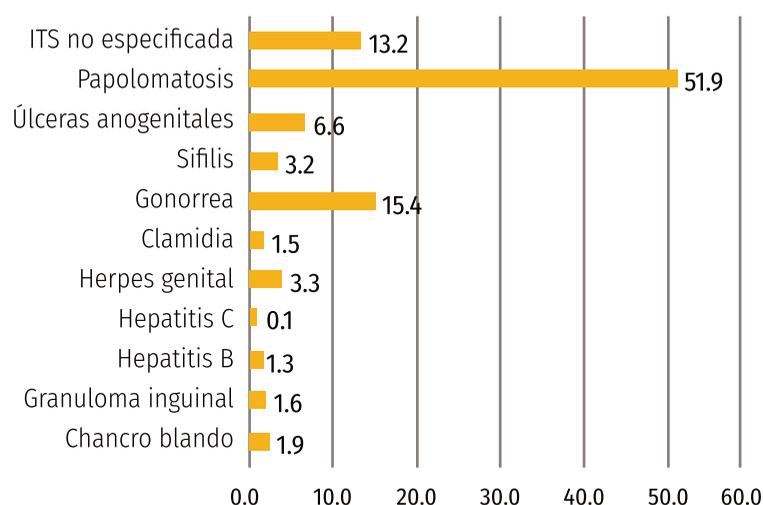
La carga de morbilidad y mortalidad derivada de patógenos de transmisión sexual compromete la calidad de vida, así como la salud sexual y reproductiva y la salud del recién nacido y del niño. Las infecciones de transmisión sexual -ITS- también facilitan indirectamente la transmisión del VIH y provocan los cambios celulares que preceden a algunos tipos de cáncer. Asimismo, imponen una fuerte presión en los presupuestos de los hogares y de los sistemas de salud.

En Guatemala, se mantiene una vigilancia epidemiológica de las siguientes ITS: verrugas genitales (papilomatosis), sífilis, herpes simple, chancro blando, granuloma inguinal, hepatitis B y C, infección gonocócica, tricomoniasis, úlceras genitales y enfermedad de transmisión sexual no especificada.

De acuerdo con cifras del MSPAS, durante el año 2021 **se presentaron 4,759 casos de ITS, de los cuales el 54% corresponden a mujeres** y el 46% a hombres. El tracto genital femenino tiene un superficie de exposición mayor que el masculino, lo que hace que las mujeres sean más propensas a contraer estas infecciones en relación con los hombres. Respecto a

la edad en las que se presentan las ITS en mujeres, el 52.2% de la incidencia de estas infecciones se concentra entre las edades de 15 a 29 años, siendo evidente que las jóvenes son las más propensas a contraerlas. En relación con el grupo poblacional, el 74.8% de las ITS se presentaron en mujeres no indígenas y el 25.2% en mujeres indígenas. (14)

Gráfica 8. Porcentaje de casos de ITS desagregados por tipo de infección



Fuente: Informe de notificación de vigilancia de ITS, MSPAS, 2021

La ITS más frecuente en la mujer es la papilomatosis o verrugas ano vaginales, con 51.9% del total de ITS detectadas; siendo esta infección especialmente importante de diagnosticar y tratar en las mujeres, dado que el agente infeccioso causal, el virus del papiloma humano (VPH), es responsable de lesiones, las cuales a nivel del cuello uterino, son la causa primordial del cáncer cervicouterino, el cual es el más frecuente en las mujeres guatemaltecas y es altamente prevenible mediante el uso de métodos de protección sexual tipo barrera y la vacunación contra VPH.

a. VIH/Sida

El Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- es el responsable de causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-, que ataca los anticuerpos en el ser humano, impidiendo que este se defienda ante infecciones. Las personas que tienen VIH y reciben tratamiento pueden mantenerse sanas, vivir muchos años y evitar contagiar a otras personas, sin embargo, sin tratamiento, el VIH puede progresar a SIDA y causar la muerte por alguna complicación relacionada a la falta de inmunidad.

Guatemala presenta una **tasa de incidencia de VIH de 6.5 por 100,000 habitantes**, el 76% de los casos son detectados en hombres y el 24% en mujeres. Así mismo, el 96% de las personas infectadas, adquirieron el virus por transmisión sexual y la menos común, con un 4%, fue la transmisión vertical de madre a hijo y las transfusiones sanguíneas.

El grupo etario más afectado, con un 65%, se encuentra entre los 20 y 39 años, siendo una población bastante joven. Respecto al estado civil, la mayor proporción de casos fueron diagnosticados en solteras/os y en cuanto al grupo poblacional, el 87% de las infecciones se presentaron en población no indígena y el 13% en población indígena. Los departamentos de Escuintla, Guatemala, Izabal y Retalhuleu son los departamentos que se encuentran por encima de la tasa de incidencia nacional, sin embargo, más de la mitad de los casos residen en el departamento de Guatemala.

Respecto a la positividad de las pruebas serológicas realizadas para detectar VIH, la positividad para la población masculina fue de 39% y para la población femenina fue de 9%. Respecto al tamizaje de pruebas de VIH en embarazadas y puérperas, el 0.3% de las embarazadas y el 0.7% de las puérperas tuvieron un resultado positivo a la prueba.

El tratamiento del VIH es una herramienta muy importante en la lucha contra el VIH/Sida, ya que reduce la morbilidad y mortalidad relacionadas. Asimismo, la temprana iniciación, puede potenciar los beneficios del tratamiento. En Guatemala se estima que del total de personas con VIH, diagnosticadas y no diagnosticadas, el 58% se encuentran en tratamiento antirretroviral. Respecto a aquellas que conocen su diagnóstico, un 85% se encuentran con tratamiento antirretroviral. (14)



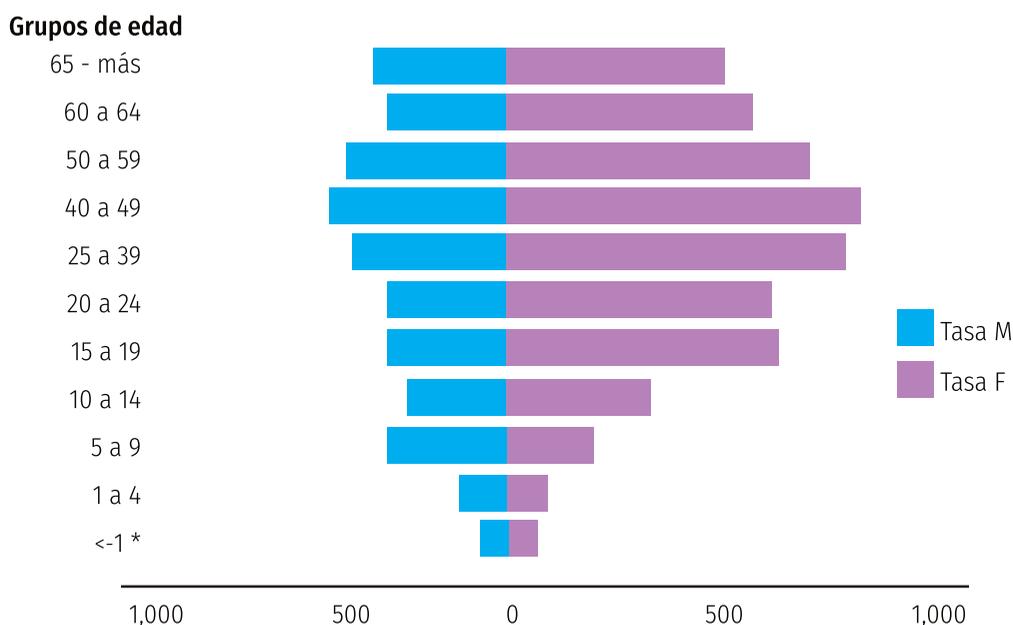
6.6 Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Forma parte de la salud integral de la persona y desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social.

De acuerdo con datos oficiales del país, en Guatemala la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento es de 397 casos por cada 100,000 habitantes. Las mujeres suponen el 53% de estos casos en comparación con el 47% detectados en el género masculino. Según los ciclos de vida, el adulto comprendido de 20 a 59 años es la etapa donde se presentó el mayor riesgo de presentar un trastorno mental y del comportamiento, tanto para hombres como para mujeres. (15)

Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes son ansiedad, depresión, estrés y trastornos relacionados al consumo de alcohol. En relación con el género, las mujeres consultan más que los hombres en casos de ansiedad, depresión, estrés, trastornos somatomorfos, trastornos mixtos, afectivo bipolar y neuróticos. Los hombres consultan principalmente por trastornos relacionados con el alcohol, niñez, esquizofrenia y trastornos del desarrollo.

