

MT
799.7

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

**LINEAMIENTOS GENERALES
DEL PLAN NACIONAL
DE
MUJER SALUD Y DESARROLLO**

GUATEMALA, 1993

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

**LINEAMIENTOS GENERALES
DEL PLAN NACIONAL
DE
MUJER SALUD Y DESARROLLO**

GUATEMALA, 1993

Este documento fue preparado bajo la coordinación y asesoría de los Programas:

Mujer, Salud y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Mujer, Salud y Desarrollo de OPS/OMS Guatemala

Mujer, Salud y Desarrollo de Centroamérica y Belice OPS/OMS

INDICE

LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN NACIONAL DE MUJER, SALUD Y DESARROLLO MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

	P A G I N A
INTRODUCCION	1
I. ANTECEDENTES	3
II. JUSTIFICACION	4
A. Situación de Salud de la Mujer Guatemalteca	
III. AVANCES DEL PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO	8
IV. PROPUESTA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD TECNICA DE MUJER, SALUD Y DESARROLLO	11
A. Definición y Ambitos de Acción	12
B. Objetivos	13
C. Estrategias	14
D. Areas Programáticas	
1. Fortalecimiento de los programas de salud	
2. Promoción de la investigación	
3. Fortalecimiento de la participación social de la mujer por y para su salud	
E. Metas	15
F. Actividades	16
Monitoreo y Evaluación	18
G. Organización	18
1. Justificación de la propuesta de organización	
2. Descripción de la propuesta	
V. RELACION CON LAS POLITICAS DE SALUD	21
VI. PRONUNCIAMIENTO	22
ANEXOS	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

**LINEAMIENTOS GENERALES
DEL PLAN NACIONAL DE MUJER SALUD Y DESARROLLO
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

INTRODUCCION

Las actividades realizadas por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo -MSD-, a nivel técnico normativo y de las áreas de salud requieren el apoyo político del más alto nivel para consolidar los avances logrados hasta la fecha.

El grupo focal de dicho programa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social consideró necesario, dentro de su quehacer y evaluación del mismo durante cuatro años de trabajo, plasmar en el presente documento las bases conceptuales que sustentan las principales líneas de trabajo, para presentar una propuesta de ubicación administrativa de este grupo dentro de la estructura de dicho Ministerio, a fin de lograr mayor efectividad en sus principales acciones.

Para la elaboración de esta propuesta se solicitó la asesoría subregional y nacional de la Organización Panamericana de la Salud, así como la participación de delegadas de área y distrito, ejecutoras de las actividades a nivel operativo.

Se siguió un proceso participativo en el desarrollo del mismo, empleando además la metodología del marco lógico para organizar los insumos de la experiencia de las delegadas, en la implementación del Proyecto Salud Integral de la Mujer, dentro de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS y el plan de los 180 días del gobierno actual.

El documento contiene un resumen de los compromisos nacionales e internacionales del país en torno a la mujer; los datos más relevantes de la situación actual de la salud de la mujer; y los avances que el programa ha tenido a la fecha. A partir de lo anterior, se presenta una propuesta de organización y ubicación del programa.

Con esta presentación, se pretende dar una imagen clara y sintética del quehacer del programa en Guatemala, sus objetivos, acciones en curso y organización deseada, a fin de contar con la aprobación y apoyo político de las más altas autoridades del Ministerio de Salud. Una vez aprobada la propuesta e incorporadas las recomendaciones de las autoridades nacionales, este documento será ampliamente difundido a las áreas de salud para que sirva de referencia al accionar sobre mujer, salud y desarrollo en el país.

I. ANTECEDENTES

Uno de los avances de este siglo ha sido la evolución de la situación de la mujer en la sociedad a partir de los esfuerzos de las mujeres mismas y los procesos de democratización en las sociedades. Este movimiento de mujeres, generado principalmente en la década de los 60, contribuyó a evidenciar las condiciones de vida de las mujeres y sacar a luz las discriminaciones de que eran objeto. Sin embargo, todavía existen graves situaciones de inequidad entre los géneros en las diferentes esferas de la vida social en todo el mundo.

A raíz de las demandas de las mujeres; así como del desarrollo del conocimiento y estudios sobre la condición de la mujer, el sistema de Naciones Unidas promulgó 1975 como **Año Internacional de la Mujer**, con el fin de propiciar que cada país desarrollara planes de acción en pro de la mujer en las áreas de trabajo, educación, salud, derechos civiles, etc.

En 1979, se proclamó la **Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**, la cual fue firmada y ratificada por nuestro país en 1982.

En 1985, se realizó la evaluación de los avances de la década en la implementación de planes de acciones para el mejoramiento de la situación de la mujer. Se concluyó que poco se había logrado y que era necesario encaminar los esfuerzos de los países a mejorar la condición de la mujer en tres áreas fundamentales: salud, trabajo y educación.

En Centro América, se propició la iniciativa **Salud: Puente para la paz**, con el propósito de plantear las necesidades en materia de salud, ante la cooperación de los países europeos. Uno de los proyectos presentados y aprobados por los donantes nórdicos fue el de **Salud Integral de la Mujer de Centro América**, el cual inició sus acciones en 1990.

Los cuerpos directivos, conformados por los ministros de salud de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, aprobaron en septiembre de 1990 y junio de 1991 las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 91-94. En ellas, se expresa la necesidad de integrar a la mujer en la salud y

el desarrollo con el propósito de cambiar las relaciones desiguales entre los sexos, como parte integral del desarrollo humano y de la salud de la población en su conjunto.

Se menciona que al trabajar en esta dirección se podrá avanzar en el fortalecimiento y desarrollo de formas de organización social de las mujeres que se articulen con el sector salud; y en el diseño de alternativas innovadoras que permitan viabilizar los cambios en los modelos de atención a la salud de la mujer, en función de sus principales necesidades de género, en las diferentes etapas de su ciclo vital.

La activación de esta orientación estratégica por parte de la OPS deberá impulsar todas aquellas acciones tendientes a revalorizar y fortalecer la capacidad de decisión de la mujer; a promover su autoestima orientada al autocuidado de su salud; a proteger su derecho a evitar el abuso y la violencia contra ella; y a promover políticas y acciones tendientes a producir cambios en las normas sociales, políticas, jurídicas y laborales que favorezcan la participación igualitaria de los sexos en el desarrollo de los países.

Es en ese marco que los Ministros de Salud de Centro América promovieron un proyecto específico para la mujer en 1989, encontrando éste eco en la comunidad internacional. Desde 1990, se han venido desarrollando acciones en los 7 países de la región, fomentando una nueva forma de pensar, analizar y actuar en torno de la salud de la mujer, analizando las brechas entre los géneros, la incidencia de las mismas en el proceso de morbi-mortalidad y actuando sobre problemas prioritarios para la salud de la mujer como es el problema de violencia.

El gobierno de la República, instaurado recientemente, ha emitido el plan de los 180 días, en el cual expresa en relación al campo de la salud que apoyará la participación comunitaria en la prestación de los servicios y la consolidación de los SILOS. En lo que respecta a la atención niño y la familia, enfatiza la necesidad de propiciar la promoción y organización de la mujer.

II. JUSTIFICACION

A. SITUACION DE SALUD DE LA MUJER GUATEMALTECA

El avance del conocimiento sobre los procesos sociales y desarrollo humano en los últimos decenios a nivel mundial muestran la estrecha relación entre condiciones de salud de las personas, hombres y mujeres, y los factores socio culturales.

En efecto, resultados de investigaciones realizadas durante la última década han puesto de relieve los riesgos diferenciales para enfermar y morir a los que están expuestos los sexos y que afectan de manera particular a la mujer. Un porcentaje importante del origen de algunos diferenciales se asocia con factores sociales ligados a la construcción social de género.

Los factores sociales influyen sobre la salud a través de dos mecanismos: a nivel micro ejercen su efecto durante el proceso de socialización, mediante la internalización individual de paradigmas culturales de femineidad y masculinidad que estimulan actitudes y comportamiento de riesgo diferencial para la integridad física y psicológica de hombres y mujeres. A nivel macro, las condiciones de género actúan a través de su eje central: la división sexual del trabajo, practicada por las distintas instituciones económicas, religiosas, familiares, educativas, jurídicas y sanitarias; y la valoración diferencial asignada a esas actividades, en términos de prestigio y remuneración.

