

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

AVANCE 7

Guatemala, julio de 2021

Índice

AVANCE 7

Siglarlo

AGMM	Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas
APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia
CEDAW	Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CNAA	Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
DEMI	Defensoría de la Mujer Indígena
ENEI	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISDM	Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres
MCD	Ministerio de Cultura y Deportes
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINECO	Ministerio de Economía
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINGOB	Ministerio de Gobernación
MINTRAB	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PLANEA	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes
PNJ	Política Nacional de Juventud
SBS	Sevretaría de Bienestar Social de la Presidencia
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SVET	Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPCV	Unidad de Prevención Comunitaria de la Violencia

Introducción

La Red de Jóvenes para la Incidencia Política (INCIDEJOVEN) es una organización conformada por mujeres y hombres jóvenes que promueven y defienden los derechos sexuales y derechos reproductivos de la juventud en Guatemala a través de 4 programas: formación, incidencia, comunicación e investigación. El trabajo de defensa y promoción de los derechos requiere contar con información que permitan tomar posturas para incidir en la política nacional, en ese sentido, esta investigación busca generar conocimientos sobre las políticas públicas e inversión del Estado para la prevención y atención del embarazo durante la adolescencia y atender las condiciones de vida de las poblaciones de niñas y adolescentes más vulnerables.

Al contar con investigaciones anteriores de la región que proponen la relación entre la precariedad vital de niñas y adolescentes y la frecuencia de los embarazos durante estas etapas de vida en la población más vulnerable, se hace necesario investigar las maneras en las que el Estado de Guatemala atiende esa relación entre estos problemas. Por eso, se tomaron en cuenta las políticas públicas que atienen a la población joven en salud sexual y reproductiva, educación, seguridad y prevención de la violencia, desnutrición y protección de la niñez y adolescencia, las cuales son las principales áreas de intervención y se encuentran dentro del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes.

En el primer apartado se desarrolla un breve marco teórico y conceptual sobre las políticas públicas desde el punto de vista del neoinstitucionalismo, el cual ayuda a observar estas herramientas en el contexto política, social, económico y cultural donde se construyen e implementan. Aporta una mira amplia al estudio de las políticas como productos de los actores y las condiciones en las que se crean y que están interrelacionadas con las dinámicas social y políticas durante su implementación.

En el segundo apartado se hace una descripción y análisis de la situación de las mujeres adolescentes y jóvenes en Guatemala, para lo que se usan estadísticas sobre el acceso a salud, educación, empleo e ingresos, vivienda y el embarazo en la adolescencia.

El tercer apartado se dedica a una revisión del marco legal y de políticas públicas desde que se tiene registro de un enfoque de género en leyes en la última década del siglo XX y los debates y posturas que dieron cabida a nuevas instituciones y demandas sobre los derechos de las mujeres. Seguidamente se analizan las leyes

y políticas que actualmente son las que guían los programas y actividades de las diferentes instituciones que deben prevenir y atender los embarazos en adolescentes.

Posteriormente, se dedica un espacio al análisis y presentación de datos sobre la inversión pública a través de las instituciones y programas identificados que comprenden la respuesta del Estado al problema de la investigación.

Finalmente, se hacen reflexiones finales sobre la administración pública, las políticas públicas, el rol de las organizaciones sociales, los grupos fundamentalistas y la corrupción, los cuales representan parte de las condiciones que definen cómo el Estado atiende el problema del embarazo en la adolescencia en Guatemala.

Para la realización de este estudio se entrevistaron a personas expertas en el tema de los derechos de las mujeres, los derechos sexuales y reproductivos y de la inversión pública. Agradecemos sus aportes al análisis que presentamos a continuación.

AVANCE 7

Marco teórico y conceptual sobre las políticas públicas

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 Thoening “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 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 condiciones de vida 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) 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 lo 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 7

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:

Distribución de las personas jóvenes por sexo (en porcentajes sobre la población total)			
Sexo	0-14 años	15-29 años	Total
Mujer	16.5	15.3	31.8
Hombre	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 OCDE 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 (OCDE, 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.