Figura 10. Tasa de morbilidad de trastornos mentales, por edad y género



Fuente: Informe de trastornos mentales y del comportamiento, MSPAS. 2021

La alta incidencia de trastornos afectivos en las mujeres está influenciada por una serie de factores biológicos, sociales y culturales, relacionado con los distintos roles que le toca cumplir en la sociedad, así como los cambios hormonales, embarazo, nacimientos y situaciones de violencia relacionadas al género. (10)

A pesar de que la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento es alta en relación con otras afecciones, en Guatemala el Ministerio de Salud y Asistencia Social, le asigna únicamente el 1 % de su presupuesto a la salud mental, y ese porcentaje está destinado casi exclusivamente al Hospital Nacional de Salud Mental, lo que implica que la atención de salud mental en el nivel primario y secundario es prácticamente inexistente en el país.

6.6.1 Atención psicosocial para mujeres

Actualmente en Guatemala se cuenta con algunos mecanismos y servicios para la provisión gratuita de atención psicosocial a mujeres, sobre todo en entornos y contextos de violencia, sin embargo, estos se encuentran casi por completo en el entorno urbano y central del país.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, afirma que los hospitales nacionales ofrecen la provisión de atención psicológica en consulta externa, pero esta atención está atada a un horario específico y restringido, a un número limitado de atenciones, y así mismo, muchas veces no cuentan con el personal necesario para la provisión adecuada del servicio.

Algunas organizaciones no gubernamentales y de iglesia proveen también este tipo de atención, sin embargo, los servicios también se encuentran condicionados a la disponibilidad de fondos y la continuidad de la provisión del servicio es muchas veces incierta o temporal, imposibilitando que las jóvenes y las mujeres puedan gozar de terapias y tratamientos continuos y adecuados de acuerdo con los casos y las necesidades psicosociales de cada una de ellas.

En el mes de marzo de 2021, el Ministerio Público de Guatemala -MP- inauguró la sede del **Modelo de Atención Integral para las mujeres víctimas de violencia IxKem -MAIMI-**, el cual es un sistema de atención inmediata e integral para proporcionar una respuesta diferenciada y eficiente a mujeres víctimas de violencia, a través de la coordinación interinstitucional para evitar la victimización secundaria y mejorar los mecanismos de investigación criminal. En el MAIMI las mujeres tienen acceso a servicios legales, sociales, de salud, educación, empoderamiento social y económico. Esta clínica es la primera de su índole en el país, y se encuentra localizada en la sede central del Ministerio Público de la Ciudad de Guatemala y a pesar de que los casos del interior del país pueden ser referidos a esta clínica, es importante evidenciar la falta de este tipo de servicios en los entornos rurales y en el resto de los departamentos del país, en donde los casos de violencia contra la mujer son igual de frecuentes e importantes que en la ciudad capital.

6.7 Violencia basada en género

Se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o personal. (16)

De acuerdo con las denuncias totales interpuestas por motivos de violencia en el país, **el 82% de las personas agravadas son de sexo femenino** y el 18% de sexo masculino. Por lo tanto, es evidente que el género juega un papel importante en cuanto a la violencia en todas sus esferas, así mismo, esta problemática es de importancia para la salud pública, ya que las víctimas son propensas a sufrir heridas graves o la muerte, trastornos de depresión, adicción al alcohol u otras sustancias, son contagiadas con enfermedades de transmisión sexual y tienen embarazos no deseados y abortos.(17)

De acuerdo con el perfil sociodemográfico de las afectadas, del total de denuncias recibidas de violencia contra la mujer, el 49% se encuentran entre los 20 a 34 años, el estado civil del 52% es soltera y respecto al grupo poblacional, aproximadamente 6 de cada 10 mujeres agravadas son ladinas/mestizas. De acuerdo con el estado de residencia, los tres departamentos con las tasas más altas de este tipo de denuncias son: Suchitepéquez, El Progreso y Retalhuleu; todos con tasas arriba de los 100 casos por cada 10,000 mujeres. (18)

Tabla 5. Consecuencias en la salud en casos de violencia contra la mujer

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

Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS.



6.9.1 Violencia psicológica

La violencia psicológica se refiere a todas aquellas conductas que producen desvalorización y sufrimiento, dañando la subjetividad y autoestima de las mujeres, tales como las amenazas, humillaciones, exigencias de obediencia, aislamiento de amigos y familiares, intentar convencer a la víctima de que ella es culpable de cualquier problema. Son también los insultos, el control de las salidas de casa, humillaciones en público, descalificaciones, retener el dinero, destrucción de bienes de la mujer, maltrato físico hacia miembros de la familia o mascotas, como formas de chantaje. En el caso de Guatemala, la violencia psicológica, con un **35.1% del total de denuncias presentadas, es el tipo de violencia más reportada.** (18)

Dentro de la violencia psicológica, se incluye el control marital que ejerce el esposo o compañero y de acuerdo con la IV ENSMI, más del 50% de mujeres indica haber experimentado comportamientos de control marital, los dos más frecuentes siendo ‘es celoso o se enoja si ella habla con otros hombres’, y, y ‘todo el tiempo insiste en saber dónde ella está’. En cuanto al grupo poblacional, se observa que la población indígena las mujeres declaran en mayor proporción que su esposo o compañero ‘no confía en ella para el manejo de dinero’. (7)

En relación con las consultas en salud, las mujeres violentadas psicológicamente, consultan cinco veces más a los servicios de salud mental debido a trastornos de depresión y ansiedad, desórdenes alimenticios y de sueño, abuso de sustancias psicotrópicas, estrés postraumático, fobias y miedos y la necesidad de dañarse a sí mismas. Respecto a las consultas a los servicios de emergencias, las mujeres que han sufrido violencia psicológica tienen tres veces más riesgo de consultas por autolesiones, intentos de suicidio, hipocondría y somatización de síntomas.

6.9.2 Violencia física

La violencia física se refiere a las acciones más evidentes que causan daños en el cuerpo de la persona, utilizando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto. En Guatemala las denuncias contra este tipo de violencia son de un 16.4%, ocupando el tercer lugar con relación a la mayor cantidad de denuncias presentadas por mujeres. (18)

Según la IV ENSMI el **20% de las mujeres ha experimentado violencia física** desde los 15 años y el 7% ha experimentado este tipo de violencia durante los últimos 12 meses. La proporción de mujeres que ha sufrido violencia física a partir de los 15 años aumenta con la edad, en relación con el estado civil, 1 de cada 2 mujeres divorciadas o separadas ha experimentado violencia física desde los 15 años, esta cifra es más del doble de la que experimentan las mujeres casadas y unidas. (7)

Las diferencias en la historia de la violencia física según grupo étnico son mínimas entre la población indígena, con 19%, y la no indígena con 20%, sin embargo, se observa que en el área urbana el 22% ha experimentado violencia física en comparación con el 18% en el área rural. Con relación al nivel de educación, predomina el mayor porcentaje, con 23%, en las mujeres sin educación, en comparación con el 16% de aquellas con nivel de educación superior; en cuanto a los quintiles de riqueza no se muestra mayor diferencia, evidenciando que la pobreza no es un factor decisivo en la violencia física. En relación con la paridad, se observa que, a mayor número de hijas o hijos, mayor violencia física experimenta la mujer: el 25% en las que tienen cinco o más hijas o hijos en comparación con el 9% en las que no tienen hijas o hijos. (7)

En relación con las consultas en salud, se observa que 55.1% de las mujeres víctimas de violencia física experimentaron lesiones tales como heridas, contusiones o dolores. De hecho, las mujeres violentadas físicamente tienen tres veces más probabilidad de consultar al servicio de emergencias y a los servicios de salud en general por fracturas, síndrome de dolor crónico, fibromialgias, discapacidad permanente, desorden gastrointestinal, obesidad, síndrome del intestino irritable, hipertensión y diabetes mellitus. (16)

6.9.3 Violencia sexual

Es todo acto en que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física o intimidación psicológica, obliga o induce a una mujer, a ejecutar un acto sexual en contra de su voluntad, con lo cual ataca su integridad sexual. Algunos de los actos de violencia más comunes son: acoso sexual, caricias no deseadas, abuso sexual, violación, penetración anal u oral no deseada, obligar a realizar posiciones sexuales no deseadas, obligación al exhibicionismo, entre otras. En Guatemala, **el 8% de las mujeres de 15 a 49 años, alguna vez han experimentado violencia sexual** y el 2% la han experimentado hace menos de 12 meses. (16)(7)

En general se observan mayores porcentajes de experiencia de violencia sexual en mujeres de mayor edad, en mujeres no indígenas (10%), que residen en área urbana (11%) divorciadas, separadas o viudas (23%), las mujeres con paridad de 3 a 4 hijos (15%) sin educación (10%), con nivel económico medio (10%). Sin embargo, mujeres de todos los niveles de educación y en todo el espectro económico han experimentado violencia sexual en algún momento de su vida. Los departamentos con mayor incidencia de violencia sexual hacia las mujeres son: Guatemala, con un 12% de los casos reportados, Sacatepéquez, Suchitepéquez, Jalapa, y Zacapa, cada uno con un 11% de los casos reportados.

