



**EDUCACIÓN REPRODUCTIVA Y PATERNIDAD
RESPONSABLE EN GUATEMALA**

Este documento fue elaborado por los consultores Bárbara Schieber y Alfonso Mata, en el marco del Proyecto “Educación Reproductiva y Paternidad Responsable”. Las opiniones expresadas en él son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCIÓN.....	1
I. PROPÓSITOS.....	3
II. METODOLOGÍA	4
III. LA REALIDAD DE GUATEMALA.....	5
1. Población y trabajo	5
2. Educación y trabajo infantil.....	6
3. Cómo ven los hombres su sexualidad	7
4. Los hombres y la reproducción.....	12
5. La relación de los hombres con sus hijas e hijos.....	14
6. Significado de los hijos e hijas para los hombres.....	16
7. Percepción del rol como padres.....	17
8. El trato hacia los hijos e hijas	18
9. La percepción que los hijos e hijas tienen de sus padres.....	27
10. Conclusiones sobre el estado de conocimientos en sexualidad masculina, reproducción y paternidad en Guatemala	29
IV. MARCO JURÍDICO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA	33
1. Políticas, enfoques y acciones sobre educación reproductiva y paternidad	33
2. La política nacional de población.....	33
3. Sector público.....	37
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
1. Conclusiones generales.....	51
2. Recomendaciones generales	52
VI. PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE UN PLAN NACIONAL SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA PATERNIDAD RESPONSABLE EN GUATEMALA.....	54
1. Recomendaciones de las entidades entrevistadas para la propuesta de un Plan Nacional.....	54
2. Propuesta del Plan Nacional.....	56

	<u>Página</u>
3. Características del Programa	58
4. Propuestas específicas por sectores	60
BIBLIOGRAFÍA	65
<u>Anexos:</u>	
I: Cédula de entrevista	73
II: Lista de instituciones entrevistadas	75
III: Instrumentos jurídicos y reglamentarios sobre educación reproductiva y paternidad	77

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de este documento es exponer los hallazgos sobre la actitud de los hombres guatemaltecos respecto de su comportamiento sexual, reproductivo y la paternidad. La investigación de estos temas no ha tenido la difusión adecuada ni ha creado una conciencia social hacia el problema en Guatemala, donde la pluriculturalidad, la diversidad étnica y las actitudes “machistas”, exigen un análisis profundo (Population Council, 1997: 32; Ward, Bertrand y Puac, 1990: 57).

Este documento forma parte del proyecto “Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano”, que ejecuta la Sede Subregional en México de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El incremento de la violencia social manifestada en el ámbito intrafamiliar, los niños en situación de calle, la prostitución infantil, las condiciones de pobreza y pobreza extrema que afectan a millones de guatemaltecas y guatemaltecos, y la marcada indiferencia del hombre hacia el tema, motivan y justifican la realización del estudio.

Es preocupante la difusión que tienen en el país los prejuicios raciales, económicos y de género. En general, el hombre sigue confiriendo a la mujer el único papel de procreadora y educadora de los hijos, pero le niega la oportunidad de desarrollo en otros aspectos de su vida (estudios, trabajo, decisiones personales). Pese a que diversos sectores trabajan en pro de la equidad entre mujeres y hombres, aún representan pequeños espacios que no se han expandido al resto de la sociedad.

El mayor índice de desarrollo humano en Guatemala se registra en la ciudad capital, en tanto que los datos más preocupantes en estos aspectos se presentan en los empobrecidos departamentos de Chimaltenango, San Marcos, Huehuetenango, Sololá, Totonicapán, Quiché y Alta Verapaz, muchos de los cuales continúan rigiéndose por el llamado “derecho consuetudinario” y no por las leyes constitucionales del país.

Las leyes civiles y penales no incluyen, en general, la responsabilidad masculina como elemento decisivo en la salud reproductiva. Así, el decreto que sanciona el nuevo código de salud garantiza la protección del Estado hacia la persona y la familia, y considera que el goce de la salud es un derecho humano fundamental, pero no incorpora el criterio de género en la planificación familiar.

La tasa de analfabetismo en Guatemala es de 84.21% en el área rural y de 15.97% en zonas urbanas (INE-CELADE, 1950-2050). Estos indicadores se acentúan entre indígenas y ladinos. Súmese a lo anterior, la repetición de actitudes transmitidas generacionalmente y los problemas económicos de la nación. El resultado es que la desinformación fomenta los prejuicios hacia la mujer, que se reflejan en la violencia masculina en todas sus dimensiones como expresión diaria y en una paternidad que se restringe a engendrar hijos, o a proveer económicamente, y descarga en la mujer la responsabilidad de la educación de las hijas y los hijos procreados.

La elevada tasa de fecundidad materna (estimada en cinco hijos por cada mujer en edad fértil), así como la alta incidencia de solteras y solteros en el país (39.1%), provocan que muchas madres solteras aún convivan con sus padres, en el mejor de los casos, o que subsistan en empleos mal remunerados. Las mujeres padecen explotación y violencia moral, psicológica, laboral y/o sexual y un mayor grado de pobreza (58.7% del quintil de ingreso hogar con jefatura femenina, frente a 94.1% del quintil de ingreso con jefatura masculina). A pesar de que en Guatemala existen leyes sobre protección, responsabilidad de manutención de hijos nacidos dentro o fuera del matrimonio, etc., éstas no son respetadas y mucho menos cumplidas por los hombres, además de que muchas mujeres no presentan denuncias (220 denuncias presentadas en 1998), ya que la misma sociedad discrimina a una mujer por el hecho de ser madre soltera e incluso la responsabiliza de su situación (AVSC, 1997: 6; García Laguardia, 1996: 178).

La Encuesta Nacional de Ingresos de Gastos Familiares (ENIGFAM), 1998-1999 determina que el más alto porcentaje de jefes de hogar corresponde a los hombres (75.7% urbano y 82.3% rural), y sólo el 24.3% (urbano) y 17.7% (rural) a mujeres. Esta situación se ha asociado a la violencia intrafamiliar, sobre todo en contra de la mujer, la cual no es un problema cuyo inicio sea reciente sino de larga data. La consiguiente desintegración familiar arroja un alto índice de niñas y niños sin padre, en abandono total, sin acceso a la educación elemental, razón por la cual muchos de ellos se involucran en robos, uso y abuso de sustancias, prostitución infantil, etc.

El 29 de diciembre de 1996 se firmó un acuerdo de paz que puso fin a una lucha armada de 30 años en Guatemala, pero varios compromisos aún no se han cumplido en su totalidad, y otros no se respetan. La violencia civil ha continuado, lo que se refleja en los 30 479 delitos reportados en 1996, 34 142 en 1997 y 36 283 en 1998. La reinserción de muchos hombres, mujeres, niñas y niños a la “nueva” sociedad guatemalteca incluye la repatriación de muchos indígenas a lugares en donde anteriormente fueron cometidas masacres y ejecuciones.

En todas las situaciones mencionadas, la actuación irresponsable del hombre hacia las mujeres, niñas y niños ha provocado más pobreza, violencia, inseguridad, inaccesibilidad a servicios básicos, etc. A su vez, esos futuros adultos van a reproducir un comportamiento irresponsable en el terreno sexual, reproductivo y paterno.

Es necesario y oportuno sensibilizar, educar y responsabilizar al hombre respecto de sus actos, en el entendido de que su papel no se restringe a promover la manutención económica, ni corresponde a utilizar sexualmente a la mujer cuando él así lo desee. En ese sentido, es urgente incorporarlos como una parte de la sociedad responsable.

Basándose en la multiculturalidad de Guatemala, se sugieren propuestas concretas en torno al tema central del trabajo, la promoción de la educación reproductiva y la paternidad responsable con una perspectiva de género, que incluye al hombre y a la mujer en condiciones de igualdad, desde una visión biopsicosociolegal y cultural como única opción para solucionar el problema.

I. PROPÓSITOS

El principal objetivo de este estudio es dar a conocer los datos obtenidos en los diversos sectores de la sociedad guatemalteca sobre los temas de salud sexual y reproductiva y la paternidad responsable. Se espera que estos resultados permitan plantear una propuesta real y acorde con la idiosincrasia guatemalteca, desde una perspectiva de género orientada a crear las bases de una estrategia nacional de sexualidad y paternidad responsable.

A continuación se enuncian los propósitos del estudio.

1. Conocer el lugar que ocupan la salud sexual y reproductiva y la paternidad responsable en las políticas de población y la normativa institucional.
2. Explorar si estos temas se han incorporado en los planes de trabajo de las instituciones que trabajan en los diversos aspectos de salud sexual y reproductiva.
3. Identificar y describir los enfoques y modalidades de trabajo para abordar la salud sexual y reproductiva y la paternidad responsable que están empleando las instituciones involucradas en estas cuestiones.
4. Formular las bases de una propuesta para desarrollar un programa nacional de fomento a la paternidad responsable y de la salud sexual y reproductiva, que abarque a representantes de todos los sectores interesados, tanto políticos como civiles.

II. METODOLOGÍA

Este documento se elaboró con información proveniente de entrevistas a diversas personas, mujeres y hombres, que se desempeñan en diferentes sectores clave en el nivel nacional, además de que se practicó una extensa revisión bibliográfica de la documentación disponible en Guatemala.

Se aplicó una cédula de entrevista (véase el anexo I) a los hombres y las mujeres, gerentes, ejecutivos y personal técnico, de las instituciones visitadas (véase el anexo II), con miras a obtener información del trabajo que vienen desarrollando sobre los temas de salud sexual y reproductiva y la paternidad responsable.

La entrevista profunda sirve para investigar la labor sobre salud sexual y reproductiva y la paternidad responsable que realiza cada una de las instituciones visitadas, incluyendo objetivos, metas, metodología empleada en los procesos, estrategias desarrolladas, así como las dificultades y éxitos que han tenido en el curso del proceso.

En la parte final de la entrevista se entabló un diálogo directo con los participantes a fin de conocer sus comentarios acerca del tema de investigación, la perspectiva que observan en Guatemala sobre la participación masculina en los programas de salud sexual y reproductiva, y sus opiniones sobre el proyecto de desarrollar un programa nacional para el fomento de la masculinidad.

Tres tipos de instituciones se identificaron por su relevancia: las agencias donantes de fondos para el desarrollo de programas e investigaciones en este campo, las principales agencias e instituciones ejecutoras o donantes, y las instituciones o niveles normativos.

A partir de la recopilación de puntos de vista y recomendaciones hechas por las mujeres y los hombres entrevistados (gerentes, técnicos, etc.), se preparó la segunda parte del documento, es decir, la propuesta para una estrategia de fomento de la paternidad comprometida y responsable en el contexto de la salud reproductiva, con enfoque de género.

Se utilizaron datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE), además de otras investigaciones realizadas por el sector no gubernamental y organismos internacionales. Además, se consultaron publicaciones científicas, documentos de trabajo de las diversas comunidades y todos los códigos, leyes y convenios nacionales o internacionales sobre acuerdos de paz, violencia hacia la mujer, los niños y las niñas, y las adolescentes.

III. LA REALIDAD DE GUATEMALA

La República de Guatemala está organizada como una democracia representativa; se divide en 22 departamentos, cada uno con sus respectivos municipios, cuyo total asciende a 331. Las municipalidades son autónomas y cuentan con presupuesto propio. Desde 1994, las municipalidades reciben el 10% del presupuesto de ingresos del estado.

1. Población y trabajo

La población estimada en la ENIGFAM 1998-1999 fue de 10 553 326 personas, lo que arroja una densidad de 97 personas por kilómetro cuadrado. El 48.8% de los habitantes es de sexo masculino y 51.2% de sexo femenino. La población urbana representa el 39.7% (4 186 061 personas) y la rural constituye el 60.3% (6 367 265 personas). En los últimos años se ha intensificado la migración a la ciudad de Guatemala o al extranjero, por falta de empleos, situación que genera un crecimiento rápido y desordenado en la capital y un aumento de la mala calidad de vida, ya que muchas personas emigrantes ocupan terrenos baldíos o barrancos para vivir. Según las mencionadas cifras, las regiones más pobladas son la zona metropolitana y la sudoccidental con 23% de la población total en cada una de ellas. La menos poblada es la Región Petén (2.9%). El 76% de los habitantes padecen algún grado de pobreza. Durante la llamada década perdida, la pobreza se expandió en áreas urbanas y rurales (59.3%) (Segeplan, 1996, Programa de Gobierno, 1996-2000).

El 58% de la población de 7 años y más de edad se concentra en los espacios rurales (4 871 453 personas) y el restante 42% se localiza en las áreas urbanas del país. El mercado de trabajo muestra el predominio del sexo masculino. La mayor participación masculina en la actividad económica se registra en la región noroccidental (71.6%), caracterizada por el minifundismo y el trabajo agropecuario, así como en la región suroriental y central, en la que se desarrolla el cultivo de la caña, el café y otros (69.5%), y en el Petén (69.3%), en donde aún prevalece el arrendamiento de parcelas y hay una elevada deforestación. La tasa de actividad del área urbana (52.7%) es superior a la del área rural (48.8%). Sin embargo, los grupos de edad de 7 a 19 años y de 65 a más años del área rural acusan mayor presencia que en el área urbana, ya que en esta última se utiliza mucha mano de obra infantil y juvenil, mientras que en las ciudades hay mayor asistencia a centros escolares.

La generalizada utilización de mano de obra infantil genera sentimientos de miedo, desconfianza, aislamiento, etc. Los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad guatemalteca han condicionado que la mujer, especialmente la urbana, tenga que trabajar fuera del hogar. El 43% de las mujeres de zonas urbanas participan en la actividad económica remunerada, en tanto que en el campo escasamente llega al 29%. Con respecto al sexo masculino, el 69% de los hombres rurales participan en la actividad económica, mientras que en las ciudades lo hace el 63%.

La población considerada económicamente inactiva es de 4 133 047 personas (49.5% de la población de 7 años y 65 o más de edad); en su mayoría son mujeres (67.7%), en general amas de casa y un mínimo de estudiantes; por el contrario, entre los hombres inactivos la mayoría son estudiantes, y es menor la proporción de jubilados, pensionados o rentistas. El mayor número de mujeres que no trabajan se ubican en la región Petén (78.1%), la región nororiental (72.1%) y la región noroccidental (70.3%). El trabajo realizado en casa, por no percibir un salario, no se lo considera como tal. Asimismo, muchas de estas mujeres realizan lavado de ropa de otras personas, ventas de alimentos u otro tipo de tareas no incluidas en estadísticas como aporte de otro ingreso al hogar.

Guatemala ocupó en 1999 el lugar 117 en el índice de desarrollo humano (0.624) entre 174 países. Por otra parte, el país se ubica en el orden 101 (0.608) en el índice de desarrollo relativo al género (término que incluye sólo a la mujer, nunca al hombre). El 67.7% de las mujeres guatemaltecas no trabaja actualmente y, de éstas, la mayoría no ha trabajado en los últimos 12 meses. Esta información no considera la administración del hogar como un trabajo.

La mencionada situación laboral propicia la violencia intrafamiliar, ya que continúa siendo el hombre la persona con privilegios en todos los aspectos, mientras que la mujer no los obtiene de la misma manera. Inclusive, priva la tesis jurídica que se basa en la perspectiva del derecho androcéntrico. La violencia es un ejercicio de poder patriarcal respaldado por otros actores, en particular algunas autoridades de la iglesia y de la sociedad. En las áreas rurales de Guatemala, los encargados de justicia ocultan la violación a los derechos humanos de la mujer, y esto se agrava por la triple desventaja de ser mujer, indígena y pobre.

2. Educación y trabajo infantil

La situación educativa del país figura entre las peores de América Latina. La tasa de analfabetismo era de 31.7% en 1998, con importantes diferencias entre departamentos y entre zonas urbanas y rurales del país. La región con mayor nivel de analfabetismo es la noroccidental (49.6%), seguida por la región norte (45%). La escolaridad se sitúa en “ningún nivel” (32%), “preprimaria” (2.2%), “primaria” (49.3%), “secundaria” (14.0%), y “superior” (2.7%). Las personas con educación superior o universitaria se ubican preferentemente en las ciudades (63%) y sólo 0.2% en áreas rurales. Entre las razones de inasistencia escolar se arguyen “falta de dinero” (29.8%), “no le gusta ir” (26.6%), “padres no quieren” (13.5%), “por trabajo” (6.8%), “discapacidad” (4.2%), “quehaceres de la casa” (3.2%), “queda lejos la escuela” (2.6%), “no hay escuela” (1%), “otra causa no específica” (12.2%). La pobreza conlleva a que el niño en el campo se desempeñe en labores agrícolas y que la niña ayude en tareas del hogar, incluido el traslado de los alimentos de su casa a los lugares de trabajo del padre (si existe) o de los hermanos. Por otra parte, la educación de los niños se ve afectada por la presencia de la diversidad etnolingüística, ya que, además del castellano, se hablan 22 lenguas de origen maya y una caribeña. La alta deserción en la educación primaria se hace más crítica a partir del tercer año de primaria.

En la ciudad los niños trabajan en las calles en lustrado de zapatos, venta de golosinas y de lotería, o como cargadores. La niña realiza actividades similares. En algunos casos son asalariados, y en otros lo hacen por cuenta propia y sobre todo suelen ser trabajadores familiares no remunerados. En el caso de que continúen con los estudios, la situación de extrema pobreza y

el carácter informal del trabajo de las familias de los escolares obstaculizan la entrega puntual de sus tareas y la asistencia regular a la escuela. En el campo se dedican más a la siembra, cosecha, cultivos y/o ganadería. El número de niños trabajadores ha aumentado con relación al total de la población desde 1994 (28.6%) a 1999 (36.7%).

Además de las situaciones sociales y económicas descritas, Guatemala es un país azotado por los desastres naturales. De hecho, regiones golpeadas por el huracán Mitch aún no han sido reconstruidas. Las torrenciales lluvias y el desbordamiento de los ríos son algunos de los factores que provocan pérdidas millonarias en las siembras, lo que agrava la migración de miles de personas.

3. Cómo ven los hombres su sexualidad

a) Prácticas

En 1995, la Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala (AVANCSO) realizó un estudio denominado “Trabajo y organización de mujeres”, que identificó un modelo de roles masculinos y femeninos. Según este modelo de dominante, los hombres se atribuyen cualidades de importantes, activos, autónomos, fuertes, poderosos, heterosexuales, proveedores, y su ámbito de acción está en la calle; en cambio, a las mujeres se les considera pasivas dependientes, débiles, emocionales. A las que trabajan fuera de casa, se les provoca angustia, ansiedad y frustración. A partir de este modelo, reconocido y asumido también por muchas mujeres, los varones se sienten impulsados a buscar poder y a ejercerlo con las mujeres. En este contexto, se desarrollan las prácticas sexuales de los hombres en Guatemala.

Tanto en áreas rurales como en urbanas, el hombre inicia más temprano sus encuentros sexuales, a menudo presionado por un grupo que considera el hecho de no haberlos tenido como sinónimo de cobardía o de homosexualidad. La mayoría de estos jóvenes no han recibido en su casa la adecuada información sobre el tema, porque ni el padre ni la madre hablan con ellos sobre este asunto. Sus conocimientos provienen a veces de pláticas con los amigos o de lecturas de baja calidad. Además, causa mucho orgullo en algunos sectores que el padre lleve al hijo a un prostíbulo para “enseñarle a ser hombre”.

Existen prescripciones culturales muy poderosas que determinan las creencias de que las mujeres que se casan “como Dios manda” nunca deben ser infieles, mientras que al hombre se le tolera que tenga una o un amante. No existen datos estadísticos sobre el fenómeno, ya que se trata de una situación que se produce a raíz de una “doble moral”.

Hasta el 30 de junio de 2000 se habían registrado 3 692 casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirido (VIH/SIDA). La cifra contiene un subregistro aproximado del 50%, con una proporción de 3 hombres infectados por cada mujer, y más del 60% ubicados en edades de entre 19 y 39 años. Se ha extendido su contagio en gran parte por el descuido de varones que consideraban a la enfermedad como exclusiva de un determinado grupo, por lo que nunca utilizaron un preservativo para protegerse al mantener relaciones con otra persona que no fuera su pareja. En 1986 la proporción era de 6.5 hombres por cada mujer, pero en 1998 la distancia se

había reducido a 2.4 hombres por mujer. Debido al incremento de mujeres infectadas en edad fértil, también ha aumentado la posibilidad de la transmisión vertical. También se registran casos de SIDA en niños y niñas de entre 4 y 14 años, provocados por transfusión sanguínea y abuso sexual.

La epidemia del SIDA se encuentra a menudo ligada a otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Casi en 50% de los casos de SIDA notificados a la fecha hay por lo menos una ETS como antecedente. Algunas de las características socioculturales vinculadas a la infección de ETS y VIH/SIDA, son las siguientes:

- i) El hombre tiene múltiples parejas sexuales y usa poco el condón. Esto expone a sus parejas a un mayor riesgo de infección.
- ii) La mayor parte de las mujeres carecen de autonomía para tomar decisiones sobre su sexualidad y, por tanto, para protegerse de las ETS y del VIH/SIDA.
- iii) El abuso del alcohol y la violencia de género favorecen los contextos de vulnerabilidad que facilitan una potencial infección.

Por el hecho de que Guatemala es un país pluricultural y sumamente diverso, se presenta la práctica en comunidades indígenas de “robos” de mujeres que no han tenido relaciones sexuales, quienes luego de ser violadas sexualmente se devuelvan a su familia. El derecho consuetudinario indígena (leyes no escritas que rigen a cada pueblo, dictadas por los ancianos y hombres sabios del pueblo, nunca por mujeres) considera que la única manera de “remediar lo sucedido” es que el hombre tome como esposa a la joven. Además, existe otra costumbre en los indígenas hombres que tienen hijas mujeres, los cuales consideran que son ellos los encargados de “iniciarlas” en las relaciones sexuales para que nadie “manche” su honor.¹

Otras prácticas poco denunciadas y de larga data son el acoso y la violación sexual. El acoso sexual es una práctica en la que el hombre por medio de frases soeces y denigrantes, miradas lascivas y/o libidinosas, toqueteos o manoseos directos a cualquier parte del cuerpo de las mujeres, en la calle, la oficina, la casa, etc., intenta satisfacer sus necesidades sexuales como “macho”. Los medios de comunicación refuerzan y promueven este problema a través del uso de la imagen de la mujer como un objeto sexual.

Es evidente, por otra parte, que los medios no inventaron ni el poder masculino ni la sumisión de la mujer, pero podrían corregir esta realidad cultural en vez de exacerbarla. Es imposible negar que las imágenes y los códigos de conducta que difunden los medios de comunicación atentan contra los derechos humanos de la mujer y promueven directa o indirectamente que se ejerza violencia física o psicológica contra las mujeres (Organización de las Naciones Unidas, 2000: 312).

¹ Datos obtenidos en la “Conferencia sobre el Derecho Consuetudinario de los Pueblos Mayas”, dictada en el encuentro Violencia hacia la mujer desde el punto de vista legal, a cargo de la licenciada Malvina Armas, julio de 2000.

La violación sexual es común en Guatemala, pero son muy pocas las mujeres que se atreven a denunciarla, ya que socialmente esto les acarrea una mala fama porque se considera que ellas la provocan. En 1998 se habían denunciado 220 violaciones, se había detenido a 311 hombres y a una mujer sospechosos del delito, y se sentenció a 27 personas, todas del sexo masculino.

La violación sexual no sólo la comete un hombre desconocido con una mujer desconocida, sino también el marido con su mujer, el padre con la hija, el tío con la sobrina, etc. En un estudio de la Universidad Rafael Landívar efectuado en 1996 se reporta que 56% de las violaciones son provocadas por un amigo cercano a la familia y 50% configuran incesto. En Guatemala se advierte una crisis de valores tanto dentro del hogar como en la comunidad. La falta de recursos económicos también ha influido de modo que ahora se dan casos en que en una habitación muchas veces viven hasta 15 personas. Dentro del hogar se han agudizado la violencia intrafamiliar y el incesto, y fuera del hogar se está dando el abuso sexual por parte de miembros de la comunidad. Estas prácticas son penadas por la ley, que contempla penas por desfloración, estupro, abusos deshonestos, violación sexual cuando incluye penetración. Lamentablemente, las leyes diseñadas por hombres para hombres nunca reparan el daño provocado en las mujeres.