El análisis de la información reciente pone de manifiesto una serie de condicionantes socioeconómicas que aunada con la construcción de género demuestra un mayor impacto en la salud de la mujer guatemalteca, en especial la de los grupos más postergados: indígenas y del área rural.

La población de mujeres en Guatemala representa el 51.01% de los 9.2 millones de habitantes (2); de este porcentaje, entre 40% - 60% pertenece a poblaciones rurales e indígenas. (2)

A pesar de la escasa información disponible, la situación de salud de la mujer guatemalteca se caracteriza por los siguientes indicadores:

1. Mayor valoración social asignada a las actividades productivas que realiza el varón, frente a las que realiza la mujer. Esto contribuye para que desde la infancia se dé prioridad al hombre sobre la mujer, por ejemplo cuando se trata de distribución de alimentos. El 30% de las mujeres embarazadas sufre de anemia (8), aspecto que afecta la capacidad reproductiva y productiva, física e intelectual de la madre y de sus hijos e hijas.

2. La tasa de mortalidad materna en Guatemala fue estimada en 24.8 por 10,000 nacidos vivos, tomando en cuenta que según el estudio de la mortalidad materna hay un subregistro de 44%, y la registrada para ese mismo período fue de 12.9 por 10,000 nacidos vivos. A nivel de las áreas de salud, las tasas estimadas correspondientes a los departamentos de Quiché, Petén, Huehuetenango, Alta Verapaz, Zacapa, Sololá y Totonicapán son las más altas del país. (6)
3. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen la primera causa de muerte en la mujer en edad reproductiva, debidas en su mayoría a causas directas, que son prevenibles, tales como: hemorragias 39%, complicaciones del aborto 24%, sepsis 18%. (6). Esta información refleja el poco acceso a los servicios obstétricos, las condiciones higiénicas precarias y el escaso control de la mujer sobre su cuerpo.
4. La situación de la mujer también se expresa en términos de opciones para el pleno y libre ejercicio de sus derechos hacia la sexualidad independiente de la reproducción. En la encuesta materno infantil de 1989, se muestra que la mujer asume directamente la responsabilidad de la anticoncepción en 90%. Existe marcado desconocimiento de su cuerpo en relación al período fértil, sólo el 12% conoce el momento de más riesgo para quedar embarazada. (7)
5. En relación al uso de anticonceptivos, sólo el 46% de mujeres en edad fértil (7), del área urbana y urbana marginal, conoce la píldora. En relación al espaciamiento de los embarazos, de cada cinco mujeres, tres desearían limitarlos o espaciarlos, pero la mayoría considera que el número ideal de la familia es de 4 hijos-hijas. (7) Esto nos permite asegurar que muy pocas mujeres conocen el funcionamiento de su cuerpo, lo cual anula por consiguiente toda posibilidad de controlar su fecundidad.
6. Según la Encuesta Sociodemográfica del INE (1989), existe más de medio millón de adolescentes, unidas, casadas, divorciadas, viudas y solteras. De ellas, un tercio tiene de 1 a 4 hijos/as y hay 57 casos con 7 hijos-as, a la edad de 19 años, lo que indica que han tenido un hijo-a por año, después de la menarquia. (1)

7. Las tasa global de fecundidad de Guatemala es la más alta de América Latina. Varios factores influyen directamente en los niveles y tendencias de la fecundidad. De acuerdo al grupo étnico, las tasas observadas son: 6.90 hijos para la mujer indígena y 5 para la ladina. Las diferencias entre el área rural y área urbana son de 7 y 5 hijos por mujer, respectivamente. (7) En las adolescentes, la situación se torna aún más dramática. El 50.4% de las mujeres tiene un hijo antes de los 20 años; sólo el 46 % de las adolescentes conoce la existencia de la píldora y el 25% de condón. El 66.3% de las adolescentes casadas no desea quedar embarazada en un futuro próximo, pero no usa ningún método anticonceptivo. (3) En la adolescente es de 139 en el área urbana, (3) en la rural es de 174 nacidos vivos por año, por 1,000 mujeres de 15-19 años. El 62% de las madres no recibe atención prenatal y sólo una de cada 7 recibe la vacuna antitetánica durante el embarazo. (7)
8. El 70% de todos los nacimientos es atendido por comadronas, porcentaje que se eleva a 90% en las áreas rurales mayas. (7)
9. En 1990, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino fue de 16.62 por 100,000 mujeres mayores de 20 años. La tasa. La tasa de morbilidad fue de 39 por 100,000 mujeres mayores de 20 años. Este tipo de cáncer es la 12 causa de muerte en mujeres mayores de 15 años y la segunda causa de muerte por cáncer en el mismo grupo. (4)
10. La tasa de mortalidad general, 9 por 1000 habitantes, continúa siendo una de las altas en América Latina. En la población indígena se eleva a 50%. (5) Entre las causas específicas de mortalidad y morbilidad están las enfermedades cardiovasculares, hipertensión y accidentes cerebrovasculares.
11. **Violencia doméstica hacia la mujer.** Según datos del estudio realizado en los servicios de salud en 1993, el 67% de las mujeres es agredida dentro de sus hogares; un 36% de las víctimas recibió atención médica por consulta externa y el 26% fue ingresada; de éstas, el 9% necesitó algún procedimiento de cirugía general. (5) La mayoría de casos fue atendida en la emergencia de los hospitales.

Un 10% de las víctimas necesitó 1 a 10 días para su recuperación. Entre las conclusiones del estudio se encontró que la mayoría de profesionales y funcionarios involucrados en la atención de las víctimas carece de los conocimientos psicoterapéuticos desde una perspectiva de género para dar la atención y el registro adecuado requerida para cada caso.

Si bien se han producido avances en la descripción de los riesgos y de los efectos diferenciales que exhiben hombres y mujeres en sus condiciones de vida, enfermedad y muerte, resultan evidentes los vacíos de conocimiento y la falta de desarrollo conceptual y metodológico que permita evidenciar el papel condicionante o determinante de la construcción social de género en las manifestaciones concretas de la salud en las poblaciones.

III. AVANCES DEL PROGRAMA MUJER SALUD Y DESARROLLO

El programa MSD inició sus actividades a partir de 1988 con la decisión del Ministerio de crear una instancia normativa que guiara las acciones a realizar en el campo de mujer en los servicios de salud. Se realizó la gestión de fondos del Proyecto Salud Integral de la Mujer el cual dio inicio a sus actividades en 1990 con las contrapartes del Ministerio, la Procuraduría de Derechos Humanos, la Oficina Nacional de la Mujer -ONAM- y las organizaciones de mujeres que se consideraran pertinentes.

La primera fase (90-91) se orientó a incorporar el proyecto en las necesidades programáticas de las áreas de salud; difundir la sustentación teórica del programa, a través de capacitaciones en sexo-género; y desarrollar la infraestructura administrativa que le facilitara la ejecución de actividades en el interior de la república.

A finales de 1990, se conformó un grupo de delegadas del programa en 12 áreas de salud. Dichas delegadas efectuaron diversas actividades, entre las que se destacan:

1. Capacitaciones en sexo-género a personal institucional, comunitario (promotores/as) y comadronas.
2. Ensayos de incorporación de género en los programas de salud.
- 3.

Investigación sobre violencia intrafamiliar hacia la mujer. 4. Conformación de consejos de mujeres a nivel local.

A nivel técnico normativo, se conformó el grupo interprogramático y se elaboraron propuestas de incorporación de género en las normas materno infantil, políticas de salud, código de salud, informática y la creación de un espacio de discusión sobre el tema de salud de la mujer.

Las actividades del plan concernientes a otros sectores fueron desarrolladas con la ONAM; Comisión de Estudios de la Mujer de la Universidad de San Carlos; Comisión de la Mujer en el Congreso de la República; Coordinadora de Organizaciones de Mujeres; y con la Red de la No Violencia hacia la Mujer. Ello requirió la coordinación interagencial OPS/OMS, UNIFEM-UNICEF, PNUD, FNUAP, FLACSO.

