

# Análisis de políticas públicas e inversión estatal dirigida a la prevención y atención del embarazo durante la adolescencia en Guatemala

---

Avances mayo 2021

## Marco teórico

Las políticas públicas son un objeto de estudio que ha sido abordado desde diferentes disciplinas, entre las que se puede mencionar la ciencia política, la sociología y la economía, y cada una de ellas brinda ideas que ayudan a entender su complejidad. Las políticas públicas no pueden entenderse fuera de su relación con el Estado y las instituciones públicas; tampoco sin considerar su contexto social, los actores políticos y sociales que tienen un papel en su discusión, o sin ver las necesidades de presupuesto y los costos de su implementación.

Desde un punto de vista inicial, se puede decir que las políticas públicas son la respuesta del Estado a una demanda de la sociedad basada en una necesidad o un derecho (Fontaine, 2015); sin embargo, es necesario profundizar en el contexto y en el proceso por el cual se llega a formular una respuesta a una demanda, ya que eso provee información útil para el análisis de su contenido, para entender los elementos a su alrededor que la afectan de una u otra manera.

Para Mény y Thoenig “una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder político y de legitimidad [...] se presenta bajo forma de un conjunto de prácticas y de normas que emanan de uno o de varios actores públicos” (1992:89 en Fontaine, 2015: 25). Esto hace que se considere que una política pública no es trabajo exclusivo de instituciones estatales, sino que hay otros actores con legitimidad y poder en los asuntos públicos que también participan en su discusión, en su implementación y en el cumplimiento de su normativa. Esta participación de actores no-estatales se entiende dada la naturaleza de las políticas públicas, destinadas a resolver un asunto público, por lo que interfiere en la vida de comunidades y afecta necesidades, derechos e intereses de diferentes sectores; sin embargo, la autoridad y poder de decisión cae en el Estado, lo cual hace que las políticas públicas se distingan de programas y proyectos de iniciativa privada, las acciones de caridad o filantropía y de organizaciones no-gubernamentales.

Esto implica poner especial atención en el rol del Estado en relación con las políticas públicas en la atención de la problemática del embarazo en la adolescencia y las políticas que atiendan las variables socioeconómicas de las niñas y adolescentes. Para ello, se observa al Estado desde 3 puntos de vista que luego servirán para caracterizarlo: 1) su capacidad para resolver un problema, 2) tomar en cuenta los intereses, los actores que ejercen influencia sobre la vida pública, el contexto nacional e internacional y los demás factores que hacen que la acción y decisión política del Estado obedezca a otros mecanismos que no son la racionalidad

instrumental, como anteriormente se le ha caracterizado; 3) la temporalidad de las decisiones y de las normativas derivadas de los objetivos que el Estado define, que responden a una lógica “organizacional”, lo que hace que trabaje con plazos, incentivos, partes ejecutoras, resultados, entre otros. (Fontaine, 2015:31)

Además, para encontrar explicación y dar interpretación a las decisiones tomadas respecto al problema del embarazo en la adolescencia, también se debe hablar del régimen político del Estado, de los factores socioeconómicos, de los grupos que participan en la discusión de las políticas, del contenido de las políticas, los instrumentos disponibles y el impacto que genera o podría generar la política. Sumado a esto, el ejercicio de análisis de políticas públicas requiere “describir las variables que caracterizan las fuerzas y debilidades del Estado contemporánea, para explicar e interpretar la coherencia, efectividad y eficiencia de las decisiones del gobierno” (Fontaine, 2015:29).

Una definición que da un panorama más amplio de las políticas públicas viene de Muller y Surel, quienes las interpretan como “un acervo de decisiones y actividades que resultan de interacciones entre actores públicos y privados, cuyos comportamientos están influenciados por los recursos disponibles y por unas reglas institucionales que atañen tanto al sistema político como al ámbito sectorial de intervención” (1998:128 en Fontaine, 2015: 26). Se considera que esta definición es la más adecuada para este estudio pues ayuda a delimitar la selección de elementos que son importantes, como lo son “el acervo de decisiones y actividades” que implica la negociación y discusión para llegar a un acuerdo final que se convierte en política pública y, por otro lado, porque resalta la influencia que los recursos disponibles y las reglas de las instituciones tienen sobre esas decisiones.

Las políticas públicas son susceptibles a los factores sociales, las acciones de los actores de instituciones públicas, de la sociedad civil, de la cooperación internacional y a los marcos legales vigentes.

Por último, este análisis sobre las políticas públicas y la inversión estatal para atender el problema del embarazo en la adolescencia debe enmarcarse en una perspectiva que permita dar cuenta de las desigualdades de género y las jerarquías expresadas en las decisiones del Estado. “El orden patriarcal de géneros se ha construido en hegemónico, sustentado en la sobrevaloración de los masculino en detrimento de lo femenino, en la carencia de poder de las mujeres para nombrar el mundo, así como en su precariedad vital en todos los aspectos: educación, salud, empleo, vivienda, recreación, participación social y política. El no-reconocimiento de

su contribución a la sociedad coloca a las mujeres en posiciones de subordinación y dependencia y limita el pleno ejercicio de sus derechos” (Monzón, 2001:4). Las políticas públicas y la inversión del Estado son una expresión de intereses, valores y de ideología frente a la atención de necesidades de las mujeres y el goce de sus derechos.

# AVANCE 5

## El contexto de las mujeres adolescentes y jóvenes en Guatemala

Según el XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda (INE, 2019), en Guatemala se estima que el 62.99% de la población es menor de 29 años, es decir, la mayoría de las personas en Guatemala es joven. Al separarlo por sexo, se encuentra que de la población joven se distribuye de la siguiente manera:

<b>Distribución de las personas jóvenes por sexo (en porcentajes sobre la población total)</b>			
<b>Sexo</b>	<i>0-14 años</i>	<i>15-29 años</i>	<i>Total</i>
<b>Mujer</b>	16.5	15.3	31.8
<b>Hombre</b>	16.9	14.3	31.2

En números reales esto equivale a 2,458,604 niñas entre 0 y 14 años, y a 2,277,297 mujeres adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años.

En este apartado se hará la descripción y análisis del contexto socioeconómico de las mujeres adolescentes y jóvenes en Guatemala, considerando indicadores sobre acceso a la salud, educación, empleo y el embarazo durante la adolescencia.

### Acceso a la salud

En la actualidad, Guatemala es un país que “aún experimenta una crisis institucional para garantizar el acceso y la cobertura de servicios de salud básicos en un marco de coexistencia de problemas no resueltos combinado con nuevos” (OMS, 2018). Esto tiene que ver con la inversión pública que se hace en el sistema de salud y tiene efectos en el bienestar de la población.

Guatemala es el tercer país de América Latina y el Caribe con menos cantidad de médicos por habitante (0.4 por cada 1,000 habitantes) y es el que cuenta con menor número enfermeras y enfermeros (0.1 por cada 1,000 habitantes), según el informe del OECD Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. También es el país de la región con menos camas hospitalarias por habitante, con únicamente 0.6 por cada 1,000 habitantes (OECD, 2020).

Según datos del Ministerio de Salud y Atención Pública (MSPAS), en el 2015 Guatemala contaba con 1,542 de localidades en las que presta servicios de salud,

entre los que se encuentran puestos de salud, centro de salud y hospitales. En la siguiente tabla se puede observar cómo la infraestructura del sistema de salud pública no ha cambiado considerablemente en la última década.