Algunos artículos del Código Penal sobre el tema de delitos sexuales corroboran la situación. Así, si de la violación resultara la muerte de la ofendida, el hombre purgará una condena de 20 a 30 años de cárcel, y si la víctima fuere menor de 10 años se aplica la pena de muerte.

Los artículos 176 y 177 prevén el “acceso carnal” con “mujer honesta”. La introducción del adjetivo “honesto” hace sospechar que si una mujer es calificada como “no honesta”, no habría delito, aunque se trate de niñas de 12 a 14 años, como estipula el Código. A su vez, la ley va acompañada de una cultura de tolerancia hacia el varón. Toda esta cultura incide sobremanera en la forma como el hombre ve su sexualidad y cómo asume una actitud determinada hacia la responsabilidad paterna.

“El hombre es el único que puede disfrutar del sexo, la mujer que lo disfruta es una cualquiera”, frase escuchada en una conversación entre mujeres en la década de los ochenta. Hay indicios de que algunos sectores femeninos aceptan con sumisión estos papeles de género.

b) Actitudes y creencias sobre sexualidad

El hombre se siente obligado a iniciar tempranamente las relaciones sexuales para demostrar su “hombría” ante sus pares. El “sexo” es tema central de conversaciones entre adolescentes hombres, quienes al igual que los adultos hacen gala de sus conquistas imaginarias o reales. Esta tendencia se confirma en estudios realizados a estudiantes universitarios. Alrededor de tres cuartas partes de los varones cuando llegan a la universidad admiten que ya han mantenido relaciones sexuales; de éstos, 62% rechazan el uso del condón y sólo una tercera parte lo utiliza con trabajadoras del sexo. Además existen prejuicios sexuales, como la necesidad de hacer daño a las mujeres, burlarse de los homosexuales, desdeñar a personas de otras religiones o razas, ya que de esta manera prueban su “hombría”.

Pese a la pluriculturalidad de Guatemala, el comportamiento sexual de los hombres es muy similar en todos los grupos étnicos y el denominador común es no discutir abiertamente el tema frente a las mujeres. Los varones se amparan en la religión para ocultar sus verdaderos deseos y necesidades, diciendo que “Dios es quien ha puesto en cada hombre esto, y no se aprende, ya se trae”.

Las fuentes más comunes de información acerca de sexo son las pláticas, las revistas pornográficas y la asistencia a centros de prostitución. Muy pocos grupos reciben educación sexual, aunque el Ministerio de Educación intenta introducir en el programa de estudios el tema. Los maestros y las maestras lo desconocen, muestran prejuicios y son reacios a su puesta en práctica. Las primeras actividades sexuales de los hombres consisten en sueños húmedos y la masturbación. En el área rural se comenta que algunos jóvenes se masturban con animales; a veces las primeras relaciones sexuales ocurren con las hermanas o primas.

Tradicionalmente, el noviazgo es una época para conocerse en la que no debe existir el contacto sexual. Persiste en esta sociedad la idea de que la mujer debe de llegar “virgen” al matrimonio, aun cuando en algunos grupos se diga lo contrario. La mujer es considerada una “cualquiera” cuando ya ha tenido relaciones, e incluso se le niega aptitud para ser buena esposa.

Algunas mujeres consideran que pueden tener relaciones con su novio si éste les promete “cumplir” con el matrimonio; y mujeres mayores piensan que el hombre tiene relaciones premaritales porque las adolescentes los provocan.

Una de las consecuencias de la desinformación son los embarazos no deseados. Generalmente, una muchacha soltera embarazada es mal vista por la comunidad, lo que la presiona a contraer matrimonio en condiciones bastante inestables. Si esto no ocurre y no opta por el aborto, se convertirá en una madre soltera, lo cual le acarreará otros problemas. A menudo se cree que los varones deben comenzar su vida sexual a una edad temprana, hacia los 16 años, para evitar problemas físicos y mentales y lograr un desarrollo óptimo. Una práctica aún común es que los padres lleven a sus hijos a un prostíbulo. Para muchas mujeres la primera relación sexual de la adolescencia coincide con el matrimonio o la unión libre; otras consuman una relación prematrimonial y luego se casan (PNUD, 1998: 236).

Debido al escaso conocimiento sobre el uso del preservativo entre los hombres jóvenes que practican tempranamente las relaciones sexuales, un problema de salud importante son las enfermedades de transmisión sexual, y en particular el VIH/SIDA. Datos recientes indican que cerca de la mitad de los nuevos contagios de SIDA se dan en grupos de jóvenes. Se estima que uno de cada 20 adolescentes sufre de enfermedades de transmisión sexual. El Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA informa que 13% de los casos reportados de SIDA corresponden a jóvenes de entre 15 y 24 años, tres cuartas partes de ellos varones.

En el matrimonio, muchas mujeres consideran el sexo como una obligación y que el hombre es el único con derecho a tener este deseo; los hombres en su gran mayoría opinan que la mujer no puede tener deseos sexuales, ya que las únicas mujeres que exigen sexo al hombre son las prostitutas. Es común que la mujer acceda a tener relaciones sexuales porque así evitan que el hombre busque otra mujer en la calle, o que las maltrate cuando viene ebrio o drogado.

La frecuencia de las relaciones sexuales dentro del matrimonio depende de los conocimientos, los prejuicios y la comunicación que existan entre los cónyuges. La religión ha creado el mito de que las relaciones sirven exclusivamente para reproducirse, no para disfrutarlas. Así, en comunidades indígenas los hombres estiman que no deben tener relaciones frecuentemente porque ellos se “gastan”, ya que la mujer solamente recibe; además, no es bueno acostumbrarlas a “tanto porque si no ellos ya no les responden y les pueden quemar la canilla” (ser infieles).

Los períodos de abstinencia sexual dentro del matrimonio coinciden con el período menstrual o con los cuarenta días postparto; por razones biológicas y de creencias, el hombre generalmente respeta estos períodos, salvo que sea un “mandón” o llegue ebrio a su casa.

La iglesia católica condena las relaciones extramaritales por constituir un pecado, pero son una realidad. Aunque no existen estudios que muestren datos sobre el tema, es muy común hablar de esto en cualquier grupo de hombres y mujeres, de cualquier nivel socioeconómico. Según un estudio en poblaciones mayas y quichés, algunas de las razones por las que las mujeres buscaban a otro hombre eran por ser “mala”, por necesidad económica y por impotencia del esposo. Los maridos argumentan que la infidelidad femenina es culpa de las mujeres.

Si un hombre busca a otra mujer puede ser debido a razones físicas, sobre todo si su mujer no conoce las cosas que lo complacen; por satisfacer sus necesidades mientras su esposa está en el período postparto, o por pura “malcriadez”.

Además de las anteriores situaciones, el acto sexual forzado de parte del hombre hacia la mujer cuando viene alcoholizado es una realidad que eleva el uso de la violencia física, emocional y sexual en contra de la mujer.

Las creencias enumeradas se hallan diseminadas en cualquier sector económico y social. Un estudio realizado en un colegio de clase socioeconómica alta de la capital de Guatemala mostró que a casi dos terceras partes de los padres no les interesa que sus hijos adquieran buena formación sobre educación sexual; 45% evita responderles sobre el tema porque su sola mención puede impulsar a la joven o al joven a hacerlo; y el 82% de los y las jóvenes afirman que sus padres hablan negativamente del sexo e incluso nunca expresan su afecto ante ellos o ellas.

Los hombres abusadores provienen de cualquier tipo de familia, de cualquier nivel económico y de cualquier tipo de personalidad. Entre ellos se cuentan empresarios, abogados, policías, pastores, trabajadores de fábricas, mecánicos, etc. El abuso es un comportamiento aprendido; se origina en las actitudes que se inculcan en el hombre, que determinan sus actos con la familia y la sociedad. En el fondo, es un problema de actitud. Las bases de la actitud abusiva son tres:

a) El derecho a controlar a su pareja desde el punto de vista económico, de las discusiones y decisiones y de las relaciones sexuales. Si no tiene el control sobre estas tres áreas, cree que tiene el derecho de usar violencia

b) Tener el derecho a que los miembros de su familia satisfagan todas sus necesidades. La mujer debe cuidarlo física, emocional y sexualmente. Si no recibe los cuidados que él cree merecer, se siente justificado para imponer un castigo físico o emocional.

c) El hombre abusador no considera a su pareja un ser humano, sino un ser inferior, un objeto sexual. El principio que une estas actitudes es la posesión: la mujer le pertenece y él tiene el derecho a hacer lo que considere necesario con esa posesión. La mujer acepta también la posesión cuando dice *mi esposo, mi marido*.

La posición del hombre en la sexualidad continúa siendo de poder, lo que incluye el privilegio de tomar toda clase de decisiones, entre éstas la libertad de ser infiel y el ejercicio de la violencia hacia la pareja. En estas condiciones, el asunto de responsabilidad paterna se complica, a raíz de que no existe conciencia en los hombres respecto del tema.

4. Los hombres y la reproducción

a) Prácticas anticonceptivas

Los hombres presentan una fuerte resistencia a la planificación familiar porque la asocian a una pérdida de su autoridad y a la eventual infidelidad femenina. Las mujeres revelan que sus parejas se niegan a discutir este tema y tienden a oponerse al uso de métodos anticonceptivos.

Así, una comadrona se refiere en estos términos a la planificación familiar: “Muchas mujeres evitan embarazos a escondidas de sus esposos para que ellos no se enojen. Tienen miedo de que las golpeen y las dejen, pues varios hombres han abandonado a sus esposas después de ser atendidas por algún médico. Por eso, cada año se resignan a tener otro hijo”.

En el hombre está arraizada la creencia de que la planificación familiar es una responsabilidad directa de la mujer. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998-1999 confirma esta tendencia a responsabilizar a la mujer de la planificación familiar. El 27% de las mujeres unidas o no unidas se encontraban usando algún método de planificación en el momento de la entrevista; el uso de los métodos aumenta con la edad; el método preferido es el de la esterilización femenina, y a continuación (apenas un 5%) la píldora; el método del ritmo prevalecía como uno de los más populares. El uso de métodos según el grupo étnico muestra una diferencia importante entre indígenas y ladinos (50% de ladinas utilizan algún método frente a 13% de las indígenas) (Fundación Friedrich Ebert, 2000: 27).

En muchos casos se aduce como obstáculo a la planificación el carácter incontrolable del hombre en sus deseos y actos. Los hombres más que las mujeres argumentan que la iglesia prohíbe el control; finalmente, existe la creencia de que los métodos dañan la salud y el carácter de la mujer. En algunos grupos mayas se indica que la tradición indica a las parejas cuántos hijos deben tener y las formas de regular la natalidad, las cuales (según ellos) se están abandonando debido a la imposición de medidas extranjeras. El pueblo maya, a través de la opinión de sus principales, parece sentirse agredido con los programas de planificación y percibe que así se está deteniendo su procreación y enfermando a sus mujeres. Este dato es muy ambivalente, ya que lo

expresado es el sentir de los hombres, nunca de las mujeres, quienes utilizan un método de planificación familiar en muchas ocasiones a escondidas del esposo, quien lo considera “pecado”.

La incorporación masculina dentro del programa de salud de la mujer o la salud reproductiva apenas tiene un año de ser tratado en el Seguro Social y en el Ministerio de Salud.

Se han realizado dos foros nacionales: el primero con la finalidad de sensibilizar a los principales servidores de salud sobre la importancia de la masculinidad para el éxito de los programas de salud de la mujer, y el segundo para evaluar y conocer la participación del hombre en dichos programas.

Las experiencias ordenadas y estudiadas están sirviendo de base al Ministerio de Salud, para empezar a formular una estrategia y una propuesta formal sobre el papel de lo masculino, en los programas de salud reproductiva

b) Actitudes hacia la reproducción

En algunos estudios realizados sobre la base de entrevistas acerca de qué piensan los hombres de la planificación familiar, se obtuvieron respuestas como “pensar bien en el número de hijos que uno puede mantener”, “planificar a la familia a modo que los hijos sean contados”, “tener pocos hijos”. Es interesante observar que en ninguna respuesta se obtuvo comentarios acerca del espaciamiento de embarazos, sino sólo ideas relacionadas con el tener pocos hijos; mucho menos se refirió a la calidad de vida que se brindará a las hijas o los hijos en su rol de padres.

Recientemente, desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se ha comenzado a investigar la integración de los servicios de salud reproductiva con los programas de planificación familiar ya existentes. Sin embargo, se ha hecho muy poco para incorporar el género, salvo el estudio de los factores que incrementan el uso de anticonceptivos por los hombres, por ejemplo, la vasectomía.

En 1995, la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) realizó una investigación en el departamento de Quiché, la cual mostró que los hombres reconocían ampliamente los beneficios del espaciamiento de los embarazos. No obstante, la información reveló también un escaso conocimiento masculino sobre métodos anticonceptivos; sólo 3% de esta población utilizaba un método anticonceptivo. En la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998-1999 se evaluó la percepción de la actitud de los esposos con respecto al uso de planificación familiar. Los resultados arrojaron que, entre las mujeres en unión no esterilizadas y que conocen métodos anticonceptivos, el 75% de ellas aprueban la planificación familiar, y en el 64% de los casos tanto ella como el esposo o compañero también la aprueban. Los menores porcentajes de aprobación se encuentran entre las mujeres indígenas (56%) y entre aquellas sin educación (59%).

En el 13% de los casos el esposo desaprueba la planificación familiar. Los mayores niveles de desaprobación del esposo se reportan en el noroccidente (38%), región con el más alto nivel de desaprobación de ambos cónyuges (25%). Los menores niveles de desaprobación del

esposo (alrededor del 15%) se encuentran en la Zona Metropolitana. En el resto del país, el nivel de desaprobación es relativamente alto, entre 23% y 28%.

En Guatemala el uso de métodos de planificación masculinos incluyen solamente preservativo (condón) y esterilización quirúrgica (vasectomía). Los datos indican el uso del primero en relaciones con otra pareja que no sea la esposa o con trabajadoras del sexo, mientras que a la vasectomía recurren 3% de hombres, con un nivel educativo más alto, de residencia urbana. La actitud de la pareja hacia los anticonceptivos suele ser más negativa (61%) entre el grupo indígena que en el ladino (30%), y su uso apenas llega a 12.9% de las mujeres indígenas que hacen vida conyugal, frente a 49.9% de las ladinas. La mencionada Encuesta determinó que el sector público atendía una cuarta parte de las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo; en cuanto a la esterilización, abarcaba al 43%.

Entre el Ministerio de Salud y APROFAM venían cubriendo 58% de las usuarias de píldoras anticonceptivas. En colocación de dispositivos intrauterinos (DIU), el 44% correspondió a los servicios del Ministerio. Cabe destacar que casi una cuarta parte de usuarios de condones se proveen a través de las farmacias privadas.

5. Relación de los hombres con sus hijas e hijos

El tiempo que el padre dedica al cuidado directo de los hijos se ha medido en estudios específicos en una amplia gama de sociedades. Algunas de estas investigaciones miden el tiempo consagrado a actividades específicas; otros, el tiempo aportado para el cuidado directo de la niña o el niño, aunque en estos casos los resultados no son totalmente comparables porque las actividades clasificadas como “cuidado directo del niño” difieren bastante. En dichos reportes tampoco se considera el hecho de que el padre no se entrega a todas las actividades de cuidado de las niñas o niños en igual medida; por ejemplo, es más probable que el padre vigile a las niñas y los niños, pero no que los bañe. Otra de las distinciones no contempladas en los estudios de uso del tiempo se relacionan con dos connotaciones de “cuidado de los niños”: una se refiere a las tareas realizadas para que los niños tengan bienestar físico; la otra, al contenido afectivo de estas actividades. Los trabajos consultados miden la primera, no la segunda. Pese a estas limitaciones, estos documentos aportan una idea general del grado de unión entre padre e hija/hijo.

El grado de compromiso de los padres hacia los niños menores de tres años es importante, porque a esa edad los infantes establecen fuertes vínculos hacia las personas que los cuidan y requieren más atención. El examen de estudios etnográficos de 186 sociedades descubrió que sólo en un 2% de éstas los padres tienen “relaciones regulares y cercanas” con sus hijos durante la infancia y únicamente 5% las desarrollan cuando sus hijos son aún muy pequeños. Algunas investigaciones basadas en la observación del contacto padre-hija(o) revelan que tales interacciones son raras en una amplia muestra de grupos en el mundo. Una excepción son los pigmeos aka (cazadores recolectores y comerciantes que viven en los bosques tropicales al sur de la República Centroafricana del Congo), quienes “proporcionan más cuidado directo a sus hijos que los padres de cualquier otra sociedad conocida”. Se refiere también que los padres suecos tienen una relación afectiva muy cercana con sus hijos cuando son pequeños. En la mayoría de las sociedades, el padre interactúa más con los niños mayores, y de preferencia con los varones, lo cual también sucede a veces entre la mamá y las hijas. Sin embargo, este sesgo impuesto por el

género no es universal en el cuidado de las niña(o)s cuando éstas son muy pequeña(o)s, según algunos estudios realizados en India, Kenya, Nepal y entre puertorriqueños de los Estados Unidos.

Los padres aportan alrededor de un tercio del tiempo que destinan las madres al cuidado directo de los hijos; éstas no sólo dedican más tiempo total al cuidado de sus hijos, sino que proporcionalmente también ocupan más tiempo en ciertas actividades propias del cuidado de los niños. Aunque el cuidado físico es muy valioso, no es la única manifestación de compromiso de las madres y los padres hacia sus hijos. Dicho compromiso se refleja también en la preparación de la comida y el mantenimiento de la casa, las decisiones que afectan el acceso de los niños a recursos y oportunidades, y la generación del ingreso y su aplicación para satisfacer las necesidades básicas de la familia (INE, 2000; Casa Alianza de Guatemala, s/f a; Fuentes, 2000).

Pese a que la Constitución de Guatemala garantiza la igualdad de derechos de los cónyuges y reconoce la unión de hecho, muchas leyes colocan al hombre en un sitio de mandato hacia la mujer, lo que se refleja en las disposiciones legales de paternidad y salud reproductiva, de protección a la familia, así como el derecho a la salud y la ley de violencia contra la mujer, en donde siempre la responsabilidad es íntegra para la mujer, y se permite que el hombre no asuma ningún papel en la familia y en el cuidado de los hijos.

La Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos 1998-1999 determinó que la jefatura masculina del hogar en el área urbana prevalece en 76% de los casos y 82% en el área rural. No existe un modelo de familia guatemalteca, ni por composición, ingresos, bienes, acceso a servicios, ni posibilidades económicas. La organización familiar se ha ido modificando con el tiempo; así, en cada cuatro familias del área urbana, la mujer asume la responsabilidad por el funcionamiento del hogar. En el área rural, lo hacen 16 de cada 100. En la actualidad, en áreas marginales de las zonas urbanas la mujer que trabaja representa 33% y 46% de las familias.

La paternidad no responsable en Guatemala obedece a diversos factores:

- a) El incremento progresivo de la población
- b) La fecundidad de las mujeres depende del lugar de residencia, de la etnia, de la escolaridad, del acceso a servicios e información, lo que pone en clara desventaja a grupos rurales e indígenas.
- c) Los cambios de organización, funcionamiento y economía en los hogares.
- d) La inserción de más miembros del hogar en el mercado ocupacional formal e informal.
- e) La falta de información completa y adecuada sobre planificación familiar, en especial por parte de poblaciones que muestran mayor necesidad de ello por su alta tasa de fecundidad. En los programas se enfatizan aspectos sexuales y reproductivos, y se relegan o ignoran los sociales y culturales.

f) La toma de decisiones unilateral que conlleva la procreación, basada en una cultura en la que se impone la opinión del hombre.

g) Migraciones continuas del campo a la ciudad (el factor más importante del desordenado crecimiento urbano), lo que agrava la lejanía del padre del hogar y de la familia y transforma las condiciones de trabajo, educación formal y grado de dependencia o independencia de la mujer. (COPREDE, s/f)

6. Significado de los hijos e hijas para los padres

Los valores, creencias y normas culturales generan expectativas en relación con la masculinidad y la paternidad. Por efecto de estas condiciones, engendrar hijos, en el estricto sentido de la biología, se considera un signo de virilidad en muchas sociedades, particularmente en África, el Caribe y América Latina, y ello acarrea una minusvaloración de la mujer.

El cumplimiento de las responsabilidades paternas —sólo en el sentido de mantener económicamente a la familia— se valora en la mayoría de las sociedades como un distintivo de masculinidad. “Ser un buen proveedor para su familia” ha sido la definición dominante de la masculinidad durante los últimos 20 años en los Estados Unidos, según una encuesta de *Yankelovich Monitor Survey*. Los padres que no pueden mantener económicamente a sus familias pierden prestigio y poder, y pueden reaccionar sustrayéndose a las obligaciones familiares. Este fenómeno ha sido observado en América Latina, donde el hecho de que muchos hombres no ganen sueldos adecuados ha conducido a un menoscabo de su autoridad y a un aumento del número de padres que abandonan a sus familias.

La participación mínima de los padres en el cuidado directo de los niños se relaciona en muchas sociedades con creencias culturales de que no es una conducta de género apropiada.

La estructura de una economía —ya sea de caza, recolección, horticultura, pastoreo o industrial— enmarca la vida de un padre, incluyendo el tiempo que pasa con sus hijos en el día. En las sociedades de caza-recolección, a menudo el padre tiene más contacto con los niños pequeños porque su vida cotidiana se desarrolla en estrecha proximidad con los miembros de la familia. En las sociedades de pastores o de horticultores, el trabajo del padre puede alejarlo de la casa, lo que determina un menor contacto con los niños pequeños, pero mayor cercanía con los mayores, en especial con los que trabajan con él en los campos o pasturas.

En las sociedades industriales, el contacto entre padre e hija(o) muchas veces se reduce a raíz del trabajo remunerado, que normalmente se desarrolla fuera de la casa. En cualquier tipo de economía, la pobreza se opone al contacto entre padre e hijo cuando aquél se ve obligado a emigrar en busca de trabajo o cuando tienen que pasar largas horas en uno o varios trabajos.

Con los siguientes datos estadísticos se muestra los diferentes enfoques de crecimiento demográfico en los diversos grupos étnicos de Guatemala. Según la ENIGFAM 1998-1999, el 60.3% de la población total se encuentra en el área rural y el 39.7% en la urbana. Las mujeres representan 51.2% del total y 48.6% son indígenas. La estructura de edad es de tipo “piramidal”: 43.8% de la población es menor de 15 años, 39.8% está comprendida entre los 15 y los 44 años,

9.3% tienen entre 45 y 59 años y 7.1%, 60 o más años. La proporción de hombres es ligeramente mayor en los primeros tramos de edad, relación que se invierte a partir de los 20 años, donde el predominio es de mujeres. La composición por edad entre indígenas y no indígenas presenta diferencias: entre los primeros, 48.3% son menores de 15 años, mientras que sólo 39.5% entre los segundos. También en aquellos el 8.3% tiene 60 años o más, y en estos últimos, el 5.4%. Similares diferencias aparecen en la distribución urbano-rural.

Ciertos grupos de población (urbana, no indígenas y los de mayores ingresos) se encuentran inmersos en un proceso de cambio demográfico que se distingue porque se reduce la proporción de menores de 15 años y se incrementa la de adultos y personas mayores de 60 años. El hecho de que el cambio demográfico sea tan desigual sugiere que importantes grupos de población (indígenas, rurales y de menores ingresos) están siendo excluidos de las herramientas básicas para el ejercicio de su derecho a decidir libremente el tamaño de sus familias: el acceso a los servicios de salud y educación así como a la información y los métodos de anticoncepción o espaciamiento de embarazos. Ello se asocia a la existencia de patrones socioculturales distintos entre el área urbana y rural y entre grupos étnicos, que influyen en las decisiones de la pareja respecto de la fecundidad.

En la mayoría de los sectores de la sociedad guatemalteca, según el estudio de APROFAM (1995), la procreación de hijos se considera un mandato de Dios y, por lo tanto, sagrado. La procreación de hijos constituye una de las razones principales de los seres humanos y la función central del matrimonio.

Entre las poblaciones mayas, tener familia numerosa fue tradicionalmente estimado como muy positivo. Los jóvenes casados expresaron esto explícitamente: “Nuestros padres dicen que ya no aguantamos mucho porque sólo llegamos a tener de 6 a 8 hijos, pero antes lo normal era tener 14 o 15 niños”. Entre los líderes y los hombres casados fue muy clara la desaprobación de la idea de tener una familia pequeña. Pensaban que tener una familia numerosa es bueno porque así habría alguien que les ayudara. También indicaron que el tener pocos hijos disminuiría la fuerza tanto de su raza como del país de Guatemala. Hablaron con desaprobación de los hombres que no podían mantener a sus familias y por esa razón no tienen muchos hijos (Casa Alianza de Guatemala, s/f a: 4; CEFOL, 1995).