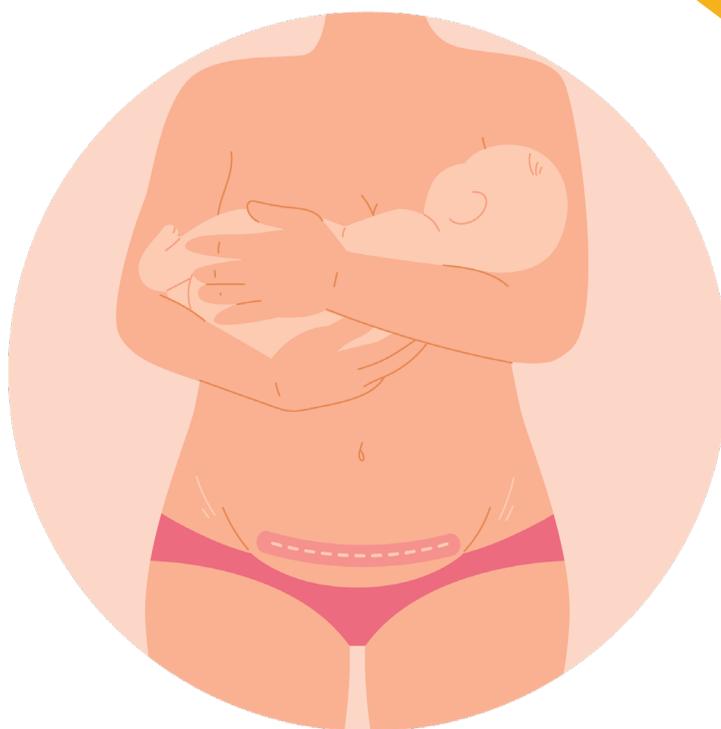
Tabla 6. Lesiones físicas en mujeres, producto de violencia física y/o sexual

Tipo de violencia	Heridas, contusiones o dolores	Daño a los ojos, torceduras, dislocaciones o quemaduras	Heridas profundas, huesos quebrados, dientes quebrados o cualquiera otra lesión seria	Cualquiera de estas lesiones
Experimentó violencia física 1				
Alguna vez 2	53.7	12.7	7.2	55.1
En los últimos 12 meses	54.5	11.7	6.8	55.3
Experimentó violencia sexual				
Alguna vez 2	68.4	23.2	13.5	70.5
En los últimos 12 meses	64.1	20.1	9.8	64.1
Experimentó violencia física o sexual 1				
Alguna vez 2	52.2	12.2	7.0	53.6
En los últimos 12 meses	53.1	11.8	6.5	53.9

Fuente: IV Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI).

En relación con el perpetrador, las mujeres que han estado alguna vez en unión, los principales responsables de la violencia sexual, con un 42%, fueron el esposo o compañero anterior; el esposo o compañero actual, con 29%; otro familiar, con 26%; y finalmente un extraño, con 28%. En el caso de las mujeres que nunca han estado en unión, el porcentaje más alto fue ejercido por extraños, con un 60%; seguido de otra persona conocida, con 48%; y novio anterior con un 33%.(7)

En relación con las consultas en salud, se observa que las mujeres víctimas de violencia sexual presentan dos veces más casos de embarazos no deseados, complicaciones durante el embarazo, mortalidad materna, abortos y contagio de enfermedades sexualmente transmisibles como VIH/Sida. Respecto a la atención hospitalaria, se estima que el 70.5% de las mujeres que han sufrido violencia sexual tuvo que ser tratada por lesiones físicas, tales como heridas, contusiones, daño a los ojos, torceduras, dislocaciones, quemaduras, heridas profundas, fracturas, dientes rotos, entre otros. (16)(7)



6.9.4 Violencia obstétrica

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. Incluye actos no apropiados o no consensuados, como episiotomías sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar complicaciones graves. Esta violencia también puede ser psicológica, como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones. (19)

En Guatemala, en la normativa nacional vigente no se encuentra tipificado ningún delito relacionado con esta problemática, y aunque no se tiene registro de casos y denuncias, el Estado reconoce que existen prácticas discriminatorias, deshumanizantes y de violencia contra las mujeres en la salud reproductiva; debido a esto, no se cuentan con datos o estadísticas de carácter estatal y oficial que evidencien este tipo de violencia en el país. (20)

No obstante, según el resultados de un estudio académico, **el 35% de las mujeres madres han experimentado violencia obstétrica durante su embarazo, parto o puerperio.** El resultado pareciera ser bajo, sin embargo, los autores del estudio indican que después de un análisis de los datos, el 100% de las madres entrevistadas fueron víctimas de por lo menos una manifestación de dicho fenómeno, pero la mayor parte de ellas no asocian muchas de estas manifestaciones con la violencia obstétrica. Esto evidencia que este tipo de violencia es el que se encuentra más normalizado y naturalizado por la sociedad y sobre todo por las mismas mujeres que la experimentan. (19)

6.9.5 Centros de Apoyo Integral para las Mujeres Sobrevivientes de Violencia -CAIMUS- y la atención a mujeres víctimas de violencia con riesgos en salud

Los Centros de Apoyo Integral para las Mujeres Sobrevivientes de Violencia -CAIMUS-, son sitios en donde las mujeres que sufren o han sufrido violencia encuentran apoyo, información y asesoría. Estos servicios se proporcionan sin ningún coste, requisito o condiciones.

Los CAIMUS están a cargo de un grupo multidisciplinario de mujeres especializadas quienes asesoran y acompañan a las mujeres para encontrar soluciones a la problemática que enfrentan. En este proceso promueven su empoderamiento, autonomía, y las herramientas que les permiten enfrentar la violencia, en un ambiente de respeto y confidencialidad. Para lograr llevar a cabo esta labor, desarrollaron un modelo de atención con enfoque multidisciplinario que orienta las pautas de los servicios especializados de atención integral. (21)

El enfoque multidisciplinario del modelo contempla dos grandes líneas estratégicas: estrategia de empoderamiento y estrategia de intervención. Dentro de la estrategia de empoderamiento se encuentra incluida la atención médica. Se considera que este tipo de atención es necesaria, debido a que a medida que pasa el tiempo, son cada vez más numerosas las pruebas y mayor la concientización de los resultados negativos para la salud causados por la violencia basada en el género, que ha sido asociada con riesgo y problemas para la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y la muerte. (21)