Los productos principales de esta etapa son: consolidación de una infraestructura administrativa; institucionalización del Foro Mujer y Salud; cambios a nivel de políticas de salud y normas materno infantil; investigación sobre violencia intrafamiliar; análisis de la legislación existente en sus diferentes códigos y leyes especiales, y propuesta de cambios a las mismas (actualmente en discusión en el Congreso); y formulación de políticas que incorporen las necesidades de la mujer en la política general de desarrollo y particularmente en las de los sectores de Educación, Salud y Trabajo.

La segunda fase del plan (92-94) en el sector Salud se orientó a sistematizar la incorporación del enfoque de género en ocho programas, actividades o estrategias de salud en un área geográfica delimitada, a saber:

Chimaltenango y Cobán Programa Materno

Suchitepéquez SILOS

Amatitlán Programa de Atención a la Mujer Agredida en hospital

Santa Rosa, Cuilapa

Sacatepéquez

Escuintla
Baja Verapaz
El Progreso
Totonicapán

Enfermedades de Transmisión Sexual
Salud Reproductiva
Calidad de los Servicios
Nutrición

Se creó la clínica de atención a la mujer agredida en el hospital de Cuilapa Sta. Rosa, y se sistematizaron los manuales de capacitación en género.

A raíz de las experiencias desarrolladas, se gestionaron los fondos para los Proyectos: Salud y Desarrollo de la Mujer Indígena; y Mujer y Medio Ambiente. En 1993, se inició la implementación del Proyecto de Mujer Indígena con trabajo en nueve municipios de las áreas quiché y cackchiquel. A la fecha se ha capacitado al personal involucrado en la ejecución del proyecto y se han conformado los consejos de mujeres indígenas.

IV. PROPUESTA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD TECNICA DE MUJER SALUD Y DESARROLLO

A. DEFINICION Y AMBITOS DE ACCION

El desarrollo de una nueva forma de abordar las condiciones de salud de hombres y mujeres, que promueve el Programa MSD, proviene de reconocer, por una parte, el íntimo vínculo que existe entre salud y desarrollo y, por otra, la relación sociedad y géneros.

La incorporación de la consideración de género en el análisis de salud de la población, constituye en enfoque fundamental para analizar los patrones diferenciales que inciden en la morbi-mortalidad de una población determinada e identificar los problemas socio-culturales de la construcción de los géneros y la forma en que éstos repercuten en la salud de la mujer o del hombre.

La situación de desventaja socio-cultural que exhibe la mujer con respecto al hombre ha sido reconocida por los Ministros de Salud de las Américas y en particular por los de Centro América. Estas desventajas son la ilustración de formas de discriminación que impiden un desarrollo democrático y humano.

Le corresponde al Programa MSD ser la Unidad Técnica que cumpla primordialmente con las siguientes funciones:

- o Favorecer la implementación de las decisiones políticas de las autoridades de salud de Guatemala, con respecto al logro de una integración más equitativa de la mujer guatemalteca a la salud y el desarrollo.

- o Ser portavoz para explicar entre otros elementos, pero de manera central, la teoría de género, la dimensión biosociocultural de lo masculino y femenino y su relación con la salud.
- o Dar impulso a propuestas de políticas, proyectos y acciones en el campo de la salud que revaloricen y fortalezcan la capacidad de decisión de la mujer, promuevan su autoestima y prevengan la violencia y abuso contra ella.
- o Ser el instrumento técnico para conducir acciones para disminuir y eliminar las brechas de género en el campo de la salud.

La Unidad Técnica de Mujer Salud y Desarrollo se define como el nivel técnico normativo cuya finalidad fundamental es orientar a los programas de salud en la conducción de acciones tendientes a reducir y eliminar las brechas de género en salud, actuando sobre sus causas determinantes y sobre la promoción y desarrollo de la mujer como sujeto de derecho en salud.

Se interpreta el género como una variable histórica que refiere la existencia de la desigualdad entre hombre y mujeres por razón de condición sexual diferente. Esta desigualdad se estructura de manera sistemática a partir de la construcción social de lo masculino y lo femenino, lo cual determina las creencias, comportamientos, actitudes y logros de los seres humanos.

La categoría de género y la de sexo conforman una unidad indisoluble y más amplia, a saber: sexo-género en la cual el sexo es la diferencia biológica entre el macho y la hembra; mientras que género designa la identidad del hombre y de la mujer como determinada por condiciones sociales que explican las relaciones de desigualdad establecida entre ambos. **El género se constituye en una categoría analítica que dentro de un análisis epidemiológico** permite comprender los patrones diferenciales de problemas de salud entre hombre y mujeres.

A través de la Unidad Técnica se pretende apoyar a los programas de salud para facilitar la introducción de la consideración de género en el análisis epidemiológico de la salud de la población, con el propósito de identificar los factores, que además de los biológicos, afectan diferencialmente a los sexos y, en especial, aquéllos que van en detrimento de las condiciones de vida y de salud de la mujer en el curso de su vida.

Asimismo, se favorece la introducción de dicho enfoque en la formulación de leyes y políticas de salud y en la puesta en práctica de modelos de servicios de atención que se ajusten a las necesidades específicas de género.

Se deduce entonces, que a la Unidad Técnica de MSD le corresponde realizar actividades de orientación técnica que le son propias, en la medida que los estudios de género y su relación con la salud, emergen como un ámbito del saber y el conocimiento científico en el quehacer de la salud pública.

Asimismo le corresponde complementar y coordinar acciones con otros programas, sin que sustituya o duplique las actividades especializadas que dichos programas deben adelantar en su ámbito de acción sobre el tema de la mujer.

Finalmente, a la Unidad Técnica le corresponde el liderazgo de un enfoque e idea fuerza fundamental para favorecer la implementación de la orientación estratégica 91-94, sobre la integración de la mujer en la salud y desarrollo.

B. OBJETIVOS

- o Fortalecer los programas de salud del nivel técnico normativo para formular ejecutar y evaluar políticas, programas y proyectos de salud con una perspectiva de género.
- o Apoyar técnicamente las áreas de salud en la conformación de los consejos de mujeres a nivel comunitario, dedicados a defender la causa de la salud de la mujer en el marco de los procesos de implementación de SILOS.
- o Promover la aprobación de leyes o reformas jurídicas legales que tengan implicaciones en salud para eliminar las discriminaciones contra la mujer y facilitar estrategias para el ejercicio de sus derechos en salud.
- o Promover el diseño y puesta en práctica de modelos alternativos de servicios de salud y de atención integral a la mujer, que tomen en cuenta tanto sus funciones biológicas, psicológicas, como aquellas que se adscriben socialmente -funciones de género- en las diferentes etapas de la vida.

- o Mejorar y ampliar el nivel de conocimientos sobre las brechas de género en salud, el impacto sobre las condiciones de salud de la mujer y su relación con los procesos de desarrollo.

C. ESTRATEGIAS

- o Gestionar la coordinación interinstitucional e intersectorial que potencialicen los recursos existentes para el desarrollo de la mujer, así como la captación de recursos locales e internacionales.
- o Promover políticas y acciones tendientes a producir cambios dentro de la normativa de la salud y favorecer la innovación de formas de participación y organización social de la mujer.
- o Alcanzar la coordinación interprogramática que facilite los procesos de incorporación de género en los programas de salud.
- o Promover la divulgación masiva de información sobre los aspectos de salud de la mujer, tomando en cuenta las consideraciones sociales, psicológicas, de género, culturales y económicas.
- o Impulsar la capacitación y actualización de los recursos humanos dentro del sector salud con la teoría de género, de acuerdo a las necesidades identificadas para crear conciencia colectiva sobre la importancia de la salud de la mujer en las diferentes etapas de la vida
- o Potencializar la participación de la mujer en los procesos de planificación y autocuidado de la salud a través de una amplia movilización y organización de mujeres a nivel local.
- o Fortalecer la investigación participativa que conlleve a la difusión de nuevos conocimientos a la luz de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales para facilitar la solución de los problemas de salud que aquejan a la mujer guatemalteca en las diferentes etapas de su vida.