La perpetuación del apellido es una de las razones por las que los hombres tienen hijos o hijas; se supone que el hombre fuerte procrea hijos varones y el débil concibe hijas.

7. Percepción del rol como padres

En general, los diccionarios definen al padre como el que tiene uno o varios hijos, la cabeza de una descendencia, el origen o principio en el sentido figurado. Un padre puede definirse, en estrechos términos biológicos, como quien contribuye con la mitad del material genético de un niño o niña. De hecho, muchos hombres a lo largo de la historia han restringido su papel como padres a esta función reproductiva. Ahora bien, en un sentido amplio, la paternidad y la maternidad se entienden ligadas a una gama de funciones parentales; entre éstas, se cuentan las actividades directas —alimentar, limpiar, jugar, cargar, mostrar afecto, enseñar, socializar, disciplinar y modelar conductas apropiadas—, y las actividades indirectas, como proveer medios

económicos, albergue y protección, y dar apoyo emocional a la madre. Las funciones que se espera que cumplan los padres y su efectivo grado de cumplimiento varían de una a otra sociedad, y dentro de ellas mismas, y de una a otra etapa histórica. A esta diversidad subyacen algunos rasgos aparentemente universales de la paternidad:

a) El papel del padre es reconocido en todas las sociedades. La persona que desempeña este papel es siempre un hombre, aunque puede no ser el progenitor biológico. Las mujeres pueden desempeñar, y a menudo desempeñan, funciones familiares asignadas tradicionalmente a los padres, pero tales mujeres no se identifican como “padres”.

b) El papel del padre se percibe como una función poderosa. En la mayoría de las sociedades, los padres están investidos de poder para proporcionar a sus familias respaldo económico, servir como modelo a sus hijos e hijas, proteger a sus familias de cualquier daño e imponer su autoridad con los niños, las esposas y otros miembros de la familia.

c) Los padres son capaces de criar y cuidar a los niños. Los investigadores han observado a muchos padres en interacciones afectuosas y educativas con sus hijas e hijos de cualquier edad en una amplia gama de sociedades.

Los padres de todas las sociedades destinan menos tiempo al cuidado de los hijos que la madre (en promedio), aunque la magnitud de esta inversión varía de una a otra sociedad.

En Guatemala, la percepción del rol de padre se identifica con el bienestar de la familia que provee el recurso económico aportado por el hombre, quien toma las decisiones. Por lo general, la madre enseña y capacita a la niña, mientras que el padre lo hace con el niño. Los padres enseñan y capacitan sobre aquello que por su género les ha tocado aprender y realizar cotidianamente.

Los padres educan en términos indirectos a niñas y niños por medio del ejemplo, contraste u omisión, comunicando diversas pautas de comportamiento. Nunca se habla de igualdad de oportunidades, ni de la participación de hombres y mujeres en papeles del sexo opuesto, que exigen nuevas perspectivas, conceptos, modelos de compañerismo y cooperación dentro de la familia (CEH, s/f: 85; CONCMI, 1997: 23)

No existen estudios específicos acerca del tema, sólo se han divulgado datos de las consecuencias derivadas de la ausencia de un hombre en la casa desempeñando su papel de padre, ya que, a pesar de que en muchos casos la mujer lo asume, no completa la estructura familiar por falta de tiempo, por tener que trabajar para conseguir un aporte económico; luego, la paternidad no asumida ocasiona un grado de pobreza más alto en la sociedad guatemalteca.

8. El trato hacia los hijos e hijas

Varios artículos de la Constitución de Guatemala establecen diversos mecanismos de protección a los niños y las niñas sin distinción de ningún tipo. Entre éstos, cabe mencionar los referidos a la familia (arts. 1 y 47), a la concepción (art. 2), a la igualdad de los hijos (art. 50), a la obligación

de proporcionar alimentos (art. 55), a la preservación de la identidad cultural (art. 58), y a la protección de grupos indígenas (art. 66).

El Código de la Niñez y Juventud reconoce los derechos de los menores de 12 años (definidos como niños y niñas) y los comprendidos entre 12 y 18 años (jóvenes).

En sus diversos artículos, el Código establece como fundamentales los derechos a la vida, a la igualdad y a la integridad personal; en consonancia con estos principios se prescribe la protección contra la violencia, discriminación, marginación y explotación.

La población menor de 18 años de edad constituye 51% del total, porcentaje que está vinculado con la alta tasa global de fecundidad prevaleciente y la tendencia a la baja de la mortalidad infantil (menores de un año) que se han registrado en los últimos años.

De cada 100 niños, 51 son varones y 49 mujeres; 34 viven en el medio urbano, frente a 66 que habitan en el área rural. Del total, 53 son indígenas y 47 se reconocen como no indígenas. Por la situación de dependencia económica, social y afectiva respecto de las personas adultas, y por no constituir sujetos de derecho, los niños constituyen uno de los grupos de población más vulnerables a las situaciones de exclusión. El hogar es centro de enseñanza y capacitación laboral para los menores. Generalmente son los jefes de familia quienes enseñan a los menores; algunas veces el proceso es consciente, es decir, que los adultos se trazan la tarea de enseñar y capacitar en asuntos que, según su criterio, serán útiles a los menores en el transcurso de sus vidas.

En este sentido, lo que se aprende en el hogar presenta las limitaciones culturales, técnicas, de escolaridad y desarrollo que ya tienen los jefes de familia; en la mayoría de los casos, los padres han alcanzado bajos niveles de escolaridad. Por consiguiente, se reproduce el estado educacional deficitario de los adultos, así como el escaso nivel de calificación laboral. La pobreza también se reproduce. En el interior del hogar se diferencian funciones educativas para la madre y el padre. Por lo general, la madre enseña y capacita a la niña, y el padre al niño. Desde luego, los padres también educan en forma indirecta a niños y niñas, por medio del ejemplo, contraste u omisión, comunicando diversas pautas de comportamiento.

El ejercicio de control educativo por parte del padre es menos evidente que el de la madre. En los sectores indígenas, el padre está cerca de su hijo enseñándole directamente, mientras que en los sectores urbanos marginales se presentan casos de menor atención paternal, a veces de total desentendimiento. Así, se desdibujan los términos de referencia paternos y las lealtades intrafamiliares como consecuencia de las precarias condiciones y limitaciones de tiempo para la convivencia familiar, precisamente en los espacios en que la escuela ejerce una función empobrecida, y donde el desarrollo urbano ya ha fracturado los controles comunitarios preexistentes. En resumen, la educación en el hogar está encaminada a reafirmar la condición de género de niños y niñas. A los niños se les prepara para ser hombres, futuros jefes de familia y aprender el rol de padres. A la niña se le enseña para que se convierta en una mujer de hogar y para someterse a la autoridad patriarcal del marido. Después de la familia, la institución social más importante para el desarrollo de la niñez es la escuela; así lo consideran los artículos del Código de la Niñez y Juventud.

Sin embargo, las oportunidades de educación no son accesibles para todos. La exclusión educativa de la niñez se asocia a la carencia de recursos educativos (escuelas/maestros), pero también a la baja escolaridad de los padres. La entrada tardía de los niños y niñas al sistema educativo, así como las altas tasas de repitencia en los dos primeros años de la primaria, reflejan esta situación. El ingreso tardío pareciera deberse a una percepción cultural en algunas familias y comunidades de que a la escuela es mejor ingresar a una edad mayor de la recomendada. En 1996, sólo 41% de los niños de primer grado tenían entre 6 y 7 años, mientras que 32% asistía por primera vez a la escuela con edades superiores a los 7 años; el 97% de los alumnos de sexto grado superaba la edad normal. En primer grado, la repitencia alcanza cerca de 27%, en segundo grado, 14.6% y en tercero, 11.9%. Estos índices revelan serias deficiencias en el sistema.

Durante los primeros años, la tasa de deserción femenina es mayor, tendencia que se revierte en los últimos dos grados de primaria. Entre las principales causas de la deserción se mencionan el abandono para ir a trabajar, la emigración temporal, la falta de útiles escolares, la dificultad de comprensión o la lejanía de la escuela. En cuanto a la exclusión educativa que viven las niñas, todavía depende de ideas tradicionales sobre su rol “hogareño”. Como resultado de esta concepción discriminatoria, en 1998 sólo 46% de los inscritos en la educación primaria eran niñas. Esta proporción se reduce hasta 40% en los departamentos de Quiché y Alta Verapaz. Las niñas registran mayores tasas de absentismo escolar que los niños, comportamiento que se acentúa en la región noroccidente y suroccidente. Las tasas de absentismo se incrementan también ligeramente en regiones con alta densidad indígena. La desestimulación junto a otros factores incide en el abandono escolar femenino y contribuye a alcanzar el elevado porcentaje de analfabetismo actual en la mujer indígena (42.5%) Las niñas indígenas registran mayor porcentaje de absentismo que las no indígenas, con lo que se confirma el no cumplimiento de la Constitución.

Sólo 60% de la niñez guatemalteca en edad escolar disfruta de la educación, de manera que 40% no tiene acceso a la educación primaria, pero estos porcentajes se elevan en los sectores populares rurales, campesinos indígenas y aún más en el caso de las mujeres. Diversas son las causas que motivan la marginación de un sector importante de la niñez guatemalteca que debiera estar estudiando.

La causa más importante de esta situación es la pobreza, que obliga a la familia a no inscribir al menor en la escuela o a retirarlo, en la medida que lo necesitan como fuente de ingreso. Las políticas educativas vigentes o su precariedad han contribuido a la marginación escolar de importantes grupos de niños y niñas, al no considerar objetivamente las condiciones económicas, étnicas, familiares y laborales de aquellos sectores sociales que más necesitan la educación primaria para sus hijos e hijas. Las precariedades del espacio escolar y el eventual comportamiento inadecuado del personal docente y administrativo también inciden negativamente en la asistencia escolar, así como las ideas y concepciones negativas de muchos jefes de familia sobre la institución escolar, su utilidad y el servicio que brindan.

La exclusión de la educación tiene una relación directa con el trabajo infantil. La mayor parte de los niños que han abandonado el sistema educativo están trabajando. Si bien existen limitaciones para cuantificar el trabajo infantil, la ENIGFAM ilustra respecto de las actividades económicas en las que se reporta la participación de la niñez, aunque los datos sólo se aplican a la población comprendida entre los 7 y los 14 años de edad. De esta población, el 36.7% trabaja, sea

como parte de la población económicamente activa o en quehaceres del hogar. Tres de cada cuatro niños trabajan en el área rural, y los varones en actividad superan 3 a 1 a las niñas. Sin embargo, las niñas están entrando con mayor celeridad que los niños al mercado formal del trabajo, principalmente en la maquila, empaque y procesamiento de productos agrícolas. En las regiones con mayor densidad de población indígena se registra un mayor porcentaje de niños que se incorporan al trabajo doméstico y a las labores productivas de la familia.

Las niñas participan en mayor proporción que los varones en la categoría de empleadas. Los niños se ubican mayoritariamente en las actividades agrícolas, la industria manufacturera y la construcción, mientras que las niñas lo hacen en la agricultura, los servicios domésticos y la industria manufacturera, principalmente la maquila. La tendencia es que las niñas participen en la actividad familiar cumpliendo con el papel de amas de casa y encargadas de los quehaceres domésticos, a la vez que se incorporan a las actividades productivas de la familia. Se estima que anualmente alrededor de 449 875 niños y niñas comprendidos entre los 7 y los 14 años de edad (18.7% de la población total de esa edad) están siendo afectados directamente en su educación escolar (absentismo, deserción o repitencia) por causa del trabajo infantil.

La situación es más grave en las regiones de noroccidente y norte, principalmente en Quiché y Alta Verapaz. Las niñas son más afectadas por el trabajo infantil que los niños. El costo de oportunidad para la familia de enviar a una niña a la escuela es mayor que el de los varones, debido a las tareas productivas que desarrolla en el hogar. No obstante, el hecho de que la deserción en los grados superiores del nivel primario sean mayores entre los niños que entre las niñas, sugiere que a determinada edad (cerca de los 12 años) el trabajo del varón adquiere mayor valor para la familia.

Los riesgos de los menores trabajadores son altos. Están expuestos al maltrato, a contraer enfermedades, sufrir accidentes viales y de trabajo y a ser objeto de robo. En términos generales, constantemente está amenazada su salud física, mental y biológica, con el agravante de no poder recibir auxilio inmediatamente en caso de necesidades apremiantes porque tampoco hay servicios de salud en las instalaciones en donde trabajan. Los datos anteriores dejan confirmado nuevamente el bajo cumplimiento de las leyes, inclusive el Código de la Niñez y Juventud.

La violencia ha hecho mella en muchos sectores de la sociedad; entre las manifestaciones más dolorosas se cuentan los niños de la calle, las maras, el uso de drogas, la prostitución infantil. Alrededor de 5 000 niños y niñas viven en las calles de la Ciudad de Guatemala, y la mayoría tiene entre 7 y 14 años; provienen de barrios pobres o marginados de la metrópoli, zonas a donde la población emigró desde el interior de la República por razones económicas o por la guerra.

Los niños de la calle huyen del maltrato, los golpes, la miseria que encuentran en sus familias. Pero la vida en la calle no es mejor, están expuestos a más pobreza, accidentes, violaciones, heridas, enfermedades y hasta el asesinato ¿Por qué los niños están en la calle? En una investigación de la GTZ y Childhope de 1997, los mismos niños y niñas emitieron su opinión sobre las razones por las cuales están en la calle. Según el estudio, los afectados declararon “sufría en mi casa”, “sentí que no me querían”, “me trataban mal” (32%) “me fui de la casa porque me pegaban mucho”, “mi madrastra me quemó”, “mi madrastra me sacó de la casa” (30%).

Otras causas que los niños manifestaron en menor grado son las condiciones económicas, el haber quedado huérfano, o quedar embarazada. Menos de la décima parte de los niños y niñas dijeron haber escogido la vida en la calle por gusto o aventura. Los niños y niñas de la calle pasan el día en lugares donde existe una mayor afluencia de comerciantes y de transeúntes: en los mercados o lugares de ventas callejeras, en las terminales de autobuses, parques o en corredores. Uno de los hogares preferidos en la capital de Guatemala es, por ejemplo, la Concha Acústica —un escenario al aire libre situado en la Plaza Central—, lugar medio abierto con un techo protector.

Para sobrevivir mendigan y roban. Muchas niñas se prostituyen. Algunos pocos trabajan esporádicamente lavando platos, limpiando carros o cantando en las camionetas. Además, la solidaridad del grupo ayuda al niño o la niña a conseguir comida: “nosotros nos protegemos en nuestro grupo; cuando yo no tengo nada que comer, me lo dan mis amigos”, cuenta Esmeralda, una niña “de la Concha”.

El proceso de paz y algunas instituciones interesadas dan a conocer internacionalmente las atrocidades cometidas en contra de los niños y niñas de la calle. Los niños y niñas de la calle de Guatemala siguen viviendo en situaciones de alto riesgo. Los asesinos de los niños y niñas de la calle son mayoritariamente fuerzas de seguridad privadas, expolicías y exmilitares. Buscan castigarlos por sus pequeños robos y por su condición de precariedad y drogadicción. Se trata de formas de actuar que —en un clima de creciente delincuencia e impunidad— reciben apoyo indirecto por parte de algunos sectores de la población. La consecuencia para esta falta de justicia es la impunidad. No sorprende que la mayoría de los niños y niñas entrevistados sienta temor a que “me maten”.

Al crecer los niños y niñas, el fenómeno social conocido como maras colocan a muchos niños y niñas que vivieron situaciones de maltrato en una posición de venganza y poder. El fenómeno de las pandillas juveniles o maras es muy complejo y abarca una gran variedad de matices y situaciones, pues se trata de una denominación equívoca. Para entenderlas es fundamental diferenciar a las pandillas juveniles delictivas de aquellas que no lo son. La proliferación de las “maras” se da en los núcleos urbanos, particularmente en la ciudad capital, donde existen más de 90 pandillas que actúan en 13 zonas y cuentan con cerca de 10 000 integrantes activos. A éstas habría que añadir las que actúan en diversas zonas de los municipios de Mixco, Villa Nueva y Chinautla. En algunas comunidades al sur de la capital, la violencia de las maras empezó desde el momento en que esas comunidades se instalaron entre 1983 y 1984. Una de las acciones más visibles de estas pandillas son las peleas entre ellas, generalmente en defensa del territorio que cada una considera inviolable. Estas peleas terminan a menudo con heridos, y a veces con muertos. Cuando el enfrentamiento se da entre jóvenes pandilleros de la misma comunidad, el conflicto se proyecta a las familias a las que pertenecen esos muchachos y muchachas, lo cual aumenta los resentimientos, la desconfianza y la desunión en la comunidad.

En las zonas urbano-marginales la desintegración familiar, la falta de atención y orientación de los hijos, y el hecho de vivir cada día bajo el acoso de la pobreza, constituyen circunstancias propicias para que los jóvenes ingresen a las pandillas. En otras palabras, los jóvenes que viven en estos lugares son más proclives a formar parte de los que se ha denominado la “subcultura” urbana de la violencia, sin que esto signifique que todos ellos terminen siendo delincuentes. Esto significa que los factores sociales, económicos y culturales de riesgo se

encuentran allí más presentes que en otras partes, como los condominios de clase alta o las colonias de clase media. El perfil de “marero” medio es un joven menor de 20 años, nacido y crecido en la ciudad, con algún grado de educación, pertenecientes a familias pobres de la clase trabajadora y las capas medias empobrecidas, que usa drogas habitualmente y roba para poder conseguirlas; procede de familias desintegradas con padres o padrastros violentos, alcohólicos e incommunicativos, con malas experiencias escolares. La mayoría siente que no tienen futuro.

Desde mediados de los años noventa algunas nuevas tendencias han marcado el desarrollo de estas pandillas. Por ejemplo, antes eran organizaciones predominantemente masculinas; ahora, un creciente número de muchachas han pasado a integrarlas, ya sea impulsadas por los mismos motivos que los varones o por una relación estrecha con algún miembro. El grado de participación e identificación con el grupo varía entre sus miembros. Algunos participan permanentemente y otros sólo en algunas acciones. Las maras predominan en las denominadas “bolsas urbanas de pobreza”. En los últimos años las pandillas juveniles se han entrecruzado con los niños de la calle. Anteriormente los dos se diferenciaban por sus distintos modos de operar y vivir: a diferencia de los niños de la calle, los miembros de la pandillas delictivas solían mantener algún vínculo familiar, regresaban a sus casas y se identificaban con una red de mareros numerosa y geográficamente extensa.

Ahora el contacto entre ambos grupos se produce en espacios y actividades compartidos: uno es el consumo del “crack”, droga cuyo uso va en aumento entre los jóvenes; otros son los encuentros en los centros preventivos del sistema penitenciario. Las maras como grupos fuertes y numerosos, con estructuras jerárquicas, son objeto de admiración de los niños de la calle.

Existen reportes frecuentes de todo el país en que se describen casos de alcoholismo que se consideran ligados a la violencia del pasado conflicto bélico. En un área del departamento de Quiché se han constatado cifras llamativamente altas de consumo de cocaína. En dicho departamento también se han reportado recientemente una cantidad inusual de suicidios de adolescentes. Pareciera existir ciertos “factores de riesgo” en el uso de sustancias psicoactivas, con una mayor probabilidad de que los adolescentes consuman drogas o alcohol; si son fumadores, viven en una ambiente hogareño de tensión y agresividad y/u otros amigos de su edad ya los consumen. Una cierta combinación de esos factores facilita el uso de esas drogas, hasta el punto que se encontró que muchos niños con un promedio de ocho años de edad se inician en el consumo.

Casa Alianza atiende en dos centros a niños y niñas víctimas de la guerra. En la mayoría de los casos, estos niños y niñas fueron llevados por el mismo ejército indicando que era el único o la única sobreviviente de un enfrentamiento, posiblemente una aldea arrasada. Una experiencia dramática ya que muchos de los niños o niñas no expresaban una sola palabra, y se consideraba que eran sordomudos, pero se fue descubriendo poco a poco que era consecuencia de presenciar el asesinato de sus padres o la quema de su comunidad. Siempre eran llevados por un soldado, en grupos de hasta cinco o más de un mismo lugar; nunca sobrepasaban los 13 años, ya que los adolescentes probablemente eran considerados subversivos. No hay registros de otras entidades. Muchas comunidades se desplazaron del interior del país y llegaron a formar parte del cinturón de pobreza de las áreas urbanas marginales. Esto produjo cambios de sus costumbres y tradiciones, y las nuevas generaciones de niños y niñas nacieron confundidas, sumergidas en la

pobreza, sin oportunidades y susceptibles de ser presas de drogas, mendicidad, maras, y como último escalón de la pobreza infantil, niños y niñas de la calle.

Es importante mencionar que existen otros niños y niñas de la calle, los provenientes de familias ligadas al poder económico y militar, que consumen drogas muy caras y generan más violencia. Se ligan al conflicto ya que son producto de padres que durante estos años de desvalorización, y para callar su conciencia con los hijos, les brindaron todo lo material, sin tomar en cuenta la formación de valores y principios. Muchos de estos padres no han tenido solvencia moral para negarles a los hijos que hagan lo que ellos han hecho, y por eso se les protege bajo el manto de la impunidad. Éstos también son niños de la calle, que probablemente no son objeto de la limpieza social de la que son víctimas los niños y niñas de la calle hijos de la pobreza, pero igual merecen atención. Las dimensiones que tiene el fenómeno de la desaparición de niños y niñas en Guatemala supera lo que se conoce en países como Argentina y El Salvador. Los informes “Guatemala Nunca Más” del Proyecto de Recuperación de la Memoria Histórica, hacen referencia, como mínimo, a 444 casos de niños desaparecidos. A pesar de la complejidad geográfica idiomática, étnico cultural y la permanencia en la población de factores psicosociales adversos, como la desconfianza y el miedo, en apenas años y medio de trabajo de campo, la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala —ODHAG— documentó 86 niños víctimas de desaparición; el 86% de éstos fueron por desaparición forzada, mientras que 14% obedeció a distintas circunstancias del conflicto. A la vez, según los declarantes, el 92% de los casos documentados señala como responsable directo al Ejército de Guatemala: las Patrullas de Autodefensa Civil —PAC— fueron responsables del 3% de desapariciones y, finalmente, la guerrilla estuvo en el 2% de éstas. En el restante 3% no está definida la responsabilidad.

También es importante poner atención al tráfico ilegal de niños, llamado ahora “adopciones”, en las que muchas niñas y niños de la calle o de familias de bajos recursos económicos se los apropian para dedicarlos al trabajo infantil en las calles, a la explotación sexual y comercial e inclusive en los hogares. Por último, las muertes impunes nunca aclaradas de los niños y niñas de la calle y de los que nunca se supo sumaban 63 niños y niñas de la calle hasta abril de 2000.

Generalmente, la prostitución es definida a partir de situaciones personales e individuales de la mujer prostituida, omitiendo las determinaciones socioculturales que la originan y reproducen. Esas interpretaciones conllevan la invisibilización de los actores prostituyentes y ocultan —voluntaria o involuntariamente— la situación de violencia a que son sometidas niñas y mujeres involucradas. La prostitución es una institución que convierte el cuerpo femenino en una mercancía, que se compra y se vende con el fin de satisfacer la sexualidad supuestamente incontrolable del hombre; mientras que quienes manejan el negocio obtienen ingresos económicos por facilitarla.

En oposición a estas falacias, es necesario considerar que las mujeres son inducidas a cualquiera de las formas de prostitución a través de la violencia, la fuerza y el engaño, y que estas situaciones son favorecidas por:

a) La comercialización del cuerpo de la mujer por parte de todos los medios posibles de comunicación de masas, que extrae saneados ingresos con la venta de los productos que contribuyen a crear el contexto necesario para la relación cliente-mujer prostituida.

b) La ausencia de una auténtica igualdad de oportunidades entre los sexos, que deja a las mujeres con mayor frecuencia en posición débil e insegura, a expensas de los hombres.

c) La institución misma que permite que cualquier mujer, por el hecho de serlo, sea susceptible en un momento dado de ser prostituida.