<b>Red de servicios MSPAS (MSPAS, 2016)</b>					
<b>Descripción</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Red de servicios</b>	1,433	1,448	1,531	1,531	1,542
<b>Puestos de salud</b>	1,079	1,088	1,158	1,158	1,165
<b>Centros de salud B</b>	267	270	277	277	278
<b>Centros de salud A</b>	44	46	52	52	55
<b>Hospitales</b>	43	44	44	44	44

Una de las mediciones más significativas en el acceso a la salud es la atención médica durante el embarazo y el parto, en Guatemala las mujeres jóvenes reciben atención médica principalmente en la red de servicios del Ministerio de Salud y Atención Pública (MSPAS) o son atendidas en casa a la hora del parto.

	<b>Lugar de atención del parto (ENSMI 2014-2015)</b>				
<b>Edad de la madre al momento del parto</b>	<b>MSPAS</b>	<b>IGSS</b>	<b>Sector Privado</b>	<b>Casa</b>	<b>Otro lugar</b>
<b>Menos de 15</b>	74.4	0.0	0.7	24.9	0.0
<b>15 - 19</b>	58.0	3.7	5.7	32.0	0.6
<b>20 - 29</b>	47.2	10.0	9.0	33.1	0.6

Sin embargo, la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015, evidencia la desigualdad en el acceso a atención especializada entre la población de áreas urbanas y rurales, con 83% de los partos atendidos en establecimientos de salud para el área urbana y únicamente 54.8% para el área rural. Los departamentos con mayor atención médica durante el parto son Guatemala y Escuintla (91% y 90%, respectivamente; y los departamentos donde los partos son atendidos en casa con mayor frecuencia son: Quiché (64%), Huehuetenango (61%) y Totonicapán (59%).

El estado de la red de servicios del sistema de salud y la inversión estatal repercute en la posibilidad de las mujeres de acceder a atención en casos de enfermedad,

	<b>Problemas en el acceso a los servicios de salud (ENSMI 2014-2015)</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conseguir permiso para ir a tratamiento</b>	<b>Conseguir dinero para tratamiento</b>	<b>La distancia al establecimiento de salud</b>	<b>No querer ir sola</b>	<b>Por lo menos un problema en el acceso a los servicios de salud</b>
<b>15-19</b>	18.7	54.7	38.8	48.3	76.3
<b>20-34</b>	16.0	57.9	38.2	28.7	71.3

Se puede observar que la mayoría de las mujeres jóvenes tiene dificultades con el costo de acceder a servicios de salud, siendo una consecuencia de la debilidad del sistema público y gratuito; además, la distancia al establecimiento de salud es la segunda dificultad encontrada, lo que puede interpretarse como un producto de la centralización de los servicios de salud en áreas urbanas y el abandono estatal a la población de las áreas rurales. Al comparar los porcentajes entre áreas urbanas y rurales, se encuentra que 24.7% de las mujeres que viven en áreas urbanas tienen dificultad para acceder a servicios de salud por la distancia a los establecimientos, mientras ese número asciende a 50.4% para las mujeres que viven en áreas rurales, es decir, más del doble de personas. (ENSMI, 2015)

Por otro lado, es notable que el grupo etario que encuentra más dificultades con no querer ir solas a los establecimientos de salud son las mujeres entre 15 y 19 años (48.3% tienen esta dificultad) y también son el grupo que tiene problemas para conseguir permiso de recibir tratamiento (18.7%), mientras el 16% de las mujeres entre 20 y 24 años tienen el mismo problema.

Otra área importante en el acceso a salud de las mujeres jóvenes es el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; según la ENSMI 2014-2015, el 90.2% de las mujeres sexualmente activas entre 15 y 19 años no utiliza ningún método anticonceptivo, mientras el 67.3% de las mujeres sexualmente activas entre 20 y 24 años y el 53.8% entre 25 y 29 tampoco lo hacen.

<b>Método Anticonceptivo</b>			
<b>Método</b>	<b>Edad</b>		
	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>
<b>Algún método</b>	9.8	32.7	46.2
<b>Algún método moderno</b>	7.7	26.2	37.3
<b>Esterilización femenina</b>	0.0	2.0	9.3
<b>Esterilización masculina</b>	0.0	0.0	0.2
<b>Píldora</b>	0.7	2.4	3.2
<b>DIU</b>	0.1	1.0	1.2
<b>Inyectables</b>	4.8	14.4	16.5
<b>Implantes</b>	0.4	2.2	2.2
<b>Condón masculino</b>	1.6	4.0	4.4
<b>Otro moderno</b>	0.0	0.2	0.3
<b>Algún método tradicional</b>	2.1	6.6	8.9
<b>Ritmo</b>	0.5	2.3	3.9
<b>Retiro</b>	1.6	4.3	5.0
<b>No usa</b>	90.2	67.3	53.8

Sobre la fuente de suministro de los métodos modernos de anticoncepción, se encontró que hay diferencias marcadas entre el sector público y el sector privado según el tipo de método utilizado.

	<b>Método moderno</b>						
<b>Fuente</b>	<b>Esterilización femenina</b>	<b>Esterilización masculina</b>	<b>Píldora</b>	<b>DIU</b>	<b>Inyectables</b>	<b>Implantes</b>	<b>Condón masculino</b>
<b>Sector público</b>	46.7	12.7	29.6	50.3	73.8	57.1	10.8
<b>Clínica/hospital privado</b>	14.7	11.0	4.9	25.2	2.7	7.4	0.5
<b>APROFAM</b>	17.8	53.9	7.9	16.4	3.4	32.9	0.1
<b>Farmacia</b>	0.0	0.0	52.3	0.0	16.5	0.2	81.2
<b>IGSS</b>	18.6	16.2	2.2	5.5	1.6	0.0	1.6
<b>Otra</b>	0.0	0.0	2.2	0.0	1.0	0.0	4.3

## Educación

Los resultados del XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda (INE, 2019) indican que el grupo de mujeres jóvenes entre 25 y 29 años son las que han tenido menor acceso a educación, ya que 11.7% no ha alcanzado ningún nivel educativo,



mientras que entre las mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, esa cifra es de 4% y 6.9%, respectivamente.

El nivel donde se puede observar el rezago en educación es el nivel medio (básico y diversificado), donde solo el 39.3% de las mujeres entre 25 y 29 años lo han alcanzado y 46.5% de las mujeres entre 20 y 24 años.

<b>Nivel educativo alcanzado (porcentajes sobre el total de mujeres) (Censo 2018)</b>					
<b>Edad</b>	<b>Sin ningún nivel educativo alcanzado</b>	<b>Preprimaria</b>	<b>Primaria</b>	<b>Nivel medio (básico y diversificado)</b>	<b>Educación superior</b>
<b>15-19</b>	4.0	0.4	41.5	52.7	1.3
<b>20-24</b>	6.9	0.4	38.0	46.5	8.2
<b>25-29</b>	11.7	0.4	38.9	39.3	9.6

La mediana de años cursados para las mujeres entre 15 y 24 años es de 6.5, mientras para las mujeres entre 25 y 29 años es de 5.5 años. Además, existe una diferencia entre hombres y mujeres que demuestra la desigualdad en el acceso a educación. La mediana de años completados para hombres entre 15 y 24 años es de 7.3 años, y de 6.3 años para los hombres entre 25 y 29 años. (ENSMI 2014-2015)

Para la población total, la cobertura educativa para el 2016 era de 46.8% para la preprimaria, 78.20% para la primaria, 44.70% para para ciclo básico y 24.5% para el nivel diversificado. (MINEDUC, 2020)

También es importante mencionar la violencia en los centros educativos, la Encuesta Nacional sobre Violencia y Clima Escolar (MINEDUC, 2015) muestra la frecuencia con la que mujeres y hombres viven situaciones de diferentes tipos de violencia.