D. AREAS PROGRAMATICAS

1. Fortalecimiento de los programas de salud

En los próximos años se pretende encaminar las acciones a sensibilizar al sector salud sobre la utilización de la categoría de género en el análisis epidemiológico de los programas y desarrollar la capacidad de los mismos para formulación y ejecución de políticas y programas de promoción y protección de la salud de la mujer en el marco del desarrollo de los SILOS.

2. Promoción de la investigación

Mejorar la medición, el conocimiento y la capacidad de análisis de la situación de salud de la mujer y su relación con los procesos de desarrollo.

3. Fortalecimiento de la participación social de la mujer por y para su salud

Mejorar la capacidad de liderazgo de la mujer y estimular los procesos de autogestión y autocuidado para la promoción y protección de la salud de la mujer, especialmente a nivel local.

Fortalecer el desarrollo de formas de organización social de las mujeres con el diseño de alternativas innovadoras que permitan viabilizar los modelos de atención a la salud de la mujer, en función de sus principales necesidades en las diferentes etapas de su vida.

E. METAS

Las metas estratégicas que se pretende alcanzar en el período 93-96 están orientadas a lograr la salud integral de la mujer, sustentadas en el perfil epidemiológico y en la realidad nacional que vive la mujer guatemalteca.

De acuerdo con las metas y compromisos internacionales suscritos por el país (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; y Salud para todos en el año 2000) consideramos que **antes de iniciar el siglo XXI debe haberse incorporado la perspectiva de género en los programas de salud y establecido un sistema organizativo de mujeres que participe activamente en la definición y planteamiento de alternativas de solución a sus problemas de salud.**

Este plan asume dichas metas dentro de su período de acción y considera su viabilidad en la medida que el Ministerio de Salud Pública asuma el compromiso nacional de alcanzarlas, conjuntamente con el apoyo de la cooperación técnica y financiera internacional.

Las metas se definen por áreas programáticas con actividades que se constituyen en metas a corto plazo 1992 a 1996. Dichas actividades se inscriben dentro del plan operativo de la planificación local de las áreas de salud

F. ACTIVIDADES

GRUPO INTERPROGRAMATICO

ACTIVIDADES	INSUMOS	RECURSOS	FECHA TIEMPO
1. Recolección de información a grupo interprogramático	1. Boleta	1. Personal Oficina M.S.D.	13 agosto
2. Análisis e Interpretación de datos	2. Informe Conclusiones Recomendaciones	2. Personal Oficina M.S.D.	6 septiembre
3. Convocatoria a Delegadas de Grupo Interprogramático	3. Notas de invitación	3. Personal Oficina M.S.D.	1 al mes
4. Capacitación en Metodología para introducir género en Programas de Salud	4. Fondos de Proyecto SIMCA	4. Consultora internacional	29 y 30 septiembre 01 octubre
5. Planificación actividades específicas	5. Proyectos Políticas Ministerio	5. Personal Oficina M.S.D.	1 cada mes
6. Reuniones grupo interprogramático	6.	6. Personal Oficina M.S.D.	1 cada mes
7. Reunión grupo interprogramático Programa Piloto	7. Técnicas de trabajo	7.	29 noviembre
8. Evaluación	8. Guía de Evaluación	8.	Semestral

**FORMACION DE CONSEJOS DE MUJERES
A NIVEL LOCAL**

ACTIVIDADES	INSUMO	RECURSOS HUMANOS	RESPONSABLE	DURACION TIEMPO	COSTO
1. Presentación del Proyecto al Ministro de Salud	Documento con información general	OPS, DGSS Delegadas Departamentales de Areas	Coordinadora Nacional y Subregional	10-06-93 17:00 hrs	Q
2. Presentación del Proyecto a ETA y CT	Documento Informe General	Delegada Departamental de Area ETA	Delegada Departamental	18-06-93	Q
3. Fortalecer los Consejos de Mujeres existentes: a. Interinstitucional b. Institucional	Documento Informe general	Delegada del Area y Consejo de Mujer	Delegada de Area	Cada quince días	Q
4. Elaborar normas y funciones de los consejos de mujeres	Documentos que elaboren	Consejo de Mujer y Delegada de Area	Delegada de Area y Consejo	octubre y noviembre 93	Q
5. Capacitar a los consejos de Mujeres en autocuidado	Documento informe general y Documentos sobre autocuidado	Delegada de Area y Consejo de Mujer	Delegada de Area	3 días de capacitación Septiembre de 1993	Q
6. Integración del Consejo de Mujer en el Consejo de desarrollo departamental	Solicitud de ingreso	Delegada de Area y Consejo de la Mujer	Delegada de Area y Presidenta de Mujeres	Diciembre 1993	Q

F. MONITOREO Y EVALUACION

La evaluación del plan será permanente y permitirá cambios y medidas correctivas de ajuste, durante el proceso, a lo largo de su desarrollo.

La evaluación tomará en consideración la situación de salud de la mujer y la interacción de los factores relacionados con el entorno social, económico político en general; así como de la capacidad organizativa de los grupos de mujeres en los servicios de salud. Así mismo, tomará en cuenta la capacidad de profesionales, que trabajan en Salud, que utilicen la categoría de género en sus actividades.

La horizontalidad que vayan desarrollando las acciones en torno a la salud de la mujer será uno de los principales indicadores para la evaluación del avance del programa.

Será necesario desarrollar indicadores que reflejen la condición de salud de la mujer y permitan integrar diversas fuentes de información que se producen en los programas de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y gobiernos locales.

G. ORGANIZACION

1. Justificación de la propuesta de organización

La naturaleza del trabajo técnico que promueve el programa de Mujer, Salud y Desarrollo:

- a. Contribuye a introducir en el área de situación de salud los factores socio-culturales de género que inciden en el proceso de salud-enfermedad de la mujer a lo largo de los ciclos de su vida.
- b. El desarrollo de este enfoque se realiza estrechamente con todos los programas, a través de su conducción interprogramática y el trabajo interdisciplinario.
- c. Su accionar es nacional y dirigido a todas las mujeres y con las prioridades nacionales establecidas por las autoridades de salud.

- d. Fortalece las acciones de promoción y autocuidado de salud de la mujer y la movilización de las mismas; así como de la capacitación y organización de las mujeres a nivel comunitario.

2. Descripción de la propuesta

Considerando que el ámbito de trabajo rebasa el área técnica de lo materno-infantil en donde está ubicado actualmente, se propone la siguiente organización:

- a. La Unidad MSD estará ubicada como Unidad Técnica de la Dirección General dentro de la organización del Ministerio de Salud.
- b. La Unidad MSD estará constituida por 4 profesionales de diferentes disciplinas de salud; a la cabeza de este equipo habrá una coordinadora o jefe de unidad. Sus responsabilidades serán:
 - o Asesorar y apoyar metodológicamente la introducción del enfoque de género en los programas y planes de salud.
 - o Promover y gestionar las investigaciones y proyectos relacionados con la Unidad MSD.
 - o Desarrollar propuestas de capacitación sobre género-salud y otros problemas relacionados con el MSD.
 - o Facilitar la planificación, organización y monitoreo de los proyectos y programas de MSD.
 - o Ordenar y preparar los informes para las autoridades nacionales de salud y donantes.
 - o Coordinar la organización nacional de delegacias.
 - o Promover y desarrollar estudios sobre realidad de la mujer guatemalteca y su salud.
 - o Interactuar con recursos nacionales e internacionales a fin de cumplir los objetivos del programa y sus planes de acción.

La Dirección General fomentará las acciones interprogramáticas a través de una comisión funcional. El grupo interprogramático estará conformado por un representante de cada programa y unidad. Tendrá una reunión mensual con agenda planificada. Sus funciones serán las siguientes:

- a. Estudiar, analizar y proponer metodologías para la incorporación del enfoque de género en los programas de salud.
- b. Conducir acciones interprogramáticas en torno a los problemas de salud de la mujer en todas las áreas.
- c. Sistematizar el proceso de coordinación con el apoyo de la Unidad Técnica MSD.

Con respecto a la organización a nivel local, se propone la siguiente integración:

- o. **Una Delegada de Area MSD:** que dependerá jerárquicamente del Jefe de Area. Será una profesional de una disciplina de salud.