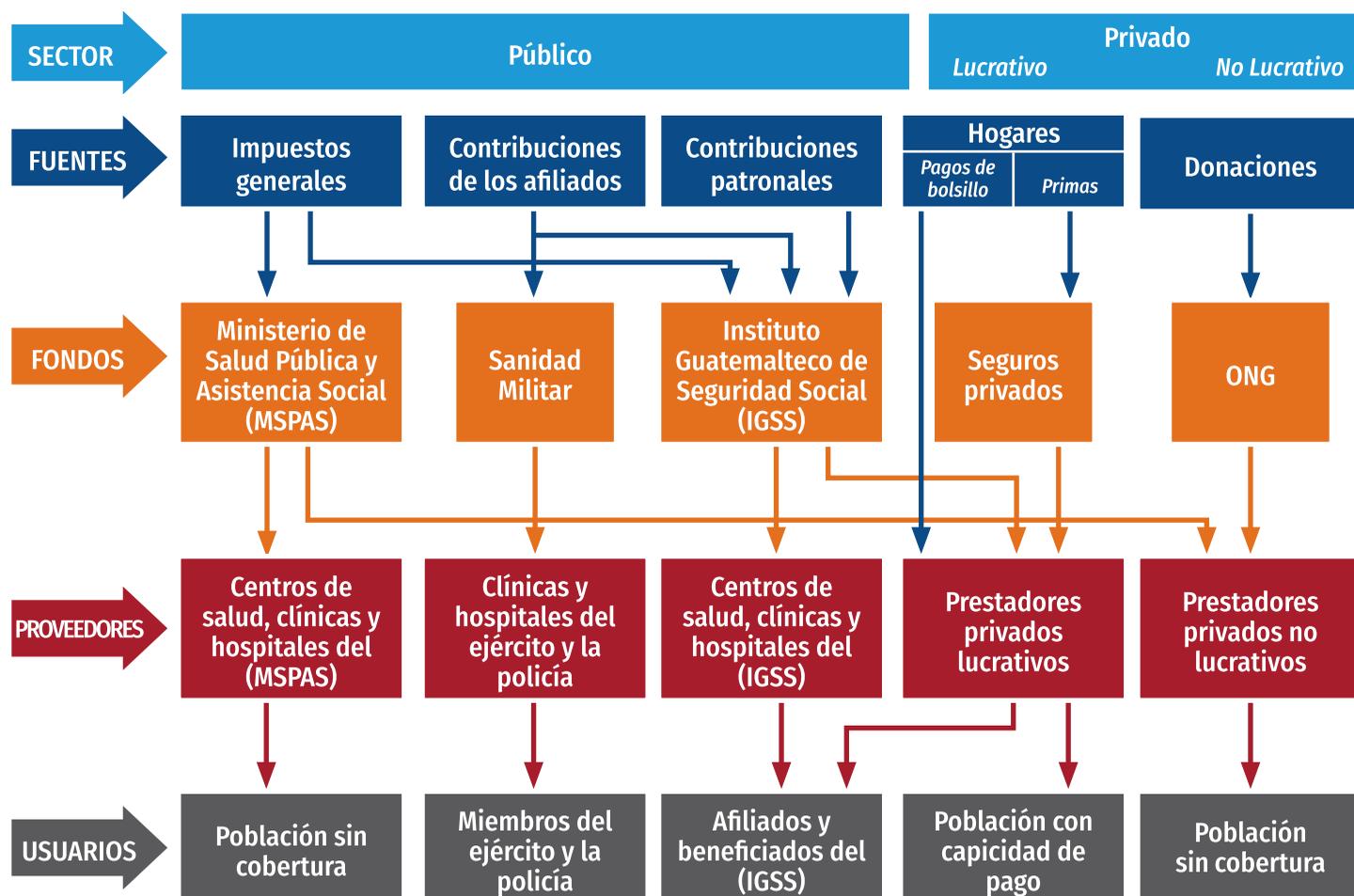
6.10 Acceso a la salud

6.10.1 Sistema de salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.



Figura 11. Composición del sistema de salud en Guatemala



Fuente: Becerril-Montekio et al,

Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

El sistema de salud de Guatemala goza de un marco regulatorio bien establecido, instituciones con larga trayectoria, trabajadores de salud a todo nivel y una ausencia de dependencia en fuentes extranjeras para su sostenimiento. Sin embargo, y a pesar del legado institucional sólido, durante las últimas décadas el sistema de salud en Guatemala ha acumulado una serie de problemas y el resultado es un sistema de salud desigual, fragmentado, segmentado e ineficiente.

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, que provee cobertura para aproximadamente el 60% de la población; al Instituto Guatemalteco del Seguro Social -IGSS-, que ofrece cobertura a 17% de la población y a la Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y Gobernación que ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente, que abarca al 0.5% de la población.

El sector privado incluye organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con fines lucrativos. Se estima que las organizaciones privadas lucrativas tienen cobertura a cerca de 8% de la población y las OSC/ONG cerca del 6% de la población. Es evidente, mediante estos estimados, que los sectores e instituciones de salud proveen de doble cobertura a un gran porcentaje de la población; esta población se ve beneficiada u obligada a adquirir los servicios de salud de más de un prestador o proveedor, lo que da como resultado una doble inversión en salud y la duplicación de servicios, sin embargo, esta doble cobertura tiene prominencia en aquellos con mayor riqueza, puesto que se calcula que un **8% de la población no tiene cobertura sanitaria alguna**; esta proporción corresponde casi exclusivamente a personas en contexto rural y en pobreza y pobreza extrema. (22)

6.10.2 Inversión, financiación y gasto en salud

De 33 países de LAC, Guatemala ocupa el puesto 29 en cuanto a inversión en salud, ya que únicamente **invierte \$470 por persona**. Guatemala invierte únicamente el **2.2% del PIB** en salud pública, siendo uno de los más bajos en la región. En relación con la asignación presupuestaria para el MSPAS, durante el año 2019 fue de Q 4,435 billones, de los cuales sólo el 5% fue orientado al gasto en género y salud de las mujeres (Q230,347 millones). (3)

En referente a la financiación, el MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. El IGSS obtiene sus recursos de las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y el Estado. El sector privado se financia en 92% con pagos de bolsillo; sólo 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. (22)

El gasto gubernamental constituye un 35.8% del gasto total en salud, la seguridad social un 9.7%, las donaciones externas representan el 2.3% y el gasto privado es de aproximadamente el 52.2%; ningún país de América Latina depende tanto del gasto privado en salud como Guatemala. (23)

6.10.3 Acceso a servicios de salud

El acceso a servicios de salud hacer referencia a que las instalaciones y servicios de salud deben ser accesibles a todos, especialmente a los más vulnerables, sin discriminación de ningún tipo. De igual forma, cualquier pago que deba ser necesario, debe estar basado en

el principio de equidad. (24) La organización y prestación de servicios de salud constituyen uno de los determinantes sociales de salud de la población y representa un factor clave en el mejoramiento de las condiciones de vida de una comunidad. (25)

En relación con el acceso a la salud a las mujeres en Guatemala, el **74% refiere tener por lo menos un problema en el acceso a los servicios de salud**. Respecto a estos problemas, el 60% refirió tener problemas para conseguir dinero para el tratamiento; el 39% indicó tener problemas por la distancia al establecimiento de salud; el 32% indicó no querer ir sola a los servicios de salud y el 17% respondió tener problemas para conseguir el permiso por parte de la pareja o los padres para ir a recibir tratamiento.

En relación con el número de hijas o hijos, el 75% de las mujeres con más de cinco hijas o hijos refirieron como principal problema el conseguir dinero para el tratamiento. En cuanto al grupo étnico, se observa que el 78% de la población indígena refiere por lo menos un problema en el acceso a los servicios de salud, mientras que en la población no indígena es 70%. En cuanto a la educación y al quintil de riqueza, se observa que el porcentaje que refiere al menos un problema es sistemáticamente mayor en las mujeres con menor educación, 84%, que en las de mayor nivel educativo, 50%, y en las del quintil de riqueza más bajo, con un 85%, respecto al más alto, con un 58%.

Los problemas en el acceso a los servicios de salud según el lugar de residencia proporcionan una visión general en cuanto a la red de servicios de salud y la facilidad o los obstáculos que tienen que superar las personas que les demandan. El 79% de las mujeres del área rural indicaron tener por lo menos un problema en el acceso a los servicios de salud, y en el área urbana lo refirieron en 68%. Al desagregar por departamento se observa que, en donde más se reportó por lo menos un problema en el acceso a los servicios de salud son Totonicapán, Huehuetenango y Alta Verapaz, con 81% cada uno. Huehuetenango es el departamento que ocupa el primer lugar en relación con los problemas de conseguir permiso para ir a tratamiento, conseguir dinero para tratamiento, la distancia al establecimiento y no querer ir sola.(7)

a. Acceso a la salud para la población LGTBQI+

La desigualdad en el acceso a la salud para la población LGTBQI+ (lesbianas, gays, transexuales, transgénero, bisexuales, intersexuales, queer, entre otros) es ampliamente reconocida. La población LGTBQI+ tienen un riesgo mayor de conductas de riesgo en salud, menor acceso a los servicios de salud y tratamientos, y resultados más adversos en comparación con la población cisgénero/heterosexual. Estas desigualdades se observan en la salud física y acceso a la atención médica para esta población.