<b>Acoso escolar o <i>bullying</i> reportado (porcentaje)</b>		
<b>Grado escolar</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>5to. Primaria</b>	15.8	12.7
<b>6to. Primaria</b>	14.9	12.3

<b>3ro. Básico</b>	15.4	10.9
<b>5to. Diversificado</b>	17.4	12.9

Se puede observar que, en el caso del acoso escolar, los hombres sufren más violencia que las mujeres en los distintos grados escolares. Esto es una constante en los diferentes tipos de violencia que se dan en el ámbito escolar, aunque las causas no hayan sido exploradas en la encuesta realizada por el Ministerio de Educación.

En cuanto a los tipos de violencia perpetrados por docentes contra estudiantes, se observa que la población de estudiantes de 5to. Bachillerato es la que más reportó casos, especialmente de violencia emocional y verbal con 25.5% y 23.1%, respectivamente.

<b>Tipo de violencia docente-estudiante reportada (porcentaje)</b>			
<b>Grado escolar</b>	<b>Emocional</b>	<b>Verbal</b>	<b>Física</b>
<b>5to. Primaria</b>	13.8	13.1	7.0
<b>6to. Primaria</b>	14.1	13.8	5.7
<b>3ro. Básico</b>	21.0	19.4	5.5
<b>5to. Diversificado</b>	25.5	23.1	5.0

Según los hallazgos de la encuesta sobre violencia y clima escolar, los docentes ejercen violencia más frecuentemente contra hombres que contra mujeres en los 3 niveles educativos observados.

<b>Violencia docente-estudiante reportada, por sexo (porcentaje)</b>		
<b>Nivel Educativo</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Primaria</b>	23.8	17.0
<b>Básico</b>	32.3	24.2
<b>Diversificado</b>	36.6	32.2

El acoso sexual en el contexto escolar parece ser más frecuente que los otros tipos de violencia, ya que el porcentaje de estudiantes que reportaron casos llega hasta el 56.9% (hombres del nivel diversificado), 53.3% (hombres de 3ro. Básico) y 51.1% (mujeres de 5to. Primaria).

<b>Acoso sexual reportado, por sexo (porcentaje)</b>
--

Grado escolar	Hombres	Mujeres
5to. Primaria	50.6	51.1
6to. Primaria	49.4	48.9
3ro. Básico	53.3	46.7
5to. Diversificado	56.9	43.1

Estas cifras indican que el acoso sexual es un tipo de violencia vivido por una proporción significativa de estudiantes hombres y mujeres durante los 3 niveles escolares que corresponden a la infancia y la adolescencia.

## Empleo

La incidencia del desempleo entre las mujeres jóvenes es alta, considerando que hasta el 52.2% de las mujeres de entre 20 y 24 años no trabaja en un sector formal o informal donde reciba remuneración, la cifra es de 47.2% para las de entre 25 y 29 y de 63.7% para las adolescentes entre 15 y 19 años. (ENSMI, 2015)

Condición laboral de las mujeres jóvenes (porcentaje)			
Edad	Actualmente con empleo	Sin empleo actualmente	Sin empleo en los últimos 12 meses
15-19	28.1	8.2	63.7
20-24	39.9	7.9	52.2
25-29	46.0	6.8	47.2

Entre las que sí cuentan con empleo, el sector en el que laboran se distribuye de la siguiente manera:

Ocupación de las mujeres jóvenes (porcentaje)						
Edad	Profesional/técnico/gerente	Oficinista	Ventas y servicios	Manual calificado	Manual no calificado	Agricultura
15-19	3.3	2.8	42.8	12.3	23.7	14.9
20-24	14.2	10.0	39.8	11.3	15.1	8.9

<b>25-29</b>	19.3	7.8	35.3	11.4	17.7	7.9
--------------	------	-----	------	------	------	-----

El desempleo tiene consecuencias para la cobertura del seguro social y el acceso a seguro médico privado. Como se observa en la siguiente tabla, la gran mayoría de mujeres jóvenes no cuenta con ningún tipo de cobertura de seguro médico y deben hacer uso del débil sistema de salud público o pagar con su bolsillo los tratamientos en el sector privado.

Producto de la informalidad, también se puede apreciar la baja cantidad de mujeres cubiertas por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, donde 2.5%, 10.8% y 16.6% de los grupos etarios de mujeres jóvenes tienen cobertura en caso de accidentes y enfermedad. Además, la cobertura de seguros privados y comunitarios es aún más baja, lo que indica la vulnerabilidad a la que se enfrenta la población de mujeres jóvenes.

<b>Cobertura de seguro de salud de las mujeres (porcentaje)</b>					
<b>Edad</b>	<b>IGSS</b>	<b>Seguro del empleador</b>	<b>Seguro comunitario</b>	<b>Seguro comercial</b>	<b>Ninguno</b>
<b>15-19</b>	2.5	0.7	0.0	2.0	94.9
<b>20-24</b>	10.8	0.9	0.1	2.0	86.9
<b>25-29</b>	16.6	1.8	0.0	2.0	81.1

Según la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (INE, 2019), las mujeres económicamente activas reciben un salario menor respecto al de los hombres en la mayoría de los sectores de actividad. En promedio, la diferencia es de 26.2% menos salario, pero las mayores diferencias se dan entre oficiales, operarios y artesanos (Q2,453 y Q948, para hombres y mujeres, respectivamente), donde las mujeres ganan 61% menos; y entre trabajadores del sector de servicios y vendedores (Q3,370 y Q1,852, para hombres y mujeres, respectivamente) donde las mujeres ganan 45% menos que los hombres.

<b>Ingreso promedio mensual según ocupación (en quetzales)</b>			
<b>Ocupación</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Promedio Nacional</b>	2,438	2,083	14.6
<b>Directores y gerentes</b>	8,027	6,032	24.9

<b>Profesionales científicos e intelectuales</b>	4,952	4,380	11.6
<b>Técnicos y profesionales de nivel medio</b>	5,069	3,746	26.1
<b>Personal de apoyo administrativo</b>	3,650	3,450	5.5
<b>Trabajadores de los servicios y vendedores</b>	3,370	1,852	45.0
<b>Agricultores y trabajadores agropecuarios, forestales y pesqueros calificados</b>	1,197	771	35.6
<b>Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios</b>	2,453	948	61.4
<b>Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores</b>	3,166	3,349	-5.8
<b>Ocupaciones elementales</b>	1,925	1,086	43.6

La información sobre la contribución económica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado de las mujeres jóvenes no está disponible y no se sabe cuántas se dedican a trabajos en el hogar y con la familia, aunque se estima que la mayoría de las mujeres desempleadas, en realidad, desempeñan el trabajo dentro del hogar.

## Vivienda

La mayoría de las mujeres jóvenes no es propietaria de una vivienda, incluso después de los 20 años, pues 85.1% de las mujeres entre 20 y 24 años y 70.2% de las de entre 25 y 29 años no poseen una vivienda. La mayor cantidad de mujeres propietarias de vivienda son las de 25 a 29 años, quienes el 22.5% poseen una conjuntamente (con su pareja o familia), mientras el 7.3% tiene una casa separadamente.

