

**24 reunión del CIC, 17 al 19 de mayo de 2011**

**Palacio de las Naciones, Ginebra, Suiza,**

**Salón XIX**

**Punto de Agenda: 19 de mayo – 10 a 11:30 horas**

**LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE DERECHOS HUMANOS  
Y LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES**

**Dr. Sergio Fernando Morales Alvarado**

**Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala**

**LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE  
GUATEMALA Y LA ALIANZA NACIONAL  
DE MUJERES INDÍGENAS  
EN DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD REPRODUCTIVA**

Sr. Fernando Gutiérrez Vera, Defensoría del Pueblo de Ecuador y presidente de esta sesión de trabajo

Colegas, señoras y señores, participantes a la 24 reunión del CIC

Empiezo por agradecer a los organizadores de esta importante reunión, por las excelentes condiciones de trabajo y en especial por las facilidades que se han brindado a la delegación de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala para participar en esta sala de trabajo.

Presentaremos la experiencia desarrollada por nuestra institución en la defensa de los derechos humanos de las

mujeres, específicamente en el ámbito del derecho a la salud sexual y reproductiva. Como escucharán en nuestra ponencia, ésta es una lucha que la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala realiza acompañada por organizaciones sociales y, en la experiencia concreta que expondremos, en conjunto con la Alianza de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva.

Con el propósito de contribuir a que se comprenda la trascendencia de este caso, permítaseme decir algunas palabras sobre mi país y las condiciones en las cuales bregamos por el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Con una extensión territorial de 108 mil 889 kilómetros cuadrados y cerca de 15 millones de habitantes, Guatemala es un país caracterizado por su diversidad étnica y cultural. Somos 23 pueblos, descendientes de antiguas civilizaciones mesoamericanas, principalmente la maya, pero también somos el resultado de la fusión de las culturas originarias con la europea-española y la africana.

En Guatemala se hablan 24 idiomas, incluyendo el castellano que es la *lingua franca* para la comunicación entre los

habitantes, de los cuales más del 60 por ciento tienen como idioma materno alguna de las lenguas mayas.

Una de las paradojas que caracterizan a mi país es que siendo una nación con una gran riqueza natural, humana, histórica y cultural, la pobreza sigue castigando a la mayoría de sus habitantes.

El coeficiente de Gini para el consumo y el ingreso es de 55.1 por ciento, lo que ubica a Guatemala como uno de los países con mayor desigualdad en el mundo.

El 10 por ciento más pobre apenas recibe el 0.9 por ciento del ingreso nacional, el 20 por ciento más pobre recibe el 2.9 por ciento, mientras el 20 por ciento de mayores ingresos recibe el 59.5 por ciento y el 10% más rico el 43.4 por ciento.

De los 2 millones de personas extremadamente pobres, el 70 por ciento son indígenas. Uno de cada cuatro indígenas guatemaltecos está sumido en la pobreza extrema.

Aunque la proporción entre mujeres y hombres es bastante equilibrada, pues las primeras constituyen el 51.2 por ciento de la población, Guatemala sigue siendo un país con una

arraigada cultura patriarcal, que coloca a las mujeres en condiciones subalternas y de desigualdad.

Esa situación es más grave para las mujeres indígenas, a quienes puede describirse con propiedad como las más discriminadas entre las discriminadas.

Así, mientras la tasa de alfabetismo femenino no indígena llega a 91 por ciento, entre las mujeres de algunas etnias indígenas no supera el 50 por ciento. Hay provincias, en las cuales predomina la población de origen maya, donde la tasa de analfabetismo femenino llega a 70 por ciento.

El 39 por ciento de las mujeres indígenas en edad reproductiva no tienen ningún grado de escolaridad, el 48 por ciento cursó algún grado de la escuela primaria, solamente el 12 por ciento tiene educación secundaria y apenas el 1 por ciento alcanzó la educación superior.