La población LGTIQ+ tienen menos probabilidades de tener un seguro de salud o acceso a un trabajo que le permita optar al seguro social, así mismo, tienen más probabilidades de demorar la búsqueda de atención sanitaria, especialmente los adultos mayores; también tienen más probabilidades de ser rechazados en los servicios de salud o de experimentar conductas violentas o de discriminación. (26)

La violencia en salud afecta desproporcionadamente a las personas trans, y que existen barreras estructurales y legales mayores para que estas personas accedan a servicios de salud integral. Se destaca un desconocimiento del personal de salud y administrativo hacia las necesidades de las personas trans y el irrespeto hacia su identidad de género —tales como uso de pronombres y nombre que no corresponde con su identidad—. Por otro lado, para las personas cisgénero LGB hay que destacar el trato diferenciado que puede resultar del desagrado y prejuicios homofóbicos que tiene el personal de salud y administrativo al momento de atenderlas. Asimismo, persisten prejuicios que asocian las identidades LGBT al VIH e ITS, que pueden constituir un trato estigmatizante para las poblaciones y dificultar su acceso a una salud integral afirmativa de sus identidades.

Actualmente existe un Manual de Lineamientos para la Atención de Población LGBT, y desde el 2015 se aprobó la Estrategia Atención Integral y Diferenciada en Salud para Personas Trans en Guatemala 2016-2030, ambos formulados desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero que a la fecha, ninguno se ha operativizado ni se ha implementado por parte de este ministerio. (1)

Según un estudio lanzado por el Colectivo Trans-formación, el 81 % de casos de discriminación en salud hacia mujeres trans se cometen desde el Estado, por lo que es necesario que los derechos en salud y los protocolos de atención hacia la población de la diversidad sexual y de género sean reconocidos a nivel nacional, ya que permiten a trabajadores y trabajadoras del sector salud el entendimiento y sensibilización necesaria para la atención especializada sin discriminación alguna.(27)



6.11 Atención en salud

Los patrones de utilización de los servicios de salud por mujeres y por hombres son diferentes; tanto en el reconocimiento de los síntomas, como en la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención. De acuerdo con los datos del MSPAS, las usuarias más asiduas a los servicios de salud son las mujeres, con un 62.6% de utilización de los servicios, en comparación con el 37.4% de los hombres.(28)

6.12.1 Niveles de atención en salud

La provisión de los servicios de salud por parte del MSPAS contempla tres niveles de atención ubicados administrativa y operativamente en 29 Áreas de Salud que incluyen 339 municipios y cubren territorios urbanos y rurales. Estos niveles de atención están divididos de acuerdo con la complejidad de los servicios, y entrelazados a través del sistema de referencia y respuesta.(29)

b. Primer y segundo nivel de atención

El primer nivel de atención en salud está diseñado para promover la salud, prevenir y resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población, utilizando métodos y tecnologías simples. Este nivel cuenta con 986 puestos de salud, 70 puestos de salud fortificados, 193 puestos de salud fortificados para fin de semana, 124 centros de salud y 4,598 centros de convergencia.

El segundo nivel está diseñado para atender los mismos problemas de salud que en el nivel anterior, con la diferencia que utiliza métodos y tecnologías de diagnóstico y tratamiento con mayor complejidad. Este nivel cuenta 172 centros de atención permanente (CAP), 44 centros de atención permanente ambulatoria, 13 centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 2 clínicas periféricas, 6 maternidades y 4 centros de urgencias médicas.(29)

La distribución de establecimientos de salud en el país demuestra que la mayor parte de los servicios del primer y segundo nivel están concentrados en los municipios mayormente urbanos y con menor índice de pobreza. En contraste, los municipios con mayor índice de pobreza entre 27,6% y 65% se observa una ausencia marcada de servicios de salud; cabe destacar que estos municipios se encuentran dentro de los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quiché y Alta Verapaz, los cuales son los de más difícil acceso geográfico, de mayor ruralidad y cuentan con la mayor cantidad de población indígena. (30)

En el año 2020 el MSPAS reportó que del total de atenciones provistas en el primer y segundo nivel de atención, el 65% fueron realizadas a mujeres y el 35% a hombres. Respecto al tipo de consulta, el 54% fueron primeras consultas, el 38% reconsultas y el 8% restante fueron emergencias.(28)

b. Tercer nivel de atención - Atención hospitalaria

La responsabilidad del tercer nivel de atención se orienta a la atención directa de la demanda de la población y de las referencias provenientes del primer o segundo nivel de atención. Lo constituyen 12 hospitales distritales, 10 hospitales nacionales, 123 hospitales regionales y 8 hospitales departamentales, a estos se suman 5 hospitales más destinados a la atención de COVID-19. (29)

En Guatemala se reporta que hay un total de **0.6 camas disponibles en los hospitales, por cada 1,000 habitantes**, la disponibilidad más baja de la región. (3)

Del total de atenciones hospitalarias reportadas durante el año 2020, el 57% fueron provistas a mujeres y el 43% a hombres. Respecto a la condición de egreso, el 99% fueron egresadas vivas y el 1% corresponde a fallecimientos. (28)

6.12.2 Medicina Tradicional y Ancestral Indígena

En el país coexisten dos sistemas de salud: el oficial; de carácter biologicista, asistencialista y occidental, y el sistema de salud maya; históricamente alternativo, relacional y holístico; ambos de igual importancia para el desarrollo de la salud en el país. Las lógicas de ambos respecto a la salud/enfermedad/atención tienen enfoques distintos y es necesario orientar esfuerzos para lograr la interacción, cohabitación y quizás en un futuro la integración de ambos sistemas de salud, de manera que se aplique la debida pertinencia cultural y de género, en apego a las demandas de la población, particularmente de las comunidades indígenas. (31)

A este conjunto de prácticas y conocimientos de los pueblos indígenas acerca de las prácticas en salud se le denomina “medicina tradicional”. De acuerdo con un estudio realizado por la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad -UASPII- y el MSPAS acerca de este sistema paralelo de salud, se evidencia una estructura organizada de terapeutas o médicos mayas, que con funciones generales o específicas dan respuesta a un perfil epidemiológico diferenciado; se reporta la existencia de por lo menos 7 especialidades de expertos que brindan atención en salud y quienes se apoyan en la medicina herbolaria tradicional maya, que cuenta con un sistema en el que se utilizan alrededor de 350 plantas medicinales y diversos minerales, entre ellos cuarzo, oro, plata, cal y hierro. La base del conocimiento tiene sus cimientos en la misma cosmovisión del pueblo maya y hay una práctica social de promoción, prevención, atención, siendo evidente la aceptación comunitaria porque cura y funciona. (31)(32)

El médico maya nace, no se hace



“La elección de quién puede ser un médico maya está basado en la cosmovisión. Se trata de una misión o un don que puede estar determinado por el nahual de nacimiento, si una persona trae ese don recibirá una serie de señales como aviso para que lo acepte; esto implica que no todas las personas pueden ser médicos y además muchas veces el serlo no es una decisión personal. Las señales varían de persona a persona hasta el proceso de conocerse como un **médico de nacimiento maya.**”

Además de estos expertos, la práctica que suelen emplear las personas en las comunidades rurales para mitigar sus padecimientos es la autoatención, es decir, el cuidado por sí mismos a base a remedios caseros, ungüentos y otros procedimientos utilizados en el espacio familiar, manejado fundamentalmente por las mujeres (madres, abuelas, hijas). Las implicaciones de género, derivadas de construcciones culturales, particularmente relacionadas a la atención al parto son especialmente importantes para las mujeres indígenas y rurales, este contexto, las comadronas (parteras tradicionales) gozan de amplio reconocimiento y confianza por las comunidades.

Las organizaciones comunitarias tradicionales de los pueblos indígenas, tales como ASECSA y ADECCA y las diversas organizaciones comunitarias como los comités de salud, COCODES, redes de facilitadores comunitarios de la salud, y parteras tradicionales, constituyen elementos importantes del sistema de salud del país que hasta ahora no han logrado ser integrados efectivamente al sistema nacional de salud.