<b>Mujeres que poseen vivienda (porcentaje)</b>			
<b>Edad</b>	<b>Separadamente</b>	<b>Conjuntamente</b>	<b>No posee una vivienda</b>
<b>15-19</b>	0.9	4.2	94.9
<b>20-24</b>	3.0	11.9	85.1
<b>25-29</b>	7.3	22.5	70.2

La tendencia es similar en la posesión de tierra, la mayoría de las mujeres jóvenes no tiene acceso a la tierra. Solo el 9.7% de las mujeres entre 25 y 29 años posee tierra separadamente, y 5.8% conjuntamente; 5.5% de las mujeres entre 20 y 24 años posee tierra separadamente, y 3.8% conjuntamente; finalmente, solo el 2.6% de las mujeres entre 15 y 19 años posee tierra separadamente, y 1.9% conjuntamente.

<b>Mujeres que poseen tierra (porcentaje)</b>			
<b>Edad</b>	<b>Separadamente</b>	<b>Conjuntamente</b>	<b>No posee tierra</b>
<b>15-19</b>	2.6	1.9	95.5
<b>20-24</b>	5.5	3.8	90.6
<b>25-29</b>	9.7	5.8	84.4

#### Embarazo en la adolescencia

Según el último censo poblacional (INE, 2019), el 15.1% de las mujeres entre 15 y 19 años tiene al menos 1 hijo o hija, mientras el 84.9% no tiene ninguno. También se encontró que existen diferencias significativas entre grupos etarios respecto al inicio de la maternidad: 36.1% de las mujeres entre 25 y 29 años tuvo a su primer hijo o hija antes de los 20 años, mientras esa cifra es de 32.4% para las mujeres entre 20 y 24 años.

<b>Edad de la madre al nacimiento del primer hijo(a), porcentaje (Censo)</b>						
<b>Edad</b>	<b>Edad de la madre al nacimiento del primer hijo(a) antes de:</b>				<b>Al menos 1 hijo(a)</b>	<b>Sin hijos(as)</b>
	<b>15 años</b>	<b>18 años</b>	<b>20 años</b>	<b>25 años</b>		
<b>15-19</b>	0.8	na	na	na	15.1	84.9
<b>20-24</b>	1.3	16.9	32.4	na	54.3	45.7
<b>25-29</b>	1.8	18.5	36.1	64.7	77.2	22.8

Por otro lado, existen diferencias marcadas entre la población de mujeres jóvenes de áreas rurales y urbanas respecto a la fecundidad temprana (antes de los 20). La tasa de fecundidad nacional para mujeres entre 15 y 19 años es de 92 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres; pero al desglosar por área de residencia, se encuentra que la tasa es de 112 por cada 1,000 mujeres de áreas rurales y de 65 por cada 1,000

mujeres de áreas urbanas. Esto puede indicar la desigualdad entre ambos grupos en el acceso a salud sexual y salud reproductiva, además del poco acceso a otras oportunidades de desarrollo social que se han explorado en estudios sobre el embarazo durante la adolescencia.

<b>Tasas de fecundidad (por 1,000 mujeres), ENSMI 2014-2015</b>			
<b>Edad</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>
<b>15-19</b>	65	112	92
<b>20-24</b>	135	198	170
<b>25-29</b>	123	170	149

Para analizar mejor la relación entre la desigualdad social y el embarazo durante la adolescencia, también se puede observar la diferencia según el nivel educativo alcanzado entre mujeres de 15 a 19 años: en total, 45% de las mujeres de estas edades sin educación formal han iniciado la maternidad, 33.8% de las mujeres con la primaria incompleta, 23.8% de las mujeres con la primaria completa, 12.8% de las mujeres con la secundaria completa y 6.3% de las mujeres con educación superior. Es decir, entre más años completados de educación formal se tienen, menor proporción de mujeres jóvenes que han iniciado la maternidad.

<b>Embarazo y maternidad según nivel educativo (porcentajes), ENSMI 2014-2015</b>			
<b>Educación</b>	<b>Porcentaje de mujeres de 15-19 años quienes:</b>		<b>Porcentaje que ha empezado la maternidad</b>
	<b>Han tenido un nacido vivo</b>	<b>Embarazadas con la primera hija o hijo</b>	
<b>Sin educación</b>	34.4	10.5	45.0
<b>Primaria incompleta</b>	27.6	6.2	33.8
<b>Primaria completa</b>	17.9	5.9	23.8
<b>Secundaria</b>	10.0	2.9	12.8
<b>Superior</b>	4.2	2.1	6.3

La desigualdad también se ve marcada por el acceso a la riqueza, el desglose por quintil de riqueza de las mujeres de 15 a 19 años muestra que la población con menos riqueza inicia la maternidad durante la adolescencia en mayor proporción

que las mujeres con mayor riqueza. De esa manera, 28.4 de las mujeres en el quintil inferior comienza la maternidad durante la adolescencia, mientras el 11.1% de las mujeres del quintil superior ha hecho lo mismo.

<b>Embarazo y maternidad según quintil de riqueza (porcentajes), ENSMI 2014-2015</b>			
<b>Quintil de Riqueza</b>	<b>Porcentaje de mujeres de 15-19 años quienes:</b>		<b>Porcentaje que ha empezado la maternidad</b>
	<b>Han tenido un nacido vivo</b>	<b>Embarazadas con la primera hija o hijo</b>	
<b>Inferior</b>	23.3	5.1	28.4
<b>Segundo</b>	20.3	6.4	26.7
<b>Intermedio</b>	16.8	4.9	21.7
<b>Cuarto</b>	11.9	3.3	15.2
<b>Superior</b>	8.6	2.5	11.1

Para el año 2018 la tasa de fecundidad adolescente de mujeres entre 15 y 19 años era de 70.9 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes, contrastando con el promedio regional de América Latina de 61.3 nacimientos por 1,000 adolescentes y 53.5 nacimientos por 1,000 adolescentes en Costa Rica. Según el Censo Poblacional del 2018, 15.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya han tenido por lo menos un embarazo, lo cual está relacionado a una situación de vulnerabilidad debido a la precariedad de condiciones de vida, exclusión o poco acceso a servicios de salud, salud sexual y reproductiva, educación sexual. Las niñas y adolescentes en Guatemala son vulnerables a la violencia sexual, la cual muchas veces resulta en embarazos no deseados y forzados.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los últimos 4 años se han atendido un promedio de 111,226 embarazos por año en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. En el año 2020 se atendieron 104, 837 embarazos en niñas y adolescentes. Estos datos se deben relacionar también con la escasa cobertura del sistema de salud pública, indicando que el número de embarazos puede ser más alto. Según la Encuesta de Salud Materno-Infantil 2014-2015, solo 58% de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años es atendido por el MSPAS, mientras el 74.4% de embarazos de menores de 15 años son atendidos por la misma institución. Esto deja a un alto porcentaje de niñas y adolescentes sin atención especializada durante el embarazo.



Hasta ahora se ha hecho la descripción con indicadores generales de las condiciones de vida de las mujeres jóvenes de entre 15 y 29 años para conocer las dificultades y necesidades a las que se enfrentan. Se ha observado la falta de acceso a salud, impactado por la baja cobertura de la red de servicios del Ministerio de Salud y el costo de los servicios médicos. Además, la mayoría de las mujeres jóvenes sexualmente activas no utiliza ningún método de anticoncepción. El nivel educativo alcanzado y las oportunidades de empleo también son factores que impactan el desarrollo de las mujeres jóvenes, la desigualdad que se observa en estos ámbitos repercute en el acceso a salarios, cobertura médica y vivienda.