Sus funciones serán las siguientes:

- a. Representar el Programa MSD ante la ONAM, organizaciones departamentales y otras.
- b. Planificar, ejecutar, evaluar y supervisar actividades.
- c. Detectar necesidades de capacitación y coordinar las mismas con la oficina de MSD y otras instituciones.
- d. Formar y coordinar los Consejos de Mujer Departamentales.
- e. Apoyar técnicamente los Consejos de Mujer Departamentales.

El jefe de Area contribuirá a la relación interprogramática a través de asegurar la participación de la delegada del área MSD en el Consejo Técnico.

- o **Delegada Distrital:** quien dependerá de la Jefatura del Centro de Salud. Desarrollará funciones similares a las del Area a nivel distrital y promoverá la formación del Consejo de Mujeres de la comunidad.

El programa desarrollará Consejos Departamentales y Distritales de Mujeres de instituciones del Ministerio de Salud y otras instituciones del Estado cuando sea necesario, a fin de promover actividades en dichos niveles. Promoverá además, la organización y motivación de mujeres de la comunidad en el cuidado y promoción de su salud.

La Unidad Técnica de MSD estará integrada por personal multidisciplinario, dependiente del Director General de Servicios de Salud con funciones a nivel técnico normativo. Contará con el grupo interprogramático y las comisiones que se considere pertinentes para identificar los vacíos en la atención a la salud de la mujer y definir las estrategias y acciones para subsanarlos, a fin de apoyar las acciones que se realizan a nivel de áreas de salud.

V. RELACION CON LAS POLITICAS DE SALUD

Las acciones que la Unidad Técnica de MSD implementará, apoyará las políticas de salud del Ministerio, principalmente en lo concerniente a la política de población y salud reproductiva. Apoyará en términos generales todas las políticas para favorecer la participación de la población en el mejoramiento de las condiciones de su salud a través de la incorporación de la misma en la planificación de salud y lograr el aumento de cobertura.

Fomentará la coordinación intrasectorial y comunitaria a través de la organización de grupos de mujeres.

VI. PRONUNCIAMIENTO

SE DECLARA LA SALUD DE LA MUJER EN TODAS LAS ETAPAS DE SU VIDA COMO META PRIORITARIA DE SALUD PUBLICA Y SE INSTA A LA PREPARACION DE UN PLAN INTERPROGRAMATICO PARA LA OBTENCION DE DICHA META.

EL SEÑOR MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

TOMANDO EN CONSIDERACION:

Que la salud de la mujer constituye un derecho fundamental para la mitad de la población guatemalteca, y que la salud de todo un pueblo se manifiesta por el bienestar de sus mujeres.

Que el gobierno de Guatemala ha sido signatario de los acuerdos nacionales e internacionales en pro de la mujer, mediante lo cual se compromete a:

- Alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", cuya finalidad es el logro de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, para que puedan llevar una vida social digna.
- Responder a la declaración Alma Ata de Naciones Unidas sobre los "Cuidados Primarios de salud", reconocer el hecho que la salud de las mujeres incide en la salud de la población, y que hay que

disminuir la discriminación existente contra niños-as y mujeres en cada aspecto de la salud.

- Reducir la mortalidad materna en un 50% en los próximos diez años, de acuerdo con el compromiso adquirido durante la Conferencia de Maternidad Sin Riesgos, de Nairobi-Kenya 1987, resolución XVII de la **XXIII** Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990.
- Dar apoyo a las estrategias de Nairobi, dentro de la década de la Mujer en

los Sectores de Salud, Trabajo y Educación, de acuerdo con la resolución de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990.

- Responder a la Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana sobre Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la OPS, cuatrienio 91-94, en apoyo al eje MSD.
- Contribuir a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, decisión adoptada durante la Década de las Naciones Unidas para la Mujer.

Que los resultados obtenidos (Documento de Políticas y Promoción para el Desarrollo de la Mujer, ONAM-UNICEF; Documento de Situación de Salud de la Mujer, OPS; Estudio de la Mortalidad Materna en Guatemala, 1989; (Estimación de Subregistro) demostraron que la morbilidad y mortalidad de la mujer guatemalteca en las diferentes etapas de su vida es un problema de alta incidencia en nuestro país, y que la magnitud real del conocimiento del problema, se ha obstaculizado por las deficiencias de las estadísticas vitales en cuanto al sexo, grupo étnicos y grupos específicos por edad.

Que la situación de discriminación de género, no ha sido reconocida como un **GRAN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA**, ya que la diferenciación biológica y social entre hombres y mujeres, manifiesta el perfil de salud con una connotación diferente, lo cual debe ser tomado en cuenta tanto en políticas como programas.

Que es de particular importancia sensibilizar al sector salud sobre las brechas de género que se manifiestan en las condiciones y calidad de vida de la mujer en las diferentes etapas de vida.

Que la alta mortalidad que sufre la mujer en su etapa reproductiva, se manifiesta por la falta de ejercicio sobre sus derechos reproductivos con el fin de tomar el control sobre su fertilidad.

Que la alta morbilidad que padece la mujer, en todas sus diferentes etapas de la vida.

POR TANTO SE PRONUNCIA

1. Declarar la salud de la mujer como una de las metas prioritarias de salud pública.
2. Aumentar la cobertura de atención con la incorporación de formas alternativas de atención a la mujer en todas los grupos etáreos y étnicos.
3. Instar a los programas del nivel técnico normativo y a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para que elaboren un plan conjunto que coordine las distintas actividades para mejorar las condiciones de salud de la mujer.
4. Encomendar al Director General de Servicios de Salud que ponga en marcha las acciones tendientes a propiciar la formación de consejos de mujeres a nivel de área y distrito de salud, a fin de fortalecer la implementación de SILOS.
5. Encomendar al Director General de Servicios de Salud que informe trimestralmente a este despacho sobre el avance de esta gestión.

Dr. Gustavo Hernández Polanco

MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

GRUPO FOCAL DEL PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO

Licda. Rosa Carlota Penados Baldizón → *Coord. Programa*
Licda. Gloria Raquel Gonzalez Maeda
Licda. Aracely Castillo Cristales
Dra. Teyda Gretta Villate

DELEGADAS DE AREAS DE SALUD

T.S. Ingrid Roxana Merck B.	Sacatepequez
Enf. Ma. del Carmen García	Salamá, Baja Verapaz
Aux. Nutrición Estela Soch	Totonicapán
Enf. Aura Marina Herrera	El Progreso
Enf. Adelfa Boj	Chimaltenango
Asesora Nacional OPS/OMS:	Dra. Lily Caravantes de Dubois
Consultora Sub-Regional OPS/OMS:	Licda. Lea Guido
Edición:	Licda. Eva de Méndez

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Acuérdase establecer con carácter permanente el Foro de Salud Integral de la Mujer, en la forma que se indica.

ACUERDO NUMERO SP-M-79-92

Palacio Nacional: Guatemala, 16 de septiembre de 1992.

El Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social,

CONSIDERANDO:

Que todos los habitantes de la República, tienen derecho a la conservación, protección y recuperación de su salud pero están obligados asimismo a procurarse mejorar y conservar las condiciones de salubridad del medio en que viven y a contribuir a la conservación higiénica del medio ambiente general.

CONSIDERANDO:

Que debe darse máxima prioridad a la atención de la problemática de salud con un enfoque integral de la mujer, ya que ellas constituyen la mitad de la población. Y riesgos de enfermar y morir en las diferentes etapas de su vida.

CONSIDERANDO:

Que entre las políticas del Gobierno de Guatemala, se contemplan acciones de salud para la mujer, buscando reducir los índices de morbilidad y mortalidad materna, por lo que es necesario desarrollar acciones concretas sobre mujer y salud con una perspectiva de Género, que permita la participación activa de las mujeres en la identificación de problemas de salud en la solución de sus necesidades;

CONSIDERANDO:

Que dentro de los Acuerdos Internacionales de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos se acuerda celebrar cada 28 de mayo, el Día de Acción Mundial en favor de la salud de la Mujer, que permita la difusión, reflexión y discusión de los factores que condicionan su salud con un enfoque de Género.