Ante la indiferencia social y la connivencia de algunas autoridades se prostituye a mujeres (niñas, jóvenes y adultas) en dos modalidades: callejera y en locales específicos. La primera se caracteriza porque los contactos se realizan en determinadas calles y avenidas de ciudades principales, fronterizas y puertos; en zonas adyacentes a bases militares; en parques públicos, y en terminales de transporte interurbano. En estos lugares hay bares y cantinas (que también funcionan para hacer los contactos), pensiones y hoteles que complementan la estructura para realizar la prostitución de niñas y mujeres. La segunda modalidad tiene lugar en burdeles o prostíbulos, barras “show” y “night clubs”. También se esconde tras la fachada de servicios de masajes, modelos, edecanes y damas de compañía. En orden al origen del capital base de la infraestructura de los locales específicos citados, hay empresas nacionales y transnacionales.

El informe presentado en febrero de 1997 por la Relatora Especial sobre Violencia contra la Mujer, ante la Asamblea de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas llama la atención sobre los miles de mujeres y niñas que son engañadas, obligadas, secuestradas, vendidas, y en muchos casos, forzadas a vivir y trabajar en condiciones similares a la esclavitud como prostitutas, en una industria a escala internacional. De manera similar lo expresa el Grupo de Trabajo sobre las Formas Contemporáneas de la Esclavitud, de la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección a las Minorías de las Naciones Unidas, al manifestar que en la actualidad la esclavitud comprende la venta de niños, la prostitución infantil, la utilización de niños en pornografía, la explotación del trabajo infantil, la mutilación sexual de las niñas, la utilización de niños en conflictos armados, la servidumbre por deudas, la trata de personas, la venta de órganos humanos y la explotación de la prostitución.

De ahí que la explotación sexual sea uno de los delitos más graves que se cometen contra la infancia. La preocupación por este hecho se contempla en la Convención sobre los derechos del Niño —ratificada por Guatemala el 10 de mayo de 1990—, que compromete a los Estados miembros a proteger a la niñez contra todas las formas de explotación y abuso sexual y a tomar las medidas necesarias para impedir:

a) La incitación o la coacción para que un niño o niña se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;

b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales, y

c) La explotación del niño o la niña en espectáculos o materiales pornográficos.

Es cierto que a los proxenetes el reclutamiento de niñas les garantiza mayores ingresos, debido a la alta demanda de los clientes, ya que las niñas tienen menos o ninguna capacidad de negociación frente a aquéllos. Sin embargo, el alarmante incremento de niñas en la prostitución obedece fundamentalmente a que se permite y tolera que personas adultas abusen de la vulnerabilidad de las menores de edad y atenten contra su libertad sexual. Ahora bien, las

autoridades gubernamentales no garantizan la aplicación de las leyes nacionales e internacionales creadas para proteger los derechos de las niñas, lo que se traduce en falta de acción preventiva para impedir la inserción de niñas y adolescentes en la prostitución. Aún más, en muchos casos, estos funcionarios incurrir en actos de corrupción, facilitando la explotación sexual comercial. La tolerancia, la corrupción y la connivencia se unen para prostituir y negar a las niñas el derecho a una vida digna, quienes son involucradas en la prostitución después de sufrir una cadena vivencial de experiencias violentas (hambre, analfabetismo, enfermedades, abandono, maltrato, incesto, violación, rechazo, discriminación). Su ingreso al mundo de la prostitución genera a su vez otras formas de violencia que destrozan su sentido de la vida, limitan sus posibilidades de desarrollo integral y atentan contra su dignidad.

La mayoría de las mujeres prostituidas han tenido nulo o escaso nivel de formación educativa, carecen de capacitación técnica para desempeñar otros trabajos, y cuando lo han hecho, como trabajadoras domésticas o maquiladoras, a veces se han visto involucradas en un círculo vicioso de explotación y abuso de autoridad que ha terminado por acelerar el paso a su situación actual. La prostitución se ejerce abierta u ocultamente. Son muy pocas las mujeres que, pese a los pocos requisitos que se exigen, están autorizadas para ejercer la prostitución. En 1997 se extendieron 2 010 licencias para ejercer la prostitución, en 1998, 2 713 y en 1999, 3 803.

Los anteriores datos no reflejan las tendencias reales de la práctica de la prostitución. Además de mostrar que muchas veces se ejerce de manera clandestina, también indica que quienes la ejercen, así como quienes solicitan ese servicio, mantienen en constante riesgo sus vidas al no buscar o no tener acceso a la profilaxis, ya sea por desconocimiento, porque no se les atiende o porque es poco accesible o muy costosa.

De esta manera, la atención profiláctica se convierte en posibilidad sólo al alcance de algunas personas o sectores. Mientras la prostitución se practique como ahora, quienes participan ponen en grave riesgo su salud y su vida. Muchas tienen que conformarse con “recetas” caseras como la de “lavarse con limón”, lo que multiplica el peligro de que adquieran y no puedan curarse una enfermedad de transmisión sexual. Si bien la práctica de la prostitución se da en ambos sexos, la más conocida es la de las mujeres. La edad de quienes la practican y están registradas oscila entre los 16 a 45 años. La más frecuente es la que va de los 18 a los 24 años, aunque existen casos de 58 y 62 años. En cuanto a la prostitución infantil no existen datos debido a su prohibición legal. A menudo la prostitución está ligada a la presencia permanente o pasajera de grandes grupos de hombres, como sucede con los trabajadores temporales en la agricultura, minería, transporte, destacamentos militares, los puertos, etc. En zonas fronterizas como San Marcos, Huehuetenango, Petén, el intenso movimiento migratorio y comercial y la proliferación de bares y pensiones crea condiciones propicias para la prostitución. Ello ocurre también a lo largo de la costa sur, en casi todos los municipios y departamentos como Izabal, Jutiapa, Alta y Baja Verapaz y Chimaltenango. En la ciudad capital, las prostitutas acuden asiduamente a lugares cercanos a las avenidas principales, generalmente muy concurridos, como sucede en las Avenidas o Calzadas Bolívar, Aguilar Batres, Calle Martí, Trébol o en sitios como el Cerrito del Carmen, la línea del tren, la 18 y 21 calles, las zonas 3, 4, 5, 7, 11 y 12. Centros de prostitución, como casas y bares de acceso exclusivo, se pueden encontrar también en sectores donde viven estratos altos de la ciudad capital y las cabeceras departamentales.

9. La percepción que los hijos e hijas tienen de sus padres

Una buena relación padre/madre/hijas/hijos aporta un gran beneficio en la vida infantil. Algunos estudios hechos en los Estados Unidos han mostrado que cuando el padre está fuertemente comprometido con sus hijas e hijos, éstos obtienen mejores calificaciones en las pruebas de inteligencia preescolar que aquellos niños cuyos padres no se preocupan por ellos. Un estudio en Barbados sobre niños de ocho años con madres adolescentes encontró que los niños que se desempeñaban mejor en la escuela tenían un padre más comprometido que aquellos que no cumplían tan bien, ya fuera que el padre residiera con ellos o no. La calidad de las interacciones de un padre con su hijo o hija de corta edad (específicamente su sensibilidad a sus necesidades) puede ser un mejor indicador del desempeño cognoscitivo del niño que la cantidad total del tiempo que pasa con el pequeño.

Algunos estudios sobre el cariño revelan que los niños sienten afecto por su padre hacia el final del primer año de vida, independientemente de cuánto tiempo hayan pasado juntos. Los niños que tienen un afecto firme hacia por lo menos uno de los padres desarrollan, según los informes, un interés social mayor que aquellos que no se han encariñado con ninguno de ellos; asimismo, un afecto firme del niño o la niña hacia su padre puede compensar un cariño escaso hacia la madre.

La paternidad comprometida aumenta el bienestar emocional y social de los niños. No es sorprendente que la disponibilidad del ingreso de un padre esté asociada con un desempeño mejor del niño. Hay nuevas evidencias de que la proporción del ingreso de un padre que se destine a las necesidades familiares, no simplemente la cantidad absoluta de la aportación, está definitivamente correlacionada con el bienestar de los niños. En Guatemala, en un estudio de hogares con dos progenitores se indica que existe una asociación verdadera e importante entre el estado nutricional del niño y el porcentaje de su ingreso que el padre aporta a la casa. Se especula que el padre que aporta un porcentaje más alto que el promedio a su familia es posible que tenga un compromiso mayor con sus hijos o hijas

Las circunstancias económicas y familiares que rodean a un niño cuando nace tiene consecuencias importantes para su supervivencia, su estado nutricional y su capacidad para salir adelante. Los niños que nacen fuera de una unión formal y los que nacen después de que sus padres han alcanzado el número de hijos que deseaban, o en otro tipo de situaciones, son potencialmente vulnerables a una manutención inadecuada por parte de sus padres.

De todos modos, el consumo alimenticio de la niñez no garantiza la adecuada ingesta proteínica-calórica necesaria para el crecimiento y desarrollo armónico, y ello repercute en el menoscabo de sus condiciones biológicas, físicas y mentales. Se ha comprobado que la lista de productos que consumen de manera regular los infantes de 6 meses a 3 años se reduce a sal, pan dulce y salado, café, tortilla, frijol y un vegetal.

La niñez manifiesta necesidad de comunicación interpersonal, dentro y fuera del grupo familiar; también tienen necesidades organizativas y de proyección comunal que le permitan expresar sus inquietudes y demandar satisfactores a sus necesidades. Las necesidades de esos niños y niñas en lo fundamental resultan de las restricciones económico-sociales, de espacios

ambientales y de marginalidad; los problemas considerados por la niñez como los más importantes se anotan en orden con el que fueron señalados:

- ◆ Desintegración familiar
- ◆ Falta de comunicación familiar
- ◆ Falta de confianza y comprensión
- ◆ Drogadicción infantil
- ◆ Tráfico y distribución de drogas
- ◆ Violación a los derechos del niño
- ◆ Maltrato a menores
- ◆ Violación sexual a menores
- ◆ Existencia de maras
- ◆ Contaminación ambiental
- ◆ Falta de preparación escolar (Zepeda López, 1993: 96)

Otros estudios en niños y niñas de niveles sociales y económicos más altos, muestran necesidades muy parecidas a las anteriores, ya que como lo expresan los niños y niñas desean sinceridad de parte de el o la adulta con quien se interrelacionan, ayuda práctica, que se les permita relacionarse con otros niños o niñas de su edad, ser involucrados en actividades creativas y recreativas, conversar con adultos sin temor a ser objeto de burla o a ser tildados de mentirosos, desean promesas que se puedan y vayan a cumplir y no ser engañados, que les hablen con la verdad, les informen y tomen en cuenta en cualquier situación familiar, necesitan sentirse respetados.

Un punto importante considerado por los niños y niñas entrevistados en este estudio fue acerca de la forma de comunicarse, ya que consideran que ésta es diferente según la edad que ellos o ellas tengan. Dado que la vida de la niña y el niño pequeños se centra en la familia y en las personas que los cuidan, su desarrollo físico y emocional depende de la atención y cuidados que reciban por medio del diálogo, el juego, observando a los demás y tomando parte de la vida hogareña. Así, conforme crezcan, van alcanzando un mayor entendimiento del lenguaje y desarrollando la capacidad de expresar sus pensamientos.

Es importante saber identificar las diferentes expresiones que manifiestan las niñas y niños cuando están tristes, enojados, preocupados, etc. Por ejemplo, ellas y ellos expresan sus sentimientos o pensamientos por medio de palabras o, indirectamente, a través de su comportamiento, el juego, el dibujo, los sueños, las pesadillas o el llanto. También pueden presentar mal humor, trastornos del sueño y/o retroceder en sus logros alcanzados de acuerdo con su desarrollo.

Por último, los niños y niñas manifestaron que ellos y ellas son más perceptivos que los mayores; por eso, ellos saben cuándo una persona se interesa realmente por lo que les pasa, por lo que mencionan que les gusta sentirse cómodos, que no bloqueen su conversación con actitudes autoritarias o severas y no les gusta que les muestren falta de respeto; sienten que el tono de voz o muy alto o tosco los hacen pensar que el o la adulta está enojado o enojada con él o ella o que no les interesa su situación o problema; si observan una expresión facial que denota aburrimiento, preocupación o enojo mientras ellos o ellas hablan, optaron por callarse o no continuar la

comunicación. Les importa mucho la aprobación con gestos, sonrisas y que les muestren interés y sobre todo mantener un contacto visual continuo y que el o la adulta utilice un lenguaje claro y sencillo de comprender o que les expliquen que significan las palabras.

Los datos de Guatemala casi siempre se refieren a las situaciones que surgen como consecuencia de la falta de una padre, de la desintegración familiar; los niños y niñas entrevistadas son aquellos y aquellas que han sido producto de una situación social; es por eso que no se ha diagnosticado con frecuencia la “normalidad” y así hacer más fácil la construcción de un camino digno para cualquier ser humano, mujer u hombre.

10. Conclusiones sobre el estado actual de conocimientos en sexualidad masculina, reproducción y paternidad en Guatemala

Los Acuerdos de Paz y el clima de democratización, participación y pluralismo abierto por ellos, plantean la necesidad de reconocer la pluralidad étnica y cultural de Guatemala. Sin embargo, ahora es imprescindible impulsar iniciativas, promover la producción cultural de los diversos grupos étnicos, abandonar la idea del folklore como expresión fundamentalmente comercial, destinar más recursos económicos, crear condiciones para que haya un desarrollo cualitativamente distinto de cuanto existe en la actualidad. La política multicultural supone, en consecuencia, que ninguna cultura es superior a otra, que se puede convivir y colaborar en la elaboración de formas superiores de creación espiritual y material. La convivencia democrática es la base de la interculturalidad.

El tema de la paternidad debe abordarse en el interior del marco descrito porque en general no existe conocimiento sobre este asunto entre la población del país; por su carácter novedoso sólo se discute por grupos restringidos, que deberían de tener el compromiso de incluir al pueblo de Guatemala.

Quizás sea en relación con las mujeres donde se profundiza la distancia entre lo que se proclama como compromiso legal y lo que se hace en el ejercicio cotidiano. Así, Guatemala ha firmado la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y la Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer, aunque estas disposiciones de estos instrumentos no se refleja en la vida de las mujeres.

La investigación sobre “La cultura democrática de los guatemaltecos”, hecha por ASIES, se ocupó de establecer las opiniones de una muestra representativa sobre el tema de cómo se percibe la violencia contra la mujer. El 57% de los encuestados consideró grave la situación actual, en tanto que 32% reconoció que no valora bien la situación.

Persisten en Guatemala fuertes rasgos machistas de una cultura patriarcal que no sólo se manifiesta en el seno de la familia, sino también en el trabajo, en la escuela, en los sitios de diversión, en la política y, en general, en todas las dimensiones de la vida social donde se establezcan relaciones de género. La conducta machista varía de acuerdo con el lugar que se ocupa en la estratificación social (Volio, 1998: 173; Nirember y Perone, 1996: 33; Rodas, s/f: 8).

A juzgar por las denuncias recibidas, pareciera que en los niveles más marginados de la sociedad, en los cuales predomina la falta de educación, de ingresos, de salud y de condiciones materiales para vivir con mínimos de dignidad, el peso de los hábitos señoriales es mayor, así como el clima de violencia contra la mujer y la niñez por parte del hombre. El maltrato familiar constituye una práctica delictuosa frecuente, a la cual no es sino recientemente que se le viene concediendo publicidad. La falta de datos no permite afirmar que esas prácticas vayan en aumento, pero al volverse más visible lo que crece es el número de denuncias. Se trata de una conducta criminal y reiterada, difícil de registrar estadísticamente. Las agresiones contra la mujer y la niñez muchas veces no tienen castigo, ya que las personas agredidas no cuentan con una plena protección legal. Se sugiere ampliar el concepto de maltrato familiar porque muchas veces las agresiones del hombre no están solo dirigidas contra la mujer sino contra la niñez, sean hijos o no, que conviven bajo el mismo techo. Se vuelve más compleja la situación, pues los maltratos contra la niñez son cometidos especialmente por mujeres (madres, parientes, vecinas) y también hay violencia contra los ancianos. La violencia en la familia es una agresión a su paz interior, y por ello, un problema social de primera magnitud. También lo es la respuesta penal represiva, que no siempre es la apropiada a la magnitud del delito. Es importante considerar que la paz familiar constituye un bien jurídico fundamental, pues la conducta delictuosa que vulnera ese bien es producida por una situación de dominio violento, de opresión de una persona sobre su pareja y los menores.

En octubre de 1996 se aprobó la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. Un estudio reciente sobre la aplicación de esta ley revela que la magnitud y complejidad del problema todavía no es posible conocerlo a través de registros institucionales y, en consecuencia, que las estadísticas son siempre incompletas. Ese trabajo se refiere a cómo la estrategia correctiva centrada sólo en la ley y en el tratamiento dado al problema por la justicia resulta insatisfactoria para combatir estas formas de exclusión o desprotección. Hacen falta campañas acerca de cómo esta violencia constituye un grave problema social. La desprotección legal no es solamente una debilidad del sistema judicial sino la expresión de un grave problema social, ya que persisten en el seno familiar muchos rasgos culturales que estiman “normal” la violencia, legitiman y perpetúan la utilizada contra las mujeres, y consideran que golpear a éstas y castigar agresivamente al niño o al anciano no es materia penal, sino asunto del fuero privado familiar. Se dice que lo íntimo no es público.

En la encuesta “La cultura democrática de los guatemaltecos”, mencionada anteriormente, se preguntó sobre percepciones acerca de la violencia intrafamiliar. Las respuestas indican que no hay diferencias entre ladinos e indígenas en cuanto a la percepción de la gravedad de la violencia contra la mujer. Tampoco si se comparan esas respuestas según educación, ingresos y sexo. Son apreciables las diferencias regionales. Alrededor de 69% de los encuestados del área metropolitana y 65% de las regiones noroccidental y suroccidental consideran muy grave la existencia del problema, en tanto que sólo la mitad en la nororiental (53%) y aún menos, apenas dos quintas partes (41%) en la suroriental del país creen lo mismo. (INE, 1999a; INE, 1999b)

Los anteriores datos confirman la falta de compromiso real del hombre hacia su sexualidad y su salud reproductiva, así como la ausencia de responsabilidad hacia la paternidad, situación que en muchas ocasiones es avalada por la mujer, razón por la cual es importante incluir hombres y mujeres por igual en el proceso de cambio.

La desprotección legal de los indígenas es una situación que surgió desde los orígenes mismos de la formación del estado nacional y que, en esencia, se mantiene o ha experimentado pocas variaciones. La Constitución de 1985, en su artículo 58, reconoce el derecho de las personas y las comunidades indígenas a su identidad cultural, de acuerdo con sus valores, su lengua y costumbres. Los artículos 66, 67, 68 y 69 establecen normas sobre los derechos culturales de esos grupos, protección a sus tierras y otras disposiciones.

También se han suscrito numerosas convenciones internacionales en las que se reconocen los derechos de la población indígena. La más importante es el Convenio 169 sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ratificado en marzo de 1996 por el Congreso de la República. La población indígena no ha carecido formalmente de derechos propios, pero ha tenido dificultades serias para su ejercicio efectivo. Los indígenas deben vencer numerosos obstáculos culturales para utilizar, en condiciones de igualdad con los ladinos, los recursos de la justicia. Es evidente la desventaja que representa para ellos la diferencia de idioma en que la justicia se imparte, lo que se vuelve más grave en el caso de las cuestiones penales. Muchos de ellos son juzgados en una lengua que no entienden, no se les reconocen plenamente las prácticas de su derecho consuetudinario y frecuentemente no pueden disponer de un abogado para llevar a cabo con éxito una gestión civil o una defensa penal.

La violencia diezma a los jóvenes; la mortalidad de los adolescentes obedece principalmente a factores externos, que incluyen homicidios, suicidios, accidentes y traumatismo. Siguen en importancia las enfermedades infecciosas, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En Guatemala, las tasas de defunción entre los jóvenes son mayores que en el grupo de adolescentes. Sin embargo, la tasa de mortalidad es mayor en el grupo de 20 a 24 años y superior en los hombres jóvenes, quienes representan dos terceras partes de quienes fallecen. Entre las causas identificadas de muerte sobresale la muerte por arma de fuego (31%, principalmente en el grupo de 20 a 24 años).

Las víctimas por arma de fuego son en su mayoría hombres (más del 80%), lo que explica, junto con los accidentes de tránsito, las mayores tasas de mortalidad juvenil. Por otra parte, en comunidades específicas, como Nebaj, se ha evidenciado un aumento alarmante de los casos de suicidio entre jóvenes, en especial mujeres. Debe notarse que éste es un fenómeno de crecimiento importante en el país, que por igual afecta a jóvenes de distintas clases sociales, etnias y géneros.

De todos los hogares con familias nucleares, sólo los urbanos no indígenas con jefatura femenina están por debajo de tres personas por dormitorio. De los hogares con familias extensas biparentales, únicamente los no indígenas con jefatura femenina (rurales y urbano) no presentan hacinamiento.

Entre los hogares con familias nucleares monoparentales, el hacinamiento se encuentra en las unidades domésticas indígenas (con excepción de las urbanas con jefatura masculina) y en las no indígenas rurales con jefatura femenina. Asimismo, en los de familias extensas monoparentales, la línea de hacinamiento es sobrepasada en el área rural por indígenas y no indígenas y en el área urbana por los indígenas.

La población guatemalteca todavía no tiene suficiente confianza en el sistema judicial. En una muestra de líderes políticos, sindicales, intelectuales, empresarios, militares y religiosos, se preguntó si frente a un problema legal es fácil o difícil llevar el caso ante un juez. Las respuestas de que es fácil sólo alcanzó 7.8%; 88.8% consideró que es difícil. Para este último grupo, las cinco principales razones son las siguientes:

Existe corrupción	14.7%
Alta burocracia	11.2%
Ineficacia de los que imparten justicia	15.5%
El sistema judicial es muy complicado	10.3%
Es muy costoso	9.5%

IV. MARCO JURÍDICO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA

1. Políticas, enfoques y acciones sobre educación reproductiva y paternidad

En este apartado se exponen las leyes más importantes con respecto al tema de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y todo lo concerniente a la igualdad de género.

Las leyes continúan colocando a la mujer como única responsable de la planificación familiar; ella sigue siendo la culpable de las situaciones que acontecen en su vida, y en algunos casos incluso se facilitan y perdonan las actitudes de los hombres.

En el anexo III se presentan los extractos del Código de Salud, los Acuerdos de Paz, la Constitución de la República, y otros instrumentos referidos a este tema.

2. La Política nacional de población

Prestación de servicios públicos de salud

i) Sistema General de Salud. El gobierno guatemalteco presta servicios de salud a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El MSPAS sólo alcanza a cubrir alrededor de 25% de la población. El sistema de la seguridad social, accesible sólo para aquellos con empleos formales, beneficia a cerca de 28% de la población activa desde el punto de vista económico, junto con sus esposas e hijos pequeños, lo que representa sólo 5% de la población en su conjunto.

Tradicionalmente, el MSPAS ha prestado atención sanitaria a través de un sistema de tres niveles de servicios sanitarios regidos por una administración central. Los tres niveles de servicios cuentan con puestos de salud, centros de salud y hospitales. Los puestos de salud, de los que hay aproximadamente 860, están situados en pueblos y pequeños emplazamientos. Los encargados de estos puestos suelen ser normalmente enfermeras auxiliares o técnicos y técnicas rurales en salud, que pueden ofrecer a sus pacientes algunos medicamentos, evaluar, y diagnosticar determinadas afecciones y remitirlos a niveles más altos del sistema de salud. Se pretende que los puestos de salud satisfagan las necesidades sanitarias de aproximadamente 2 000 residentes de los alrededores. El segundo nivel de servicios está compuesto por aproximadamente 350 centros de salud situadas en cabeceras o cabezas de municipio. Si se toma en su conjunto los puesto de salud y los centros de salud, están diseminados con una concentración de aproximadamente una instalación por cada 10 000 personas. Los centros de salud suelen estar supervisados por enfermeras y médicos o médicas autorizados, los cuales pueden ofrecer una mayor variedad de medicamentos y tratamientos que los puestos de salud. El tercer nivel de

atención se presta a través de 60 hospitales, situados normalmente en las cabeceras de departamento.