Al considerar estos elementos, se puede comenzar a explicar la relación que existe entre el problema del embarazo durante la adolescencia y las condiciones de desigualdad en las que viven las mujeres jóvenes en Guatemala. Estas son algunas de las necesidades que las políticas públicas deberían de atender para garantizar el desarrollo de las mujeres y el goce de sus derechos.

# AVANCE 5

## Marco Legal, Regulatorio y Programático de la Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes y Adolescentes en Guatemala

*Tabla 1 Marco de leyes, reglamentos, políticas y programas*

<b>Año</b>	<b>Leyes</b>	<b>Año</b>	<b>Políticas</b>	<b>Año</b>	<b>Programas y Otras Herramientas</b>
2001	Ley de Desarrollo Social	2002	Política de Desarrollo Social	2004	Programa Nacional de Salud Reproductiva
2005	Ley de Acceso Universal a los servicios de Planificación Familiar	2004	Política Salud para Adolescencia y la Juventud	2009	Reglamento Ley de Planificación Familiar
2010	Ley para la Maternidad Saludable	2012	Política Pública Nacional de Juventud 2012-2020	2012	Reglamento Ley para la Maternidad Saludable
		2012	Plan de Acción Interinstitucional 2012-2016	2015	Estrategia Nacional de Planificación Familiar 2015-2020
		2013	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala 2013-2017	2018	Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes
		2018	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala 2018-2022		

*Fuente: Elaboración propia*

## Ley y Política de Desarrollo Social y Población

La Política de Desarrollo Social y Población es el primer acuerdo derivado de la aprobación de la Ley de Desarrollo Social del 2002, en esta política se propone el trabajo interministerial en las áreas de salud, educación, empleo y migración, riesgo a desastres y comunicación social.

En lo relacionado a la prevención y atención de embarazos durante la infancia y la adolescencia, aunque no se mencione de manera explícita, se puede citar los siguientes objetivos propuestos en el artículo 10 de la ley:

- “5. Reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno infantil.
- 6. Alcanzar la plena integración y participación de la mujer al proceso de desarrollo económico, social, político y cultural
- 7. Integrar los grupos en situación de vulnerabilidad y marginados al proceso de desarrollo nacional. “ (Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001)

También en el artículo 15 de la ley, habla de “garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada, veraz y ética el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita.”

Cuando se definen a los sectores de especial atención el artículo 16, se hace referencia a mujeres y niñez y adolescencia:

“2. Mujeres. La Política de Desarrollo Social y Población incluirá medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres en todo su ciclo de vida, y para lograr su desarrollo integral promoverá condiciones de equidad respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencia, abuso y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, observando los convenios y tratados internacionales ratificados por Guatemala.

4. Niñez y Adolescencia en situación de vulnerabilidad. Dentro de la Política de Desarrollo Social y Población se considerarán disposiciones y previsiones para crear y fomentar la prestación de servicios públicos y privados para dar atención

adecuada y oportuna a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.”

También es importante analizar la definición de salud reproductiva incluida en la ley:

“ARTÍCULO 25. Salud reproductiva. Para propósitos de la presente Ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.”

Dentro de las implementaciones concretas derivadas de este artículo, se crea el Programa de Salud Reproductiva (artículo 26), a cargo del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), en coordinación con el Ministerio de Educación (MINEDUC). El objetivo que se le dio a este programa es el de “reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.”

También se incluyó la atención dirigida a adolescentes como parte de las funciones del Programa de Salud Reproductiva:

“4. Adolescentes. En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Otra de las funciones de este programa es “divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.” Aquí se puede entender que la ley hace referencia a embarazos “tempranos” por ser de riesgo, sin embargo, no hay una mención explícita de las edades que entran en esa categoría.

Por otro lado, la Política de Desarrollo Social y Población se conforma de políticas sectoriales por las áreas mencionadas anteriormente. De esas, las de salud y educación son las que tocan el tema de salud sexual de adolescentes.

Dentro de la política sectorial sobre salud, el Programa de Salud Reproductiva es el instrumento que se dedica, entre otras, a las siguientes acciones:

1. Fortalecer la coordinación interinstitucional y multisectorial para la implementación de acciones de información, vigilancia, promoción, educación y de salud reproductiva.
2. Realizar investigaciones y estudios de salud reproductiva con enfoque de género.
3. Implementar un programa de capacitación integral permanente para el personal, desde el ámbito nacional hasta el comunitario, para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para la prevención de los embarazos de alto riesgo, la salud reproductiva y las intervenciones básicas de la salud infantil, incluyendo una adecuada perspectiva de género e interculturalidad.
4. Informar a los(as) adolescentes de los riesgos de las relaciones sexuales inseguras.
5. Informar a los(as) adolescentes de los riesgos de las relaciones sexuales inseguras.

Dentro de la política sectorial sobre educación, se crea el Programa de educación en población y desarrollo, al cual se le asigna el objetivo de “consolidar la educación en población y desarrollo con enfoque multi e intercultural y perspectiva de género en el sistema educativo en todos los niveles y modalidades”. Además, incluye la acción de “Introducir a la curricula la temática de educación en población y desarrollo, como un eje transversal, con pertinencia cultural y perspectiva de género, haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva, equidad de género, paternidad y maternidad responsables, respeto a la dignidad de la población vulnerable, valores éticos, derechos humanos, dinámica poblacional y su relación con el desarrollo sostenible.”

Estas son los elementos de la Política de Desarrollo Social y Población que hacen referencia a la salud sexual y reproductiva de adolescentes, aunque su enfoque es para toda la población y no se hace una mención específica relacionada a la prevención y atención de los embarazos durante la adolescencia.

## Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva

Esta ley tiene por objetivo el asegurar el acceso a servicios de planificación familiar a toda la población, priorizando a “mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud”. En esta ley se considera servicios de planificación familiar la información, consejería y educación sobre salud sexual y reproductiva y la provisión de métodos de planificación familiar.

Esta ley pretende ser aplicada en el ámbito educativo nacional, así como en la red de servicios de salud pública, privada y de Organizaciones No Gubernamentales que presten servicios de salud.

En su artículo 9, se refiere a la estrategia especial para adolescentes, la cual consiste en proveer servicios integrales y diferenciados para las y los adolescentes, para ello se responsabiliza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y al Ministerio de Educación de coordinar la estrategia junto con el sector público y privado.

La ley incluye un enfoque de comunicación para el cambio de comportamiento, que consiste en integrar la formación en “derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno-infantil” en el sistema de educativo nacional, tanto público como privado.

Además, esta ley crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, la cual está integrada por 9 instituciones del sector público y social para coordinar el funcionamiento de las estrategias de aseguramiento de los servicios de planificación familiar.

Uno de los puntos que resaltan de la estrategia de esta ley es la incorporación de un Currículo Nacional sobre salud sexual y reproductiva, en el cual se establece el siguiente contenido:

<b>Grado</b>	<b>Componentes</b>
Primero a Tercero Primaria	a) Conocimiento de sí misma y sí mismo b) Cuidado personal y seguridad que conllevan el desarrollo de

	competencias adecuadas y contextualizadas de acuerdo a las necesidades culturales, geográficas y al proceso evolutivo de niños y niñas.
Cuarto a Sexto Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Temas específicos de la reproducción humana</li> <li>b) Derecho a la vida</li> <li>c) Crecimiento desarrollo, sociabilidad y diferencias individuales;</li> <li>d) Órganos sexuales</li> <li>e) Cuidado e higiene</li> <li>f) Sexualidad humana, ética e implicaciones sociales</li> <li>g) Relaciones sexogenitales</li> <li>h) Embarazo y desarrollo embrionario</li> <li>i) Sexualidad, maternidad y paternidad responsable</li> <li>j) Desarrollo del cuerpo humano</li> <li>k) Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA</li> <li>l) Otros que de acuerdo a la revisión del currículo surjan para el cumplimiento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva y la Ley de Desarrollo Social.</li> </ul>

## Ley para la Maternidad Saludable

Esta ley está enfocada en atender el problema de la mortalidad materna y la mortalidad infantil, para lo cual busca “acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto”.