POR TANTO,

En uso de las facultades que le confieren los Artículos 194, inciso a) de la Constitución Política de Guatemala, y 2o., 3o. y 4o. del Código de Salud,

ACUERDA:

Artículo 1o.—Establecer con carácter permanente el FORO DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER, el que deberá llevarse a cabo el día 28 de mayo de cada año.

Artículo 2o.—Este Foro será organizado por el Programa "MUJER, SALUD Y DESARROLLO", del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 3o.—Para la Organización y Desarrollo del Foro de Salud Integral de la Mujer, el Programa emitirá el correspondiente reglamento.

Artículo 4o.—El presente Acuerdo entrará en vigor inmediatamente después de ser publicado en el Diario Oficial.

Comuníquese.

Dr. EUSEBIO DEL CID PERALTA.

La Viceministra de Salud Pública
y Asistencia Social.

SISTEMA SEXO - GENERO

SON DOS CONCEPTOS DIFERENTES

SEXO



ANATOMIA DE LOS
SERES HUMANOS



CUANDO SE NACE
EL SEXO ES EL
DATO QUE LO
IDENTIFICA



GENERO



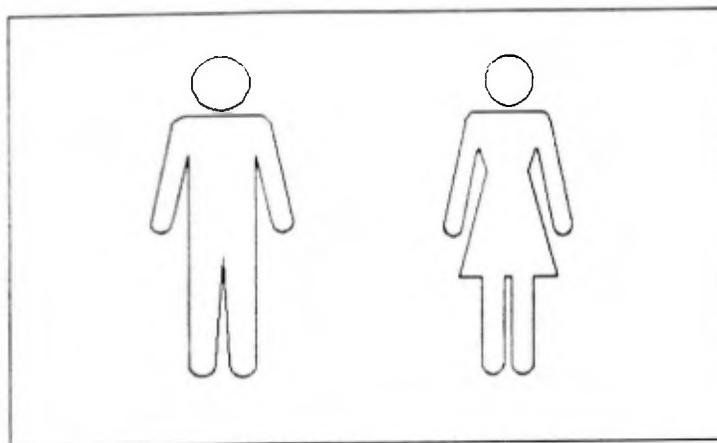
SON TODAS LAS
CREENCIAS,
ACTITUDES,
VALORES,
CONDUCTAS,
QUE LA SOCIEDAD
NOS ASIGNA



E. COMADRONA
COBRA MAS
- SE GANA
LA GALLINA

SEXO

CARACTERISTICAS CON LAS CUALES
NACEMOS. PERTENECEMOS AL SEXO
MASCULINO O FEMENINO,
DEPENDIENDO DE LA FORMA Y
FUNCIONES DE NUESTROS
ORGANOS.



GENERO

CARACTERISTICAS QUE NO TRAEMOS
DE NACIMIENTO, SINO QUE LAS
APRENDEMOS. ESTO ES LO QUE LA
SOCIEDAD ENSEÑA COMO PROPIO
DE LA MUJER Y PROPIO DEL HOMBRE.



SOCIALIZACION

PROCESO MEDIANTE EL CUAL EL INDIVIDUO APRENDE PATRONES DE CONDUCTA, EN EL QUE PARTICIPA:

A. LA FAMILIA
EN EL SENO DEL HOGAR, LOS PADRES TRANSMITEN PATRONES DE CONDUCTA, DESTREZAS, ACTITUDES.

B. LA ESCUELA

C. LA IGLESIA

D. MEDIOS DE COMUNICACION

DETERMINAN LO QUE HAREMOS Y LO QUE PENSAREMOS EN LA VIDA.

ESTEREOTIPO

**IDEA FIJA REPRODUCIDA
Y SE PERPETUA.**

UN ESTEREOTIPO SEXUAL ES UNA IDEA QUE SE FIJA Y SE PERPETUA CON RESPECTO A LAS CARACTERISTICAS QUE SUPONEMOS PROPIAS DE UNO U OTRO SEXO.

DOBLE JORNADA DE TRABAJO



LA MUJER ADEMAS DE REALIZAR TODAS LAS TAREAS DOMESTICAS Y ATENCION A LOS HIJOS, MUCHAS VECES TRABAJA FUERA DEL HOGAR.

TRIPLE JORNADA DE TRABAJO



CUANDO PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE DESARROLLO.

DIVISION SEXUAL DEL TRABAJO



ESFERA PUBLICA

ESFERA DOMESTICA

TRABAJO=VALORES DE CONSUMO

TRABAJO=VALORES DE USO

ASALARIADO

NO ASALARIADO

DECISION, PODER

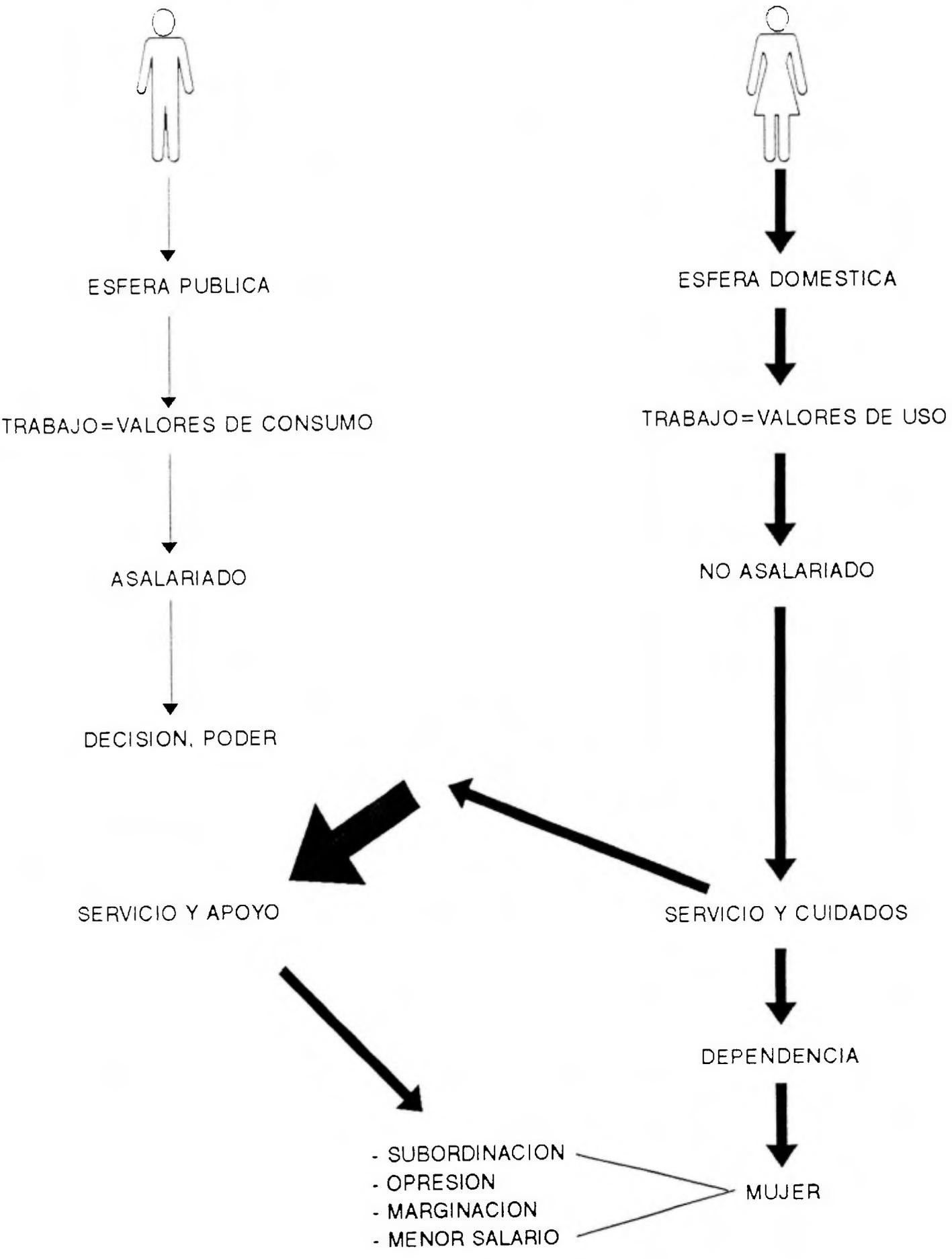
SERVICIO Y APOYO

SERVICIO Y CUIDADOS

DEPENDENCIA

- SUBORDINACION
- OPRESION
- MARGINACION
- MENOR SALARIO

MUJER



SITUACION DE SALUD DE LA MUJER

MEDICINA PREVENTIVA CON UN PRESUPUESTO DE 20%

50% DE LAS MUJERS TIENEN HIJOS ANTES DE LOS 20 AÑOS DE EDAD

ALTA TASA DE FECUNDIDAD PROMEDIO 5.6 HIJOS POR MUJER

19% DE PARTOS SON INSTITUCIONALES

47% DE MORTALIDAD EN LA NIÑA 1-4 AÑOS Y 43% EN EL NIÑO

ALTA TASA DE MORTALIDAD MATERNA. 12 X 10,000 N.V.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PROBLEMA NO SE DETECTA, Y NO SE REGISTRA.