El sistema de seguridad social de Guatemala tiene como objetivo proteger a la población trabajadora del país a través del IGSS. Este sistema no es un programa integral de mantenimiento de la salud, sino más bien cuenta con determinados servicios de salud, como los servicios de urgencias, rehabilitación y salud materna. Por otra parte, no todos estos servicios están a disposición de los cónyuges del trabajador cubierto. Además, sus servicios se concentran en Ciudad de Guatemala, lo cual limita la capacidad del sistema de seguridad social de atender a todos los que tienen derecho a su cobertura.

ii) Atención en salud reproductiva. La atención en salud reproductiva está en la actualidad incluida en el programa nacional materno-infantil (MI) del MSPAS, cuyo objetivo es mejorar los indicadores de salud materno-infantil.

No obstante, en años anteriores el MSPAS utilizó otros programas para tratar las necesidades de salud de las mujeres y las cuestiones específicas de riesgo reproductivo y el lapso entre nacimientos.

Así, en 1989 el MSPAS creó un programa de mujer, salud y desarrollo, encargado de tratar los problemas de salud de las mujeres; incluyó una perspectiva de género en los programas de salud del MSPAS y formó al personal en lo concerniente a la nueva perspectiva de género. Entre otras actividades, este programa estudió el impacto de la violencia doméstica en la salud de las mujeres, así como el problema de la discriminación de género dentro del sector de sanidad. Actualmente, el gobierno impulsa los programas de planificación familiar en todos los sectores. Los servicios de salud reproductiva ofrecidos por el MSPAS en los tres niveles tradicionales de atención son bastante reducidos, excepto en lo que se refiere a los cuidados prenatales, en el parto y el postparto. Algunos métodos modernos de planificación familiar se pueden obtener en los puestos de salud, centros de salud y hospitales, pero la gama de métodos varía en los distintos establecimientos.

Los servicios de salud que el IGSS proporciona, principalmente a las mujeres, se relacionan con el embarazo. En este contexto, el IGSS ha desarrollado un sistema que ofrece asesoramiento en planificación familiar y remite a las mujeres que acuden para atención prenatal a otro nivel de servicio. Sin embargo, la cobertura de este sistema se limita a asesoramiento y remisiones, y el IGSS no suele proporcionar métodos anticonceptivos a los pacientes.

iii) Situación jurídica del aborto. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción. Este principio consagrado en el ámbito constitucional es el fundamento de la consideración del aborto como acto delictivo en las leyes nacionales. En Guatemala, el aborto está tipificado en el código penal entre los delitos contra la vida y la integridad de la persona, con excepción del caso de aborto terapéutico, específicamente autorizado por la ley, en situaciones en que sea imprescindible para salvar la vida de la madre. El código penal sanciona a “la mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause”; asimismo, a “quien de propósito causare un aborto”, y a quien “con acatos de violencia ocasionare el aborto”.

Pese a la ilegalidad del aborto, el MSPAS reconoce que éste constituye uno de los principales y más graves problemas de salud entre la población femenina del país. Así, los abortos atendidos en las áreas de salud del país de los meses de enero a septiembre del 2000 totalizaron 10 030.

iv) Requisitos para el aborto no penalizado. El Código Penal establece como requisitos esenciales para el aborto terapéutico, “el consentimiento de la mujer” y “el previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico”. Además, como dicho código exige que el procedimiento abortivo se realice “sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción”, con el único fin de evitar un peligro para la vida de la madre, y cuando se hayan agotado todos los medios científicos y técnicos disponibles.

v) Penalidad por aborto ilegal. Las mujeres que causen su propio aborto o consientan que otra persona se lo provoque son sancionadas con prisión de uno a tres años. Hay una atenuante a esta penalidad en el caso de que la mujer actúe “impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración psíquica”. En estos casos, la sanción será de 6 meses a 2 años de prisión. Los agentes que causen el aborto con el consentimiento de la gestante reciben una pena de uno a tres años de prisión. Si el aborto fue practicado sin su consentimiento, la condena para estos últimos será de 3 a 6 años de confinamiento. En este último caso, si el agente se hubiera valido de violencia, amenaza o engaño, la pena será de 4 a 8 años de prisión.

En caso de aborto practicado con el consentimiento de la mujer, si sobreviene la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de 3 a 8 años. Si el aborto seguido de muerte se hubiera practicado sin consentimiento de la gestante, el responsable será condenado a prisión de 4 a 12 años.

En caso de que el responsable sea un profesional médico que “abusando de su profesión, cause el aborto o coopere con su realización”, además de las penas señaladas anteriormente, será sancionado con una multa de 500 a 3 000 quetzales y se le inhabilitará para el ejercicio de la profesión por un período de 2 a 5 años. Iguales sanciones se aplicarán en caso de que el responsable sea practicante o persona con título sanitario. El código penal señala expresamente que la tentativa de aborto y el aborto culposo no son sancionados penalmente (Hall, 2000; The Policy Project/Guatemala, 2000).

Recuadro I

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO EN LAS INSTITUCIONES Y ACTORES

Sector u organización	Privado sociedad civil ONG/internacionales	Público	Educación, docencia, capacitación	Servicios médicos	Investigación y/o ejecución de proyectos	Financiamiento de proyecto	Denuncia/ abogacía apoyo	Promoción/ difusión
Ministerio de Salud y Asistencia Social		X	X	X				X
Ministerio de Educación		X	X					X
Comisión Intersectorial Educación (CIEP)		X	X					X
Escuela para padres	X	X	X					
Universidad	X	X		X**	X		X	X
Ejército		X	X	X				
Iglesia evangélica	X		X	X			X	X
Iglesia católica	X		X	X	X		X	X
APROFAM	X		X	X	X		X	X
AGES	X		X		X			X
Organizaciones de mujeres	X		X	X*	X		X	X
Organizaciones mayas	X		X		X		X	X
Grupos de hombres	X				X			
Organizaciones de grupos minoritarios (homosexuales, trabajadoras del sexo, etc.)	X		X		X		X	X
OPS	X		X	X*	X	X	X	
UNICEF	X		X	X*	X	X	X	X
Consejo de Población	X		X		X	X	X	X
CARE	X		X	X*	X	X	X	X
AID	X		X	X*	X	X	X	X

* A través de los proyectos que apoyan.

** No son dirigidos a salud reproductiva, sino a salud en general.

3. Sector público

a) **Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud, a través de su programa nacional de salud reproductiva, intenta cumplir las políticas del Programa Nacional de Salud 2000-2004 para fortalecer y desarrollar planes y programas específicos que contribuyan a disminuir la morbilidad y mortalidad, que repercute con mayor magnitud en el grupo materno infantil; para lograrlo, es necesario aumentar la cobertura de los servicios de salud reproductiva en sus diversos componentes. Se basa en la conceptualización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”. Se incluye a niñas, niños, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, con el propósito de impulsar acciones que garanticen padres saludables que a su vez tengan hijos saludables, ya que la salud reproductiva contribuye en el futuro a que los individuos posean buena capacidad de aprendizaje y de trabajo, puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfrutar de los beneficios sociales.

Este enunciado sirve de marco a los siguientes componentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva: salud materna y neonatal, atención integral a la niñez, adolescentes, mujeres y hombres y la prevención del riesgo reproductivo, salud mental, prevención y control del cáncer ginecológico, promoción de la participación masculina en actividades de salud reproductiva, atención integral a la salud de los adolescentes y prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ETS/VIH/SIDA). Lo complementarán los subprogramas, los planes operativos nacionales, las normas técnico administrativas y las normas y protocolos de atención específicos.

Los objetivos del programa son:

a) Proveer servicios de salud reproductiva a la población, para que los individuos y las parejas disfruten de una vida reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, asegurando el pleno respeto a sus características lingüísticas y socioculturales.

b) Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población a la información, educación, comunicación y servicios de salud reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables, para que asuma su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos.

Las estrategias a utilizar incluyen:

a) Coordinación, participación y convocatoria nacional con relación a la salud reproductiva.

b) Integración normativa.

c) Fortalecimiento de la gerencia institucional mediante la desconcentración y descentralización, apoyando el desarrollo de políticas, leyes, normas y programas que, respetando valores y costumbres de la población guatemalteca, legitimen sus derechos reproductivos.

d) Mejoramiento del desempeño del recurso humano basado en competencias en salud reproductiva integral, en el ámbito personal proveedor de servicios y personal en formación.

e) Fortalecimiento del sistema de información y de su utilización para la toma de decisiones en salud reproductiva.

f) Promoción de la investigación en aspectos de salud reproductiva.

g) Promoción de la salud reproductiva fomentando prácticas positivas en el individuo, la familia y la comunidad que lleven a alcanzar estilos de vida saludables.

h) Monitoreo y evaluación del proceso de desarrollo e implementación del Programa de Salud Reproductiva y de los impactos que logre.

i) Incorporación del Programa a los modelos de gestión existentes.

El monitoreo y evaluación serán llevados a cabo permanentemente, considerando los factores que inciden en el logro de las metas, desde el punto de vista social, político, económico de desarrollo de los servicios y otros. Para verificar el grado de avance del programa se contrastará, periódicamente, el porcentaje de alcance de las actividades y tareas que incluye cada una de las líneas de acción contempladas por todos los actores que son copartícipes en su desarrollo.

El Ministerio cubre aspectos de educación, y capacitación por medio de los talleres que brinda a sus trabajadores. El área más fuerte es la de servicios médicos, ya que cuenta con un gran número de puestos, centros y hospitales de tres niveles, en donde se pueden ejecutar las acciones. En el aspecto promoción y difusión logran abarcar un gran porcentaje de la población, aunque no siempre sus mensajes sean los más adecuados.

El Ministerio de Salud se ha enfocado principalmente en la salud reproductiva, no en la paternidad responsable; así que, a pesar de que el impacto de este programa puede ser favorable en algún aspecto, no se encuentra apoyo para que culturalmente se aborde el problema de la paternidad.

b) Ministerio de Educación de Guatemala (MEG)

El nivel formativo del ciclo primario establece en las materias de naturaleza el conocimiento del cuerpo humano y los procesos de reproducción, que continúan sin modificarse desde hace muchos años y son manejados con prejuicios. Con respecto al tema que aquí interesa, entre 1996 y 1997 el UNFPA desarrolló un programa de capacitación sobre salud sexual y reproductiva y paternidad responsable en escuelas primarias y magisterio de 14 departamentos de

Guatemala. En ese evento participaron además varias instituciones como iglesias, arzobispado, programa de adolescentes y jóvenes, el MED y la CIEP (Comisión Intersectorial de Educación Pública). No se efectuó una evaluación al respecto.

En el nivel del ciclo básico existe una unidad de enseñanza de salud y hombre y salud reproductiva, que se enfoca casi en su totalidad a los temas de anatomía y fisiología humana, pero sus contenidos no están dirigidos al papel de la masculinidad dentro de la salud reproductiva.

Por medio del CIEP y la SECATID se han preparado maestros con mejores conocimientos sobre salud reproductiva, que han actuado como promotores entre el resto de sus compañeros. En general, por ser la mayoría de maestros pedagogos generales los que imparten todo a nivel de básico y diversificado, no se puede esperar mucho de ellos en cuanto a salud reproductiva, como lo han demostrado varios de los estudios realizados, y eso es lo que se intenta corregir desde el enfoque de la masculinidad. A nivel del ciclo diversificado, también se imparte a los alumnos enseñanza sobre el tema de paternidad responsable, canalizando la información a través de la figura del orientador que, por falta de recursos, existe en pocos establecimientos.

Un estudio realizado en 1994 con adolescentes en el área occidental del país muestra que en una cuarta parte de hogares de estudiantes del ciclo básico, entre 12 a 17 años, sus padres no viven juntos; una proporción similar de madres trabajan fuera de casa y 40% de los adolescentes no han tenido orientación sexual. Un 85% de esos estudiantes cree que es el padre el que debe realizar esa actividad y en la mayoría de los casos los padres no hablan del tema, ya que consideran que es obligación del maestro o maestra.

El tema de paternidad responsable casi en todos los centros se maneja como una política de formación de igualdad y equidad entre los escolares mujeres y varones; esto sólo es posible hasta cierta edad. Se quejan los maestros de que los niños después de que se sienten “grandes” cambian y ya no quieren ayudar en los oficios que consideran propios de las niñas. En el área de Quetzaltenango, un estudio reciente (Emilia García de González 1998) ilustra que el 56% de maestros del área de educación complementaria ya han recibido algún tipo de orientación sobre cómo impartir la educación sexual, pero 83% de ellos necesita un programa específico para impartir contenidos en una forma sistemática y completa. El papel de la escuela en relación con la salud reproductiva ha sido más informativo que formativo, según opinan los maestros.

En el nivel primario no se contempla oficialmente enseñanza sobre salud reproductiva o sexual ni paternidad responsable. Especialmente en el interior del país, los padres se han opuesto a tal actividad y en muchos casos, los maestros no cuentan con la capacidad de desarrollar estos temas ni exacta información de qué se debe saber y enseñar al respecto. En algunos lugares del país se ha llegado a acuerdos informales con instituciones para que a nivel de cuarto, quinto y sexto de primaria se den pláticas sobre sexualidad masculina y femenina, que no han sido evaluadas ni se les han dado seguimiento. Así, por ejemplo, la dirección departamental de Quetzaltenango tiene un entendimiento de ese tipo con Médicos sin Fronteras, y con la sociedad de Amigos del País también. Actualmente, la prioridad del Ministerio de Educación es la alfabetización obligatoria para los estudiantes de último año de diversificado, por lo cual no contempla en este momento la inclusión de la paternidad responsable en ningún rubro.

c) **La Comisión Intersectorial de Educación en Población (CIEP)**

La CIEP se integra con 15 instituciones, representantes de los sectores de la sociedad (gremios magisteriales, iglesias, sindicatos, grupos étnicos, universidades, medios de comunicación social, grupos sociales y el sector privado). A principios de 1993, el MED reconoce a la CIEP y un año después se aprueba el eje de educación en población, formado por los siguientes temas:

- ◆ Elementos sociodemográficos.
- ◆ Familia y calidad de vida.
- ◆ Población y desarrollo.
- ◆ Derechos humanos.
- ◆ Salud y población.
- ◆ Sexualidad humana.
- ◆ Mujer, desarrollo y población.
- ◆ Etnia y población.
- ◆ Ecología, población y ética.
- ◆ Medios de comunicación y población.

A mediados de 1994, la CIEP aprueba el material educativo propuesto para capacitación de los maestros y enseñanza de alumnos de preprimaria y primaria, material de radio. En 1995 se presentan los materiales de apoyo técnico de educación en población para docentes y el curriculum para el nivel preprimario y primario, y al año siguiente se inician las actividades sobre este tema en cuatro regiones del país, 184 escuelas y alrededor de 13 000 estudiantes. En ese mismo año, el Presidente de la República firma el acuerdo gubernativo de la creación de la CIEP con carácter de permanente, para asesorar, orientar, coordinar la planificación, organización, ejecución y evaluación de las acciones y actividades que se realicen a nivel nacional. A partir de entonces, la Comisión desarrolló labores de capacitación de maestros, información a padres de familia y se organizaron tres seminarios con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y la Universidad del Valle, para capacitar a diversos sectores sobre el tema.

d) **Escuela para padres**

La escuela de padres ha surgido como una necesidad de continuar la educación dentro de casa y de involucrar a los padres y las madres en el proceso; es un sistema que se da en escuelas o instituciones que se dediquen al cuidado de niños y niñas, quienes solicitan la presencia de los padres y las madres para la enseñanza de diversos temas entre los sí se incluyen la sexualidad, la salud reproductiva, la violencia intrafamiliar, la drogadicción y la delincuencia juvenil.

Sin embargo, la mayoría de las instituciones que tiene este programa señalan que su gran problema es la baja asistencia de hombres; en el mejor de los casos se logra una participación de 30% de hombres, y por lo regular, del 10%. Casi todos ellos han comprobado que el poder del padre sobre esos temas es mayor que el de la madre, especialmente en la zona indígena.

Otra observación realizada por el Departamento de Servicio Social de la Sociedad Protectora del Niño señala que trabajar metodologías reflexivas y en secuencia temática les ha dado un buen resultado, al punto de notar cambios de actitudes de los padres en su involucramiento en tareas del hogar y en la educación de sus hijos. Los profesionales y técnicos que se desempeñan en instituciones de atención a preescolares y lactantes tienen una opinión bastante negativa sobre la labor educativa y formativa que desarrollan: “mantenemos durante el día a los niños en bolas de cristal, que por la tarde y la noche se hacen pedazos; de esa manera resulta difícil formar a los niños, aun cuando aquí se les enseñe a servir a sus compañeras y hermanas, en casa se desvanece esa conducta con el ejemplo masculino y paterno y la resignación de la madre”.

e) Las universidades

Las disciplinas humanísticas y biológicas impartidas en las universidades del país centran la cuestión de género y salud dentro de contenidos de población. Es interesante observar que, por ejemplo, ni en las escuelas de medicina ni en las de psicología exista un curso sobre sexualidad o sobre paternidad o maternidad; no se tratan los factores económicos y productivos que en medio de ella se desarrollan en los hogares, mucho menos se analizan las unidades familiares.

En el tema de salud sexual y reproductiva se incluye las carreras de medicina y psicología, así como en los posgrados de la carrera de medicina, pero solamente desde un punto de vista biológico; no existen aún investigaciones en las universidades sobre estos asuntos ni se han formulado propuestas directas para abordar la paternidad responsable.

f) El Ejército

El Ejército es otra unidad que desde hace años realiza actividades de educación sexual entre la tropa; desafortunadamente, nunca se han evaluado los resultados de dichos programas.

El mayor interés entre los reclutas se relaciona siempre con el manejo de enfermedades sexuales y no existe por ahora ningún programa sobre planificación familiar para hombres. En algunos cuarteles, esta actividad se enfoca a las mujeres que son reclutas. La institución armada considera que, dado que en su infraestructura hay elementos educativos ya planificados, un programa de masculinidad y salud reproductiva podría ponerse en marcha sin ninguna dificultad.

g) Iglesias protestantes (cristiana, evangélica)

La iglesia evangélica tiene establecidas escuelas para jóvenes y adultos, en que se enfoca la educación sexual, la salud reproductiva y la paternidad responsable, no como un elemento aislado de lo que debe ser la familia sino complementario y parte esencial de ésta. La iglesia evangélica trabaja el tema de paternidad responsable, salud reproductiva y educación reproductiva desde tres instancias especialmente: el púlpito en donde se orienta hacia la familia y responsabilidad de padre y madre; en ello se tiene mucho cuidado porque se está ante una asamblea que resulta ser muy heterogénea y ese es un tema muy delicado, muy íntimo. En la

escuela dominical, el tema de la salud y educación reproductiva se trata de manera más amplia, pero siempre enfocando bíblicamente, y se enfatiza en las ventajas de tener pocos hijos. No se trata la necesidad de acercar a la gente al uso de anticonceptivos.

En las escuelas bíblicas o discipulados, la enseñanza es más libre y los grupos que se suelen formar más homogéneos; son lecciones expositivas y debates, en que se tratan temas en serie, y se manejan elementos como autoestima, responsabilidad materna y paterna, prevención de embarazos y espaciamiento de éstos. Sobre el tema de salud reproductiva, entre 1994 y 1996 se trabajó un programa a nivel nacional con otras instituciones y algunas iglesias evangélicas y católicas, utilizando además la radio dentro de un programa de educación en población. El tema de la masculinidad y la educación y la reproducción humana no fue enfocado de esa manera. La iglesia evangélica no es homogénea en sus enseñanzas sobre la salud reproductiva; hay grupos más liberales sobre este tema y otros más conservadores. Más que tocar el tema de salud reproductiva y cuestiones como la planificación familiar, la educación se centra en la genitalidad y en su componente biológico. El aspecto de la planificación familiar es el más espinoso, tanto entre el grupo conservador como en el liberal, más que nada porque la relación sexual pertenece a la relación entre Dios y la pareja, según manifiestan los pastores.

h) Iglesia católica

En el caso de la iglesia católica, ésta desarrolla sus enseñanzas de la paternidad enfocándose a la biología de la salud reproductiva y las enfermedades sexuales. La paternidad responsable y la salud reproductiva la tratan a través de sus pastorales sociales, fundamentalmente de la mujer y de la salud. En la pastoral de la salud, el tema de paternidad responsable y salud reproductiva es tratado a través de sus clínicas de salud y de sus animadores (promotores de salud). El componente de planificación familiar y espaciamiento de hijos se maneja únicamente con la enseñanza de los métodos naturales. Casi todas las pastorales de la salud tienen 10 o más años de trabajar. El eje de la pastoral lo constituye su servicio médico de atención materno infantil, la capacitación y formación a promotores sobre detección y manejo de enfermedades comunes propias de la infancia, el suministro de medicamentos y la medicina tradicional. El programa materno infantil sigue los lineamientos técnicos del programa del MSPAS. La población blanco de los programas es la rural pobre, y aunque no han cuantificado su cobertura, la estiman en 10% de la población. En el proceso se involucra personal profesional, técnico y animadores con entrenamiento en salud y educación reproductiva. Coordinan su trabajo con el MSPAS y participan en los consejos departamentales de salud. Es un trabajo que se realiza con equidad, enfoque de género e igualdad. Una de las debilidades del programa son las limitaciones de recursos y la falta de un sistema de información que les permita mayor eficiencia y conocimiento de lo que están realizando y logrando.

El trabajo en salud reproductiva de las pastorales se fundamenta en los principios básicos de la doctrina de la iglesia: respeto al plan de Dios, respeto a la dignidad de la persona y sus leyes. Es claro que la persona no puede ser utilizada como instrumento en los planes humanos para desnaturalizar el acto de la procreación; “cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la transmisión de la vida”, afirma su doctrina y añade “inseparables son la unión y procreación”. La paternidad responsable se refiere a los procesos biológicos de dar la vida; en relación con las tendencias del instinto y la pasión, la enseñanza comporta el dominio necesario que sobre

aquellas ha de ejercer la razón y la voluntad. La práctica implica la deliberación prolongada y generosa de tener una familia numerosa o con la decisión tomada por graves motivos y en respeto de la ley moral, de evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido a través de métodos naturales y la castidad. La pastoral de la mujer guarda gran similitud con la de la salud en sus aspectos educativos tanto temáticos como metodológicos y se refiere a la paternidad responsable así como a la educación reproductiva dentro de un programa que se llama “salud integral de la familia”. El programa lo han diseñado con tres componentes: información, enseñanza, sensibilización. La etapa de sensibilización la trabajaron durante 1999 y aún no terminan, aunque tienen ya grupos que se están preparando. Consideran que la educación reproductiva es un proceso a largo plazo y no una acción de ir y dar algo. Con una buena orientación se evitarán no sólo el nacimiento seguido de embarazos sino que se logrará la disminución de embarazos tempranos, consideran los que dirigen este esfuerzo en relación con la mujer. Un primer gran esfuerzo dentro del proceso debe ser alfabetizar a la gente. En relación con el papel de la paternidad responsable en la salud reproductiva de la mujer, sienten que es un tema que tendrá que desarrollarse bajo mucha presión y no por mujeres sino por hombres.

Ambas pastorales consideran que el impedimento más grande que tienen los hombres para cumplir sus obligaciones como padres son: un alto grado de alcoholismo y la falta de empleos, así como la educación tan limitada que han tenido hombres y mujeres sobre este tema y otros, como el trabajo y las responsabilidades, que no se pueden deslindar de la paternidad responsable. Quizá sea en los encuentros matrimoniales y en los prematrimoniales en donde se aborde este tema con mayor amplitud consideran las autoridades. Anualmente, de 15 000 a 20 000 parejas se reúnen alrededor del tema matrimonial con todos sus elementos y contenidos, y es en realidad el esfuerzo más sistematizado que tiene la iglesia católica para abordar el tema de paternidad responsable y salud reproductiva.

Lamentablemente, la iglesia católica considera “un pecado” la utilización de métodos anticonceptivos, y además en su mensaje a la mujer sostiene que debe de ser obediente con el esposo.

i) Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM)

La Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), cuya misión principal es brindar servicios de salud sexual, reproductiva y materno infantil, es una entidad privada no lucrativa que cuenta con más de 35 años de prestar servicios ininterrumpidamente en Guatemala. Es la entidad más grande, dedicada a la salud reproductiva y la planificación familiar que opera en el país. Desarrolla fundamentalmente dos tipos de trabajo: atención médica a todos los problemas de salud de la mujer y reproductivos del hombre, y educación y capacitación en salud reproductiva.