La ley determina que para que un embarazo se considere saludable, debe darse en condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que permitan la toma de decisiones para un embarazo deseado. El MSPAS, el IGSS y las ONGs que prestan servicios de salud, en coordinación con el MINEDUC y la Universidad de San Carlos de Guatemala están encargadas de la orientación y educación de la población sobre estas condiciones.

Por otro lado, la ley establece que la atención durante y después del embarazo es obligatoria en los 3 niveles de atención del sistema de salud pública, y para las niñas y adolescentes debe existir atención integral y diferenciada, “tomando en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación socioeconómica”.

Además de la atención del embarazo, se incluye como acciones inmediatas para mejorar la salud materna neonatal: “a) Programas nutricionales a niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud y los nacimientos de niños y niñas con bajo peso, así como las malformaciones congénitas y el deterioro de la salud de las madres; b) Prevención de embarazos en niñas y adolescentes”.

## Estrategia Nacional de Planificación Familiar 2015-2020 – Acceso Universal a Servicios de Planificación Familiar

La Estrategia Nacional de Planificación de Planificación Familiar es un documento de trabajo de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA), que a su vez es resultado del Programa Nacional de Salud Reproductiva y de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar.

La Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos está conformada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Ministerio de Educación (MINEDUC), el Ministerio de Finanzas Públicas, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM),



la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM), la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres (ISDM) y la Defensoría de la Mujer Indígena.

El concepto que guía el trabajo de esta estrategia institucional es el de “necesidad insatisfecha” de métodos de planificación familiar, respondiendo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015; según la cual la prevalencia global de uso de métodos de planificación familiar era de 54.1% y la demanda insatisfecha de 20.8%, mientras que entre mujeres indígenas la necesidad insatisfecha era de 29.6%. En cuanto a adolescentes entre 15 y 19 años, la necesidad insatisfecha era del 25.5%.

Es importante también que dentro de la estrategia de la CNAA se establece que la indicadores de mortalidad materna y embarazos de adolescentes “son resultado de los determinantes socioeconómicos que afectan el desarrollo social y tienen impacto en el acceso a los servicios básicos de salud, educación, canasta básica y recursos del medio ambiente; lo que condiciona los altos índices de mortalidad materna e infantil y el alto porcentaje de necesidad insatisfecha de planificación familiar en la población pobre, del área rural e indígena y en adolescentes.”

Consecuentemente, se determina que la población vulnerable de la estrategia nacional sea la población en situación de pobreza, especialmente mujeres indígenas, mujeres rurales y adolescentes. Por otro lado, se define el objetivo de la estrategia como “fortalecer el acceso universal a todos los métodos de planificación familiar (tradicionales y modernos) para disminuir la necesidad insatisfecha con énfasis en las poblaciones vulnerables en el marco de los Derechos Humanos y con enfoque de mercado total.”

El Enfoque de Mercado Total consiste en tomar en cuenta a cada sector participa en brindar servicios de planificación familiar, como lo son el sector público, privado y de ONGs, principalmente, para unificar esfuerzos y priorizar los esfuerzos del sector, para unificar esfuerzos y priorizar los esfuerzos del sector público en una o varias poblaciones determinadas, en coordinación con el resto de sectores.

La Estrategia Nacional de Planificación Familiar se fijó 2 metas: disminuir la necesidad insatisfecha del 21% al 15% y aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos del 54% al 60%. En su planificación operativa también se incluyeron 5 componentes: 1) Rectoría, 2) Provisión de Servicios, 3) Financiamiento, 4) Formación de Recursos Humanos y 5) Monitoreo y Evaluación.

Para cada componente se establecen objetivos, responsables, metas y líneas de trabajo, entre las que se pueden destacar:

- 1) Que el MSPAS se encargue de coordinar a las instituciones y sectores que proveen servicios de planificación familiar a nivel nacional y local para que adopten las normas y guías nacionales respecto a la planificación familiar.
- 2) Que los sectores públicos, privados y sociales fortalezcan sus servicios para promover la demanda, asegurar la atención de calidad y garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos para toda la población especialmente la más vulnerable.
- 3) Implementar la educación integral en sexualidad humana a través de los establecimientos educativos y estrategias vinculadas a la educación no formal.
- 4) Que se asegure el financiamiento para que las instituciones públicas cubran las demandas de servicios de planificación familiar.

#### Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PLANEA 2013-2017)

El PLANEA 2013-2017 es el primer trabajo del Consejo Nacional de la Juventud dirigido exclusivamente a tratar el problema del embarazo en adolescentes. Dentro del documento de presentación del plan se habla del estado del problema en el período entre los años 2012 y 2013, y es importante que se haya dedicado espacio a proveer datos y definiciones que sustentan la propuesta del plan.

Al tener el mandato de responder a las problemáticas que afectan a la juventud del país, el PLANEA menciona que “una de estas es el embarazo en adolescentes y jóvenes, que se ha hecho visible en Guatemala durante los últimos años, según el Instituto Nacional de Estadística del año 2010 al 2012 aumentaron un 19% (INE, 2012). Esta maternidad temprana, se presenta como única opción de vida para muchas adolescentes y jóvenes, principalmente en comunidades indígenas, rurales y pobres; esconde una situación de falta de garantías al ejercicio de sus derechos fundamentales y es en definitiva un modelo efectivo de reproducción de patrones de exclusión como desnutrición, machismo, pobreza, violencias, entre otros.” (PLANEA 2013-2017, p. 6)

Además, se adopta la definición de la Organización Mundial de la Salud para definir el embarazo en adolescentes a los que se dan entre adolescentes de 10 a 19 años

(p.8). y se hace un desglose de los derechos implicados dentro de los derechos sexuales y reproductivos de la juventud:

1. Derecho a vivir y decidir de forma libre sobre y su sexualidad.
2. Derecho al placer y disfrutar plenamente su vida sexual.
3. Derecho a decidir con quien compartir su vida y su sexualidad.
4. Derechos a la libertad reproductiva.
5. Derecho a la protección por la explotación, abusos sexuales y violencia sexual.
6. Derecho a vivir libre de toda discriminación.
7. Derecho al respeto de su intimidad y su vida privada.
8. Derecho a manifestar públicamente sus afectos.
9. Derecho a la igualdad de condiciones, oportunidades y a la equidad.
10. Derecho a recibir información científica y laica sobre la sexualidad.
11. Derecho a la educación laica, científica sobre la sexualidad.
12. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

El PLANEA también incluye estudios sobre el embarazo en la adolescencia y datos para sustentar la estrategia que propone. Es importante que se reconozca que los embarazos durante la adolescencia son “resultado de la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que incluya la provisión de anticonceptivos, baja escolaridad, dificultades para el acceso a educación integral en sexualidad adecuada a la edad (en las escuelas y comunidad), opiniones y valoraciones negativas sobre las niñas, adolescentes y las mujeres. Las niñas y adolescentes rurales, indígenas o quienes viven en pobreza, pobreza extrema son más vulnerables a quedar embarazadas a edades tempranas, derivado de la falta de oportunidades para alcanzar planes de vida que les permitan tener mejores ingresos económicos, planificar su familia y aportar al desarrollo de sus comunidades y país.” (p. 27)

Al mismo tiempo, se habla de las maneras de prevenir los embarazos en la adolescencia, según lo propuesto por UNFPA (2013):

- “1. Invertir en acciones preventivas dirigidas a las adolescentes desde edades tempranas.
2. Eliminar el matrimonio o unión, antes de los 18 años, prevenir la violencia y abuso sexual.
3. Enfoques multidimensionales, mantener a las niñas saludables, seguras y reafirmar sus planes de vida.
4. Proteger los derechos humanos a la salud, educación, seguridad y libertad frente a la pobreza.

