



## Asamblea General

Distr. general  
16 de marzo de 2011  
Español  
Original: inglés

---

### Consejo de Derechos Humanos

17º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo**

### **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover**

**Adición**

### **Misión a Guatemala\***

#### *Resumen*

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental visitó Guatemala del 12 al 18 de mayo de 2010. Celebró reuniones con representantes del Gobierno, organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y representantes de comunidades indígenas en Ciudad de Guatemala, Malacantacito, Huehuetenango e Ixtahuacán.

Durante la misión, el Relator Especial observó que el sector de la salud de Guatemala adolece de una grave carencia de recursos y está concentrado en las zonas urbanas. Además, existen importantes desigualdades en el disfrute del derecho a la salud de las comunidades indígenas y las mujeres, particularmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. El Relator Especial expresó preocupación también por las políticas gubernamentales que restringen el acceso a los medicamentos.

El informe consta de seis secciones. En la sección I, el Relator Especial presenta una introducción al informe. En la sección II se resume el contexto histórico de la inveterada desigualdad y discriminación de la sociedad guatemalteca y se describe brevemente el marco jurídico nacional e internacional en que se inscribe el derecho a la salud. En la sección III, el Relator Especial analiza cuestiones relacionadas con la salud de los indígenas, incluidas las circunstancias históricas que dieron lugar a las dificultades que

---

\* El resumen del presente informe se distribuye en todos los idiomas oficiales. El informe propiamente dicho figura en el anexo al resumen y se distribuye únicamente en el idioma en que se presentó y en español.

actualmente aquejan a esas comunidades. Esas dificultades se relacionan en gran medida con desigualdades y formas de discriminación profundamente arraigadas, que han repercutido negativamente en los factores básicos que determinan la salud y en el acceso a la atención sanitaria. La concentración de los servicios de salud en las zonas urbanas, la insuficiencia de los recursos y las importantes barreras lingüísticas se consideran obstáculos sustantivos al acceso de los pueblos indígenas a la atención de salud, al igual que la falta de una política o un plan nacional integral para la atención sanitaria de los pueblos indígenas. En la sección IV, el Relator Especial examina el derecho a la salud de la mujer, particularmente su derecho a la salud sexual y reproductiva. Observa que las mujeres indígenas de las zonas rurales siguen siendo un grupo marginado y que existen grandes disparidades en la utilización de anticonceptivos y el acceso a la atención obstétrica. También expresa preocupación por la situación de las leyes sobre el aborto en Guatemala, y por la alta tasa consiguiente de abortos practicados en condiciones peligrosas, así como por la creciente prevalencia de la violencia contra la mujer.

En la sección V se analiza el acceso a los medicamentos, en particular las políticas públicas de adquisición de medicamentos y las disposiciones relativas a la propiedad intelectual contenidas en el Tratado de Libre Comercio de Centroamérica, que limitan el acceso a los medicamentos. En la sección VI, el Relator Especial ofrece algunas recomendaciones referentes a cada una de las esferas examinadas durante su misión.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción .....	1–5	4
II. Antecedentes y marco jurídico .....	6–29	4
A. El derecho a la salud en Guatemala: panorama general .....	9–17	5
B. Marco jurídico internacional, regional y nacional .....	18–22	7
C. El marco del derecho a la salud .....	23–25	8
D. El derecho a la salud y sus factores determinantes básicos .....	26–29	8
III. El derecho a la salud de los pueblos indígenas .....	30–51	9
A. Antecedentes históricos .....	32–36	10
B. Situación sanitaria de los pueblos indígenas .....	37–41	11
C. Obstáculos al mejoramiento de los resultados sanitarios de la población indígena .....	42–46	12
D. Prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas .....	47–51	13
IV. El derecho a la salud de la mujer: derecho a la salud sexual y reproductiva .....	52–73	14
A. El derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva .....	55–69	15
B. Violencia contra la mujer .....	70–73	19
V. Acceso a los medicamentos .....	74–87	20
A. Las políticas de adquisición del Gobierno y sus repercusiones en el acceso a los medicamentos .....	77–79	20
B. El Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos y su repercusión sobre los precios de los medicamentos .....	80–87	21
VI. Recomendaciones .....	88–90	23

## I. Introducción

1. Por invitación del Gobierno, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental visitó Guatemala del 12 al 18 de mayo de 2010. El propósito de la misión era comprender, en un espíritu de cooperación y de diálogo, la forma en que Guatemala procura llevar a la práctica el derecho a la salud, las medidas que ha adoptado para hacerlo efectivo y los obstáculos con que tropieza en los planos nacional e internacional.

2. Los aspectos centrales de la misión eran el derecho a la salud de los pueblos indígenas; el derecho a la salud de la mujer, específicamente en relación con la salud sexual y reproductiva; y el acceso a los medicamentos. Además, se examinaron en general los efectos de la pobreza, la discriminación y las desigualdades en el disfrute del derecho a la salud. Durante la misión, el Relator Especial viajó a Ciudad de Guatemala, Malacantacito, Huehuetenango e Ixtahuacán, y tuvo la oportunidad de visitar comunidades indígenas y reunirse con sus representantes.

3. Durante toda la misión, los representantes del Gobierno en todos los niveles y los demás interlocutores se mostraron abiertos y constructivos. El Relator Especial tuvo el agrado de reunirse con el Vicepresidente, Rafael Espada; el Ministro de Finanzas, Juan Alberto Fuentes; el Ministro de Salud, Ludwig Ovalle; el Primer Vicepresidente del Congreso, Gabriel Heredia; el Presidente de la Comisión de Salud, Víctor Manuel Gutiérrez Longo; y varios otros altos cargos del Gobierno.

4. Durante la misión, el Relator Especial celebró reuniones también con el Procurador de los Derechos Humanos y sus colaboradores, con magistrados de la Corte de Constitucionalidad, incluido su Presidente, y con miembros del Congreso, entre ellos el Presidente. El Relator Especial pudo intercambiar opiniones asimismo con representantes de la Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo contra los Pueblos Indígenas en Guatemala y de la Defensoría de la Mujer Indígena. Además, se reunió con miembros de la comunidad internacional en Guatemala.

5. El Relator Especial tuvo la ocasión de reunirse con representantes de organizaciones de la sociedad civil y con comunidades, académicos y profesionales de la salud, y desea dar las gracias a todos aquellos que le dedicaron su tiempo y le ofrecieron su cooperación.

## II. Antecedentes y marco jurídico

6. La sociedad guatemalteca está marcada por desigualdades y una discriminación profundamente enraizadas, cuyo origen se remonta a la desposesión y la exclusión social de sus habitantes originarios a raíz de la conquista y colonización españolas de Centroamérica. Más recientemente, el país experimentó una brutal guerra civil que duró 36 años y terminó hace sólo 14. El Acuerdo de Paz de 1996, junto con la Constitución de 1985, sentaron las bases del Estado de Guatemala contemporáneo.

7. Hoy día, Guatemala está clasificada como un país de ingresos medios, con un fuerte sector exportador, especialmente de productos agrícolas. Este nivel de ingresos, sin embargo, no se ha traducido adecuadamente en un desarrollo sostenible e igualitario; en 2010, el país ocupó el lugar 116 entre 169 países en la clasificación según el Índice de Desarrollo Humano<sup>1</sup>. Los efectos del colonialismo siguen afectando profundamente a los

---

<sup>1</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre Desarrollo Humano 2010: La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano* (Nueva York, 2010).

pueblos indígenas mayoritarios, los maya, los xinca y los garífuna, que en cerca de un 75% de los casos viven en la pobreza<sup>2</sup>. La manifestación más evidente del legado colonial en Guatemala es la distribución extremadamente desigual de las tierras y de la riqueza entre las personas de ascendencia europea (los criollos) y los pueblos indígenas. El 54% de todas las explotaciones agrícolas ocupan tan sólo el 4% de la superficie agrícola total, mientras que el 2,6% correspondiente a las fincas más grandes representa casi las dos terceras partes de las tierras cultivables<sup>3</sup>. El 20% más acaudalado de la población consume el 57,8% del producto interno bruto (PIB)<sup>4</sup>.

8. En 2010, el ingreso nacional bruto per cápita, expresado en paridad de poder adquisitivo, ascendía a 4.694 dólares, y sin embargo aproximadamente el 51% de la población vivía por debajo de la línea de pobreza nacional<sup>5</sup>. En términos de las medidas internacionalmente aceptadas de desigualdad (el coeficiente de Gini), Guatemala es uno de los países con mayor desigualdad interna de Centroamérica, e incluso del mundo<sup>6</sup>. Aunque esta situación se gestó a raíz de acontecimientos históricos y políticas particulares, la incapacidad actual del Estado de generar ingresos se debe principalmente a que no recauda suficientes impuestos. La tasa impositiva, del 11,3% del PIB en 2008, es una de las más bajas del mundo<sup>7</sup>. Ello limita los recursos del Estado y ha permitido que el capital permanezca en gran medida en manos de unos pocos criollos, por lo general terratenientes.

## A. El derecho a la salud en Guatemala: panorama general

9. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) es el principal proveedor de bienes y servicios de atención de salud en Guatemala, y aporta alrededor del 70% de la atención sanitaria prestada. Esto no significa, sin embargo, que todos reciban la misma clase o el mismo nivel de servicios; la mayor parte de los beneficiarios sólo recibe un conjunto básico de servicios a través de organizaciones no gubernamentales subcontratadas, que visitan las comunidades una vez por mes. En la mayoría de las zonas rurales no existen servicios permanentes.