No parece casual, a la luz de esos datos sobre acceso a la educación, que la tasa de fecundidad entre las no indígenas esté descendiendo y entre las indígenas siga siendo alta.

En efecto, la tasa de fecundidad es de 3.7 hijos por cada mujer no indígena, mientras que entre las mujeres indígenas sigue siendo superior a 6 seis hijos por cada una.

Este cuadro de desigualdad se hace patente en el ámbito de la salud en general, pero especialmente en el de la salud reproductiva. Es en el derecho a la salud donde se condensan el conjunto de las garantías fundamentales y una sociedad incapaz de garantizar las medidas y las atenciones básicas para la preservación de la salud de sus habitantes, para la recuperación de quienes la han perdido o para hacer menos dolorosos los padecimientos de quienes sufren enfermedades, es una sociedad que no califica como respetuosa de los derechos humanos.

El estado de la salud sexual y reproductiva de la población femenina de un país es, claramente, uno de los indicadores sobre el bienestar o el empobrecimiento social. Es una dimensión fundamental en la calidad de vida de las personas. Es un derecho fundamental de mujeres y hombres.

Lamentablemente, éste es un ámbito en el cual Guatemala presenta graves rezagos, que me permito ilustrar brevemente.

Datos de 2009 señalan que el 54 por ciento de las mujeres no indígenas recibió información sobre planificación familiar, en contraste con solamente el 14.7 por ciento de mujeres indígenas que recibió esa información.

En sólo cuatro de cada 10 nacimientos el parto es atendido por médicos o enfermeras. El porcentaje de nacimientos en los que el parto es atendido por médicos o enfermeras en áreas urbanas es más del doble que en áreas rurales. Entre mujeres no indígenas es el triple que entre las indígenas.

Entre estas últimas solamente el 19 por ciento de los partos es atendido por personal médico y paramédico, el 64 por ciento está al cuidado de comadronas y el 16 por ciento es asistido por familiares o amigas.

El 80 por ciento de los alumbramientos de las mujeres indígenas tiene lugar en sus hogares y solamente dos de cada diez ocurren en centros asistenciales, públicos o privados. En contraste, el 68 por ciento de los partos de mujeres no indígenas ocurre en centros hospitalarios y el 42 por ciento ocurre en los hogares.

En Guatemala se atienden cuatro veces más nacimientos en establecimientos de salud y por parte de personal competente

cuando las mujeres tienen un nivel educativo de secundaria o más, que cuando carecen de educación formal.

La razón de la mortalidad materna es de 153 muertes de mujeres por cada 100 mil niños nacidos vivos, por causas relacionada con el embarazo y el parto. La mortalidad materna es tres veces más alta entre mujeres indígenas, entre quienes llega a 211 muertes maternas por 100 mil niños nacidos vivos. En cambio, en las mujeres no indígenas ocurren 70 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos.

El 52 por ciento de las muertes maternas ocurre el mismo día del parto.

En siete departamentos o provincias del país la razón de mortalidad materna es superior al promedio nacional, con tasas que van de 266 a 162 casos por 100 mil nacidos vivos. Cinco de esos departamentos tienen población mayoritariamente indígena.

Una de las principales complicaciones que pueden presentarse durante el nacimiento o inmediatamente después, es la hemorragia, que puede producirse en ausencia de centros de emergencia y una red de caminos accesibles, por la falta de bancos de sangre o los elevados

costos para la mayoría de familias de acceder a servicios médicos y transporte eficiente.

Pero no es sólo problema de recursos. Una de las principales dificultades experimentadas por mujeres indígenas que tratan de acceder a servicios de atención en salud es la barrera del idioma, que se deriva en desinformación, mayores riesgos y trato irrespetuoso o incluso humillante.

Uno de los principales factores que hacen vulnerables a las mujeres a mayor riesgo de mortalidad materna es la falta de atención de calidad o culturalmente pertinente. La mayoría de las mujeres indígenas son monolingües en un idioma maya y el Estado aún no implementa programas bilingües que respondan a sus necesidades culturales.