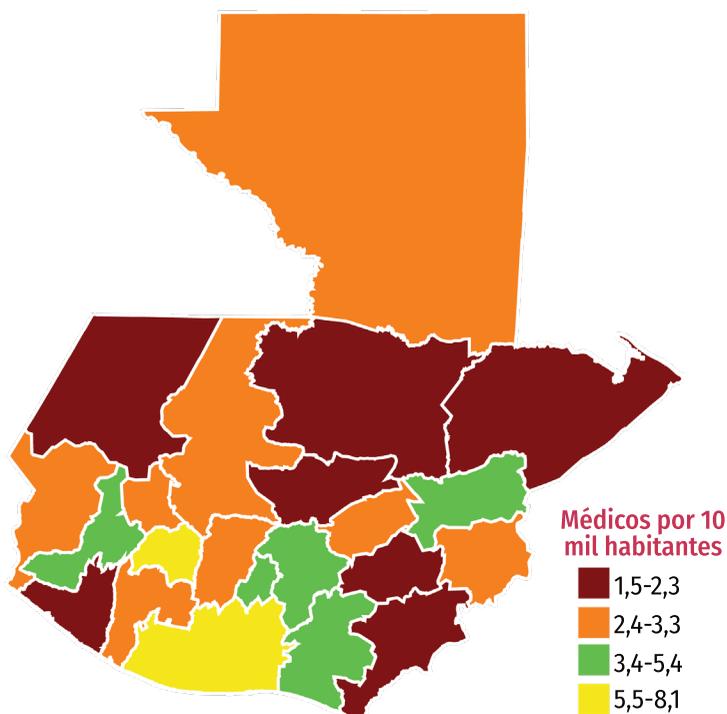
Debido a esta falta de integración y a la hegemonía del sistema de salud oficial, no se cuenta con datos fidedignos acerca del total de la población a la que la medicina tradicional da cobertura en salud, también se desconoce el total de atenciones realizadas y el total de terapeutas o expertos que están involucrados en este sistema. Sin embargo, se calcula que la mayor parte de la población indígena y un porcentaje de la población no indígena han utilizado o utilizan en algún momento la medicina tradicional, por lo tanto, se conjetura que esta cubre o ha cubierto parcial o totalmente a cerca del 60% de la población guatemalteca.(33)

6.2 Recurso humano para la Salud

El recurso humano para la salud, son todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud. Son personas con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación, ámbito laboral y situación de empleo. Los recursos humanos para la salud forman parte de un campo intersectorial complejo y mantienen un compromiso con la salud y con las poblaciones a las que sirven.(34)

De acuerdo con datos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala -COLMEDEGUA-, actualmente hay 21,461 profesionales de esa rama colegiados en la institución y por lo tanto, con derecho para ejercer la profesión; sin embargo, únicamente 15 mil 910 permanecen activos, eso significa que la tasa de galenos en Guatemala es de **0.97 médicos por cada 1,000 habitantes.** (35)

Figura 12. Razón de médicos x 10,000 habitantes según departamento



Fuente: Encuesta Nacional ENCOVI

Sin embargo, este dato es desproporcional en los 22 departamentos, ya que la tasa puede variar de 1.5 a 8.1 médicos por 10,000 habitantes, con una concentración mayor en departamentos con mayor urbanización y una menor concentración en los departamentos más pobres y rurales del norte y occidente del país. Así mismo, el departamento con menos pobreza tiene 5,4 veces más recurso (8,1 médicos por 10.000 habitantes) que el departamento con mayor pobreza, con solamente 1,5 médicos por 10.000 habitantes. En relación con el recurso médico disponible en la red pública, del total de médicos colegiados activos, tan solo 4 de cada 10 médicos en el país trabaja en la salud pública, el resto trabaja en clínicas y hospitales privados. (25)

Respecto al personal de enfermería, se reporta que hay una razón de **0.4 enfermeras graduadas profesionales por cada 1,000 habitantes** y 4.1 auxiliares y técnicos de enfermería por cada 1,000 habitantes. Del total de profesionales de enfermería que laboran en los servicios públicos del país, el 71% se encuentra ubicado en áreas de salud municipales o departamentales y son los que sostienen el sistema de salud en este nivel y en estos espacios. (3)

6.13.1 Fuerza laboral por género en el recurso humano para la salud

De acuerdo con datos de la USAC, del total de estudiantes que ingresan a la Facultad de Ciencias Médicas el **62% son mujeres y el 38% son hombres**, sin embargo, los datos se revierten respecto a los egresados, ya que del total de médicos graduados, el 52% son hombres y el 48% son mujeres. Se considera que las razones por la que ingresan más mujeres que hombres a la carrera de medicina, pero se gradúan menos mujeres que hombres, es debido a los desafíos que enfrentan las mujeres respecto a embarazos, partos, dependencia económica, entre otros factores. (36)

Según los datos del COLMEDEGUA, del total de 15 mil 910 médicos que ejercen actualmente, el 71% son hombres y el 29% mujeres. Respecto a la optación por una especialidad, el 60% de las oposiciones son ganadas por médicas mujeres, pero solamente el 50% finaliza la misma. (35)

6.13.2 Trabajo de comadronas

De acuerdo con el Movimiento Nacional de Comadronas “Nim Alaxik”, las comadronas son mujeres reconocidas como sabias, conocedoras, herederas de saberes milenarios. Además, indican que una comadrona nace, no se hace; este es un don que viene con el nacimiento y por lo tanto, están destinadas a serlo.

Es importante resaltar que las comadronas son más que parteras, su misión no es únicamente la atención de embarazos y nacimientos, sino también el restablecimiento de la salud en cualquier caso de enfermedad. Es considerada como una autoridad y como el médico en la comunidad y muchas veces, ante la falta de personal de salud oficial, se ven en la necesidad de realizar este papel.

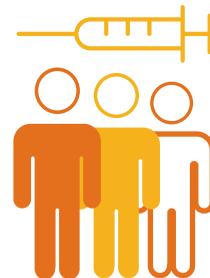
Según reportan cifras oficiales, hay un total de 23,320 comadronas registradas por esta institución, sin embargo, se considera que el subregistro es de más de 60,000 comadronas; este subregistro se da, por una parte, debido a que los requisitos para el registro son excesivos y por otra parte, porque muchas comadronas se niegan a pertenecer a un sistema de salud que ha sido poco incluyente y discriminatorio con ellas y sus pacientes. (37)

Las comadronas atienden aproximadamente el **42.4% de todos los partos en el país**, según datos oficiales, sin embargo, esta cifra aumenta dependiendo del departamento. (7) Se ha evidenciado que en los departamentos y municipios en los cuales la mayoría de la población es indígena, las comadronas atienden más del 90% de todos los nacimientos; tal es el caso de Quiché, en donde atienden 7 de cada 10 partos y en el caso del municipio de Chichicastenango, durante el año 2010, las comadronas atendieron el 98.51% de los nacimientos, mientras el sistema de salud nacional atendió el 1.74% restante. (38)



Se calcula que con su trabajo, las comadronas le ahorran anualmente al Estado un aproximado de 1,200 millones de quetzales; entre control prenatal, postnatal y atención del parto, incluyendo insumos, medicamentos, uso de instalaciones y honorarios de personal. Sin embargo, las comadronas siguen siendo irrespetadas en su lógica ancestral, impidiendo el acompañamiento a sus pacientes durante los partos en instalaciones de salud gubernamentales, viendo rechazados sus conocimientos, prácticas y en últimas instancias, siendo víctimas de abusos, discriminación, racismo y violencia psicológica por parte del personal de salud de los centros materno-infantiles y hospitales. (37)

7. RECLAMACIÓN DE DERECHOS Y PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA EN LA TOMA DE DECISIONES PÚBLICAS RELACIONADAS A SALUD



La participación ciudadana en salud, significa ser parte de las decisiones relacionadas a la definición, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de salud y de los servicios públicos de salud. Estas decisiones incluyen la identificación y priorización de los problemas de salud que afectan a la población y la forma en que se deben organizar los servicios de salud para responder de la mejor manera a las necesidades de la población. La participación ciudadana también significa vigilar que las autoridades y trabajadores públicos realicen sus tareas de la mejor forma y que cuenten con los recursos necesarios para entregar los servicios de salud a la población. (39)

La Constitución Política en su artículo 98 y el Código de Salud en su artículo 5, identifican el derecho y el deber de participar en la definición, implementación y evaluación de las políticas públicas, sin embargo, en la práctica no existen mecanismos explícitos y viables para que la ciudadanía ejerza esa participación.