10. Complementa al Ministerio el sistema de seguridad social (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o IGSS), que atiende a aproximadamente el 10% de la población a través de seguros de enfermedad basados en el empleo. Por último, el Ministerio de Defensa ofrece servicios de atención de salud a las fuerzas armadas. Estas tres instituciones constituyen el grueso del sistema de salud público.

11. Los gastos público, privado y de seguridad social en salud representan aproximadamente el 7,3% del PIB, una proporción parecida a la de otras partes de América Latina<sup>8</sup>. Sin embargo, en comparación, los indicadores sanitarios de Guatemala figuran entre los más bajos de la región. El gasto público en salud es la principal diferencia entre Guatemala y otros países de la región; en Guatemala el gasto público constituye una

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística (INE), *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006* (ENCOVI 2006), (Guatemala, 2006), pág. 1. Disponible en [www.ine.gob.gt](http://www.ine.gob.gt).

<sup>3</sup> Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH), "Guatemala: Memoria Del Silencio" (febrero de 2009), párr. 2. Disponible en <http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/report/spanish/>.

<sup>4</sup> Banco Mundial, "Income Share Held by Highest 20%", *World Development Indicators database* (2006). Disponible en <http://data.worldbank.org/>.

<sup>5</sup> PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 2010* (Nueva York, 2010), págs. 165 y 182.

<sup>6</sup> Banco Mundial, "Gini Index", *World Development Indicators database* (2006). Disponible en <http://data.worldbank.org/>.

<sup>7</sup> Banco Mundial, "Tax revenue (% GDP)", *World Development Indicators database* (2008). Disponible en <http://data.worldbank.org/>.

<sup>8</sup> Banco Mundial, "Health expenditure, total (% GDP)", *World Development Indicators database* (2008). Disponible en <http://data.worldbank.org/>.

proporción mucho menor del porcentaje agregado<sup>9</sup>. La experiencia de otros países con una situación parecida indica que incluso los limitados recursos disponibles para la salud en Guatemala podrían asignarse de manera más eficiente para mejorar los indicadores generales de salud de los ciudadanos.

12. Lamentablemente, la tendencia reciente en Guatemala no se ha caracterizado por un aumento de la inversión en la salud o la promoción de una mayor eficiencia en la asignación de los recursos. La inversión pública en la salud ha disminuido en los dos últimos decenios, y la escasa inversión realizada se ha concentrado principalmente en el sector terciario. En el caso de las comunidades más vulnerables —los pueblos indígenas y las mujeres de las zonas rurales— lo que más se necesita es atención primaria, como se verá más adelante. Se están adoptando diversas iniciativas para colmar esta carencia, pero es necesario hacer mucho más.

13. El sector de la salud adolece de una enorme carencia de recursos y está concentrado en las zonas urbanas pese al presunto aumento de la asignación presupuestaria del Ministerio de Salud para el período 2007-2010. Por primera vez en casi 20 años, en el presupuesto de 2010 el gasto en atención de salud experimentó una disminución considerable en términos absolutos; antes había habido por lo menos aumentos nominales destinados a cubrir el costo de la inflación. Las políticas favorables a una mayor privatización de los servicios de salud, unidas al insuficiente gasto público, han dado lugar a un sistema de salud fragmentado, en que la atención primaria y secundaria privada está ausente en muchas de las zonas rurales y el sistema público es incapaz de colmar ese vacío. Esas comunidades rurales necesitan acceso a establecimientos, bienes y servicios completos de atención primaria, pero a menudo no pueden pagar los elevados precios de la atención de salud privada. Se estima que el gasto privado en salud representa el 72% del gasto total en salud<sup>10</sup>.

14. Además, el trauma de la guerra civil ha acrecentado la carga de enfermedades mentales y discapacidad en la población, especialmente en las comunidades indígenas rurales que sufrieron de forma desproporcionada los efectos de la violencia durante la guerra. Este problema no está siendo tratado adecuadamente por el Gobierno; sólo el 1% del presupuesto de salud actual está asignado a la atención de salud mental, y no existen servicios de salud mental comunitarios. La única institución de ese tipo que existe en Guatemala está trabajando considerablemente por encima de su capacidad y no cuenta con los recursos necesarios. Muchos de sus recursos se utilizan para recluir a presos en espera de sentencia y a personas con discapacidad mental, dos grupos que deberían ser albergados por separado. Aunque durante la misión no se hizo una evaluación más a fondo del alcance del problema, el Relator Especial cree que esta es una esfera crítica en la que se requieren importantes mejoras.

15. Además de una mayor asignación de recursos a los servicios de salud rurales, se precisan esfuerzos concertados para incorporar de manera integral la formación en salud rural en los programas de estudios de los profesionales médicos. Muchos médicos y otros profesionales de la salud no están capacitados para tratar los problemas específicos que tienen las comunidades rurales, y por esta razón, entre otras, son renuentes a trabajar en las zonas remotas. Además, quienes reciban esa formación en salud rural deben ser apoyados adecuadamente para que puedan hacer frente a los retos que conlleva la prestación de servicios en esas comunidades.

16. Al igual que muchos otros países de América Latina, Guatemala ha puesto en marcha un programa de transferencias monetarias condicionadas. El programa Mi Familia

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *National Health Account database* (2008). Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/gtm/en/>.

<sup>10</sup> *Ibid.*

Progresar fue iniciado por el Gobierno de Álvaro Colom y opera al amparo del Consejo de Cohesión Social, un conjunto de programas de asistencia social. El programa presta servicios a más de 30 municipalidades, y vincula las transferencias monetarias a requisitos educacionales y sanitarios/nutricionales. Sin embargo, este programa necesita ser revaluado, para asegurarse de que se enmarque en la perspectiva del derecho a la salud y no funcione de manera discriminatoria, como se verá más adelante.

17. Cabe señalar, en su favor, que algunos altos dirigentes del Gobierno otorgan prioridad a los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, y son conscientes de los problemas que tiene el país. La Constitución garantiza el derecho a la salud de todos los ciudadanos de Guatemala, pero ese derecho no se está haciendo realidad.

## **B. Marco jurídico internacional, regional y nacional**

18. Guatemala ha ratificado numerosos tratados internacionales que establecen explícitamente el derecho a la salud: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo (firmado, pero no todavía ratificado); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares; y el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo.

19. En Guatemala, los tratados internacionales que se ratifican surten efecto inmediato en el derecho interno. Además, la Constitución de Guatemala reconoce la primacía de los tratados de derechos humanos ratificados por el Gobierno sobre el ordenamiento jurídico y el derecho interno<sup>11</sup>. En consecuencia, todos los tratados internacionales que incluyen el derecho a la salud —y cualquier otra norma de derechos humanos— tienen prioridad sobre el derecho interno.

20. Guatemala afirmó el derecho de los pueblos indígenas a tener acceso a todos los servicios sociales y de salud, sin discriminación alguna, al aprobar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Con su población indígena, que es la tercera más grande de América Latina<sup>12</sup>, Guatemala está resuelta a mejorar las condiciones económicas y sociales de esos pueblos, incluidos los derechos a la educación, el trabajo, la vivienda y la salud.

21. Guatemala también tiene obligaciones regionales de derechos humanos, que comprenden el derecho a la salud. Como miembro de la Organización de los Estados Americanos, Guatemala es parte en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en que se pide el logro progresivo de la plena efectividad de todos los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización. Además, ha dado su ratificación y adhesión al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, en cuyo artículo 10 se enuncia el derecho a la salud.

22. La Constitución de Guatemala reconoce explícitamente el derecho a la salud en sus artículos 93 a 96, en una sección en que se establecen diversos derechos económicos, sociales y culturales. Además, como ya se ha señalado, el artículo 46 de la Constitución

<sup>11</sup> Constitución de Guatemala, art. 46, 1985.

<sup>12</sup> Raúl A. Montenegro y Carolyn Stevens, "Indigenous health in Latin America and the Caribbean", *Lancet*, vol. 367, N° 9525 (junio de 2006), pág. 1860.

atribuye prioridad a los instrumentos internacionales de derechos humanos sobre la legislación interna.

### **C. El marco del derecho a la salud**

23. El análisis realizado en este informe se fundamenta en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en que se reconoce el "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Esto entraña la necesidad de asegurar que haya establecimientos, bienes y servicios de salud disponibles, accesibles y aceptables para todos y que sean de buena calidad.

24. Para asegurar la disponibilidad se requieren un sistema de salud pública eficaz y un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud en el Estado. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones, que en parte coinciden: a) la no discriminación, que exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles, de hecho y de derecho, para todos, especialmente para los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos; b) la accesibilidad física, por la cual los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar físicamente al alcance de todos los sectores de la población, con inclusión de las mujeres, los niños, los pueblos indígenas, las personas de edad y las personas con discapacidad; c) la asequibilidad económica, que exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén económicamente al alcance de todos; y d) el acceso a la información, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. La aceptabilidad requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean aceptables desde el punto de vista médico y cultural. Por último, además de ser culturalmente aceptables, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad.