Lo paradójico en el caso de Guatemala es que se ha dotado en los últimos años de legislación avanzada en esta materia, sin que ello se refleje en una mejora sustancial en la situación de la salud sexual y reproductiva, especialmente de las mujeres indígenas.

Entre las leyes aplicables destacan la Ley de Idiomas Nacionales, la Ley de Desarrollo Social, la Ley del Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar,

la Ley para la Maternidad Saludable y la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, las cuales, además de la Constitución Política de la República de Guatemala, así como los instrumentos internacionales suscritos y ratificados por el Estado guatemalteco, constituyen un corpus legal que permite hacer exigible el respeto del derecho a la salud sexual y reproductiva.

En línea con el propósito social de forzar al Estado a cumplir con sus compromisos legales en esta materia, se desarrolla la acción conjunta de la Procuraduría de los Derechos Humanos y la Alianza Nacional de Mujeres indígenas por la Salud Reproductiva, ALIANMISAR.

Esta última surgió en respuesta a las grandes brechas observadas en los indicadores de salud reproductiva, a las que ya hice referencia. La Alianza de mujeres indígenas se fundó en 2006 y actualmente la integran más de 95 organizaciones de mujeres indígenas de todo el país.

Su objetivo es velar por el goce de los derechos sexuales y reproductivos con pertinencia cultural, a través de la

incidencia, vigilancia y diálogo político para promover la formulación e implementación de políticas públicas que contribuyan a disminuir la mortalidad materna de las mujeres indígenas de Guatemala.

En 2010 se llevó a cabo un diálogo entre la Alianza y el Procurador de los Derechos Humanos, que derivó hacia la suscripción de una carta de entendimiento entre ambas partes, que incluyó acuerdos para actuar en dos ámbitos concretos: la capacitación y la auditoría social a los servicios públicos de salud reproductiva.

En el primero de esos campos la PDH capacitó a 18 integrantes de la Alianza, aportándoles conocimientos sobre temas conceptuales y normativos en Derechos Humanos.

La PDH acreditó a las 18 integrantes capacitadas de la Alianza, como “Voluntarias Defensoras de la Salud de las Mujeres”, abriéndoles un canal de denuncia a través de la coordinación con seis Auxiliaturas departamentales de nuestra institución.

A pesar del poco personal con que cuenta la PDH en sus Auxiliaturas departamentales, se ha ofrecido todo el apoyo al trabajo de las integrantes de la Alianza. En dos

departamentos, Quiché y San Marcos, el intercambio de información y trabajo conjunto se ha desarrollado de manera sobresaliente. Por ejemplo, en San Marcos, el personal designado de la PDH acompaña todas las reuniones de la red de mujeres y las decisiones que ellas toman.

En un tercer departamento, el de Sololá, se realizó una visita personal del Procurador de los Derechos Humanos y las integrantes de la Alianza participaron en un conversatorio con diputados del Congreso de la República, una labor de incidencia o cabildeo muy importante. Además, las mujeres de la Alianza observaron la supervisión efectuada por la PDH al hospital de ese departamento.

Precisamente, es en el ámbito de la vigilancia social, el monitoreo y supervisión donde la experiencia conjunta de la institución nacional de derechos humanos y la Alianza de Mujeres Indígenas se ha mostrado más promisorio.

Según ya se dijo, 18 integrantes de la Alianza realizaron una pasantía con la Unidad de Supervisión Hospitalaria de la PDH, en la cual conocieron los procedimientos para supervisar a los centros de referencia de salud de la ciudad capital y los pasos que se siguen en los casos de violación al

derecho a la salud. Se hizo énfasis en la atención que reciben las mujeres indígenas.