Para brindar los servicios médicos y clínicos, tiene organizados en todo el país, a diferente nivel de complejidad, 32 centros de atención y 7 laboratorios de citología y otras necesidades básicas. En éstos se brindan servicios integrales de salud, con especialidad en salud reproductiva, sobre todo a personas de escasos recursos. Uno de sus propósitos es permitir el acceso a la información, educación y selección de métodos modernos de planificación familiar a la población rural; esa labor es apoyada por 4 000 voluntarios, quienes son capacitados para brindar

información sobre salud reproductiva y aspectos de salud materno-infantil, y para distribuir algunos métodos de planificación familiar

Su trabajo de enseñanza y capacitación se desarrolla en diferentes niveles. Se considera que sus programas de divulgación y capacitación han beneficiado desde 1970 a alrededor de 1 300 000 adolescentes, adultos, padres de familia, maestros. Sus autoridades estiman que el trabajo sobre servicios de educación e información dentro del departamento respectivo abarca el 80% de adolescentes de ambos sexos.

Procesos educativos más formales sobre educación reproductiva se impartieron a más de 20 000 adolescentes. En los programas específicos para población adolescentes, analfabetos o de baja escolaridad del área rural, se han involucrado alrededor de 3 500 muchachos o muchachas. En la actualidad desarrollan un programa moderno denominado bebés mecánicos. Dicho programa se enfoca especialmente a adolescentes de ambos sexos, para incorporarlos al manejo responsable de su salud reproductiva, sobre todo en la prevención del embarazo a temprana edad. Se procede a la entrega de muñecos y muñecas con peso y tamaño real, con un registro que establece el cuidado dado por la o el adolescente adoptante.

El departamento de capacitación dedica su esfuerzo a la preparación de personal competente en las ramas técnicas y administrativas de salud reproductiva. Por sus programas de capacitación han pasado más de 22 000 personas nacionales o provenientes de otros países. Cuenta además con un centro de documentación en su disciplina, formado con más de 8 500 documentos y brinda servicios de documentación moderna y computada nacional e internacional. Su trabajo divulgativo lo realiza a través de todos los medios de comunicación escritos y hablados y es autor de innumerables trabajos científicos y técnicos que facilitan la labor de su personal y promotores en la entrega de servicios a la comunidad. Sus folletos de información al público constantemente están siendo actualizados a fin de brindar información exacta, útil y veraz.

Los niveles de pobreza del país son cada vez más marcados. A pesar de ello, APROFAM ha logrado aumentar en gran medida el número de personas atendidas por servicios clínicos, que en 1997 eran 375 017, 586 590 en 1998 y 588 663 en 1999.

APROFAM utiliza diferentes estrategias exitosas mediante mensajes en medios masivos y alternativos, en idioma maya; se capacita a líderes del área rural y maya, a través de jefes de campo, educadores, personal médico y paramédico bilingüe; inclusive, se han hecho estudios operativos con objeto de crear estrategias efectivas de acuerdo con las características socioculturales de la población.

Entre algunas otras de las estrategias utilizadas en APROFAM , se cuentan:

- ◆ Las campañas de espaciamiento de embarazos que se dirigen a las parejas.
- ◆ APROFAM tiene programas para sensibilizar y hacer partícipes a los hombres, en la salud sexual y reproductiva, como parte importante de la implementación del enfoque de género.

- ◆ También ha desarrollado estrategias para trabajar con líderes hombres.
- ◆ Se entregan productos a través de Promotores Voluntarios Comunitarios (3 600), así como la creación de Unidades Mínimas de Salud (14), ubicadas estratégicamente en lugares distintos de la República. Asimismo, un efectivo sistema de referencias que se hacen a través de educativos, de capacitación, líderes comunitarios, tanto a Promotores, como a clínicas urbanas y unidades mínimas.

APROFAM es una de las entidades más grandes del país, pero no cuenta con una estrategia dirigida específicamente a la paternidad responsable; afortunadamente sus autoridades han mostrado disposición a participar en proyectos en un futuro cercano.

j) Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Desarrollo Humano (AGES)

La AGES fue creada en 1979 con objeto de brindar educación sexual sana y responsable, respetando el contexto cultural de las personas. Cuenta con los siguientes programas: educación sexual para todos (maestros, estudiantes, padres de familia.), animadores juveniles (comunicación de joven a joven en los barrios marginales), consejeras juveniles (educación para niñas que tienen problema por abandono y abuso).

El tema central de esos programas es la educación sexual, aunque también se incluyen género, autoestima, cuidado del medio ambiente. AGES fue la primera institución en Guatemala que lanzó un programa de prevención del SIDA en 1988-1991.

En la actualidad viene desarrollando un programa de bolsas de estudio para niñas mayas con enfoque de género, cuyo objetivo principal es desalentar el matrimonio temprano y los embarazos de adolescentes. Se presta ayuda económica directa a las niñas mayas para que asistan a la escuela primaria, secundaria y diversificado, y se imparten charlas mensuales sobre salud reproductiva en lengua maya a los padres y líderes, para aportar elementos de cambios de actitudes en la búsqueda de la salud personal y familiar. Se cuenta con 320 bolsas de estudio para escuela primaria en aldeas del sur de Chimaltenango; 380 bolsas de estudio para primaria, 100 para secundaria y 50 para diversificado en aldeas del norte de Chimaltenango; 100 bolsas de estudio para estudiantes de secundaria y 30 para auxiliar de enfermería en Quiché. En el campo de la educación, durante el período 1994-1997 se realizaron cursos y talleres sobre sistema de educación en salud reproductiva (SESR) en las lenguas mayas, y se reunió a 15 000 participantes.

Entre 1996 y 1997 se desarrolló, en el marco del Programa Nacional de Educación Bilingüe (PRONEB) en tres departamentos, una metodología en que se impartió, con pago salarial a los maestros, la enseñanza de espaciamiento de nacimientos, nacimiento y género, atención a la madre y el niño. En total se dictaron 432 cursos en diferentes lenguas indígenas a 4 000 madres y padres, y el método demostró ser exitoso así como de bajo costo (2.50 dólares por persona). A lo largo de su historia, ha venido elaborando materiales de comunicación e información sobre educación sexual y salud reproductiva, en español y lenguas mayas; muchos de ellos ya están en su última versión y pueden ser utilizados en varios niveles formativos. Según

opina la directora, el tema de la masculinidad en esos materiales es bastante limitado y requiere actualización y nuevo enfoque.

Anualmente, AGES realiza el programa de promoción del compañero para adolescentes (animadores juveniles), dando apoyo y capacitación anualmente a 200 jóvenes que se convierten en promotores hacia sus compañeros. Dentro de la temática que se les imparte, se contempla la paternidad responsable, pero no enfocada a la salud reproductiva. Los animadores se reclutan en barrios marginales. El proyecto de educación sexual para niñas de la calle, enfocado a educación reproductiva, género y autoestima, atiende en la actualidad a 60 niñas que están siendo rehabilitadas por otras instituciones; el objetivo es modificar en ellas conductas sexuales de alto riesgo. Otros programas incluyen prevención del SIDA en trabajadoras del sexo de la ciudad de Guatemala, educación sexual para adultos, capacitación de maestros y profesionales de la salud sobre educación sexual, salud reproductiva, género.

Una de sus metas a corto plazo es tratar de alcanzar la autosuficiencia financiera para conducir sus proyectos y no depender tanto de las donaciones internacionales. El principal problema que afronta la institución se relaciona con la norma del financiamiento en los últimos años, lo que no les permite evolucionar ni tener más cobertura. Su enfoque en salud reproductiva es más médico que de cualquier otro tipo y la mayoría de su esfuerzo se ha dedicado a la mujer. En este momento no cuenta con ningún proyecto sobre paternidad responsable.

k) Organizaciones de mujeres

En Guatemala existen aproximadamente 175 instituciones u organizaciones de carácter feminista; han desaparecido algunas que brindaban apoyo a mujeres en proceso de capacitación para que logran el aprendizaje de un oficio como medio de sustento. La gran mayoría de estas organizaciones centran su atención en la mujer, género, violencia intrafamiliar, sexual, de género, cuando ya ha sido producida y actúan sobre sus consecuencias. En muchos casos no incluyen al hombre.

Convergencia Cívico Política de Mujeres, Centro de Defensa de los Derechos Humanos (CALDH), Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, y la Secretaría de las Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) desarrollan actividades de denuncia y abogacía para responder a las causas que desequilibran a los hogares guatemaltecos, con el objetivo de prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar.

Estas entidades trabajan procesos de sensibilización y capacitación de grupos específicos (estudiantes, maestros, organizaciones que cuentan con programas de atención a la familia); en relación con el tema de la violencia intrafamiliar y el papel del hombre en ésta se han montado cursos y conferencias y se ha hecho divulgación por los medios de comunicación. Los enfoques y contenidos de sus enseñanzas, acciones y recomendaciones carecen de uniformidad dentro de las mismas instituciones mencionadas, y son de las pocas organizaciones que incluyen y abogan por el enfoque de género. Al mismo tiempo, algunas de estas instituciones, como SOSEP y CALDH, poseen programas de atención integral y orientación a víctimas de violencia intrafamiliar que son atendidas desde el punto de vista médico, legal y psicológico.

En opinión del personal de estas instituciones, el origen primario del problema proviene de la incapacidad masculina de manejar su sexualidad, así como su relación emocional con la mujer. La familia guatemalteca no cumple con la función de educar sexualmente a los hijos, aseveran. Muchos profesionales dedicados a este asunto consideran que alrededor de las tres cuartas partes de agresiones intrafamiliares denunciadas, la gran mayoría de tipo físico, son atendidas por el ministerio público y por los hospitales, lugares que no disponen de programas especiales y adecuados, de atención formativa y seguimiento a la víctima y al victimario. Entre las principales causas de la agresión figuran el alcoholismo, el machismo y las alteraciones de la personalidad del hombre. Tan sólo un 10% de los casos tiene origen en la situación económica.

Para todas las instituciones, la consecuencia inmediata de la paternidad mal enfocada es la violencia intrafamiliar. En las enseñanzas del tema de masculinidad y salud reproductiva se involucran especialmente en lo concerniente a relaciones sexuales y violencia a partir del “empoderamiento” (empowerment) de la mujer. Todas esas instituciones carecen de recursos suficientes para el desarrollo de su labor y juzgan que su incidencia en la población resulta mínima e insuficiente.

l) Organizaciones mayas

Desde hace aproximadamente dos años, varias organizaciones mayas han comenzado a trabajar el tema de género y masculinidad a través de talleres y seminarios. La Coordinadora Nacional Indígena (CONIC), el Movimiento Tukun Umam de Quetzaltenango, la Coordinadora de Organizaciones del Pueblo Maya de Guatemala (COPMAGUA) y grupos de retornados y desplazados son las organizaciones más activas. Las entidades que han apoyado técnicamente y financieramente son la Fundación Guatemala, la Fundación Guillermo Toriello, el Instituto para la Cooperación Internacional (IIZ), de Austria y Oxfam de Australia. Los esfuerzos de estas entidades tienen una importancia particular, ya que están en el proceso de analizar el tema de género y masculinidad en el contexto de la cosmovisión maya. Siendo los mayas la mayoría de la población guatemalteca, es de gran trascendencia que se analicen estos conceptos bajo su propio marco cultural e histórico. El proceso está en la fase de definición y discusión de conceptos, de sensibilización y concientización. No existen aún evaluaciones de los resultados.

m) Grupo de Hombres Enlace

Éste es un de los pocos grupos de hombres dedicados a la exploración del concepto de masculinidad. Este grupo de hombres se constituyó hace más o menos 2 años y está conformado por aproximadamente 12 miembros. Tienen una estructura de gerencia horizontal, es decir, el puesto de coordinador es rotativo.

Este grupo ha realizado un proceso de autoanálisis, autoformación y reflexión internos y en octubre de 2000 hicieron su primer pronunciamiento público. El proceso de este grupo es una experiencia única en Guatemala. Se espera que en los próximos tiempos documenten su experiencia para poderla compartir con otros grupos interesados. Aún no cuentan entre sus planes hacer proyectos sobre paternidad responsable.

n) Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS)

Esta organización empezó a funcionar en noviembre de 1993. Su misión es apoyar a homosexuales hombres y mujeres frente a la amenaza del SIDA. Mucho de su trabajo es de información y educación sexual a diferentes grupos de alto riesgo. Es una entidad que realiza investigaciones en poblaciones de homosexuales hombres, travestis, trabajadoras y trabajadores del sexo. El trabajo incluye la discusión y análisis de la sexualidad de estos grupos y se inclina a fomentar la autoestima y el autocuidado para evitar comportamientos sexuales de riesgo. También es una entidad que vigila el cumplimiento de los derechos humanos en estos grupos cuando son agredidos, violentados y discriminados por diferentes sectores. Es vital la inclusión de estas organizaciones porque son una realidad nacional y aportan una ayuda social

o) Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Su trabajo en salud reproductiva es de antigua data, pero reciente en el campo de la masculinidad y la salud reproductiva del hombre. Desde hace tres años se viene promoviendo la participación activa del hombre, tanto en los sistemas de salud como en salud reproductiva.

En la actualidad, la OPS es miembro cooperante e intermediario de fondos en varios ensayos que se realizan en diferentes localidades del interior del país, y eso le ha permitido ir aclarando y perfeccionando metodologías de sensibilización, concientización, información y formación de masculinidad.

Hay varios aspectos de la experiencia acumulada por la OPS que resultan de gran utilidad. Así, los profesionales que trabajan sobre masculinidad y salud reproductiva resienten este tema como muy personal, político y controversial, ya que es reivindicativo de valores.

Un mensaje que debe quedar muy claro para el hombre y para la mujer es que la maternidad y muchos eventos y comportamientos de género en la salud reproductiva no están biológicamente determinados. En ese sentido, se debe fortalecer la importancia del tema en lo privado y también en lo público.

Las experiencias en el campo parecen indicar que los involucrados en el programa son los hombres que detentan el poder local y el dinero. Si se usa ese poder local más el individual, probablemente se podrá disminuir la mortalidad infantil y materna. Los aspectos metodológicos hasta ahora desarrollados les ha permitido advertir que el trabajo de sensibilización y concientización, para que dé frutos, debe ser manejado de hombre a hombre. La OPS también viene desarrollando un papel de cooperante y asesoría al MSPAS y al SIMNA en el desarrollo de actividades de masculinidad y salud reproductiva.

p) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

El trabajo de esta institución en salud y nutrición se fundamenta en los derechos del niño y la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La institución está interesada en que la gente identifique los signos de riesgo en sus temas de desarrollo y actúen

sobre ellos: el autocuidado familiar es el resultado esperado dentro de un proceso de incorporación a la salud total, manejada por contrapartes como el MSPAS y el municipio.

El tema de salud y reproducción presenta los siguientes elementos básicos: información sobre espaciamiento de embarazos, reducción de mortalidad materna, hijos y afectos a temprana edad, en donde se incluye el tema de masculinidad. La institución se encuentra interesada en estudiar métodos y procedimientos encaminados a la adecuación de los servicios existentes al hombre. En este momento, el programa está aún en su fase de sensibilización, a la que seguirá la concientización, el rompimiento de dogmas, la investigación sobre opiniones de la gente y elaboración de metodologías de acción.

El proceso debe ser muy lento si se pretende consolidar y que las familias asuman la responsabilidad de lo que la masculinidad puede significar. En el mediano plazo, se deben transformar los servicios para incluir al hombre, dándole espacio a sus necesidades; en el largo plazo, esos cambios de conducta habrá que incorporarlos a otros campos, como el de igualdad de oportunidades en el acceso a recursos productivos.

q) La Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (AID)

La AID fija su postura en cualquier tema de la salud siguiendo su estrategia central que consiste en “mejor salud para mujeres, niñas y niños en el área rural”, y su principal actividad en ello es el fortalecimiento institucional y el mejoramiento de calidad de servicios y la negociación política de la inversión tanto con el gobierno central como local. Su apoyo a acciones específicas se desarrolla en cinco departamentos de la República.

Para los funcionarios de salud de la AID, la paternidad es un enfoque estratégico, que debe enmarcarse dentro de un enfoque de género, y su desarrollo debe fundamentarse en los resultados de investigaciones diversas, incluyendo la investigación operativa realizada por el Consejo de Población. El papel de la masculinidad en la salud reproductiva no debe concebirse sólo como elemento decisivo, sino también facilitador. En el trabajo de la AID, hasta la fecha se ha consolidado el enfoque de género, mas no se ha desarrollado el concepto de masculinidad.

En los últimos años, la agencia ha estado apoyando financieramente a otras instituciones en investigaciones en este campo (AVCS, APROFAM, CARE, Consejo de Población, etc.).

Según su perspectiva, masculinidad y salud reproductiva requerirían explorarse con el criterio de costo-beneficio y sobre la base de una definición precisa de sus contenidos y sentidos. Por consiguiente, se necesitará emprender un proceso de concientización que involucre a amplios sectores y capacitar en este enfoque a técnicos y profesionales.

r) Consejo de Población

Desde 1994 el Consejo de Población ha venido desarrollando investigaciones operacionales (IO) en el área de masculinidad y salud reproductiva, en las que han participado APROFAM, AGES y APROVINE. El objetivo ha sido detectar procedimientos y técnicas que

permitan mejorar la participación de los hombres en la discusión sobre la salud sexual reproductiva. Esas tareas se han desarrollado en el área indígena del Quiché. Las IO también han contemplado el trabajo con maestros bilingües que han sido docentes en salud sexual y reproductiva. Asimismo, se trabajó con promotores de APROFAM en actividades de enseñanza con parejas en el hogar.

Las investigaciones han demostrado que sí se puede trabajar con hombres y que éstos son importantes para asegurar el éxito de programas de salud reproductiva. La participación y formación no se logra en hombres rurales a través de los métodos tradicionales educativos, sino que el enfoque individualizado, en el hogar, parece ser muy prometedor.

Además de los resultados metodológicos, los estudios han mostrado que los hombres aprenden sobre actividad reproductiva y que además hay cambios de actitud que se pueden demostrar por el aumento de demanda y consumo de métodos anticonceptivos.

s) CARE

Desde 1996 esta institución ha venido desarrollando en el Departamento de Baja Verapaz dos experiencias en masculinidad y salud reproductiva. La primera se relaciona con capacitación en salud reproductiva a catequistas (pastoral social), encargados de dar pláticas prematrimoniales a parejas. La segunda, en coordinación con una ONG denominada CAFESANO, consiste en la elaboración e implementación de una radionovela para hombres que se transmite por la tarde y que sirve como medio para generar discusión entre los hombres sobre temas de salud sexual y reproductiva y la participación del varón como apoyo a la mujer.

La población blanco de los dos proyectos es campesina, estimada en 20 000 habitantes y con una cobertura directa a 1 500 hombres. Participan profesionales y técnicos de la medicina y la salud. No se han evaluado los resultados, pero se sabe que la participación de los hombres ha sido alta. Se considera que después de la sensibilización y concientización a que fue sometida la población, seguirá una etapa de definición de estrategias e implementación de intervenciones sobre el tema.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones generales

a) Guatemala es un país pluri y multicultural, que cuenta con 23 grupos étnicos, cada uno con sus respectivas lenguas, en donde predomina la cultura machista que asigna al padre la función de engendrar hijos o hijas y la manutención económica.

b) La discriminación se practica de diversas maneras, y ello afecta a la etnia, al uso y derecho sobre la tierra, la educación, la salud, la ideología, la política, la pobreza y el género. Se dirige tanto a hombres como mujeres, de cualquier edad, y por ello prevalece la alta tasa de mortalidad infantil y materna, así como las pésimas condiciones de vida.

c) Guatemala ocupa el lugar 117 en el índice de desarrollo de los países, dato que confirma el nivel de la pobreza y el escaso acceso a servicios de todo tipo.

d) La población estimada, según ENIGFAM 1988/1999, es de 10 553 326 personas, 48.8% del sexo masculino y 51.2% del sexo femenino.

e) La población urbana totaliza 4 186 061 personas (39.7%) y la rural 6 367 265 habitantes (60.3%). La población rural sufre más las repercusiones de la pobreza y la paternidad irresponsable.

f) El alfabetismo es más alto en el área urbana (74.7%), mientras que en el área rural es de 63.1%. Los hombres al igual que las mujeres del área urbana presentan índices más altos de alfabetismo, lo que prolonga la interminable cadena de manejo de poder masculino.

g) La población económicamente activa en su mayoría se ubica entre los 15 y los 55 años (79.1%); en el área urbana este segmento representa 83% y en el área rural 76%. Son numerosos los niños y niñas trabajadoras que se emplean por no contar con el apoyo familiar.

h) Existen 1 997 537 hogares; 866 067 pertenecen al área urbana y 1 131 470 a la rural; predomina la jefatura masculina (79.5% total de las dos áreas). Los hogares ampliados, es decir, que incluyen varios miembros aparte del padre, la madre y los hijos e hijas suman el 30.2%.

i) Un 46% de la población del país vive en una zona donde no hay servicios de salud públicos y modernos, y en esto destacan las ocupadas por pueblos indígenas, situación que aumenta el pésimo estado de vida y las escasas oportunidades de trabajo, factores asociados a la desintegración familiar.

j) El índice de pobreza es de 25.9%; las áreas más afectadas son la noroccidental y la norte (38.5% y 34.7%, respectivamente), seguidas de la suroccidental (30.4%) y la nororiental

(30%), mientras que la metropolitana muestra el índice más bajo (11.4%). La descentralización en Guatemala es un proyecto aún lejano; por ahora, la concentración metropolitana constituye un factor determinante para la pobreza y la desintegración familiar.

Los Acuerdos de Paz y el clima de democratización, participación y pluralismo abierto por ellos plantean la necesidad de tener en cuenta constantemente las diferencias etnoculturales entre los grupos no indígenas y los indígenas, y entre éstos mismos.

Los artículos 66, 67, 68 y 69 de la Constitución de la República reconocen el derecho de las personas y las comunidades indígenas a su identidad cultural, de acuerdo con sus valores y costumbres, aunque esto no se ha cumplido cabalmente. Por ejemplo, aún prevalece una alta tasa de analfabetismo, que afecta mayoritariamente a las áreas rurales, al tiempo que en éstas hay un mínimo acceso a servicios de salud. Al no existir políticas pluriculturales, que incluyen la diversidad de costumbres, tradiciones, el derecho consuetudinario de los diversos grupos étnicos y los lenguajes propios de las regiones, no se puede llegar al total de la población con leyes, acuerdos, normas o reglas que beneficien a las guatemaltecas y los guatemaltecos sin distinción de ninguna especie.

2. Recomendaciones generales

a) La propuesta sobre paternidad responsable debe incluir los temas de salud sexual y reproductiva, enfoque de género, masculinidad y feminidad.

b) La unificación de conceptos sobre estos temas debe realizarse en los aspectos de investigación y discusión por todos los sectores participantes, a fin de incentivar el trabajo en grupo de las diversas organizaciones y sectores participantes.

c) El gobierno debe de tomar un papel organizativo, uniendo a todos los sectores de la sociedad civil, militar, grupos étnicos, etc., sin imponer sus criterios, porque fracasaría el intento de cambio, debido a la marcada desconfianza hacia el sector oficial.

d) Las diferentes denominaciones y subdivisiones eclesiásticas (católica, evangélica, adventista, testigos de Jehová, mormones, combinadas) son claves para este proceso.

e) Los grupos mayas, garífunas y xincas deben contar con una representación comunitaria, gubernamental, privada, educativa y de salud, entre otras, además de ser convocados hombres y mujeres para conocer sus puntos de vista, para que no se les imponga la concepción de los participantes que no pertenecen a estos grupos.

f) Es importante que el derecho consuetudinario (leyes mayas) sea conocido, comprendido y respetado por todos, para que las propuestas de este plan nacional logren impacto en todas las áreas, partiendo del respeto de cada identidad.

g) Las organizaciones de mujeres deben incluir en todos sus procesos a los hombres, por el alto poder de convocatoria y experiencia en los programas, y de esta manera se podrá

obtener mejores resultados en el manejo de la violencia de género, mediante la participación de ambos sexos.

h) Las empresas privadas son parte crucial de este proceso, ya que cuentan entre sus filas a numerosos hombres que podrían abordarse dentro de su lugar de trabajo.

i) Cada proyecto o propuesta debe de enfocarse de acuerdo con el grupo o grupos con los que se trabajará, debido a la multiculturalidad del país. Es probable que lo que funcionó en una región, no se logre en otra.

j) Recordar que reeducar a un adulto o adulta es más difícil que a un niño o niña, así que las técnicas, programas y actividades estarán determinadas por la edad.

k) La evaluación constante, así como la presentación de resultados a todos los participantes, logrará que las personas crean en la transparencia y calidad del proyecto, además de que se difundirá rápidamente y se unirán más sectores.