25. El derecho a la salud es un derecho incluyente, que abarca no sólo una atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia y potable y a un saneamiento apropiado, a alimentos inocuos y una nutrición adecuada, a una vivienda adecuada y a condiciones salubres en el trabajo y el medio ambiente, entre otras cosas. Los determinantes básicos de la salud van más allá de los derechos meramente materiales y comprenden factores sociales tales como la desigualdad.

### **D. El derecho a la salud y sus factores determinantes básicos**

26. La situación del acceso a los establecimientos, bienes y servicios básicos de salud es sumamente injusta para los más vulnerables y marginados, y ello repercute en la salud de las personas y con frecuencia impone una enorme carga al sistema de asistencia sanitaria. Los limitados servicios de atención primaria de salud, las dificultades que tiene la población rural para acceder físicamente a la atención sanitaria y su menor acceso a los factores determinantes de la salud, como la alimentación, el suministro de agua y el saneamiento, crean un entorno en que las personas están expuestas a una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades que son fácilmente prevenibles o tratables.

27. Entre las carencias más agudas se encuentran la falta de acceso a un suministro suficiente de alimentos nutritivos y la inseguridad alimentaria general. La prevalencia de la malnutrición crónica en Guatemala, que se cifra en el 43,4%, sitúa al país en el cuarto lugar

mundial y el primero en América Latina<sup>13</sup>. Los datos desglosados ponen de manifiesto la gravedad de la situación, en especial para los pueblos y los niños indígenas. Según algunas estimaciones, el 58,6% de los niños indígenas de menos de 5 años sufren malnutrición<sup>14</sup>. Aunque los pueblos indígenas constituyen la proporción más alta de la población, la mayoría de las decisiones sobre las políticas se adoptan sin participación alguna de sus comunidades, pese a que muchas de esas decisiones se relacionan con el aprovechamiento de las tierras<sup>15</sup>.

28. Las deficiencias en el acceso al agua potable y a instalaciones de saneamiento adecuadas también revelan profundas disparidades geográficas y étnicas. En 2006, si bien el 78,6% de las familias tenía acceso al suministro de agua, el 91,2% de ellas eran familias urbanas y el 64,2%, familias rurales<sup>16</sup>. En el saneamiento existen desigualdades similares: solamente el 17% de las familias rurales tiene acceso a instalaciones de saneamiento adecuadas. No obstante, el Relator Especial observa con reconocimiento que un informe del Banco Mundial de 2009 indica mejoras significativas en el acceso al saneamiento en el período 2000-2006, uno de los mayores logros de los últimos 25 años<sup>17</sup>.

29. La falta de acceso a la atención de salud y otros servicios básicos saca a la luz las disparidades entre las comunidades urbanas y rurales y entre los criollos y los indígenas; las comunidades rurales e indígenas a menudo no pueden satisfacer sus necesidades vitales más básicas. Cabe señalar que el término "rural" suele utilizarse para referirse a las comunidades indígenas, que constituyen las tres cuartas partes de la población rural. En un nivel más profundo, esta es una expresión de discriminación y una afrenta a la dignidad de las poblaciones rurales e indígenas. Estas prácticas se manifiestan en enfermedades que en otras condiciones podrían prevenirse; y esa carga de morbilidad persistirá en los próximos años, si el Gobierno no adopta medidas adecuadas para eliminar las deficiencias en el acceso a los servicios básicos.

### III. El derecho a la salud de los pueblos indígenas

30. Debido a la confluencia de factores como la represión y los prejuicios históricos y la guerra civil, los pueblos indígenas han tropezado con grandes obstáculos para hacer realidad su derecho a la salud. Estos pueblos tienen derecho a que se adopten medidas específicas para mejorar su acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que sean apropiados desde el punto de vista cultural. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señaló que los Estados debían proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establecieran, organizaran y controlaran esos servicios<sup>18</sup>. Lamentablemente, los pueblos indígenas de Guatemala han sido sistemáticamente excluidos de la adopción de decisiones en materia de salud, lo que ha contribuido a la formación de brechas importantes entre los índices sanitarios de la población indígena y los de la población no indígena.

31. El Comité observó también que en las comunidades indígenas la salud del individuo se solía vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presentaba una dimensión

<sup>13</sup> Samuel Loewenberg, "Guatemala's nutrition crisis", *Lancet*, vol. 374, N° 9685 (julio de 2009), pág. 187.

<sup>14</sup> INE, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2008-2009* (Guatemala, 2009), pág. 46. Disponible en: [www.ine.gob.gt/](http://www.ine.gob.gt/).

<sup>15</sup> A/HRC/13/33/Add.4.

<sup>16</sup> OMS/UNICEF, "Estimates for the use of Improved Drinking-Water Sources" (Guatemala, marzo de 2010), pág. 6. Disponible en: [http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/GTM\\_wat.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/GTM_wat.pdf).

<sup>17</sup> Banco Mundial, *Guatemala Poverty Assessment: Good Performance at Low Levels* (2009), pág. 31.

<sup>18</sup> E/C.12/2000/4, párr. 27.

colectiva o comunitaria<sup>19</sup>. Como se mencionó anteriormente, una serie de determinantes básicos de la salud influyen directamente en la realización progresiva del derecho a la salud en las comunidades (véase el párrafo 25). Muchas de éstas carecen de servicios básicos, lo que redundaría en una situación de privaciones y mala salud generalizadas. Es necesario satisfacer las necesidades básicas de los pueblos indígenas, en particular la necesidad de servicios de atención sanitaria, para hacer realidad en la práctica su derecho a la salud.

## A. Antecedentes históricos

32. Entre los pueblos indígenas de Guatemala se incluyen los maya, los xinca y los garífuna; en total hay 25 grupos sociolingüísticos, 23 de los cuales son de origen maya<sup>20</sup>. Guatemala es la única república de América Central donde los pueblos indígenas constituyen la mayoría; en la actualidad se estima que el 51% de la población pertenece a la etnia maya<sup>21</sup>. Si bien rebasa el alcance del presente informe, el análisis de las circunstancias históricas que dieron lugar a la persistente represión de los pueblos indígenas permite esclarecer las desventajas y los obstáculos que sufren hoy estas personas en materia de salud.

33. Desde la invasión española en 1524, pasando por la división de la población en indígenas y criollos en 1880 y hasta la posterior adquisición por la fuerza de las tierras de los pueblos indígenas por las clases altas<sup>22</sup>, se sucedieron hechos que contribuyeron a la desposesión social y económica de esos pueblos. Si bien las reformas gubernamentales de 1944 a 1954 aliviaron esta situación, el golpe de Estado de 1954 y el posterior conflicto interno tuvieron un efecto devastador sobre la población indígena<sup>23</sup>. La Comisión para el Esclarecimiento Histórico de Guatemala determinó que durante la guerra civil, en particular a principios de 1980, había habido una importante movilización política de los pueblos indígenas, que el Estado había reprimido masivamente a fin de mantener el control social.

34. Aunque el conflicto armado continuó hasta 1996, en ese período la identidad de los indígenas fue objeto de un reconocimiento creciente en las leyes. El artículo 66 de la Constitución prevé la protección de las comunidades indígenas y reconoce que Guatemala está formada por diversos grupos étnicos entre los que figuran los grupos indígenas de ascendencia maya, y que el Estado reconoce, respeta y promueve sus formas de vida, costumbres, tradiciones y formas de organización social, el uso del traje indígena, y sus idiomas y dialectos. En los artículos 67 a 69 se describen esferas concretas que requieren protección, como la tierra y las cooperativas agrícolas indígenas, y la salud y seguridad de los trabajadores migrantes dentro del Estado.

35. Desde 1982 Guatemala ha ratificado varias declaraciones y tratados internacionales sobre los derechos de los pueblos indígenas. Por ejemplo, en 1996 ratificó el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que

---

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> SEGEPLAN, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avances 2010* (Guatemala, 2010), pág. 10.

<sup>21</sup> Minority Rights Group International, *World Directory of Minorities and Indigenous Peoples – Guatemala: Maya*, julio de 2008. Disponible en: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49749d163c.html>.

<sup>22</sup> INE, *Marco conceptual para enfocar estadísticas de pueblos indígenas* (Guatemala, 2009), págs. 9 y 10.

<sup>23</sup> E. Higonnet (ed.), *Quiet Genocide: Guatemala 1981-1983* (2009, Transaction Publishers, New Brunswick), págs. 3 y 4.

posteriormente la Corte de Constitucionalidad consideró compatible con el derecho interno<sup>24</sup>. Desde entonces las disposiciones del Convenio N° 169 de la OIT, junto con varias disposiciones constitucionales, se han aplicado en diversos casos, con inclusión de recursos relativos a la autorización de que las reclusas indígenas vistan sus trajes nacionales<sup>25</sup> y a la aplicación del derecho consuetudinario maya al traslado de objetos protegidos para su utilización en rituales mayas<sup>26</sup>. Guatemala ratificó también la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

36. A pesar de estos progresos recientes y de la protección constitucional de los grupos indígenas, la ausencia de medidas para mejorar la situación de esos pueblos en Guatemala ha sido evidente y sistemática. En el Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas, de marzo de 1995, concertado como parte de los Acuerdos de Paz, se reconoció que los pueblos indígenas habían sido sometidos a discriminación, explotación e injusticia y padecían tratos y condiciones desiguales e injustas por su situación económica y social. También se reconoció que esta "realidad histórica" seguía afectando profundamente a dichos pueblos, negándoles el pleno ejercicio de sus derechos y de la participación política. Es alentador observar que se han dado algunos pasos para consagrar y proteger los derechos de los pueblos indígenas de Guatemala, pero deben adoptarse nuevas medidas prácticas para asegurar la igualdad en el ámbito de la salud.