EN 1986, EL CANCER DEL CERVIX REGISTRA EL 56% DE TODOS LOS CANCERES DIAGNOSTICADOS EN LA MUJER

30% DE LAS MUJERES EMBARAZADAS TIENE MAL NUTRICION Y ANEMIA POR DIFERENCIA DE HIERRO

ABORTO CON SUBREGISTRO POR SU CARACTER DE ILEGALIDAD

FUENTE: Revisión Bibliografía Mujer, Salud y Desarrollo 1990

EDADES

Menores de 15 años
46%



Mayores de 15 años
54%

SEXOS

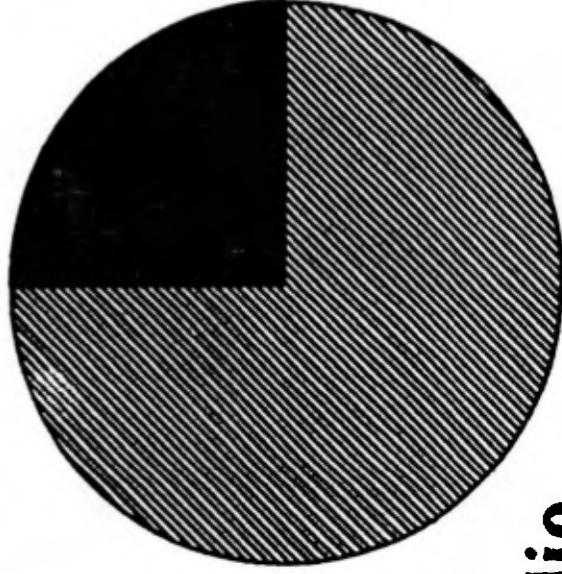
Mujeres
51.01%



Hombres
48.99%

PARTOS

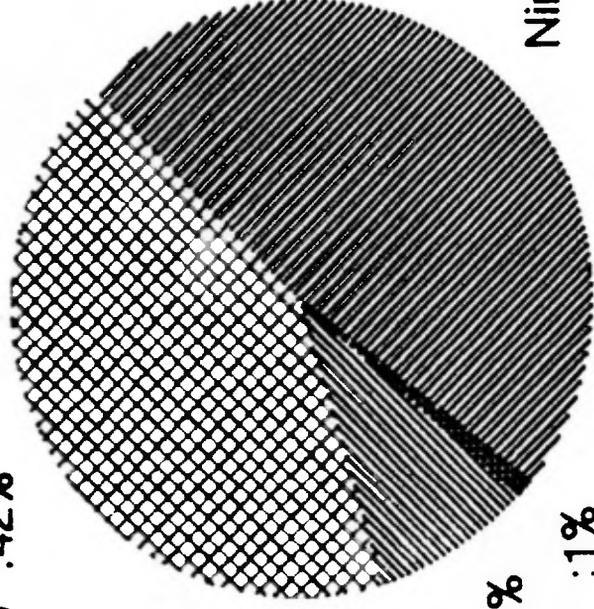
En hospitales
25%



En el domicilio
75%

NIVEL DE ESTUDIOS (Mujeres)