En Guatemala, no se observa un movimiento social unificado que influya en políticas públicas de salud orientadas a los aspectos estructurales; lo que ha existido es el movimiento de grupos específicos que demandan e influyen en aspectos concretos relacionados con los trabajadores del sector (los sindicatos y mejoras salariales a trabajadores) o servicios de salud para condiciones médicas específicas (asociaciones de pacientes renales y de enfermedades catastróficas) o por grupos etarios específicos (acceso a servicios de salud reproductiva). La fragmentación de la demanda social es una característica en Guatemala. También hay un frágil vínculo entre las luchas sociales a nivel nacional y las protestas locales o regionales. (40)

Aun dentro de la fragmentación de los movimientos sociales, han existido algunos episodios que han generado una coalición temporal del movimiento social para reaccionar a reformas a las políticas de salud. Los dos casos más sobresalientes son la oposición a los patronatos los cuales cobraban por los servicios y proliferaron durante el gobierno de Álvaro Arzú, y la oposición a la propuesta de ley marco de salud conocida como plan visión de país (Iniciativa de ley 3609). En la primera, la movilización de los sindicatos de salud pública contribuyó a hacer presión para que se reformara el código de salud en el Artículo 4, haciendo explícita la gratuidad y la responsabilidad del Estado en garantizar la prestación del servicio de salud y en la segunda hubo una oposición de actores de los colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales de desarrollo y de la Universidad de San Carlos. (39)



Es necesario abrir espacios a la participación ciudadana en la toma de decisiones en los diferentes niveles del MSPAS, tanto en el ámbito nacional, a nivel de jefaturas de área de salud y direcciones de distritos de salud. Las juntas directivas de los hospitales públicos también deben incluir procesos de participación ciudadana, ya que se ha evidenciado que la participación de los ciudadanos en juntas hospitalarias contribuye a empujar decisiones dirigidas al aumento de recursos y una mejor integración entre los diferentes niveles de referencia de la red pública. (41)

Comparado con otros países de América Latina, la ciudadanía guatemalteca está distante de ser parte integral de los procesos de toma de decisiones alrededor de las políticas públicas de salud. A pesar de que el marco legal vigente garantiza la participación, no existen suficientes mecanismos viables y eficaces para que se lleve a cabo y la participación a través del sistema de Consejos de Desarrollo (COCODES y COMUDES) adolece de profundas asimetrías, siendo los ciudadanos los que sufren las mayores desventajas.

8. MARCO NACIONAL E INTERNACIONAL LEGAL Y POLÍTICO EN SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO



El Artículo 46 de la Constitución dicta que en materia de derechos humanos, “los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno”. (42) En otras palabras, los tratados internacionales promulgados por la ONU y sus diferentes instancias, que Guatemala acepta y ratifica, tienen un mayor rango que aquellas leyes promulgadas en su propia constitución.

El marco legal para la salud de la mujer, así como la salud sexual y reproductiva en Guatemala, cuenta con instrumentos internacionales, de los cuales el país es signatario, y con leyes y reglamentos, la mayoría de estos aprobados como resultado del compromiso de actores políticos y de sociedad civil.(43)



8.1 Derecho universal a la salud

Desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la salud fue reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y posteriormente en varios tratados internacionales de derechos humanos. En el año 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), desarrolló el contenido del derecho a la salud, confirmando que este consiste no sólo en el acceso a la atención médica, sino también a otros determinantes de la salud.

Dentro de este contenido, se determina que el Estado tiene la obligación, entre muchas otras, de garantizar el acceso a la salud sin discriminación; velar por la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, debiendo estos de respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad; y velar por la salud reproductiva, materna e infantil.

También se establece que el derecho a la salud incluye la atención de salud oportuna y apropiada, así como el disfrute de factores que son determinantes para la salud, tales como la educación e información relacionada a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, incluso para niñas, niños y adolescentes. (44)

Se calcula que con su trabajo, las comadronas le ahorran anualmente al Estado un aproximado de 1,200 millones de quetzales; entre control prenatal, postnatal y atención del parto, incluyendo insumos, medicamentos, uso de instalaciones y honorarios de personal. Sin embargo, las comadronas siguen siendo irrespetadas en su lógica ancestral, impidiendo el acompañamiento a sus pacientes durante los partos en instalaciones de salud gubernamentales, viendo rechazados sus conocimientos, prácticas y en últimas instancias, siendo víctimas de abusos, discriminación, racismo y violencia psicológica por parte del personal de salud de los centros materno-infantiles y hospitales. (37)

8.2 Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer

El Gobierno de Guatemala, a través de los órganos competentes, gubernamentales o mixtos del sector salud y seguridad social, desarrollará programas para dotar al personal del conocimiento mínimo necesario sobre la situación de las mujeres y su problemática de vida, y establecerá mecanismos específicos con participación de las mujeres como sujetos activos en la definición de políticas en este sector para lograr el acceso de estas en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de:

- 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.

- Educación y salud psico-sexual y reproductiva, planificación familiar y salud mental, pudiendo tener acceso a los mismos en completa libertad y sin presiones de ninguna clase.
- Protección a la salud y seguridad en el trabajo, incluyendo la salvaguarda de la función de reproducción.
- Servicios de salud pre y post natal para incidir en la disminución de la mortalidad materna. (45)

8.3 Ley de desarrollo social

Esta ley tiene por objeto la implementación de las acciones del Estado encaminadas al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno; así mismo, establece los principios, procedimientos y objetivos que deben ser observados para que el desarrollo nacional y social genere también un desarrollo integral, familiar y humano. En esta ley incluye medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres en todo su ciclo de vida, y para lograr su desarrollo integral; promoverá condiciones de equidad respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencia, abuso y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, observando los convenios y tratados internacionales ratificados por Guatemala. (43)

8.4 Ley de maternidad saludable

Esta ley tiene por objeto la creación de los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna neonatal. (43)

8.5 Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar

Esta ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Los destinatarios son la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promovándose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar. (43)

9. CONCLUSIONES



- La igualdad de género en salud es esencial para poder brindar una atención equitativa para todas las personas, sin embargo, el modelo sanitario tradicional conlleva en su misma práctica la falta de perspectiva de género en el diseño y análisis de las estructuras, las investigaciones y las estrategias de atención en salud.
- Es importante incluir la perspectiva de género en los análisis en materia de salud, ya que el género es un determinante estructural clave porque establece la existencia de oportunidades diferentes para niñas y niños, mujeres y hombres, de gozar de una salud óptima, y desempeña una función decisiva tanto en la manera en que las mujeres y los hombres contribuyen al desarrollo sanitario, como también en la que reciben sus beneficios.
- La evolución en el campo de la salud debe de ir siempre acompañada de la búsqueda de la equidad de género, para garantizar la igualdad entre las mujeres y los varones en relación con su estado de salud, el acceso a la atención sanitaria y la participación laboral en el campo de la salud, eliminando así barreras que son injustas, innecesarias y evitables.
- Las políticas públicas y los protocolos nacionales de atención en salud necesitan tener un enfoque de género y no de sexo, ya que mientras el sexo puede indicar diferentes factores de riesgo o la necesidad de otro tratamiento frente a una misma patología, el género puede determinar diferente posibilidad de acceso a la atención sanitaria, adherencia a tratamientos o impacto de los determinantes sociales y económicos de la salud.
- En Guatemala las elevadas tasas de mortalidad materna, la falta de acceso a métodos anticonceptivos y asesoramiento en planificación familiar, los altos índices de embarazos de niñas adolescentes, el aumento de la infección por el VIH en las jóvenes y las elevadas tasas de cáncer cervicouterino y de mama, hacen urgente la implementación de políticas públicas con perspectiva de género en salud.
- Las inequidades en salud relacionadas con el género en Guatemala afectan desproporcionadamente a las mujeres en pobreza y pobreza extrema, a mujeres jóvenes, de contextos rurales y que proceden de los pueblos indígenas.
- El sesgo de género en la esfera de atención en la salud se pone de manifiesto en el complejo reconocimiento, por parte del personal de salud, de los problemas de salud que afectan a las mujeres en general, particularmente aquel relacionado con situaciones de violencia.
- Se estima que una de cada tres mujeres experimenta alguna forma de violencia de género a lo largo de su vida, lo que tiene un impacto y consecuencias sustanciales para la salud física y mental de las mujeres.
- Es imprescindible que los trabajadores de la salud cuenten con la capacitación necesaria para identificar situaciones de violencia y articular estrategias para abordar el problema, ya que muchas veces son el primer, y a veces único, contacto que tiene la víctima con alguien fuera de su entorno.