## B. Situación sanitaria de los pueblos indígenas

37. Las persistentes repercusiones de la guerra civil y la marcada discriminación y desigualdad estructural y *de facto* han generado un agudo contraste entre los resultados sanitarios de las comunidades indígenas y los de las comunidades criollas. Cuando se dispone de datos desglosados, se observan claras diferencias entre esas comunidades. Por ejemplo, el 68% de los niños indígenas menores de 5 años padece malnutrición crónica, en comparación con el 49% de los niños de la población general<sup>27</sup>. Entre 1987 y 2002 se registró una reducción insignificante de la malnutrición entre la población indígena, del 71,7% al 69,5%, frente a una reducción del 8% en la población general<sup>28</sup>. Si se analizan los indicadores de los factores determinantes de la salud, se observan cifras semejantes. Por ejemplo, aproximadamente el 29% de la población indígena vive en condiciones de pobreza extrema, en comparación con el 15% de la población no indígena<sup>29 30</sup>.

38. Aunque a nivel nacional se han registrado aumentos alentadores de los indicadores relacionados con la salud reproductiva (el 41% de los partos son atendidos por personal sanitario cualificado y la tasa de uso de anticonceptivos es del 43,3%)<sup>31</sup>, estos avances no parecen tener efectos sustanciales en las comunidades indígenas. De los partos asistidos por personal sanitario especializado, el 70% correspondió a mujeres no indígenas, y sólo el

<sup>24</sup> Expediente 199-95, opinión consultiva relativa al Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (OIT), 18 de mayo de 1995.

<sup>25</sup> Amparo N° 46-2003 Of. 1, sentencia de 30 de octubre de 2003.

<sup>26</sup> Proceso N° 517-2003 Of. 1, sentencia de 18 de noviembre de 2003.

<sup>27</sup> OMS, *Guatemala: Estrategia de Cooperación. Resumen* (mayo de 2007, Ginebra), pág. 1. Disponible en: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_gtm\\_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_gtm_es.pdf).

<sup>28</sup> SEGEPLAN, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avances 2010* (Guatemala, 2010), pág. 13.

<sup>29</sup> *Ibid.*, pág. 11.

<sup>30</sup> Véase también el párrafo 27 del presente informe.

<sup>31</sup> OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010* (Ginebra, 2010), págs. 27 y 28.

30% a mujeres indígenas. Del mismo modo, sólo el 40% de las personas que utilizan anticonceptivos es de origen indígena<sup>32</sup>.

39. Se ha observado que las actividades de desarrollo que provocan el desplazamiento de los pueblos indígenas de sus tierras tradicionales tienen efectos negativos sobre sus indicadores sanitarios<sup>33</sup>. Además de las consecuencias de esta desconexión cultural, la separación de los pueblos indígenas de sus tierras contribuye también a la pobreza, la inseguridad alimentaria y la alienación de esos pueblos de la sociedad en general. En lo que respecta a la propiedad de la tierra, sigue existiendo una gran inequidad en Guatemala. Las tierras de los pobres, en su mayoría indígenas, son pequeñas, no están titularizadas, se encuentran aisladas y son de mala calidad; de hecho, la principal razón de la disparidad entre el bienestar de las familias indígenas y el de las no indígenas es la escasa posesión de bienes de las primeras<sup>34</sup>.

40. El nivel de instrucción también es considerablemente más bajo entre los pueblos indígenas, debido a los numerosos escollos con que tropiezan sus niños para ingresar en la escuela y completar el ciclo escolar. Aunque la cobertura educacional ha aumentado significativamente, pasando de una tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria del orden del 50% en los años setenta a aproximadamente el 80% en 2000, alrededor de una tercera parte de las niñas indígenas no están escolarizadas<sup>35</sup>. El analfabetismo es un problema grande en toda Guatemala, especialmente entre los pueblos indígenas: el 38% de las mujeres indígenas son analfabetas<sup>36</sup>. Esto influye directamente en los resultados sanitarios, pues entre la población analfabeta se observa un nivel notablemente inferior de utilización de métodos planificados de anticoncepción.

41. En su conjunto, los factores mencionados arrojan un panorama sombrío de los niveles de vida de la población indígena. El Gobierno tiene problemas sistémicos y difíciles que afrontar, pero ello no lo exime de la obligación de tomar medidas que podrían redundar en una mejora inmediata de los indicadores sanitarios y en un aumento de la igualdad. La rápida adopción y puesta en práctica de políticas que prohíban la discriminación —elemento básico del derecho a la salud— es un objetivo fácilmente alcanzable, y ayudaría mucho a comenzar a aliviar de inmediato la difícil situación de los pueblos indígenas.

### C. Obstáculos al mejoramiento de los resultados sanitarios de la población indígena

42. Una importante omisión detectada por el Relator Especial durante su visita fue la falta de una política o un plan integral para la atención sanitaria de los pueblos indígenas, en particular en las zonas rurales y remotas. Una de las obligaciones básicas inherentes al derecho a la salud es la adopción y aplicación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública que presten "particular atención a todos los grupos vulnerables o marginados"<sup>37</sup>. Asimismo, han sido escasos o nulos los intentos de reconocer y proteger la

<sup>32</sup> K. Slowing Amana, "Gender Equality and Empowerment of Women in the Context of the Implementation of the Millennium Development Goals", disertación presentada en la Serie de sesiones de alto nivel del Consejo Económico y Social de 2010, Nueva York, 28 de junio a 2 de julio, pág. 8.

<sup>33</sup> E/C.12/2000/4, párr. 27.

<sup>34</sup> Banco Mundial, *Poverty in Guatemala* (Washington, D.C., 2004), págs. 6 y 52.

<sup>35</sup> *Ibid.*, pág. 96.

<sup>36</sup> INE, *ENCOVI 2006, Resultados Nacionales* (Guatemala, 2006), pág. 13. Disponible en: [www.ine.gob.gt](http://www.ine.gob.gt).

<sup>37</sup> E/C.12/2000/4, párr. 43 f).

medicina tradicional de las comunidades indígenas; por ejemplo, Guatemala no tiene una legislación específica sobre la protección o el reconocimiento de las medicinas indígenas<sup>38</sup>.

43. Resulta prometedor que se haya creado recientemente la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, en un intento de combatir las desigualdades que existen en el sistema de salud respecto de los pueblos indígenas. La discriminación de las personas de origen indígena es un problema nacional y multifacético, que tiene ramificaciones evidentes en el sistema de salud. La creación de la Unidad es una iniciativa muy positiva pero, independientemente de ello, mientras no se reestructuren los programas públicos de salud y no se atribuya la debida importancia a la diversidad cultural, es poco probable que se produzca un cambio significativo en la situación sanitaria de los pueblos indígenas.

44. Existe una clara necesidad de reclutar activamente a personas de origen indígena para los cursos nacionales de formación de personal médico a fin de eliminar el desequilibrio cultural en la dotación de personal de los centros de salud de Guatemala. La formación específica de médicos y enfermeros indígenas mejoraría la calidad de la asistencia médica y su aceptación por los pacientes indígenas, y podría compensar el déficit de personal en las zonas rurales y remotas de todo el país. También existe un importante vacío en la formación cultural de los profesionales de la medicina, pues no se les exige oficialmente tomar ninguna asignatura de formación cultural como parte de su educación superior.

45. En general, los médicos tampoco hablan los idiomas de los indígenas locales. En los centros de atención de salud visitados durante la misión no se prestaban servicios de interpretación. A falta de ello, los pacientes recurrían a la ayuda de personal de enfermería bilingüe, que hacía una interpretación informal cuando era necesario. Esta situación es a todas luces inaceptable, dada la proporción de la población que no habla español. En las consultas con miembros de la comunidad indígena, se informó al Relator Especial de personas que no habían sido admitidas en establecimientos de salud por no poder explicar adecuadamente sus síntomas al personal médico de habla hispana. Una familia indígena se vio denegado el tratamiento para su hijo, que murió más tarde camino al hospital público más cercano; la familia no había podido explicar al médico la gravedad de la enfermedad febril del niño y no había ningún intérprete disponible.

46. Es preciso insistir más en que los médicos aprendan el dialecto indígena predominante de la zona donde prestan servicio. Si al contratar a los profesionales médicos se atribuye más importancia a sus aptitudes lingüísticas, se promoverá un cambio cultural en la profesión, de modo que ya no sea aceptable prestar servicios en una comunidad sin tener la capacidad de comunicarse con sus miembros indígenas. Mientras tanto, esta carencia podría subsanarse rápidamente y a bajo costo mediante la puesta en práctica de un servicio central de interpretación por vía telefónica.

#### **D. Prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas**

47. Durante su visita, el Relator Especial observó disparidades importantes entre la prestación de servicios de salud en las zonas urbanas y en las zonas rurales, que afectaban de manera desproporcionada a los indígenas. En la actualidad, el 53% de la fuerza de trabajo del Ministerio de Salud presta servicios en el Departamento de Guatemala, y el 80%

<sup>38</sup> R. Montenegro y C. Stephens, "Indigenous Health in Latin America and the Caribbean" *Lancet*, vol. 367, pág. 1866.

del personal del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social lo hace en la región metropolitana<sup>39</sup>, lo que indica el grado de centralización de los servicios de salud en el país.