5. Lograr que las niñas asistan a la escuela y permitirles quedarse más tiempo en ella.
6. Involucrar directamente a los hombres y niños, ayudarles a formar parte de la solución.
7. Educación integral en sexualidad y acceso a servicios, ampliar información adecuada a la edad, ofrecer servicios de salud para adolescentes.
8. Desarrollo equitativo, basado en principios de los derechos humanos, la igualdad y la sustentabilidad.” (p. 30)

En respuesta esto, el PLANEA define su objetivo general como “articular la respuesta intersectorial de los portadores de obligaciones en la prevención de embarazos en adolescentes 15 – 19 años, contribuyendo al desarrollo integral y medios de vida de adolescentes y jóvenes, desde una visión holística basada en las necesidades, derechos, desarrollo humano, participación y ciudadanía juvenil en Guatemala durante el período 2013-2017.” (p. 35)

Y define sus líneas estratégicas en 4 principios: interseccionalidad, destrezas y habilidades para la vida, educación integral en sexualidad y acceso a servicios de salud integral y diferenciada, con énfasis en salud sexual y reproductiva y la participación juvenil y ciudadanía plena.

En general, el PLANEA busca implementar una coordinación multisectorial para dirigir a diferentes instituciones estatales en acciones para prevenir los embarazos en adolescentes, la articulación es el principal objetivo y la propuesta original no presenta un plan operativo definido, sino que lo ubica como una acción a trabajarse en las partes involucradas.

También se le da énfasis a los sistemas de información para monitorear tanto el problema del embarazo en la adolescencia, como el desempeño del plan de trabajo. Un punto débil del PLANEA es la carencia de indicadores clave para las actividades y resultados esperados, pues no se llega a detallar cómo cada línea de acción busca generar un impacto en la realidad de la juventud.

### [Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes](#)

De mano con la Estrategia Nacional de Planificación Familias de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, se introdujo en 2018 la Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes. El objetivo de esta guía es “brindar una herramienta técnica sobre la utilización de métodos anticonceptivos que

contribuya a prevenir los embarazos en adolescentes mayores de 14 años, basada en decisión voluntaria e informada”.

Para ello, se enfoca en capacitar al personal de salud que brinda servicios a adolescentes para que den consejería y provean métodos anticonceptivos a las y los adolescentes. En resumen, sus acciones se enfocan en “consejería, actualización de los criterios médicos de elegibilidad [para proveer métodos anticonceptivos], ampliación de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, distribución directa e indirecta en los servicios amigables.”

Esta Guía Nacional se limita a los tres niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y no incluye a otros sectores e instituciones que presten estos servicios a las y los adolescentes.

Es notable que la Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes menciona los derechos sexuales y reproductivos establecidos internacionalmente:

- 1) Obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos expresados en términos sencillos y comprensibles para que puedan tomar decisiones y favorecer el autoconocimiento.
- 2) Disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, libre de discriminación, coacción y violencia.
- 3) Ejercer su preferencia sexual libremente y sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- 4) Elegir tener o no tener hijos, con quién tenerlos, número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- 5) Acceder a una atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- 6) Acceder a métodos anticonceptivos seguros, de calidad y elegir el que más se adapte a sus necesidades, criterios y convicciones.
- 7) Obtener los métodos anticonceptivos en forma gratuita en los servicios de salud.
- 8) La intimidad, igualdad y no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- 9) Recibir educación integral en sexualidad conforme a derechos e información veraz, adecuada a los niveles de desarrollo del adolescente. (p. 10)

Esto es importante, porque corresponde a un reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la aplicación de una guía de atención para adolescentes en el sistema nacional de salud pública.

En relación a ello, se menciona que el papel de la herramienta es prevenir los embarazos en adolescentes mayores a 14 años, basándose en la decisión voluntaria e informada de las adolescentes. Por otro lado, el componente de consejería de esta guía se enfoca en la prevención de ITS y VIH, prevención de embarazos no planificados, la promoción de la salud sexual y reproductiva y en brindar información científica completa y precisa, de la mano de la consejería en salud sexual y reproductiva. “La consejería en salud sexual y reproductiva proporciona un medio para que los adolescentes conozcan sus derechos y las opciones de anticoncepción que existen, elementos importantes para la toma de decisión asertiva, que incluye la elección sobre cuándo y con quién tener relaciones sexuales, hasta cuando postergar el inicio de su vida sexual o tener relaciones sexuales seguras y saber a dónde acudir para atención en salud.” (p. 15)

En la parte técnica de salud, se incluye una descripción de los métodos anticonceptivos que ofrece el MSPAS, donde describe su funcionamiento, eficacia y la presentación o vía de administración de cada uno. De igual manera, sobre los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos se menciona que su propósito es el de abordar las ideas erróneas sobre quiénes pueden hacer uso de ellos, y busca reducir las barreras de la práctica médica y que esta se base en la evidencia científica.

#### [Política Pública Contra la Violencia Sexual en Guatemala 2019-2029](#)

La Política Pública Contra la Violencia Sexual en Guatemala es resultado de la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas del 2009 y de la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET). Se incluye esta política dentro del análisis porque el embarazo en adolescentes y niñas es considerado un producto de la violencia sexual, aunque no sea así en todos los casos.

El objetivo de esta política es “reducir la incidencia de casos de violencia sexual en el país, mediante el fortalecimiento de una respuesta institucional que logre impactar de manera efectiva en sus principales causas y consecuencias, previniendo su incidencia, atendiendo de manera integral a sus víctimas y facilitando su acceso a la justicia, a fin de garantizar la protección de los derechos de toda población frente a estos delitos, especialmente la ubicada en mayor grado de vulnerabilidad y la directamente afectada”. (p. 10)

Dentro de la legislación y marco político nacional que justifican la implementación de esta política se encuentra la Política Pública de Protección Integral y Plan de Acción Nacional para la Niñez y Adolescencia en Guatemala, la cual “contempla como uno de sus principios rectores la No-discriminación, equidad e igualdad de oportunidades y, de dentro de éste, establece que las instituciones públicas vinculadas a esta política deberán prestar especial atención a los riesgos que enfrentan niñas y adolescentes, para prevenirlas y protegerlas del embarazo precoz, el maltrato, el abuso, la explotación y la violencia sexual.” (p.26) Con esto se refuerza la comprensión del embarazo durante la adolescencia como un problema ligado a una situación de riesgo donde el abuso, la explotación y la violencia sexual son parte.