- Los servicios de salud son espacios estratégicos para brindar atención, apoyo y derivación a otros servicios para las niñas y mujeres víctimas de violencia, y por lo tanto, es necesario que se cuente con herramientas y medios para detectar y prevenir nuevas ocurrencias, especialmente en los servicios que las mujeres tienen más probabilidades de usar, como los relacionados con la salud sexual y reproductiva en jóvenes y adultas, y pediatría en el caso de las niñas.
- La falta de equidad de género en materia de salud influye de manera negativa sobre la salud de las mujeres y las niñas en Guatemala. Por ello es necesario integrar la dimensión de género en los programas de formación profesional en carreras de salud, en el diseño de investigaciones, en las estructuras de los servicios de salud y, especialmente, en las políticas públicas sanitarias, para combatir las relaciones desiguales de poder que existen entre las mujeres y las mujeres en el país.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. López T, Batres M. Realidades Compartidas. Experiencia de violencia y exclusión de las personas LGBTQ+ [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2020. Available from: https://visibles.gt/wp-content/uploads/2020/12/Realidades_Compartidas.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística. Compendio estadístico con enfoque de género [Internet]. 2021. Available from: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2021/11/30/2021113044613QDinUvuRa9GjopyXaTuNMXc3gd6jq1Q1.pdf>
3. OECD, The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OECD; 2020 [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.pdf?expires=1617915070&id=id&accname=guest&checksum=2D2DF9409AB33409733725683B0F3CF7>
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de Situación de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2018. Available from: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/salas-situacionales/enfermedades-no-transmisibles/ENT-2019.pdf>
5. Sistema Gerencial en Salud. Principales causas de morbilidad [Internet]. 2020. Available from: <https://sigsa.mspas.gob.gt/>
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación epidemiológica de cáncer [Internet]. 2019. Available from: http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones_2019/ENT/Situacion_epidemiologica_cancer_27_mayo_2019.pdf
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Estadística IN de (INE), International I. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2021/04/27/20210427195413QDinUvuRa9GjopyXaTuNMXc3gd6jq1Q1.pdf>
8. Departamento de Epidemiología. Tablero casos COVID Guatemala [Internet]. 2020. Available from: <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/tablerocovid/>
9. CARE Guatemala. Análisis Rápido de Género -COVID-19. Ciudad de Guatemala; 2021.

10. PDH. Salud de las mujeres en Guatemala [Internet]. 2018. Available from: <https://www.pdh.org.gt/documentos/investigacion/notas-conceptuales/2020-11/6258-salud-en-las-mujeres-de-guatemala-nota-conceptual-1/file.html>
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la Mortalidad Materna, Informe de País: años 2016 a 2018 [Internet]. 2020. Available from: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_de_muerte_materna_2016-2018.pdf
12. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Guatemala [Internet]. 2020. Available from: https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/01/consecuencias_socieconomicas_del_embarazo_adolescente_en_guatemala_final_diagramado.pdf
13. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Embarazos y registro de nacimientos de madres adolescentes – año 2020 [Internet]. OSAR. 2020. Available from: <https://osarguatemala.org/embarazos-y-registro-de-nacimientos-de-madres-adolescentes-ano-2020/>
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia Epidemiológica de ITS [Internet]. 2019. Available from: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones 2019/VIH/ITS 2019.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de información de Salud Mental [Internet]. 2015. Available from: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones 2016/Salas Situacionales/Análisis Salud Mental 2015.pdf>
16. Abogados sin fronteras Canadá en Guatemala. Estudio sobre la situación de la violencia basada en el género en Guatemala y del acceso de las mujeres a la justicia [Internet]. 2016. Available from: https://www.asfcanada.ca/uploads/publications/uploaded_rapport-etatdeslieux-lowres-pdf-112.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. OMS afirma que la violencia de género es un problema de salud pública [Internet]. 2019. Available from: <https://news.un.org/es/story/2013/06/1275001#:~:text=Explica que las víctimas son,embarazos no deseados y abortos.>
18. Instituto Nacional de Estadística. ESTADÍSTICAS DE VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER Y VIOLENCIA SEXUAL 2020.
19. Lemus Díaz LF, Cabrera Ramírez K. PERCEPCIÓN DE MUJERES ACERCA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA [Internet]. San Carlos de Guatemala; 2017. Available from: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/8184/1/T13%283098%29.pdf>
20. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Salud reproductiva en Guatemala [Internet]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Government of Guatemala.pdf>
21. Grupo Guatemalteco de Mujeres. CAIMUS [Internet]. 2021. Available from: <http://ggm.org.gt/caimus/>
22. Becerril-Montekio V, López-Dávila L. Sistema de salud de Guatemala [The health system of Guatemala]. *Salud Publica Mex.* 2011;53 Suppl 2(1).
23. FUNDESA. Guatemala: esperanza de vida. 2021; Available from: https://www.fundesa.org.gt/content/files/publicaciones/Diagnostico_salud_Gt_y_reformas_necesarias_julio_2021.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos [Internet]. 2017 [cited 2021 May 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
25. Organización Panamericana de la Salud. Desigualdades en salud en Guatemala [Internet]. 2016. Available from: <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Desigualdades en Salud en Guatemala.pdf>
26. Linn J. Inequalities in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health and Health Care Access and Utilization. *Prev Med Reports* [Internet]. 2019;14:100864. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31011518/>
27. Visibles; Colectivo Trans-formación. INFORME ALTERNATIVO DE SOCIEDAD CIVIL PARA EL MEDIO TÉRMINO DEL EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL -EPU- DEL ESTADO DE GUATEMALA. Guatemala; 2020.

28. Sistema Gerencial en Salud. Estadísticas de atenciones en salud. 2020.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención Integral en Salud [Internet]. 2015. Available from: https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPAS.pdf
30. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Guatemala [Internet]. 2012. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2012-sa-guatemala.pdf>
31. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de género y salud en Guatemala [Internet]. 2013. Available from: https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Perfil_de_generoy salud_GuatemalaFinal.pdf
32. Icó Perén H. Rescate de la medicina Maya e incidencia para su Reconocimiento social y político. 2007.
33. Lima S. Medicina Maya en Guatemala [Internet]. Available from: <https://www.piesdeoccidente.org.gt/biblioteca/MedicinaMaya1.pdf>
34. Organización Panamericana de la Salud. ESTRATEGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD [Internet]. CSP29/10 2017 p. 28. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es
35. COLMEDEGUA. Estadísticas de médicos colegiados en Guatemala [Internet]. 2020. Available from: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala>
36. Registro y Estadística. Avance Estadístico [Internet]. 2017. Available from: https://registro.usac.edu.gt/formularios_rye/AvanceEstad02_2017.pdf
37. Movimiento Nacional de Comadronas Nim Alaxik. Sistematización del proceso organizativo, incidencia y demandas de las abuelas comadronas de los cuatro pueblos 2016-2020. Chimaltenango; 2021.
38. SEGEPLAN. Planes de desarrollo departamental: 2011-2025 [Internet]. 2010. Available from: <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/category/49-planes-desarrollo-departamental>
39. Centro de estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. La participación ciudadana en las políticas públicas de salud [Internet]. 2010. Available from: https://cegss.org.gt/wp-content/uploads/2013/02/evidencia_para_politicas_publicas_2.pdf
40. Yagenova SV, Castañeda M. La protesta desde una perspectiva comparativa : el caso de las movilizaciones sociales de los médicos, maestros y personas de la tercera edad. Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales; 2008. 47 p.
41. Flores W. Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud [Internet]. 2009 [cited 2022 Feb 17]. Available from: www.undp.org.gt
42. Congreso de la República de Guatemala. Constitución Política de la República de Guatemala [Internet]. Available from: https://www.minfin.gob.gt/images/downloads/dcp_marcolegal/bases_legales/Constitucion_politica_de_la_republica_de_guatemala.pdf
43. Proyecto de políticas en salud y educación. Compendio de leyes para la acción en salud reproductiva en Guatemala. 2014.
44. Cruz Roja Española. Comprendiendo el derecho humano a la salud [Internet]. 2011 [cited 2022 Feb 17]. Available from: [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones_coeditadas_por_AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud\(2\).pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones_coeditadas_por_AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud(2).pdf)
45. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer [Internet]. Guatemala; 1999 p. 9. Available from: <http://observatorio.mp.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2019/10/Dignificación-de-la-Mujer.pdf>



care[®]