48. Además de la discriminación y las barreras lingüísticas ya mencionadas, existen importantes obstáculos que impiden mejorar el acceso de los pueblos indígenas a servicios de salud de calidad. Una de esas dificultades está dada por la topografía de Guatemala y el aislamiento geográfico de algunas comunidades. Más del 70% de las familias que se encuentran en los dos quintiles más bajos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida carece de acceso a una carretera asfaltada, y el 13% de las familias no cuenta con carreteras transitables de ningún tipo<sup>40</sup>. Esta situación afecta directamente a la prestación de servicios de salud, pues la falta de carreteras pavimentadas pone esos servicios fuera del alcance de la población, lo que, según la definición de la OMS, significa que no puede llegarse a ellos en menos de 60 minutos.

49. No obstante, no es imposible sortear esos escollos, que en gran medida han sido el resultado de la falta de voluntad política y de una financiación insuficiente que han redundado en una prestación de servicios deficiente en esas localidades. Por ejemplo, el Relator Especial visitó Ixtahuacán, donde se le informó de que un centro de salud local llevaba varios meses sin funcionar. En muchas zonas remotas, organizaciones no gubernamentales han asumido en gran parte el control de la prestación de servicios de salud. Si bien esos esfuerzos son admirables, no constituyen una solución sostenible que pueda sustituir la acción del Estado.

50. El programa Mi Familia Progresá ha tenido un impacto notable, al suministrar fondos a algunas de las comunidades indígenas más empobrecidas. Eso es digno de encomio, pero este programa de transferencias monetarias condicionadas simplemente no puede resolver las cuestiones fundamentales relacionadas con el acceso equitativo a la atención sanitaria. Una mujer indígena señaló que los 300 quetzales (unos 37 dólares de los Estados Unidos) necesarios para comprar la medicación de su hijo absorbían casi todo el subsidio en efectivo que recibía del programa. La utilización sistemática de esos fondos para diversos pagos directos demuestra una vez más la necesidad urgente de desarrollar una infraestructura de salud que asegure el acceso universal a los servicios básicos. Por otra parte, la proporción de los subsidios que se gasta en elementos relacionados con la salud es incierta, y se requiere una labor más completa de vigilancia y evaluación.

51. La formulación y puesta en práctica de una política y un plan nacional integral para mejorar la situación sanitaria de todos los guatemaltecos, incluidos los indígenas, en un proceso participativo, transparente e incluyente, no solamente permitirá cumplir la obligación básica relacionada con el derecho a la salud, sino que será también un primer paso hacia la eliminación de las desigualdades de larga data. Ello, junto con programas específicos de asistencia y fomento de la capacidad en las zonas más desfavorecidas de la nación, dirigidos preferentemente por la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud, permitirá realizar los cambios necesarios para lograr este objetivo.

#### **IV. El derecho a la salud de la mujer: derecho a la salud sexual y reproductiva**

52. Como se mencionó anteriormente, la accesibilidad es un componente básico del derecho a la salud. En la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se señala que para suprimir la discriminación contra la mujer es

<sup>39</sup> OMS/OPS, Health System Profile: Guatemala, pág. 41.

<sup>40</sup> Banco Mundial, *Poverty in Guatemala* (Washington, D.C., 2004), pág. 146.

preciso elaborar una estrategia nacional amplia con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Entre los principales objetivos asociados a ese plan deberían figurar estrategias para reducir la mortalidad materna y proteger a la mujer de la violencia doméstica<sup>41</sup>. Asimismo, los Estados tienen la obligación de abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular a las mujeres<sup>42</sup>. Por lo tanto, está claro que el Gobierno tiene la obligación inmediata de ocuparse más a fondo de estas cuestiones.

53. Durante muchos decenios, Guatemala ha estado a la zaga de los demás países de la región, y del mundo, en lo que respecta a la salud de la mujer. Se mantiene una tasa de uso de anticonceptivos del 43%, y la tasa de fecundidad en adolescentes es de 92 por 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad<sup>43</sup>. Se ha avanzado algo, pero con lentitud; solo el 41% de los partos es atendido por personal sanitario cualificado, pero alrededor del 84% de las mujeres ya tienen acceso a al menos una visita prenatal. Esta cifra, sin embargo, sigue estando por debajo de la media regional<sup>44</sup>.

54. Un importante desafío es la falta de servicios de planificación de la familia suficientes y al alcance de todos. En la actualidad, el 27,6% de las mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas no utilizan ningún tipo de anticonceptivo, aunque expresan el deseo de demorar o evitar el nacimiento de un hijo. Por otra parte, se observa una incidencia creciente y desproporcionada de algunas enfermedades entre las mujeres. En 2002, el número de casos de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años de edad era aproximadamente igual en hombres y mujeres (unos 8 casos por 100.000 personas); en cambio, en 2008 la tasa de infección era de aproximadamente 19,5 por 100.000 en el caso de las mujeres, y de 14,9 por 100.000 en el de los hombres<sup>45</sup>. Otro problema importante es la violencia contra la mujer, que aún no recibe una atención suficiente por parte del Gobierno.

## A. El derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva

55. En 2010 la tasa de mortalidad materna había descendido a 136 defunciones por 100.000 nacidos vivos, en comparación con 153 en 2000. No obstante, esta disminución no es suficientemente rápida para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de 55 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 2015<sup>46</sup>. Además, estas cifras ocultan la falta de progresos en ciertos grupos de la población. En 2006 se registraron tasas superiores a la media nacional en ocho departamentos de Guatemala, donde la mayoría de la población es de origen indígena y posee un bajo nivel de instrucción. De hecho, entre las mujeres indígenas se ha registrado una tasa de mortalidad hasta tres veces superior a la de las mujeres no indígenas<sup>47</sup>.

56. Las mujeres indígenas de las zonas rurales se encuentran entre los miembros más marginados de la sociedad guatemalteca. Esto se refleja en muchos de los indicadores de la

<sup>41</sup> E/C.12/2000/4, párr. 21.

<sup>42</sup> *Ibid.*, párrs. 34 y 35.

<sup>43</sup> OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010* (Ginebra, 2010), págs. 28 y 29.

<sup>44</sup> *Ibid.*, págs. 27 y 30.

<sup>45</sup> K. Slowing Amana, "Gender Equality and Empowerment of Women in the Context of the Implementation of the Millennium Development Goals", disertación presentada en la Serie de sesiones de alto nivel del Consejo Económico y Social de 2010, Nueva York, 28 de junio a 2 de julio, pág. 5.

<sup>46</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna* (Guatemala, 2007) págs. 18 y 19.

<sup>47</sup> *Ibid.*, pág. 20.

salud reproductiva, como el uso de anticonceptivos y el acceso a personal sanitario especializado durante el parto, como se dijo anteriormente. Durante la misión, mujeres indígenas informaron al Relator Especial de que se sentían juzgadas por los profesionales médicos no indígenas por tener demasiados hijos o por preferir los métodos naturales de control de la natalidad o el parto vertical. Existe también una evidente tensión entre los tratamientos médicos modernos y los métodos de curación tradicionales, incluido el recurso a las comadronas tradicionales, cuya labor es muy apreciada en muchas comunidades indígenas. El Gobierno informó al Relator Especial sobre sus medidas para reforzar las redes de servicios locales con el fin de reducir la mortalidad materna en las zonas altamente afectadas. En ese contexto, se creó el 7 de diciembre la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, que tiene como funciones realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.

57. El Relator Especial fue informado de que los intentos anteriores de integrar a las comadronas tradicionales en una estructura médica de estilo occidental habían fracasado, en general, y de que en ocasiones se les habían encomendado las tareas de menor categoría en los hospitales o centros de atención de salud en que trabajaban. El simple intento de dar empleo a las comadronas tradicionales no es aceptable ni para éstas ni para las mujeres indígenas, y pueden tomarse otras medidas para resolver esta cuestión<sup>48</sup>. Es esencial que los profesionales médicos reciban una formación que les permita prestar servicios aceptables para las mujeres indígenas, en particular en lo que respecta a la atención obstétrica.

#### **Atención obstétrica**

58. El origen étnico es un elemento importante para predecir el recurso a la asistencia médica durante el embarazo. Se ha sugerido que las menores tasas de utilización de la atención médica se deben a las creencias culturales tradicionales, sumadas a experiencias negativas del pasado en el sistema de salud de Guatemala<sup>49</sup>. Asimismo, se ha demostrado que en Guatemala, en las situaciones de urgencia relacionadas con el embarazo y el parto, es más probable que se considere que es el hombre quien debe tomar las decisiones, tal vez por los costos económicos más altos de la intervención<sup>50</sup>.

59. Las dificultades relacionadas con la prestación de servicios culturalmente aceptables para las mujeres indígenas embarazadas, en particular en los lugares remotos, no deben considerarse insuperables. Por ejemplo, en las zonas rurales de Nepal se demostró que mediante intervenciones de grupos de mujeres que abordaban los problemas perinatales con facilitadores locales de las aldeas se podía reducir la mortalidad neonatal en un 30%<sup>51</sup>. Así pues, es posible obtener mejores resultados en las zonas remotas incluso sin personal obstétrico profesional, y la participación es un factor poderoso para resolver problemas aparentemente insalvables. En las aldeas más aisladas de Guatemala se podrían aplicar rápidamente medidas similares, debidamente adaptadas y con la participación de las comadronas tradicionales.