VI. PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE UN PLAN NACIONAL SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA PATERNIDAD RESPONSABLE EN GUATEMALA

1. Recomendaciones de las entidades entrevistadas para la propuesta de un Plan Nacional

En las entrevistas efectuadas para esta investigación con las diversas organizaciones se recopilaron sugerencias para la formulación de un plan nacional y los procedimientos a utilizar.

Recomendaciones sobre procedimientos y temas clave:

- a) Crear una plataforma para el debate público del tema, en el que participen todos los sectores sociales, sin discriminación hacia las diferentes posiciones.
- b) Identificar una amplia gama de sectores para garantizar una auténtica representatividad de todas las corrientes de pensamiento del país, y así conocer y socializar los diversos enfoques del tema.
- c) Formular el plan con la visión biopsicosociolegal y cultural, evitando privilegiar únicamente la perspectiva bióloga.
- d) Promover coordinación y cooperación entre los diversos sectores que trabajan sobre el tema para la formulación del plan nacional.
- e) La transparencia y honestidad en las discusiones sobre el tema son esenciales para su éxito, debido a las implicaciones éticas, morales, filosóficas, ideológicas y culturales de todos los participantes.
- f) Establecer y definir un concepto único del tema con enfoque integral, para que la mayoría de las entidades que trabajan en sus diversos aspectos lo manejen con un lenguaje común.
- g) Socializar y compartir las pocas experiencias sobre la paternidad responsable en Guatemala, para que sirvan de base en el aspecto teórico e investigativo en las etapas de diseño, implementación y funcionamiento del plan.
- h) Generar actividades en donde las organizaciones y personas participantes puedan compartir experiencias para enriquecer el proceso.
- i) La mayoría de las experiencias no han sido documentadas, evaluadas, seguidas y difundidas, por lo cual no existen datos estadísticos válidos.

j) Con escasa excepciones, no hay investigaciones sistemáticas sobre los temas de salud sexual y reproductiva del hombre, paternidad responsable y masculinidad en Guatemala, que enfoquen las diferencias étnicas, etáreas, geográficas y socioeconómicas, razón por la cual es necesario el apoyo de investigaciones sobre el tema.

a) Sectores importantes para participar en los procesos de coordinación, conceptualización y formulación del Plan Nacional

- ◆ Grupos de adolescentes organizados, ladinos, mayas, garífunas, etc.
- ◆ Grupos de hombres organizados, ladinos, mayas, garífunas, etc.
- ◆ Grupos de mujeres organizadas, ladinas, mayas, garífunas
- ◆ Organismo ejecutivo específicamente Ministerio de Trabajo, de Educación, de Salud, Obras Sociales
- ◆ Organismo legislativo y judicial
- ◆ Sector privado productivo
- ◆ ONG
- ◆ Iglesias de todas las denominaciones
- ◆ Sector civil
- ◆ Agencias donantes
- ◆ Universidades, escuelas formadoras
- ◆ Líderes mujeres y hombres civiles, comunitarios partidos políticos, sindicatos
- ◆ Minorías sexuales que incluyan homosexuales, trabajadoras y trabajadores del sexo
- ◆ Comunidad en general

b) Sectores importantes para participar en los procesos de implementación del Plan Nacional en la ejecución de programas

- ◆ Grupos de la sociedad civil (hombres y mujeres)
- ◆ Grupos étnicos hombres y mujeres
- ◆ Agencias donantes y cooperantes
- ◆ ONG
- ◆ Medios de comunicación
- ◆ Sector privado productivo
- ◆ Organismo ejecutivo, específicamente Ministerio de Trabajo, de Educación, de Salud
- ◆ Organismo legislativo y judicial

2. Propuesta del Plan Nacional

a) Introducción

La propuesta sobre la creación de un Proyecto Nacional de Paternidad Responsable incluirá la salud sexual y reproductiva, el enfoque de género, masculinidad y feminidad.

Es importante que al plantear propuestas, los siguientes temas sean la base de:

- Conocimiento del cuerpo humano y sus funciones.
- La familia como fundamento de la sociedad.
- Desintegración familiar y sus consecuencias.
- Responsabilidad de los padres y las madres hacia los hijos e hijas.
- Igualdad y equidad de género entre hombres y mujeres, grupos étnicos, de edad, etc.
- Violencia en sus diversas manifestaciones: hacia la mujer, el niño y la niña, adolescentes hombres o mujeres, hacia el hombre, conyugal, laboral, social, política.
- Las consecuencias de la violencia en sus variadas manifestaciones: delincuencia juvenil y de adultos, niños y niñas y de la calle, subempleo, pobreza, maras, embarazos precoces, violaciones sexuales, incesto, prostitución de mujeres y hombres, homosexuales, prostitución infantil, trata de blancas, contagio de ETS/SIDA, mala calidad de vida, trabajo infantil.
- Planificación familiar: una responsabilidad de dos.
- Métodos de planificación familiar existentes y los que se obtienen en Guatemala.
- Porqué el hombre debe de planificar.
- Número de hijos deseados, espaciamiento de embarazos, calidad de vida.
- Participación del hombre en todos los procesos desde la concepción de un hijo o hija, y el rol de padre compartido con el de la madre.
- Conocimiento del marco jurídico legal sobre el tema en Guatemala, para saber cómo utilizarlas en caso necesario.

El anterior listado debe manejarse a nivel nacional, por todas las organizaciones, sectores y personas, si se pretende lograr un verdadero impacto.

b) Objetivos generales

i) Promover la responsabilidad paterna en los hombres de los diferentes sectores de la sociedad, sin importar edad, nivel socioeconómico, etnia, ni ocupación, con el objetivo de que asuman su participación responsable en la decisión de concebir, procrear y educar a los hijos e hijas. Asimismo, se debe incluir a la mujer para que sea ente de cambio, y evitar que perpetúe el machismo con sus actitudes de sumisión ante el hombre.

ii) Obtener por medio del acercamiento del padre hacia los hijos e hijas, una sociedad más segura y sana mentalmente, con equidad e igualdad de género.

iii) Realizar el proyecto respetando la diversidad cultural del país, y lograr impacto en todas las regiones.

iv) Crear el equipo de trabajo integrado por sectores gubernamentales y no gubernamentales, iniciativas privadas y públicas, sociedad civil, etc.

c) Temas centrales

i) Salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres. Gracias al conocimiento del cuerpo humano, sus diversas funciones, la sexualidad en todos los aspectos, las relaciones sexuales, la elección de tener hijos y la planificación familiar, el hombre y la mujer, pueden tomar mejores y más responsables decisiones acerca de sus cuerpos.

ii) Género. Es importante entender que el género es un rol construido e impuesto por la sociedad, y no algo definido por naturaleza.

iii) Relaciones paternas y maternas. Se debe enseñar a los hombres y mujeres el impacto que genera en un niño o niña la paternidad y maternidad responsable, así como las adecuadas relaciones interpersonales entre los padres.

iv) Impacto de la paternidad responsable en niños, niñas y adolescentes hombres y mujeres. Al conocer el impacto beneficioso que obtendrán los más jóvenes de la población, el hombre se beneficiará directamente, ya que será creador de una sociedad más adecuada y equitativa.

d) Grupos poblacionales

- Hombres y mujeres con hijos e hijas, de todos los grupos étnicos
- Hombres y mujeres sin hijos, de todos los grupos étnicos
- Niños, niñas, adolescentes hombres y mujeres de todos los grupos étnicos
- Minorías sexuales, trabajadoras del sexo

- Trabajadores y trabajadoras de los diversos sectores laborales
- Mujeres y hombres líderes en diversos sectores
- Medios de comunicación, educadores y formadores

3. Características del Programa

a) Debe ser un programa integral con perspectiva de género, igualdad y equidad, con una visión biopsicosociolegal y cultural. No se permitirá que ninguno de los enfoques se imponga por encima de otro.

b) Es importante la participación de todos los sectores a los que va a llegar; por ejemplo, deben de estar representadas las amas de casa, vendedoras y vendedores del mercado, para que aporten sus conocimientos como base para obtener las sugerencias adecuadas.

c) En la elaboración, ejecución , evaluación y seguimiento de cada actividad debe de valorarse al grupo objetivo, para que el tratamiento sea personalizado; no se debe utilizar el mismo material en cada región, ya que no se llenarían las expectativas de cada grupo poblacional.

d) El proceso de ejecución de proyectos que surgirán debe de basarse en la conceptualización única y definida anteriormente por todos los sectores participantes con respecto a los temas.

e) El programa no discrimina a ningún sector, organización, persona, ya que lo que intenta es la construcción de un pensamiento compartido a nivel nacional.

f) El programa debe de prevalecer aun con cambios de gobierno, y debe de ser autosostenible financieramente.

g) La medición y evaluación de cada uno de los procesos del programa es obligatoria, además de la promoción y continuidad de la investigación y no solamente de ejecución de proyectos con otros fines.

PROPUESTA SOBRE LA CREACIÓN DEL PLAN GENERAL

Producto	Objetivo	Actividad
Participación activa de los sectores involucrados en los temas de masculinidad, salud sexual y reproductiva, paternidad responsable.	Lograr la participación activa de los diversos sectores involucrados en los temas de interés para la primera parte del proceso.	Convocar a los diferentes sectores a reuniones de socialización y presentación del tema, para que de allí se inicie la discusión y surjan propuestas.
Debate público con los sectores involucrados sobre este tema.	Involucrar a los diferentes sectores en la participación y discusión sobre los temas de interés en debate público.	Convocar al debate a los diferentes sectores involucrados con agenda específica.
Sensibilización y concientización a los diversos actores participantes sobre el tema y así crear conciencia personal y compromiso dentro del proceso.	Crear la sensibilización y concientización en los representantes de los diferentes sectores sobre la importancia del tema.	Actividades de tipo grupal, participativas, en donde se involucre directamente a la persona, para proporcionar los mecanismos oportunos para sensibilizar y concientizar.
Conceptos claros sobre masculinidad, salud sexual y reproductiva del hombre y la paternidad responsable en el contexto de Guatemala.	Redactar conceptos integrales sobre masculinidad, salud sexual reproductiva y paternidad responsable.	Documentar, investigar, proponer y, en trabajo de grupo, redactar los conceptos que surjan de lo investigado y propuesto por los y las participantes.
Conceptos definidos, que cuenten con el conocimiento, apoyo, manejo y utilización de los sectores participantes involucrados.	Utilizar los conceptos anteriormente redactados en las diversas actividades de los sectores y personas participantes.	Discutir, proponer y aceptar cambios sobre lo redactado, y así definir los conceptos, para que puedan ser publicados y enviados a todas las organizaciones y personas participantes.
Visión y misión definidas para formular y proponer políticas en masculinidad, salud sexual y reproductiva del hombre y paternidad responsable.	Identificar las metas reales sobre el plan de acción.	Discusiones sobre las metas que se desean conseguir, sus opciones y el planteamiento de posibilidades, para que cada sector inicie el trabajo.
Objetivos, metas y propósitos definidos y aprobados para la formulación de propuestas de políticas inter e intrasectoriales.	Contar con objetivos, metas y propósitos definidos.	Realizar sesiones de trabajo en donde cada grupo desde su perspectiva proponga y en discusión general de grupo se logre el consenso y aprobación.
Socialización de las experiencias existentes en Guatemala.	Establecer el intercambio de experiencias existentes en Guatemala entre todos los participantes.	Citar a reuniones en donde se dará a conocer información verbal, por escrito o por medio de visitas de campo a proyectos existentes.
Establecimiento de los temas que requieran ser investigados para documentar los vacíos de información existentes.	Identificar los temas que no han sido documentados para realizar investigación.	En reuniones anteriores, por medio de entrevistas, cuestionarios o comunicación de otro tipo, solicitar a todas las organizaciones participantes su opinión, y así determinar cuáles son los temas sobresalientes a investigar.
Programas propuestos para cada sector, según las necesidades determinadas.	Contar con programas por sector.	Reuniones inter e intrasectoriales.

Financiamiento, recursos con los que se cuentan.	Cuantificar y verificar los recursos económicos, humanos y materiales con los que se cuentan.	Cada organización o persona proporcionará información y compromiso con lo que puede apoyar las diversas partes del plan, investigación, ejecución, etc.
Financiamiento fuera de las organizaciones participantes del proyecto.	Identificar fuentes de apoyo para el financiamiento de proyectos.	Socialización, presentación, y negociación de los proyectos a las entidades patrocinadoras interesadas.
Datos estadísticos y experiencias personales. Informes y resultados.	Definir formas para transmitir información sobre cualquier aspecto de las actividades realizadas a todos los sectores.	Presentación continua a todos los participantes de los resultados de cualquier proceso realizado.
Evaluaciones.	Ejecutar evaluación a todo proceso en los diferentes momentos y aspectos, con los instrumentos necesarios.	Evaluación metódica de cada proceso, de acuerdo con lo establecido por todos los participantes.
Resultados.	Describir los resultados obtenidos cualitativa y cuantitativamente.	Presentación en un foro nacional de los resultados de todas las actividades que se hayan realizado.

Después de las reuniones de consenso sobre paternidad responsable, el siguiente paso será desarrollar el tema por cada sector técnico.

INVESTIGACIÓN
EDUCACIÓN
LEGISLACIÓN
DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4. Propuestas específicas por sectores

a) Educación

i) Introducir dentro de la currícula de los niveles primario, secundario, diversificado y superior, los temas sobre cuerpo humano, salud sexual y reproductiva, género, desarrollo humano, enfermedades de transmisión sexual, VIH, valores como ser humano, autoestima, violencia, con la perspectiva biopsicosociolegal y cultural y con enfoque de género. Su inclusión será obligatoria en los sectores privado y público, en las áreas urbanas y rurales. Pese a que algunos de estos temas ya se incluyen en ciencias naturales, salud y seguridad y biología, no son mostrados y adaptados para que la o el estudiante lo asuman normalmente, ya que se dan ejemplos no acordes con la realidad nacional.

ii) Los temas deben de ser abordados con naturalidad, con lenguaje adecuado y no permitir el uso de otras palabras para órganos genitales; por ejemplo, se recomienda decir “pene”, en vez de “pajarito”, “su parte”, etc.

iii) Establecer mecanismos de coordinación entre las entidades que trabajan en el ámbito educativo para unificar conceptos, aprovechar recursos y potencializar acciones para que la información sea transmitida de igual manera a la población estudiantil.

iv) Realizar, adaptar y validar material educativo para todos los interesados, considerando lenguaje, grado educativo y sector al que se apunta, porque si no se hace esto, el proyecto fracasaría.

v) Capacitar a personal seleccionado sobre los temas mencionados en el punto 1.

vi) Evaluar el proceso en todas las etapas con instrumentos validados.

vii) Intercambiar experiencias de todos los participantes para enriquecer el proceso.

viii) Realizar investigaciones desde diversos puntos de vista sobre el tema en el sector educación; por ejemplo, cómo ven los maestros el tema, cómo lo viven, cómo consideran ellos o ellas que pueden incidir en los alumnos para fomentar la paternidad responsable, e incluso saber si están de acuerdo con el plan, sus expectativas, etc.

b) Salud

i) Definir objetivos, estrategias, metas y acciones sobre los temas de interés: cuerpo humano, salud sexual y reproductiva, género, desarrollo humano, enfermedades de transmisión sexual, VIH, valores como ser humano, autoestima, violencia, de acuerdo con el grado educativo en que se impartirán, con la perspectiva biopsicosociolegal y cultural y con enfoque de género.

ii) Proporcionar a todos los sectores los conceptos definidos en el plan nacional para unificar conceptos, de modo que cualquier actividad de las áreas mencionadas se realice en un lenguaje común.

iii) Realizar, adaptar y validar material educativo sobre salud sexual y reproductiva y paternidad responsable para los trabajadores de los tres niveles públicos y privados, así como para los usuarios y usuarias de los servicios de las distintas comunidades.

iv) Capacitar a personal seleccionado para que reproduzcan lo aprendido con los trabajadores institucionales y voluntarios, y a su vez éstos multipliquen capacitaciones a los usuarias y usuarios de los sectores privados o públicos.

v) Evaluar el proceso en todas las etapas.

vi) Intercambiar experiencias de todos los participantes para enriquecer el proceso y así corregir posibles situaciones negativas que se presenten.

vii) Realizar investigaciones entre usuarios y usuarias para saber qué piensan del tema, si esto puede afectar su salud o la de sus hijos o hijas, y de este modo conocer cómo la población considera el tema o lo desconoce.

viii) Realizar campañas de difusión y divulgación del tema, enfatizando cómo la paternidad responsable incide en la calidad de vida.

c) Organismos legislativos y judiciales

i) Definir objetivos, estrategias y acciones sobre los sectores y la forma en que éstos deben incluir el tema de interés en los organismos mencionados, con la intención de abarcar al total de trabajadores y trabajadoras, así como beneficiar a los hombres y mujeres que utilicen los servicios.

ii) Divulgar en estos organismos los conceptos definidos en el plan nacional, como una forma de iniciar el proceso de sensibilización y concientización de las personas a las que se destina la información.

iii) Realizar, adaptar y validar material educativo para todos los trabajadores de ambos organismos, así como para los usuarios y usuarias de los servicios de las distintas comunidades.

iv) Capacitar a personal seleccionado para que reproduzcan lo aprendido con los trabajadores institucionales y voluntarios.

v) Evaluar el proceso en todas las etapas con instrumentos validados.

vi) Intercambiar experiencias de todos los participantes para enriquecer el proceso.

vii) Realizar campañas de difusión y divulgación del tema .

d) Sector laboral privado y público; sociedad civil; medios de comunicación

i) Desarrollar un proceso de concientización y sensibilización con los sectores mencionados para brindar una información clara, transparente y veraz sobre lo realizado en el área de conceptualización del plan nacional.

ii) Realizar, adaptar y validar material educativo para todos los trabajadores y trabajadoras participantes, así como para los usuarios y usuarias de los servicios de las diversos niveles sociales, económicos, geográficos, étnicos o idiomáticos.

iii) Capacitar a personal seleccionado para que reproduzcan lo aprendido con los trabajadores institucionales y voluntarios.

iv) Evaluar el proceso continuamente para conocer logros y fallas.

v) Desarrollar con los medios de comunicación una estrategia de difusión de información sobre el tema de acuerdo con la región o sector, mediante mensajes con enfoque de género e integrales.

vi) Definir los mensajes más importantes que se difundirán por los diversos medios de comunicación, para que sea una campaña de impacto.

vii) Evaluar el impacto de las estrategias de la difusión y divulgación de la información en los diferentes medios a los que se cubrió a través de encuestas, boletas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Alatorre Rico, Javier (1998), *Las experiencias de los hombres en la sexualidad y reproducción en la ciudad de México*, México, UNAM.

Aldana Mendoza, Carlos (1995), *Desaprender el machismo*, Guatemala, Prensa Libre.

Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana (s/f) *Clínicas del hombre de Profamilia: un estudio de caso*, Bogotá, Colombia, PROFAMILIA.

Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca (2000), “Memoria de labores 1999”, Guatemala, APROFAM, desplegable.

AVSC International (2000), *La salud sexual y reproductiva de los hombres: Qué piensan y qué quieren los colombianos?*, Santa Fe de Bogotá, Colombia, CIMDER, marzo.

_____ (1997), *Programming for male involvement in reproductive health; a practical guide for managers*, Nueva York.

Bruce, J. Lloyd y C. B. Leonard (s/f), *La familia en mira; nuevas perspectivas sobre madres, padres e hijos*, traducción de Martha Donis, Nueva York, Population Council.

Caballeros, María Ester y María Eugenia Villarreal (1999), *Objetos sexuales o sujetos sociales; un acercamiento a la prostitución infanto-juvenil en Guatemala*, Guatemala, PDH, Defensoría de los Derechos de la Niñez.

Campaña Nacional de Promoción y Divulgación sobre los Derechos del Niño (1998), *Niñez y juventud en el contexto demográfico y socioeconómico de Guatemala/Campaña nacional de promoción y divulgación sobre los Derechos del Niño, proyecto de apoyo a los niños de la calle*, Guatemala, PDH/PAMI.

Careaga Pérez, Gloria (1996), *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva*, México, UNICEF.

Casa Alianza de Guatemala (s.d.e.)a, *Acerca de Casa Alianza*, Guatemala.

_____ (s.d.e.)b, *La historia de Nahamán Carmona López. 13 años*, Guatemala.

_____ (s.d.e.)c, *Violaciones de DDHH; datos gráficos sobre los procesos penales*, Guatemala.

_____ (2000), *Lista de la vergüenza. Guatemala. 63 muertes*, Guatemala.

_____ (s/f)a, *Los niños y niñas sobrevivientes de las masacres en Guatemala*, Guatemala.

_____ (s/f)b, *Programas*, Guatemala.

CEFOL (Centro de Estudios Folklóricos) (1995), “Salud para pueblos indígenas de América, iniciativa Sapia”, en *La Tradición Popular N° 105*, Guatemala.

CEH (Comisión para el Esclarecimiento Histórico) (s/f), *Guatemala: Memoria del silencio. (Tz'inil na' tab' al) Conclusiones y recomendaciones de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico*, Guatemala.

CEMOPLAF (Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar) (1998), *La participación de la pareja y del hombre en la salud reproductiva: perspectivas de usuarios y proveedores de servicios de CEMOPLAF. Resumen ejecutivo del informe general*, Quito, Ecuador.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1998), *Panorama social de América Latina, 1998*, Santiago de Chile.

Comisión Jurídica de CIPRODENI (1995), “Leyes de menores: de la situación irregular a la protección integral”, Guatemala, PRONICE, julio-septiembre, *Cuadernos Divulgativos N° 7*.

CONCMI (Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil) (2000), *Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez*, Guatemala.

_____ (1997), *Comunicándose con los niños, como ayudar a niños en situaciones de conflicto*, Guatemala, CONCMI.

COPREDE (Comisión Presidencial de Derechos Humanos) (s/f), *Instrumentos de derechos humanos en la administración de justicia* (recopilación), Guatemala.

CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas) (s/f), *La aplicación de los derechos reproductivos de los/las adolescentes a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño*, Washington.

_____ (s/f), *El Cairo + 5: Beneficios para las mujeres a pesar de la oposición*, Washington.

D'Angelo, Almachiara, coord. (1999), *Explorando nuestros cambios; indicadores para evaluar procesos educativos de género*, Managua, MUSAVIA.

D'Angelo, Almachiara y Silke Heumann, eds. (1999), *Mal-tratar de hacer pareja; concepciones y prácticas en la lucha contra la violencia hacia la mujer*, Managua, MUSAVIA.

Díaz Margarita y Joanne Spicchandler (1997), *Foro Latinoamericano La incorporación del Enfoque de Género en la Capacitación, Implementación, Investigación y Evaluación en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva*, Washington, D.C., octubre.

- Engle, Patricia y Cinthia Breaux (1993), *Is there a father instinct? Father's responsibility for children*, Nueva York, Population Council.
- Esselman, Jim (1997), *Literature research on male involvement in family plan*, Guatemala, Red Barna, enero.
- Fundación Bernard van Leer (1993), *Boletín informativo N° 7*, julio.
- Fundación Friedrich Ebert (2000), *Diagnóstico del sistema de salud de Guatemala*, Guatemala, septiembre.
- García, Jaime Orlando (1994), *La salud mental y su relación con los derechos de los niños y las niñas*, Guatemala, PRONICE, octubre-diciembre, *Cuadernos Divulgativos N° 4*.
- García, Laguardia, Jorge Mario (1996), *Política y constitución en Guatemala. La Constitución de 1985*, 4ª ed., Guatemala, PDH.
- González, Uzcátegui, R. (1996), *Experiencias de trabajo en salud mental*, Guatemala, octubre-diciembre, PRONICE, *Cuadernos Divulgativos N° 12*.
- Guatemala, Leyes, Decretos, etc. (1996a), *Código de la niñez y la juventud*, Guatemala, MINUGUA/UNIÓN EUROPEA.
- _____ (1996b), *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar*, Guatemala, ONAM.
- _____ (s/f), *Ley de dignificación y promoción integral de la mujer* (versión popular), Guatemala, COALM.
- Guatemala, Ministerio de Educación (1995a), *Curriculum educación en población para el nivel preprimario y primario*, Guatemala, FNUAP/Ministerio de Educación/CIEP.
- _____ (1995b), *Ecología y población* (Boletín para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.
- _____ (1995c), *Elementos sociodemográficos* (Fascículo para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.
- _____ (1995d), *Glosario educación en población* (Boletín para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.
- _____ (1995e), *Materiales de apoyo técnico de educación en población para docentes de preprimaria y primaria*, Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.
- _____ (1995f), *Mujer y desarrollo* (Fascículo 4 para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.