Primario :42%



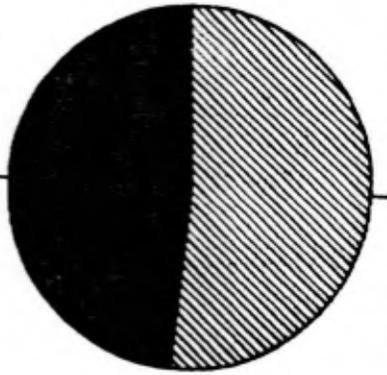
Secundario :9%

Universitario :1%

Ninguno :48%

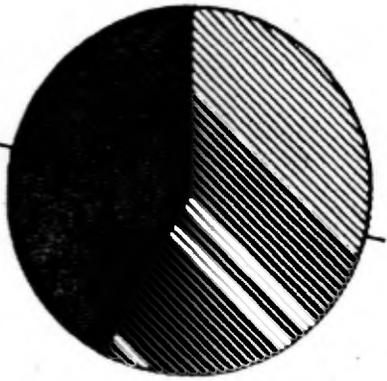
ANALFABETISMO

Alfabetos
48%



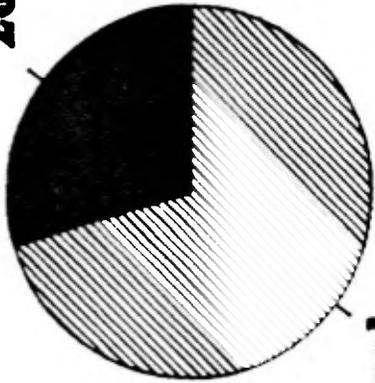
Analfabetos
52%

Hombres
42%



Mujeres
58%

Urbana
26%



Rural
62%

Población total

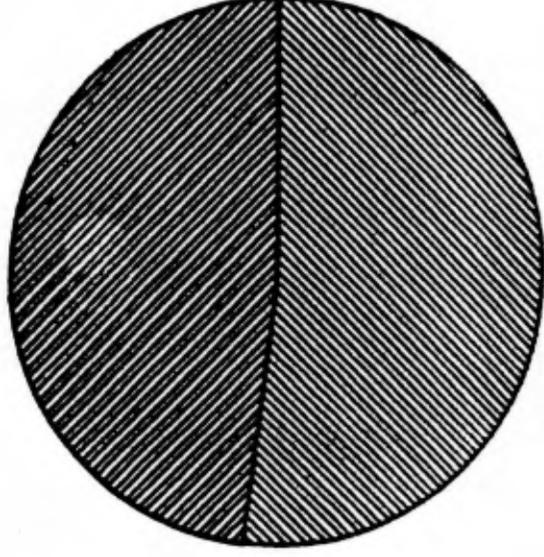
Por sexo

Urbana y Rural

En algunos casos el analfabetismo de la mujer indígena rural alcanza 75% y 90%

ETNIAS

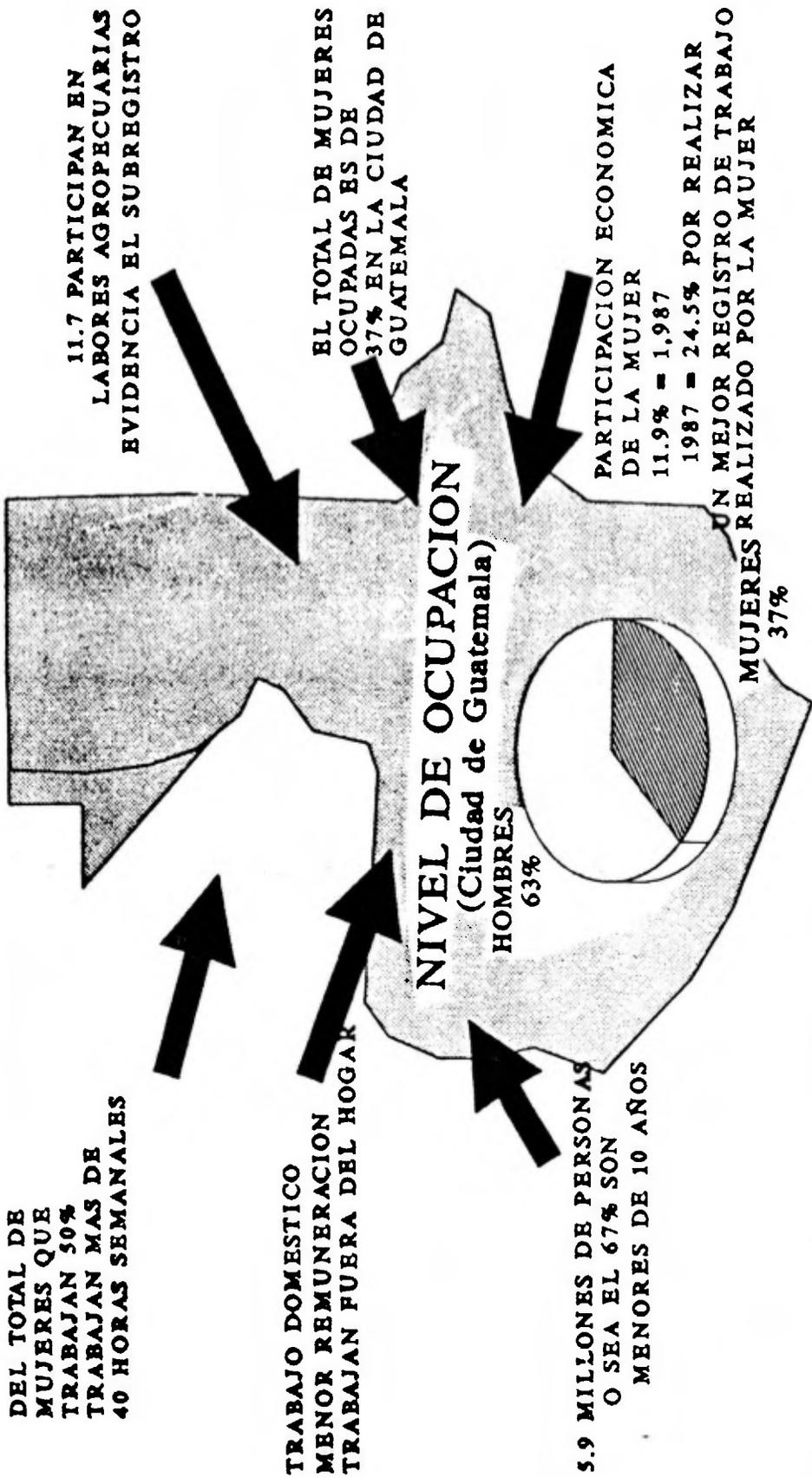
Indígenas
48%



No indígenas
52%

TRABAJO

DENTRO DE LA ESTRUCTURA SOCIO-ECONOMIA GUATEMALTECA, TAMBIEN ESTA PRESENTE LA MUJER COMO TRABAJADORA.



FUENTE: Política Nacional para el Desarrollo de la Mujer Guatemalteca. 1990

ACTORES INVOLUCRADOS EN LAS ACCIONES MUJER, SALUD Y DESARROLLO DE GUATEMALA

El Programa se ha venido desarrollando con apoyo internacional de las Naciones Unidas, OPS/OMS Regiona, Subregional, Punto Focal.

Actualmente se trata de buscar apoyo técnico y financiero de otras agencias internacionales como UNICEF, AID, para ir implementando el programa a más departamentos del país, y contribuir así a mejorar la salud y el desarrollo de la Mujer, quien ha sido invisibilizada por mucho tiempo, y no ha tenido participación alguna que la motive a mejorar su situación como mujer, especialmente la mujer del área rural, quien es discriminada por ser pobre, por ser mujer y por ser indígena.

Dentro de los actores nacionales para el desarrollo del programa se cuenta con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, nivel normativo que está dentro de la Dirección General de Servicios de Salud, Nivel Aplicativo y ejecutivo que corresponde a las jefaturas de área de Salud, así como a la red de servicios de salud que integran el Ministerio del mismo nombre.

El programa Mujer, Salud y Desarrollo, a nivel nacional está representado por personal profesional y técnico, quien dirige y coordinará la asesoría técnica y gestionará ayudas financieras, así como evaluará todas las actividades del programa y preparará los informes a las autoridades nacionales, Consejo de Delegadas nacionales y fuentes donantes

El siguiente cuadro resume las formas de participación de los diferentes actores:

ACTORES	APORTE/FUNCION	LIMITACION	PROGRAMA M.S.D.
Coordinación Nacional: De apoyo al Programa 1. Oficina Nacional de la Mujer	1. Coordinación de Acciones 2. Apoyo financiero y técnico 3. Político	Recursos	Movimiento recursos y coordinación
2. Oficina Primera Dama	1. Apoyo político		Sensibilizar e informar
3. Procuraduría	1. Apoyo político/técnico	Posible sin conciencia de género	Sensibilizar e informar
4. Congreso de la República	1. Apoyo político	. Sin conciencia de género	Sensibilizar e informar
5. Academia: USAC y Escuelas formadoras de Recursos Humanos RRHH Cátedra de la Mujer	Conocimiento: Investigación Capacitación	. Falta de apoyo político Recursos Técnicos	Apoyo Cátedra Recursos Humanos

6. ONGs con representaciones de mujeres: a. APROFAM b. AGES c. Coincidencia de la mujer	a. Financiero, coordinación b. Financiero, coordinación c. Intercambio de experiencias	a. Política por control natal. Aceptación b. Financiera c. Cupos limitados	Apoyar financieramente
7. Local: Area: (Ministerio de Salud) . Jefatura de Area . Equipo técnico Area . Delegada de Area	. Apoyo político: Recursos humanos, supervisión técnica y evaluación . Coordinación interprogramática, apoyo a las actividades	. Sensibilización . Sensibilización Falta de información	. Gestión ministerial, información adecuada, sensibilización . Capacitación a equipo técnico de región . Promoción y divulgación permanente

ACTORES INVOLUCRADOS EN EL PROYECTO

NO.	ACTORES	APORTE/FUNCIONES	LIMITACION	PROGRAMA M.S.D.
1.	Internacional Cooperación técnica OPS: Regional, Subregional, Punto Focal	. Interés cosas de mujeres . Apoyo técnico . Apoyo financiero	. Financiamiento . Limitación de Recurso financiero . Relaciones no adecuadas factores nacionales	. Movilizar recursos de otras instancias y nacionales . Elaborar propuesta de coordinación
2.	Responsables nacionales Ministerio de Salud Pública Normativo			
2.a	Programa M.S.D.	. Asesoría metodología . Capacitación, teoría género . Recurso humano . Asesoría técnica . Planificación . Supervisión . Evaluación	. Financiero, recurso logístico . Apoyo Político . Capacitación a desarrollo . Teoría género y su aplicación en salud	. Más recursos nacionales: Interprogramático Buscar recursos . Recurso logístico Gestionar un presupuesto de funcionamiento mínimo . Apoyo político Oficializar el programa y hacer las demandas, solicitar un acuerdo ministerial.
2.b	Grupo Interprogramático	. Introducción Género . Programa normativo . Proyectos, investigación y sistema de información desagregado por sexo	. No reconocimiento como instancia de funcionamiento de coordinación . Calidad de su composición técnica	

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Encuesta Sociodemográfica del Instituto Nacional de Estadística (INE). 1989
2. INSTITUTO INTERAMERICANO. Programa Indígena. Encuesta diagnóstica de los pueblos indígenas de Centroamérica, Belice y Panamá. San José, Costa Rica 1990.
3. THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. Un perfil de las Américas. 1990
4. LIGA NACIONAL CONTRA EL CANCER, OPS.
El Cáncer cervicouterino en Guatemala. Estudio de Prevalencia (Periodo 1985-1990)
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
UNICEF - UNIFEM - OPS/OMS - FNUAP
Estudio Exploratorio Violencia Intrafamiliar hacia la Mujer en Guatemala. 1993
6. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
Departamento Estudio de la Mortalidad Materna -Materno-Infantil)
(Estimación de Subregistro) 1989.
7. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
Departamento Materno-Infantil. Encuesta Materno Infantil. 1987
8. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Estudio de la Prevalencia de Anemia de las embarazadas en los servicios de Obstetricia de 11 Hospitales de la República. (1991)