60. El papel de las comadronas tradicionales en la sociedad guatemalteca moderna se ha vuelto incierto. Al parecer, en el mejor de los casos ha habido un desconocimiento de la importancia de su función en algunas comunidades, y en el peor, una falta de respeto y un

<sup>48</sup> Véase, por ejemplo, A/HRC/14/20/Add.2.

<sup>49</sup> Gleit, D. A. y otros, "Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: Does obstetrical need matter?" *Social Science & Medicine*, vol. 57, N° 12 (2003), págs. 2459 y 2460.

<sup>50</sup> S. Becker y otros, "Husbands' and wives' reports of women's decision-making power in Western Guatemala and their effects on preventive health behaviors" *Social Science & Medicine*, vol. 62, N° 9 (2006) pág. 2324.

<sup>51</sup> D. Manandhar y otros, "Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial" *Lancet*, vol. 364, N° 9438 (2004), pág. 976.

rechazo de sus prácticas por parte de los proveedores de servicios de salud. No obstante, también se han expresado preocupaciones legítimas en relación con la falta de solidez de los conocimientos y la formación de las comadronas tradicionales.

61. Las comadronas tradicionales podrían desempeñar un papel más eficaz como facilitadoras de la interacción entre las comunidades indígenas y los servicios de salud públicos. Para ello no es imprescindible incorporarlas en los hospitales existentes; más bien debería desarrollarse su capacidad profesional, y el Gobierno debería propiciar oficialmente oportunidades de intercambio de información entre ellas y otros profesionales de la salud. Un modelo que prevea únicamente ofrecer información a las comadronas tradicionales, sin recibir nada de ellas, sería inadecuado: se debe fomentar la cooperación y el respeto, y no simplemente tratar de adiestrar a las comadronas tradicionales en los métodos occidentales de atención de salud.

62. Como por lo general el precio del alojamiento en las cercanías de los hospitales es prohibitivo para las familias, las mujeres suelen esperar a que comience verdaderamente el trabajo de parto para acudir a los establecimientos sanitarios, lo que entraña un enorme riesgo para su propia salud y la de los hijos. De hecho, el Relator Especial tuvo el placer de ver que se están creando instalaciones como la Casa Materna de Huehuetanango, un establecimiento que ofrece alojamiento antes del parto a embarazadas que residen en zonas remotas. Sería un gran avance que se abrieran establecimientos de ese tipo en todos los departamentos. Sin embargo es muy importante que al crearlos se respeten las tradiciones de los indígenas y se les consulte en ese sentido. Por otra parte, muchas de las mujeres entrevistadas durante la visita afirmaron que, aunque consideraban culturalmente aceptables los servicios centralizados de atención de salud, simplemente carecían de medios para acudir a estos establecimientos.

### **Planificación de la familia**

63. La tasa de fecundidad de Guatemala —3,6 hijos por mujer— sigue siendo elevada y constituye otro factor de riesgo para la salud de la mujer<sup>52</sup>. El bajo nivel de uso de anticonceptivos, particularmente entre las mujeres indígenas, es un importante factor determinante de la tasa de fecundidad y, a su vez, contribuye a aumentar el riesgo de mortalidad materna e infantil. El Relator Especial tomó nota con agrado de la aprobación de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar, y de los esfuerzos del Gobierno por proporcionar servicios gratuitos de planificación de la familia a toda la población por conducto de otros organismos.

64. Históricamente se ha observado que es difícil aplicar un modelo "occidental" de regulación de la natalidad en las zonas rurales de Guatemala, pues ese modelo no tiene en cuenta las ideas de los indígenas maya, como la preferencia por una familia más grande y la creencia de que la fecundidad es un don divino, así como su suspicacia ante los métodos anticonceptivos occidentales<sup>53</sup>. Algunas opciones más aceptables para esa comunidad desde el punto de vista cultural podrían ser la promoción del espaciamiento de los nacimientos y la abstinencia después del parto. La procreación responsable también podría ser un aspecto clave de los programas de educación: tener menos hijos para poder cuidarlos mejor.

65. Es evidente que en Guatemala existe una correlación entre el uso de anticonceptivos y la condición socioeconómica y el origen étnico, pero entre las mujeres criollas una situación socioeconómica baja no parece constituir una barrera al uso de anticonceptivos,

<sup>52</sup> INE, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2008-2009* (Guatemala, 2009).

<sup>53</sup> R. Reddy, "Culture and Access Issues in Sexual Health Care in Mayan Guatemala", *TuftScope*, vol. 9, N° 1 (2009), pág. 27.

como sí ocurre en el caso de las mujeres indígenas<sup>54</sup>. Se ha demostrado, sin embargo, que con el tiempo la condición socioeconómica baja se ha vuelto un factor menos decisivo para predecir el uso de anticonceptivos, lo que hace pensar que podría estar ocurriendo un cambio en las ideas de las comunidades indígenas<sup>55</sup>. Entre las mujeres indígenas se observa ahora un aumento del uso o la intención de uso de anticonceptivos, sin que haya habido un incremento correspondiente de la adopción del español, de lo que podría inferirse que son los cambios educacionales y económicos, y no los lingüísticos, los que hacen cambiar las ideas<sup>56</sup>.

66. En cambio, el origen étnico sigue siendo un importante factor de predicción de un bajo nivel de uso o intención de uso de los anticonceptivos, y puesto que en toda estrategia general de planificación de la familia que se aplique en el país deben estar presentes programas dirigidos específicamente a las mujeres y las familias indígenas, estos deben incluir opciones culturalmente apropiadas de regulación de la natalidad, junto con los métodos más novedosos. En todo caso, cualquier iniciativa que promueva la planificación de la familia en las comunidades indígenas deberá contar obligatoriamente con la participación de los dirigentes comunitarios y religiosos para asegurar una participación adecuada de la población. El Relator Especial recomienda también que se aumente la participación de los hombres en las decisiones de planificación de la familia, aunque hay que tener cuidado de asegurar que la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer ocupen el primer plano en todas estas iniciativas.

#### **Acceso al aborto**

67. Es preocupante que en Guatemala el aborto sea ilegal, excepto en circunstancias médicas muy limitadas. En la actualidad el aborto está permitido únicamente en los casos en que pelagra la vida de la mujer embarazada<sup>57</sup>, y se habla entonces de "aborto terapéutico". El aborto sigue siendo ilegal incluso en casos de violación o violencia sexual, a menos que se considere necesario desde el punto de vista médico. Además, no existen directrices para la interpretación de las disposiciones del Código Penal que permiten realizar un aborto terapéutico. De hecho, las interpretaciones contradictorias de diferentes instituciones dejan en la incertidumbre a las mujeres que necesitan un aborto, pues la decisión final queda totalmente a discreción de las personas a las que se solicita la intervención.

68. El Relator Especial está preocupado por la elevada tasa de abortos peligrosos en todo el país, que por lo general son el resultado de esas leyes restrictivas. Aunque se carece de datos a ese respecto, los abortos peligrosos han sido citados como un factor crítico de morbilidad y mortalidad materna, y entrañan un gasto de salud significativo y desproporcionado. Se estima que, por término medio, una de cada tres mujeres que se someten a un aborto provocado es hospitalizada<sup>58</sup>, y, según las fuentes, el aborto se cita como la tercera o la cuarta causa de defunción materna<sup>59</sup>.

69. A este respecto, el Relator Especial señala que en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se instó a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a

<sup>54</sup> K. Grace, A comparative analysis of contraceptive use and intent in Guatemala, MPIDR Working Paper WP 2009-036 (Rostock, 2009), pág. 21.

<sup>55</sup> *Ibid.*, págs. 21 y 22.

<sup>56</sup> *Ibid.*, págs. 22 y 23.

<sup>57</sup> Decreto N° 17-73 relativo al Código Penal de Guatemala, arts. 133 y 137, 1999.

<sup>58</sup> S. Singh y otros, "Induced Abortion and Unintended Pregnancy in Guatemala" *International Family Planning Perspectives*, vol. 32, N° 3 (2006), págs. 137 y 141.

<sup>59</sup> MSPAS, *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.

incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de servicios mejores y más amplios de planificación de la familia. En el Programa de Acción se especifica también que la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de salud debería abarcar, entre otras cosas, asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; la interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el Programa de Acción, que incluye la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y la procreación responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, y la infertilidad, entre otros. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de éstos. A la luz de lo dispuesto en el Programa de Acción, en el Documento Final de la Conferencia de Beijing +5 se alienta a los Estados a considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.

## **B. Violencia contra la mujer**

70. El Relator Especial se alarmó ante la incidencia extremadamente alta del femicidio y la violencia contra la mujer en toda Guatemala. Este problema es endémico, y difícil de combatir en una sociedad donde la violencia parece ser la norma. Entre 2001 y 2009 se registraron 4.602 muertes violentas, y se estima que, en todo el país, el 45% de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia<sup>60</sup>.

71. En la visita realizada a Guatemala en 2005, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer llegó a la conclusión de que el único modo de eliminar esa violencia consistía en combatir los problemas fundamentales: poner fin a la impunidad, erradicar sistemáticamente las desigualdades extremas, y emprender una verdadera reforma para reconstruir el Estado<sup>61</sup>. Lamentablemente, en el período transcurrido desde entonces no se ha avanzado lo suficiente ni se ha logrado una disminución notable de la violencia contra la mujer.