_____ (1995g), *Salud y población* (Fascículo para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.

_____ (1995h), *Sexualidad humana* (Boletín para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.

_____ (1995i), *Técnicas didácticas para educación en población* (Fascículo 2 para docentes), Guatemala, CIEP/MINEDUC/FNUAP.

Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1997a), *Módulo de capacitación en el componente psicosocial de la salud*, Guatemala, julio.

_____ (1997b), *Programa Nacional de salud mental. Plan de acción para la recuperación psicosocial en zonas afectadas por el conflicto armado*, Guatemala.

_____ (1998), *Para hombres en la búsqueda de la equidad; manual de capacitación en género y salud*, Guatemala.

_____ (s/f), *Módulo para uso del equipo básico de salud, maestro y promotor escolar*, Guatemala.

_____ (s/f), *La salud mental en Guatemala; ideas y reflexiones*, Guatemala, MSPAS/OPS/OMS/ASDI.

Hall Martínez, Katherine (2000), *La planificación en Guatemala; un derecho fundamental que no se cumple*, Nueva York, CRLP.

Hastigan, Pamela (1999), "Hombres listos para el nuevo milenio?" en *La Cuerda*, año 2, N° 18, noviembre.

_____ (1996), "Los hombres que somos y los hombres que podemos ser", Conferencia impartida durante el Foro Continental de la Alianza Cooperativa Internacional, San José, Costa Rica, 18 de noviembre.

_____ (s/f), *Género, ambiente y salud; incorporación de un enfoque de género en el trabajo de salud ambiental*, San José, Costa Rica, OPS/OMS.

Howard V., Carmen Isabel (1998), *Maltrato infantil atención inicial; guía para la detección y atención a niños, niñas y jóvenes víctimas de maltrato y/o abuso sexual*, Guatemala, PDH/PAMI.

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2000), *Encuesta nacional de ingresos y gastos familiares, marzo 1998-abril 1999*, Guatemala, CD-publicación electrónica.

_____ (1999a), *Guatemala: Encuesta nacional de salud materno infantil 1998-1999*, Guatemala, julio.

- _____ (1999b), *Guatemala: Salud materno infantil en los departamentos del Altiplano. Encuesta de salud materno infantil 1995-1996; Encuesta de proveedores de salud 1997; Encuesta de demanda y gastos en salud 1997*, Guatemala, diciembre.
- Leonard, Ann (1998), "Encouraging the positive involvement of men as supportive partners in reproductive health", en *Toward a new partnership No. 4*, mayo.
- México, Secretaría de Salud (s/f), *El comportamiento reproductivo masculino. Una aproximación a su análisis desde la perspectiva de género*, México, Naciones Unidas.
- _____ (s/f), *La perspectiva de género en la salud reproductiva*, México.
- Mundigo, Axel I. (1995), *Men's roles, sexuality and reproductive health*, Sao Paulo, Brasil, julio.
- _____ (1995b), *Papéis masculinos, saúde reproductiva e sexualidade*, Conferencias Internacionais sobre População, Sao Paulo, Brasil, 31 de julio.
- Murillo Estrada, Nora (1994), *Recuento de una experiencia de sistematización en salud mental a nivel de Guatemala, El Salvador y Nicaragua*, Guatemala, PRONICE, octubre-diciembre, *Cuadernos Divulgativos N° 4*.
- Nirember, Olga y Néstor Perrone (1996), *Informe evaluativo del Programa Regional de Adolescencia, Proyecto OPS-Kellogg de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la Región de las Américas*, Guatemala, noviembre.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (s/f), *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*, Convención de Belén do Pará, Guatemala, ONAM.
- Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos/Programa Centroamericano de Capacitación en Incidencia, Convergencia Cívico Política de Mujeres (1998), *Memoria del Encuentro Centroamericano "Experiencia política: Normas Jurídicas sobre Violencia contra la Mujer"*, Guatemala, WOLA/CCPM, 20-22 de septiembre.
- ONAM (Oficina Nacional de la Mujer) (s/f), *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, Guatemala.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2000), "Guatemala: la fuerza incluyente del desarrollo humano," Guatemala, *Informe de Desarrollo Humano 2000*.
- _____ (1994), "Men and fertility y regulation", Nueva York, UNDP, *Progress in Human Reproduction Research*, 32.
- _____ (s/f)a, *Los mayas y los instrumentos internacionales de derechos humanos*, Recopilación de principales instrumentos de derechos humanos, Guatemala.

_____ (s/f)b, *Niñas y adolescentes prostituidas; el caso de Costa Rica*, San José, Costa Rica, UNICEF/CHILDHOPE/PRONICE.

_____ (s/f)c, *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, Guatemala, ONAM.

_____ (s/f)d, *Los mayas y los instrumentos internacionales de derechos humanos. (Recopilación de principales instrumentos de derechos humanos)*, Guatemala.

_____ (s/f)e, *UNICEF en Guatemala*, Guatemala.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud) (1997), *Participación de la comunidad (Programas de Salud Materno Infantil, Control de Enfermedades Diarréicas)*, Guatemala, agosto.

Pers López, Henry y Jimmy Miguel Tellería (1996), *Investigación sobre masculinidades. Memoria*, La Paz, Bolivia, CISTAC.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1998), *Guatemala: los contrastes del desarrollo humano*, Guatemala.

Population Council (1998), *Investigación operativa en salud reproductiva*, México.

_____ (1997), *Memorias de la Conferencia Regional "Programas de Salud Reproductiva para Poblaciones Rurales e Indígenas"*, Guatemala, 17-20 de noviembre.

_____ (1995), *Men and families*, México, UNAM.

Portela, Annie (1997), *Incorporando al hombre y la salud reproductiva. Líneas de acción para el proyecto de planificación familiar y salud*.

PRONICE (Proniño y Niña Centroamericanos) (1995a), *La familia, sus funciones y evolución*, Guatemala, octubre-diciembre, *Cuadernos Divulgativos N° 8*.

_____ (1995b), *Qué es la resiliencia?*, Guatemala, septiembre.

_____ (1995c), *Salud mental integral; factores, problemática y estrategias para mejorarlas*, Guatemala.

_____ (1994a), *La autoestima. Qué es? Y para qué sirve?*, Guatemala, diciembre.

_____ (1994b), *El estrés y cómo lo enfrentamos*, Guatemala, diciembre.

_____ (s/f)a, *Escuchando con responsabilidad*, Guatemala.

_____ (s/f)b, *Guía de referencia institucional de apoyo a promotores en salud mental*, Guatemala.

- Proyecto Centroamericano Mujer, Salud y Violencia (MUSAVIA) (1999a), *Nuestras prácticas, Ponencias y debates, Memoria del Segundo Taller sobre Sistematización de Experiencias*, Managua.
- _____ (1999b), *Nosotras y la cooperación*, Ponencias y debates, Memoria del Taller Regional en San Salvador, El Salvador, 2-5 de noviembre, Managua.
- Ramírez, Antonio (s.d.e.), “La construcción de la masculinidad y sus relaciones con la violencia hacia las mujeres”, discurso.
- Rodas, Belia (s/f), *Patrones de crianza*, Guatemala, CONACMI.
- Rodríguez, Jorge, Guillermo Meneses y Danilo Argueta (s/f), *Recuperación psicosocial mediante expresiones dinámico creativas; módulo para trabajar con niños en edad escolar*, Guatemala.
- Seminario “Familia, Pareja y Poder” (2000), *Poderes, desigualdad y género*, Murcia, España, junio.
- Share, Jeff (1995), *Problemas necesidades e intereses de la niñez en áreas precarias urbanas de la región metropolitana guatemalteca*, Guatemala, PRONICE, abril-junio 1995, *Cuadernos Divulgativos N° 6*.
- Solano, Guillermina, Nora Murillo y Josué Samayoa (1994), *Salud mental y realidad guatemalteca; reflexión teórica inicial*, Guatemala, PRONICE, octubre-diciembre 1994, *Cuadernos Divulgativos N° 4*.
- Suárez Ojeda, Elbio Néstor (1995), *"Resilience" o capacidad de sobreponerse a la adversidad*, Guatemala, PRONICE, enero-marzo, *Cuadernos Divulgativos N° 5*.
- Szasz, Ivonne (s.d.e.), *Algunas reflexiones sobre la sexualidad de los hombres a partir de los estudios de la masculinidad*.
- The Policy Project/Guatemala (2000), *Marco jurídico de la planificación familiar en Guatemala*, Guatemala, marzo.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2000a), *Cuestiones de población; juego de documentos informativos 2000*, Nueva York.
- _____ (2000b), *Estado de la población mundial 2000*, Nueva York.
- _____ (2000c), Fuentes K., Juan Alberto, coord., *Desarrollo humano: violencia y seguridad*. Guatemala, Naciones Unidas.
- _____ (2000d), *Labor para potenciar el papel de la mujer, experiencia del FNUAP en la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing*, Nueva York.

- _____ (2000e), *Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva; vínculos a lo largo del ciclo de la vida*, Nueva York.
- _____ (1999), *Un nuevo papel para los hombres; asociados para la potenciación de la mujer*, Nueva York.
- Valadez, Teresa y Enrique Gómez, coord. (1992), *Mujeres latinoamericanas en cifras*, Guatemala, FLACSO.
- Vargas Villalobos, Eulile, “Anticoncepción en estudiantes universitarios”, en *Revista de Ciencias Sociales*, Año XLIII, N° 84-85, San José, Costa Rica.
- Villaseñor Velarde, María Eugenia (2000), *Violencia doméstica y agresión social en Guatemala*, 2ª. ed. Guatemala, Friedrich Ebert Stiftung (Materiales de Estudio y Trabajo).
- Volio, Roxana, ed. (1998), *Jornadas de reflexión sobre violencia hacia las mujeres, con ocasión de celebrar el 25 de noviembre el Día de la no Violencia hacia las Mujeres* (Guatemala, 27-29 de noviembre de 1997), Guatemala, OPS/OMS-ASDI.
- Ward, Victoria M., Jane Bertrand y José Francisco Puac (1990), *Comportamiento sexual y aceptación de la planificación familiar en la población maya-quiché de Guatemala*, Guatemala, AGES/APROFAM.
- Welsh, Patricio (1997), *Nosotros los hombres*, Managua, Nicaragua, 4 de junio.
- World Health Organization (s.d.e.), *Gender and health; technical paper*.
- Zepeda López, Raúl y otros (1993), *El uso del tiempo en niños y niñas de 7 a 14 años; un acercamiento a la cotidianidad de la niñez guatemalteca en riesgo*, Guatemala, PRONICE/UNICER/RADDA BAMEN.

Anexo I**CÉDULA DE ENTREVISTA**

CEPAL

PROYECTO EDUCACIÓN REPRODUCTIVA Y PATERNIDAD RESPONSABLE EN EL
ISTMO CENTROAMERICANO**GUATEMALA***ENTREVISTA A INSTITUCIONES:
DIAGNÓSTICO DE ACCIONES*

1.	Institución:
2.	Nombre del encuestado:
3.	Cargo:
4.	Dirección:
5.	Fecha:
6.	¿Desea recibir una copia del informe final?
7.	¿Qué actividades realiza su institución sobre? a) salud sexual del hombre b) salud reproductiva del hombre c) paternidad responsable
8.	¿Cuáles son los principales componentes de sus actividades-programa?
9.	¿Desde cuándo realizan estas actividades? a) salud sexual del hombre. Fecha: b) salud reproductiva del hombre. Fecha: c) paternidad responsable. Fecha: d) otras
10.	¿Para cuánto tiempo están programadas estas actividades (vida del proyecto)? a) salud sexual del hombre b) salud reproductiva del hombre c) paternidad responsable d) otras
11.	¿Cuál es su población blanco? a) salud sexual del hombre b) salud reproductiva del hombre c) paternidad responsable d) otras:
12.	¿Qué cobertura tienen sus acciones (población)?

13.	De su institución, ¿quiénes están involucrados en esas acciones? Nombre, cargo, profesión
14.	¿Están coordinando y/o cooperando sus actividades con algunas otras entidades? ¿Con quiénes?
15.	¿Cómo se efectúa la coordinación, cooperación?
16.	¿Qué limitantes hay en la coordinación y/o cooperación? ¿Qué fortalezas?
17.	¿Qué lecciones aprendidas hay de las acciones realizadas? Éxitos Fracasos Aún no se ha llegado al nivel de evaluar resultados
18.	¿Qué acciones tienen planificadas para el futuro?
19.	¿Cuáles han sido sus fuentes de financiamiento para realizar las actividades relacionadas con SSR de hombres y paternidad responsable?
20.	¿Qué sugerencias tienen para acciones futuras para el nivel nacional, nivel local?
21.	¿Cuáles consideran ustedes que deben de ser las acciones específicas que se necesitan realizar en este campo, y qué sectores deben verse involucrados? Salud, quiénes (SIDA, SMI, etc.) Educación, quiénes Gabinete social, quiénes Sistema jurídico, quiénes
22.	¿Cuáles consideran ustedes que son las prioridades en esta área para:? Corto mediano y largo plazo ejemplo: desarrollo de políticas, realizar investigaciones para tener más información, educación por diferentes vías (radio, TV, medios escritos, escuelas, MSP, IGSS, APROFAM, AGES)
23.	¿Cuáles consideran ustedes que son las instituciones, los sectores idóneos para realizar actividades de este tema?
24.	¿Cómo conceptualizan estos nuevos temas en su institución?
25.	¿Su institución tiene políticas sobre estos temas? Cuáles Recoger documento
26.	La institución tiene publicaciones sobre las actividades del tema Recoger documentos
	Observaciones:

Anexo II**LISTA DE INSTITUCIONES ENTREVISTADAS**

5. Instituciones
1. Acción Ciudadana
2. ADEGMAYA
3. AGES, Asociación Guatemalteca de Educación Sexual
4. AGMN, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas
5. AID
6. Aldeas SOS
7. APROFAM
8. CALDH, Centro de Defensoría de los Derechos Humanos
9. CARE
10. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala
11. CIEP, Comisión Intersectorial para Educación en Población
12. Consejo de Población (Population Council)
13. Consejo de Población, Quetzaltenango
14. Convergencia Cívico Política de Mujeres
15. Cooperación Española
16. Ejército de Guatemala
17. Fondos Sociales del Gobierno de Guatemala, FIS, Fonapaz
18. Grupo de Hombres “Enlace”
19. Hogares de Niños
20. Iglesia Católica, Sagrada Familia, Pastorales de Salud
21. Iglesia Evangélica, Alianza Evangélica
22. IGSS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
23. INE, Instituto Nacional de Estadística
24. Ministerio de Educación
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, Programa Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia, SIMNA
26. Ministerio Público
27. OASIS
28. ONAM, Oficina Nacional de la Mujer
29. OPS
30. Organismo Judicial, Juzgados de Familia
31. Plan Internacional Guatemala
32. Proyecto Policy
33. Secretaría de Bienestar de la Presidencia
34. SECSOL, Secretaría de Desarrollo
35. SEGEPLAN (Sectorial de Planificación de Guatemala)

36. Sociedad Pastoral del Niño
37. SOSEP, Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
38. UNICEF
39. UNFPA
40. Unión Europea
41. Universidades privadas y pública, Fac. Psicología, Medicina, Derecho
Instituciones que ya no se pudieron visitar, pero que fueron mencionadas como entidades que están desarrollando algunas actividades sobre el tema
42. APAES, Asociación para la erradicación del SIDA -por referencia
43. Coordinadora de ONG de Guatemala
44. CONIC, Coordinadora Nacional Indígena Campesina – por referencia
45. Cooperación Austriaca – por referencia
46. Fundación Guatemala – por referencia
47. Fundación Guillermo Torriello – por referencia
48. Fundesco, Mesquital – por referencia
49. Movimiento TuKun Umam en Quetzaltenango – por referencia
50. Oxfam Australia – por referencia

Anexo III**INSTRUMENTOS JURÍDICOS Y REGLAMENTARIOS SOBRE EDUCACIÓN REPRODUCTIVA Y PATERNIDAD**

Código de Salud: El Estado, a través del Ministerio de Salud y de las otras instituciones del sector, desarrollarán acciones tendientes a promover la salud de la mujer y la niñez, con un enfoque integral y mejorando el ambiente físico y social a nivel de la familia, así como la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, incluyendo aspectos de salud reproductiva.

Código de Salud de Guatemala. Guatemala, 7 de noviembre de 1997.

Libro II de las acciones de salud.

Título I de las acciones de promoción y prevención.

Capítulo II de los estilos de vida saludables.

Artículo 41 salud de la Familia.

Acuerdos de Paz.

- ◆ Acuerdo para el reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por enfrentamiento armado. El enfoque de género se incorpora a las políticas, programas y actividades de la estrategia global de desarrollo.

- ◆ Acuerdo sobre la identidad y derechos de los pueblos indígenas. Lucha contra la discriminación.

- ◆ Derechos de la Mujer Indígena. I.c promover la divulgación y fiel cumplimiento de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Acuerdos sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria. Democratización y desarrollo participativo.

Participación de la mujer en el desarrollo económico y social.

Salud: Implementar programas nacionales de salud integral para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.

Desarrollo social

B. Salud

Prioridades de Atención

b. Dar prioridad a la lucha contra la desnutrición, al saneamiento ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria, especialmente la materno-infantil.

El gobierno se compromete a presupuestar por lo menos el 50% del gasto público en salud a la salud preventiva y a reducir la mortalidad infantil y materna al año 2000 a un 50% del índice observado en 1995.

Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP)

Eje político 26: fortalecer las acciones de promoción de la salud.

Acciones estratégicas 261: Formulación de lineamientos nacionales para la promoción de la salud y diseño de material de referencia para la educación sobre: alimentación y nutrición, mejoramiento del medio, prevención de ETS/SIDA, prevención de cáncer cervicouterino y de la mama, maternidad precoz, orientación a parejas y violencia intrafamiliar.

Ejes políticos y acciones estratégicas de la política de promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas SOSEP.

Constitución de la República

Artículo 3, Capítulo II Derechos Sociales, Sección Primera: Familia. Artículo 47: Protección a la familia.

“El estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia, promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.”

Decreto número 7-99, Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer Artículo 2. Congreso de la República, 9 de abril de 1999.

◆ Artículo 8. Mecanismo de la esfera privada. Con el propósito de proveer un ambiente estable que propicie la erradicación de la discriminación y violencia contra la mujer, el Estado promoverá la revalorización del matrimonio y la maternidad. Se establecen los siguientes mecanismos mínimos de protección: Inciso b) Para garantizar el ejercicio real de la equidad de derechos de la mujer, con respecto a: 1 La libre elección de cónyuge, a contraer matrimonio y a su disolución, a ser progenitora, a la educación sexual y reproductiva y a elegir de común de acuerdo con su cónyuge, el número de hijos y su espaciamiento.

◆ Artículo 15. Acciones y mecanismos en la esfera de salud. 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 problemáticas de vida y establecerá mecanismos específicos con participación de las mujeres como sujetas activas en la definición de políticas en este sector para lograr el acceso de las mismas en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de

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

◆ Decreto 67-97

Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos de los cuales el Estado de Guatemala es parte. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Presidencia de la República COPREDEH, Comunidad Europea. Congreso de la República, 6 de agosto de 1997.

Artículo 12

1. Los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive a los que se refieren a planificación de la familia.

Artículo 14

Los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le aseguran el derecho a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar.

Artículo 16

Los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares, y en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

<p>Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Salud Materna. Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, 1999</p> <p>4. Espaciamiento de los Embarazos. Para asegurar que los individuos y las parejas tengan información y servicios para planificar el número y espaciamiento de los embarazos.</p> <p>Objetivos del Plan:</p> <p>4. Atención Preconcepcional: Prevenir las enfermedades de transmisión Sexual (ETS/SIDA) en mujeres y hombres en edad reproductiva.</p> <p>Promover el espaciamiento de los embarazos y la autodeterminación de los hombres y mujeres, para el tamaño familiar y reducir el número de embarazos no deseados y de riesgo.</p> <p>Metas del Plan:</p> <p>4.1 Proveer de consejería en Planificación Familiar post-aborto y post-parto a todas las mujeres controladas y/o atendidas a nivel institucional.</p> <p>4.2 Incrementar la prevalencia de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil del 21.4% al 40% para el año 2000.</p> <p>4.4 Promover el uso de metodología anticonceptiva específica, para prevenir las ETS/SIDA en la población de riesgo.</p> <p>4.5 Desarrollar una campaña de información sobre prevención de embarazos en adolescentes</p>
<p>Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Atención. Plan Nacional de Atención Integral al adolescente, 1999 VI. Ejes Temáticos</p> <p>2. Salud Sexual y Reproductiva. Durante la adolescencia se intensifica el desarrollo psicosexual del individuo y se completa su madurez sexual. Como parte de este proceso de desarrollo, los adolescentes realizan sus primeras exploraciones en el área de la sexualidad, empiezan a establecerse relaciones afectivas y ejercen su sexualidad con pobre o ninguna educación y escaso acceso a servicios de atención diferenciada. Esto los lleva a situaciones o conductas de alto riesgo que se manifiestan en un gran número de embarazos precoces y casos de ETS/SIDA.</p> <p>Programas a considerarse: Programas de Educación Sexual, Prevención de Embarazos, Control Prenatal diferenciada a la Adolescente Embarazada que incorpore al padre adolescente.</p> <p>Programas de Educación, Consejería y Orientación sobre Sexualidad y Reproducción.</p>
<p>MSPAS. Sistema Integrado de Atención en Salud. SIAS. SIAS. Salud Reproductiva y Sexual. Manual de Referencia para la aplicación de las Normas de Atención. Septiembre de 1999.</p> <p>Capítulo IV: Planificación Familiar.</p> <p>La planificación familiar permite procrear a los hijos en el momento más favorable para la condición de la madre y la familia, con el espaciamiento necesario (dos años mínimo) y el número adecuado con relación a las posibilidades de los padres y de las necesidades de los hijos ya nacidos. Por lo tanto, la adopción de prácticas de planificación familiar necesitan amplios conocimientos y conciencia pública de los beneficios personales y sociales. Estos conocimientos y conciencia, sobre todo en el personal de salud, son la clave para el éxito de un programa.</p> <p>El derecho humano a la planificación familiar solamente puede ser garantizado cuando los servicios que se ofrecen son de buena calidad y oportunos, lo que significa que se respete la dignidad de las personas, son accesibles, se ofrece un rango amplio de opciones seguras y efectivas, existe un servicio de consejería y de seguimiento que ofrece información confiable y aclara dudas a fin de facilitar la libre elección de un método o su cambio cuando no se está a gusto con el actual.</p>
<p>Código Deontológico Código Deontológico. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 1998</p> <p>Capítulo XII. Reproducción, Respeto a la Vida y dignidad de la persona.</p> <p>Artículo 81. El médico deberá dar a conocer a los pacientes que lo soliciten, la información pertinente y veraz en materia de reproducción humana a fin de que pueda decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad, respetando su decisión.</p>
<p>Iglesia Católica Conferencia Episcopal de Guatemala.</p> <p>Carta dirigida al Doctor Luis A. Flores, Vicepresidente de la República, fijando su posición</p>

en relación al proyecto “Búsqueda de Consensos en Salud Reproductiva” de fecha 13 de enero de 1998.

Punto 3 En materia de planificación familiar, la iglesia no ha cambiado su postura, la que dice categóricamente que los métodos artificiales no son moralmente aceptados y por lo tanto no cabe ninguna discusión al respecto y la iglesia recomienda a las parejas que utilicen el método de ovulación Billings, MOB, como método de espaciar los nacimientos.

Punto 4 Toda persona tiene derecho a ser informado antes de tomar una decisión. Por tal motivo proponemos que, para asegurar que el pueblo tenga la libertad de escoger un método de planificación familiar, debe tener acceso a información completa y veraz, del 100% de todos los métodos. Esta información no debe decir verdades incompletas y debe ser presentada mediante folletos con lenguaje sencillo, en idioma maya y castellano, con dibujos que ayuden a comprender mejor, para que cada quien tome la mejor decisión.