Del marco teórico de la política vale recuperar que el reconocimiento de que la violencia sexual se da en situaciones de desventaja y que expresa un abuso de poder entre una persona agresora y una persona vulnerable. En ese sentido, la edad es un factor de vulnerabilidad, y los datos sobre violencia sexual en Guatemala así lo demuestran. Según datos del INACIF, en 2018 se comprobó que en las clínicas por delitos sexuales el 67% de pruebas realizadas correspondieron a personas menores a 19 años y el 68% de ese grupo fueron realizadas a personas menores de 14 años. Los datos del INACIF de 7 años demuestran que las personas menores de 14 años son más vulnerables a sufrir violencia sexual, seguidas por las personas entre 15 y 19 años, mientras que el grupo de personas de 20 a 65 años y más es el menos vulnerable.

Esos mismos datos indican que las niñas y mujeres adolescentes son las más vulnerables a sufrir violencia sexual, sumado al riesgo de que esta violencia resulte en un embarazo no deseado que pone en riesgo la vida, la salud y las oportunidades de esta población. Los niños, niñas y adolescentes son una de las poblaciones priorizadas de la política, aunque en esa lista se incluye a la totalidad de la población.

Los ejes estratégicos son 2: a) el fortalecimiento a la respuesta institucional a la violencia, en el que se incluye “la prevención de la violencia sexual, al igual que la atención integral y la garantía de acceso a la justicia de las víctimas de estos delitos”; y, b) la gobernanza y corresponsabilidad social, en el que se habla sobre que se “requiere de la intervención efectiva del Estado en la creación de condiciones materiales, sociales y culturales tendentes a garantizar la protección de los derechos de todas las personas que se ven expuestas o afectadas por este flagelo social”. (p. 71)

<b>Líneas de Acción</b>	
<b>Eje Estratégico A:</b> fortalecimiento a la respuesta institucional a la violencia sexual	1) Prevención de la violencia sexual 2) Atención integral a víctimas de violencia sexual 3) Acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual
<b>Eje Estratégico B:</b> gobernanza y corresponsabilidad social	1) Fortalecimiento institucional <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Personal capacitado</li> <li>b. Generación de conocimientos e información basada en evidencias</li> </ul> 2) Articulación interinstitucional 3) Participación social 4) Auditoría social

Esta política incluye un marco de resultados (p.83), que implementa acciones que describen como se espera lograr cada objetivo específico y se atiende a cada línea de acción de los ejes estratégicos. Entre las relacionadas a las niñas y adolescentes se encuentran:

- 1) Ampliar la cobertura territorial de Programa de Educación Integral en Sexualidad y Prevención de la Violencia, en todos los niveles de enseñanza en establecimientos públicos y privados y en actores de la comunidad educativa.
- 2) Integrar y desarrollar en la malla curricular de la educación básica y media, contenidos sobre nuevas masculinidades con jóvenes y empoderamiento a la mujer.
- 3) Desarrollar procesos formativos para líderes y lideresas comunitarias que aborden la prevención de la violencia sexual, desde el enfoque de género, generacional y multicultural.
- 4) Capacitar y acreditar en todo el país, servicios generales para la atención adecuada de víctimas de violencia sexual, embarazos como producto de violaciones y casos donde exista transmisión de enfermedades.
- 5) Crear programa, con pertinencia cultural, especializado de atención de primera líneas y tratamiento psicológico a niños, adolescentes y adultos víctimas de violencia sexual.



Esta política puede representar un avance en el reconocimiento institucional del embarazo en niñas y adolescentes como producto de violencia sexual, abuso de poder basado en género y edad, la priorización de la población menor de 14 años es una decisión positiva en la prevención de la violencia sexual en contra de la parte de la población más vulnerable.

### Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PLANEA 2018-2022)

Esta es una actualización del PLANEA 2013-2017, en el que se establece como propósito la coordinación de la respuesta intersectorial al embarazo en la adolescencia. En esta actualización, se plantean 3 ejes estratégicos para atender el problema:

- 1) Desarrollo de destrezas y habilidades para la vida
- 2) Servicios integrales y diferenciados de salud para adolescentes según los estándares de calidad y Educación Integral en Sexualidad (EIS)
- 3) Participación Juvenil, ciudadana y multisectorial con un eje transversal, que es la coordinación interinstitucional.

En esa línea, se definen los resultados y las instituciones que participan en cada eje estratégico:

Eje Estratégico	Resultados	Instituciones responsables
Desarrollo de destrezas y habilidades para la vida	1. Incremento en la cobertura de niñas y adolescentes en el ciclo de primaria y básico. 2. Disminución de la deserción escolar de niñas y adolescentes en el ciclo de primaria y básico.	1. MINEDUC 2. MIDES
Servicios integrales y diferenciados de salud para adolescentes según los estándares de calidad	1. Niñas, niños y adolescentes con conocimientos y	1. MINEDUC 2. MIDES 3. MINGOC-UPCV 4. SBS

y Educación Integral en Sexualidad (EIS)	destrezas en educación integral en sexualidad para toma de decisiones libres e informadas. 2. Adolescentes tienen acceso a servicios de salud integral (que incluyen la salud sexual y reproductiva) con enfoque de género y pertinencia cultural.	5. MSPAS
Participación Juvenil, ciudadana y multisectorial con un eje transversal	1. Las organizaciones de jóvenes implementan acciones para la prevención del embarazo en adolescentes. 2. Se cuenta con un entorno propicio que incluye políticas, acuerdos, planes, y financiamiento para apoyar y sostener la educación sexual integral en el ámbito local.	1. CONJUVE 2. MSPAS 3. MINGOB-UPCV

Con información obtenida por medio del Consejo Nacional de la Juventud se pudo realizar una consolidación de programas vinculados a los dos PLANEAs que han implementado hasta ahora. Una de las acciones que facilitan la sistematización de la información de ejecución de programas en prevención y atención del embarazo en la adolescencia es la creación de clasificadores temáticos que el Ministerio de Finanzas Públicas ha implementado en sus sistemas informáticos y que el CONUVE ha utilizado para su reportería sobre la inversión y ejecución de programas para la juventud.

En total, se han encontrado 19 programas vinculados al PLANEa, los cuales se encuentran bajo la ejecución de las siguientes instituciones:

Ministerio, Secretaría o Dependencia	Programa
MINGOB	Juntas de Participación Juvenil
	Ferias de Información y Educación Sexual
MIDES	Programa de información y empoderamiento de adolescentes y jóvenes para la consolidación de familias funcionales
	Protagonismo Juvenil y Desarrollo Social
	Joven Protagonista en el Desarrollo de mi Comunidad
MINECO	Programa de Fortalecimiento Empresarial Juvenil
MSPAS	Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes
	Atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes en los servicios de salud
	Proyecto de Servicio Cívico Social "Jóvenes Promotores de la Salud y Nutrición"
	Clínicas de atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes, funcionando
	Acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes y jóvenes
	Mesa técnica Biministerial "Prevenir con Educación"
MINTRAB	Capacitación y formación para el empleo
	Orientación Laboral

MINEDUC	Programa Educación para la paz y Vida Plena
MCD	Inclusión y Convivencia
SBS	Proyecto de Servicio Cívico SBS-2015
DEMI	Atención Integral de Casos de Mujeres Violentadas en sus derechos
	Fortalecimiento de capacidades para el personal de casos de víctimas de violencia y violencia sexual para el abordaje integral, especializada y con violencia y violencia sexual para el abordaje integral, especializada y con pertinencia cultural para mujeres y jóvenes indígenas víctimas de violencia y violencia sexual, incluye la retroalimentación de los mecanismos de coordinación para el acceso de las mujeres indígenas a la justicia, casos, y registro de la información

AVANCE 5