En octubre de 2010, al mismo tiempo que se realizaba la pasantía, las integrantes de la Alianza formularon un Plan de Monitoreo a los Servicios de Salud. El plan incluyó:

- ✓ Descripción del proceso de monitoreo, etapas y acciones que deben realizarse durante la ejecución del plan.
- ✓ Definición del ámbito de interés para el monitoreo e indicadores de seguimiento.
- ✓ Definición de los indicadores de resultado.

Se definieron como temas transversales a todas las acciones de vigilancia social contenidas en el plan las siguientes:

Derechos humanos. Género. Multiculturalidad y pertinencia cultural.

Además, se consideró temas específicos como:

- ✓ Maternidad saludable
- ✓ Salud reproductiva
- ✓ Acceso a servicios de planificación familiar

- ✓ Efectivo cuidado prenatal, atención del parto y post parto
- ✓ Prevención de embarazos en adolescentes
- ✓ Prestación de servicios

Los hospitales y centros de salud se visitaron de marzo a noviembre de 2010 y de enero a marzo de 2011. En total, fueron monitoreados 23 servicios en hospitales y centros de salud. De ellos, 8 de tercer nivel y 15 del segundo nivel de atención, en seis departamentos con alta densidad de población indígena.

En cada establecimiento fue observado lo siguiente: limpieza, comodidad y condiciones de las instalaciones, características de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las usuarias, condiciones del equipo, cantidad de personal, abastecimiento de insumos, servicios de planificación familiar, atención intercultural y pertinencia cultural.

Los informes y presentaciones de monitoreos fueron realizados por las integrantes de la Alianza y trasladados a la Procuraduría de los Derechos Humanos.

Las visitas a los centros hospitalarios y a los centros de salud permitieron corroborar las precarias condiciones en que en

ellos se atiende a las mujeres y cómo, más allá de las estadísticas oficiales, hay una desatención grave a los derechos a la salud reproductiva de las guatemaltecas, especialmente las indígenas.

Se hizo evidente la falta voluntad estatal para formular políticas e intervenciones efectivas que aseguren el acceso a los servicios de los pueblos indígenas y rurales. Esto incluye las asignaciones presupuestarias que permitan el funcionamiento adecuado de los servicios de salud.

Destaca la importancia de crear espacios de participación, para que las mujeres indígenas expresen sus necesidades en la atención de su salud. Esto incluye la prestación de los servicios de salud en el idioma materno de las mujeres indígenas y con respeto a las propias costumbres.

El ejercicio de vigilancia social permitió recomendar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la capacitación de los prestadores de servicios de salud en cuanto a relaciones interculturales y derechos. Lo anterior implica amabilidad, buen trato y en el idioma de las mujeres indígenas. Es decir los servidores de salud deben manejar

indicadores de calidez, fundados en el respeto y con interés por el bienestar de las mujeres indígenas.

También se recomendó la edificación y puesta en funcionamiento de “casas maternas”, cercanas a los hospitales, para que la atención de las mujeres que viven en áreas rurales se lleve a cabo oportunamente.

La experiencia desarrollada hasta ahora por la PDH y la Alianza de Mujeres Indígenas nos indica que aún es muy largo el camino para hacer efectivos los derechos a la salud sexual y reproductiva en Guatemala, pero nuestra acción conjunta va en la dirección correcta, permitiéndonos identificar los desafíos que tenemos por delante.

Estos se refieren a la necesidad de lograr servicios culturalmente adaptados, inversión y priorización en poblaciones indígenas, reducción de la mortalidad materna, acceso a información y servicios de planificación familiar, así como ampliación de la incidencia de organizaciones indígenas en la gestión del modelo de salud.

Se destaca la necesidad de cambios políticos tendentes a disminuir las brechas existentes entre las poblaciones

indígenas y no indígenas relacionadas con servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna neonatal.

Esa es la ruta trazada y al transmitir a ustedes esta experiencia nos ayudamos a ver con más claridad el camino por el que vamos.

Muchas gracias, señor presidente.