72. No obstante, se han dado algunos pasos para luchar contra este problema. En 2000 se estableció la Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres (CONAPREVI) con el fin de prevenir, castigar y erradicar la violencia contra la mujer. Su mandato se basa en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres o "Convención de Belém Do Pará" y en el artículo 17 de la Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. También existe un Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar y Contra las Mujeres (PLANOVI) 2004-2014, lo que indica claramente que el Gobierno de Guatemala ha reconocido la necesidad urgente de ocuparse de estas cuestiones.

73. Sin embargo, esas iniciativas no han logrado reducir las tasas de femicidio. El 17 de septiembre de 2010 el Procurador de los Derechos Humanos anunció que se había incoado

<sup>60</sup> INE, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2008-2009* (Guatemala, 2009).

<sup>61</sup> E/CN.4/2005/72/Add.3, párr. 68.

una causa oficial contra el Gobierno de Guatemala ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por falta de atención a los femicidios<sup>62</sup>, y señaló que en los últimos seis años su número había aumentado en el 79%<sup>63</sup>. Cuando el Relator Especial visitó el hospital San Juan de Dios le informaron de que en 2007 la organización Médicos Sin Fronteras había establecido una clínica para el tratamiento de víctimas de la violencia sexual. Se trata de una iniciativa muy positiva y a todas luces necesaria, en vista de la alta prevalencia de esos casos, pero está claro que es preciso ampliar la formación de los profesionales médicos en esta esfera.

## V. Acceso a los medicamentos

74. El Gobierno ha realizado numerosos esfuerzos para asegurar a su población un suministro continuo y adecuado de fármacos a precios asequibles mediante su procedimiento de contrataciones y la provisión de medicamentos a los hospitales públicos. Estos esfuerzos son admirables. Sin embargo, dos importantes políticas aplicadas por el Gobierno —la adquisición de medicamentos y las disposiciones sobre la propiedad intelectual del Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos— han redundado en una grave reducción del acceso a los medicamentos.

75. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala es responsable del suministro de medicamentos y otros servicios de salud a la población. Sin embargo, debido a limitaciones presupuestarias, a menudo no dispone de recursos suficientes para cumplir su mandato y garantizar el acceso. Por consiguiente, es frecuente que las familias obtengan esos bienes y servicios con sus propios recursos. Por otra parte, las malas políticas de adquisición y las medidas de protección de la propiedad intelectual, que inflan los precios, suponen una sangría innecesaria del ya limitado presupuesto de salud del Gobierno, las familias y las personas.

76. Garantizar el acceso a los medicamentos esenciales es una obligación básica del derecho a la salud<sup>64</sup>. Los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen la obligación de suministrar medicamentos inocuos, eficaces y asequibles y, en particular, de asegurar el acceso a ellos por las poblaciones marginadas, como los pobres de las zonas rurales. La realización del derecho a la salud requiere que haya bienes y servicios de salud disponibles y que sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Además, el Estado tiene la responsabilidad de respetar, proteger y aplicar ese derecho, lo que incluye la introducción de cambios en las políticas, las leyes y los reglamentos que pueden tener efectos casi inmediatos.

### A. Las políticas de adquisición del Gobierno y sus repercusiones en el acceso a los medicamentos

77. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala coordina la política pública de adquisición de medicamentos mediante un sistema de contratos abiertos. La base del sistema se estableció en octubre de 2004, de conformidad con el artículo 46 de la Ley de contrataciones del Estado y en 2005 se amplió para incluir el sistema de contratos

<sup>62</sup> Procurador de los Derechos Humanos, "PDH presenta en la CIDH denuncia por femicidios" (17 de septiembre de 2010). Disponible en: [www.pdh.org.gt](http://www.pdh.org.gt).

<sup>63</sup> M. Hernández, "PDH se queja por femicidios" (Guatemala, 20 de julio de 2010). Disponible en: <http://www.sigloxxi.com/nacional.php?id=15447>.

<sup>64</sup> E/CN.4/2004/49, párr. 28.

abiertos mediante diversas resoluciones<sup>65</sup>. Con arreglo a este sistema, el Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social determina las cantidades y los tipos de medicamentos que deben adquirirse para el año siguiente y a continuación solicita a los proveedores que presenten sus ofertas. Anteriormente se aplicaba un sistema de compras directas en que, como su nombre indica, los medicamentos se compraban directamente a los proveedores.

78. El proceso de contrataciones es opaco, con reglamentos y procedimientos administrativos que obstaculizan la selección de las ofertas de los proveedores de medicamentos genéricos. Las bases actuales de los contratos que se conciertan en el marco del sistema de licitación abierta limitan gravemente la libre obtención de ofertas<sup>66</sup>. Otros requisitos redundan en la exclusión de los medicamentos genéricos, que tienen que estar inscritos en un registro mercantil especial, de conformidad con la legislación promulgada. Estos requisitos y obstáculos constituyen barreras al acceso equitativo al mercado y a la libre competencia, en beneficio de las empresas de medicamentos de marca y en detrimento de los proveedores de medicamentos genéricos.

79. En el sistema de licitación abierta, los precios de adquisición pueden ser impugnados legalmente. Con frecuencia, las empresas farmacéuticas multinacionales han utilizado deliberadamente esas impugnaciones para retrasar el proceso de adquisición del Gobierno, restringiendo de ese modo el suministro de medicamentos esenciales. Además, estas cuestiones fueron señaladas a la atención del Gobierno y se introdujeron modificaciones, pero las empresas farmacéuticas multinacionales llevaron a cabo una activa labor de cabildeo contra la modificación de los reglamentos que aseguraban la libre competencia, e interpusieron recursos de amparo contra los ministerios pertinentes por haber intentado cambiar las condiciones de los contratos<sup>67</sup>. En la actualidad se mantienen los mismos procedimientos y directrices que se aplicaban antes de las modificaciones mencionadas, lo que reduce considerablemente la libre competencia y el acceso a los medicamentos.

## **B. El Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos y su repercusión sobre los precios de los medicamentos**

80. El Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos (CAFTA-DR) amplía las relaciones comerciales entre los Estados Unidos y Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana<sup>68</sup>. Su competencia se extiende a diversas esferas, como el comercio de bienes y servicios, la propiedad intelectual y otras. Al igual que otros acuerdos similares, el Tratado tiene por objeto reducir, y en última instancia eliminar por completo, los obstáculos al comercio, a fin de impulsar el desarrollo y el crecimiento económico de las partes. Los tratados comerciales tienen efectos en casi todos los ámbitos de la economía, y ramificaciones que rebasan con mucho la esfera del comercio.

81. Con frecuencia esos tratados se negocian sin consultar al público y sin transparencia, de modo que los interesados principales quedan al margen del proceso. En relación con el

<sup>65</sup> Guatemala, DNCAE, resoluciones Nos. 03-2004, 04-2004, 05-2004 y 06-2004 (2004).

<sup>66</sup> Procurador de los Derechos Humanos, "Investigación, EXP.EIO.GUA 442-2004/DESC" (Guatemala, 2005).

<sup>67</sup> *Ibíd.*

<sup>68</sup> Representante de los Estados Unidos para Asuntos Comerciales, texto definitivo del Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos (CAFTA-DR), (16 de junio de 2009). Disponible en: <http://www.ustr.gov/tradeagreements/free-trade-agreements/cafta-dr-dominican-republic-central-america-fta/final-text>.

CAFTA-DR se han hecho reclamaciones de este tipo<sup>69</sup>. La posición de los Estados Unidos como mayor y principal socio comercial de casi todos los países de la región se tradujo en un desequilibrio significativo en las negociaciones sobre el Tratado. Además, muchos países de la región no poseían la misma competencia jurídica en materia de propiedad intelectual para abordar adecuadamente estas cuestiones. En el caso del acceso a los medicamentos, esta circunstancia provocó la erosión de las salvaguardias fundamentales incluidas en el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para proteger la salud y el bienestar de la población<sup>70</sup>. Estas y muchas otras repercusiones de estos tratados que limitan el acceso a los medicamentos se examinaron con mayor detalle en un informe anterior del Relator Especial<sup>71</sup>.

82. El efecto negativo neto de los tratados de libre comercio de los Estados Unidos, la Unión Europea y otros en el acceso a los medicamentos, así como los efectos de sus disposiciones que amplían el alcance de la propiedad intelectual, están bien documentados<sup>72</sup>. En casi todos los tratados de este tipo concertados recientemente se han incluido disposiciones que elevan el nivel de los requisitos mínimos establecidos en el ADPIC (normas ADPIC-plus) con el fin de establecer un nuevo nivel mínimo que permite exigir mayor protección de la propiedad intelectual. En dichos tratados también se han limitado con frecuencia las flexibilidades previstas en el ADPIC y reafirmadas en la Declaración de Doha. Esos efectos no se circunscriben a los medicamentos, sino que se extienden también a otros ámbitos, como el acceso a la alimentación y al trabajo.

83. La incorporación de Guatemala en el Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos exigió que el país implantara políticas de propiedad intelectual que limitan el acceso a los medicamentos. Una mayor protección de la propiedad intelectual, como la exclusividad de datos, que impide a los medicamentos genéricos llegar cuanto antes a los mercados públicos, permite a las empresas farmacéuticas de marca conservar los monopolios sobre los medicamentos. Esta situación provoca aumentos de los precios de los medicamentos muy superiores a los que se observan en el extranjero. En un país donde las personas tienen que pagar con sus recursos el 60% de los gastos médicos y la mayoría de la población vive en la pobreza, este es un resultado preocupante.

84. En muchos casos ha habido aumentos documentados de los precios de los medicamentos genéricos que han sido el resultado de las disposiciones del Tratado. En ocasiones se ha impedido totalmente su llegada al mercado. Por ejemplo, muchas versiones genéricas de medicamentos de marca utilizados contra enfermedades que son causas importantes de mortalidad y morbilidad no llegan al mercado porque de hecho no pueden obtener la aprobación de comercialización. En el caso de muchos medicamentos, se les ha

<sup>69</sup> Georgetown Human Rights Action/Human Rights Institute Fact-Finding Mission, "Prescription for Failure: Health and Intellectual Property in the Dominican Republic", (2010), págs. 23 a 25. Disponible en: <http://www.law.georgetown.edu/news/releases/documents/FinalDRReport.pdf>.

<sup>70</sup> Es posible encontrar numerosos ejemplos de este análisis. Véanse, entre otros, Carlos Correa, "Repercusiones de los acuerdos bilaterales de libre comercio en el acceso a los medicamentos", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 84, N° 5 (mayo de 2006), pág. 399; Study of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health (2005), resumen ejecutivo.

<sup>71</sup> A/HRC/11/12.

<sup>72</sup> A/HRC/11/12; véanse Oxfam, "All costs, no benefits: How TRIPS-plus intellectual property rules in the US-Jordan FTA affect access to medicines", Briefing Paper (22 de marzo de 2007). Disponible en: [http://www.oxfam.org/en/policy/bp102\\_jordan\\_us\\_fta](http://www.oxfam.org/en/policy/bp102_jordan_us_fta); Georgetown Human Rights Action/Human Rights Institute Fact-Finding Mission, "Prescription for Failure: Health and Intellectual Property in the Dominican Republic" (2010), págs. 23 a 25. Disponible en: <http://www.law.georgetown.edu/news/releases/documents/FinalDRReport.pdf>.

denegado la entrada al mercado debido a requisitos de exclusividad de los datos por plazos de hasta 15 años, de conformidad con los artículos 15.10.1 a) y 15.10.1 b) del Tratado. En un país como Guatemala, con una industria nacional de medicamentos genéricos de dimensión intermedia, esta situación no solamente reduce el acceso de los fármacos, sino que perjudica también directamente a la economía local.

85. Además de establecer requisitos de exclusividad de los datos por cinco años, el Tratado obliga también a los Estados partes a prorrogar el plazo de las patentes de conformidad con el artículo 15.9.6 b) y a vincular la aprobación de comercialización de los medicamentos a su situación relativa a las patentes con arreglo al artículo 15.10.2 a). En resumen, como resultado de esas prórrogas, las empresas de productos farmacéuticos de marca monopolizan el mercado durante períodos muy superiores al plazo de la patente. Por ende, los precios de algunos medicamentos se mantendrán artificialmente inflados debido a la falta de participación y presión en el mercado. Lamentablemente, esto se suma a un proceso de adquisición que favorece la compra de medicamentos de marca en detrimento de los genéricos, aun cuando estos son más baratos. El resultado final es una disfunción combinada, en la que los medicamentos son escasos y sus precios son muy superiores a los del mercado.

86. Cuando negocian tratados de libre comercio, los Estados tienen la responsabilidad de asegurarse de que podrán cumplir las obligaciones jurídicas contraídas anteriormente, como sus compromisos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos. Guatemala, en su calidad de parte en el Tratado y en numerosos instrumentos internacionales que consagran el derecho a la salud, debe adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el respeto, la protección y la realización de ese derecho.

87. En virtud del derecho a la salud, el Gobierno tiene la obligación de estudiar a fondo sus políticas que afectan al acceso a los medicamentos, en particular las dos que se han analizado aquí. Aunque hay aspectos del derecho a la salud que pueden "realizarse progresivamente", son muchos más los cambios de aplicación inmediata que pueden efectuarse para hacer frente a los acuciantes problemas del derecho a la salud. En todo caso, no puede haber un retroceso. Deben mantenerse y/o establecerse salvaguardias adecuadas, muchas de las cuales pueden ponerse en práctica de inmediato, para asegurar un acceso equitativo a medicamentos de calidad.

## **VI. Recomendaciones**

88. **El Relator Especial insta a Guatemala a que tome en consideración las siguientes recomendaciones relativas a la salud de los pueblos indígenas:**

**a) Adoptar una estrategia de salud integral para la promoción de los derechos de los pueblos indígenas que se centre en la no discriminación, y aumentar las inversiones con cargo al presupuesto nacional para mejorar el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud en las comunidades rurales y elevar la calidad de los servicios y de la información.**

**b) Incorporar a miembros de las comunidades indígenas, y velar por que sean consultados y participen, en el desarrollo de políticas y programas relacionados con el suministro de servicios y bienes de salud a las comunidades indígenas.**

**c) Aumentar el número de centros de atención primaria de salud y profesionales sanitarios en las zonas rurales, y mejorar el acceso a esos servicios. En los casos en que el Gobierno no pueda proporcionar esos centros de salud de inmediato, debería facilitarse la ampliación de los servicios prestados por entidades no gubernamentales.**

d) Asegurar que todas las instituciones de servicios de salud dispongan de un apoyo lingüístico adecuado para los miembros de las comunidades indígenas. Velar por que durante un período de tiempo el personal médico que presta servicios en zonas rurales aprenda los idiomas indígenas. Establecer de inmediato un sistema de interpretación por vía telefónica, u otro método equivalente, si no se dispone de intérpretes en todos los centros de atención de salud.

e) Analizar la eficacia de las transferencias monetarias condicionadas para mejorar los indicadores sanitarios y otros indicadores sociales. Si procede, ampliar y perfeccionar los programas de transferencias monetarias condicionadas, a fin de incluir a más municipalidades y crear mayores incentivos para que las familias indígenas empobrecidas gasten su dinero en la educación y la salud de sus hijos.

f) Implantar un sistema de cupones para el transporte hasta los servicios de salud, a fin de mejorar los resultados sanitarios de los indígenas de las zonas rurales, especialmente de las mujeres.

89. El Relator Especial insta a Guatemala a que tome en consideración las siguientes recomendaciones relativas a la salud de la mujer, concentrándose en particular en su derecho a la salud sexual y reproductiva:

a) Fortalecer la capacidad de las comadronas tradicionales y los profesionales de la salud mediante cursos de formación en derechos humanos y otros temas pertinentes, y ofrecer oficialmente oportunidades para el intercambio de información entre las comadronas y otros profesionales de la salud, actividad que puede ser facilitada por el Gobierno. Permitir que las comadronas tradicionales ejerzan su labor sin injerencias indebidas ni discriminación.

b) Ofrecer cursos de sensibilización al personal sanitario a fin de que reconozca la importancia de las comadronas en la cultura maya, como parte de un programa más amplio encaminado a sensibilizar de manera más general a ese personal en relación con los pueblos indígenas y sus tradiciones.

c) Desarrollar programas de capacitación y sensibilización del personal sanitario fin de ayudarlo a reconocer y ofrecer tratamiento apropiado a las víctimas de la violencia doméstica. Complementar esos programas con planes de educación y sensibilización de la comunidad, específicos y culturalmente adecuados, para luchar contra la violencia doméstica.

d) Mejorar los servicios de información y asesoramiento del sistema de salud pública sobre el uso de anticonceptivos, incluida la promoción de todas las formas de planificación de la familia y métodos anticonceptivos modernos, y velar por que estos sean culturalmente apropiados. Aumentar la accesibilidad y asequibilidad de todos los métodos anticonceptivos mediante el suministro de anticonceptivos a los grupos subatendidos.

e) Garantizar que las mujeres ejerzan el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, incluido el acceso a servicios de aborto seguros, aceptables y asequibles (al menos en casos de urgencia médica o agresión sexual) y revisar las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que han recurrido al aborto ilegal.

f) Asegurar que las mujeres que hayan sido objeto de violencia puedan acceder a la justicia por canales judiciales, administrativos o de otra índole.

90. El Relator Especial insta a Guatemala a que tome en consideración las siguientes recomendaciones relativas al acceso a los medicamentos y el sistema existente para su adquisición:

a) Simplificar el sistema de adquisición de medicamentos y eliminar los obstáculos reglamentarios que discriminan la compra de medicamentos genéricos. Aumentar la transparencia y la independencia de los participantes en el proceso de adquisición de medicamentos. Lo ideal sería un sistema de licitación abierta modificado, en el que se concediera el mismo crédito a todos los licitadores.

b) Aumentar la adquisición de medicamentos por medio de programas regionales de compra de fármacos, como los de la Organización Panamericana de la Salud, a fin de tener acceso a más mecanismos de bajo costo y alta calidad.

c) Aprovechar todas las flexibilidades previstas en el ADPIC, como las licencias obligatorias, con vistas a aumentar la competencia y de ese modo reducir los precios de los medicamentos.

d) Oponerse a ingresar en nuevos acuerdos de libre comercio o asociaciones económicas en que se requiera un nivel ADPIC-plus de protección de la propiedad intelectual.

---