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

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

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

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

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

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

Acoso escolar reportado (porcentaje)		
Grado escolar	Hombres	Mujeres
5to. Primaria	15.8	12.7

6to. Primaria	14.9	12.3
3ro. Básico	15.4	10.9
5to. Diversificado	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.

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

Violencia docente-estudiante reportada, por sexo (porcentaje)		
Nivel Educativo	Hombres	Mujeres
Primaria	23.8	17.0
Básico	32.3	24.2
Diversificado	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).

Acoso sexual reportado, por sexo (porcentaje)		
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

25-29	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.

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

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

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

Mujeres que poseen vivienda (porcentaje)			
Edad	Separadamente	Conjuntamente	No posee una vivienda
15-19	0.9	4.2	94.9
20-24	3.0	11.9	85.1
25-29	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.

Mujeres que poseen tierra (porcentaje)			
Edad	Separadamente	Conjuntamente	No posee tierra
15-19	2.6	1.9	95.5
20-24	5.5	3.8	90.6
25-29	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.

Edad de la madre al nacimiento del primer hijo(a), porcentaje (Censo)						
Edad	Edad de la madre al nacimiento del primer hijo(a) antes de:				Al menos 1 hijo(a)	Sin hijos(as)
	15 años	18 años	20 años	25 años		
15-19	0.8	na	na	na	15.1	84.9
20-24	1.3	16.9	32.4	na	54.3	45.7
25-29	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.

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

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

Embarazo y maternidad según quintil de riqueza (porcentajes), ENSMI 2014-2015			
Quintil de Riqueza	Porcentaje de mujeres de 15-19 años quienes:		Porcentaje que ha empezado la maternidad
	Han tenido un nacido vivo	Embarazadas con la primera hija o hijo	
Inferior	23.3	5.1	28.4
Segundo	20.3	6.4	26.7
Intermedio	16.8	4.9	21.7
Cuarto	11.9	3.3	15.2
Superior	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 7

Una revisión del contexto legal de la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de las mujeres en Guatemala

En Guatemala se cuenta con un marco legal e institucional específico para el desarrollo de las mujeres que fue creándose a partir de la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, aunque ese evento no fue el único que impulsó la creación de ese marco, ni se podría decir que sea el determinante; pues detrás de las leyes y políticas que hoy se tienen, existe una historia de movilizaciones sociales y de incidencia política nacional e internacional de mujeres que presionaron a los Estados para que se institucionalice la perspectiva de género como un componente necesario para el desarrollo integral de las mujeres.

La Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer de 1999 es una de las primeras leyes promulgadas con un enfoque de género y con el objetivo de promover el desarrollo de las mujeres en la “vida económica, política y social de Guatemala” (art. 2), ese mismo año se creó la Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI) con un enfoque de derechos humanos y asistencia en contra de la violencia y la discriminación; ambos casos mencionan a la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) como un compromiso adquirido por el Estado de Guatemala que llevó a la creación de estos instrumentos locales.

Hay que considerar que estos cambios se dan en un contexto donde el país está atravesando sus primeros años luego del Conflicto Armado Interno y que los Acuerdos de Paz y algunos acuerdos internacionales representan una presión para implementar mecanismos de democratización, para el respeto a los derechos humanos, para atender la desigualdad y el desarrollo. En ese contexto, ya existía una presencia de las mujeres que proponían el reconocimiento de la desigualdad basada en género y la necesidad de leyes y políticas que recuperaran las demandas de esta población. Como lo anota Flérida Guzmán Gallangos (2007, p. 132):

“El grado de institucionalización de la perspectiva de género en la política pública depende de las condiciones históricas en que se desarrolle, entre las que la relación del movimiento feminista con el Estado, y el contexto económico, político, social y cultural desempeñan un papel relevante. Las mujeres se movilizaron y lucharon por el derecho al voto en diversos países, en momentos históricos diferentes. El logro de este derecho político correspondió a circunstancias sociopolíticas particulares; por ejemplo, en Argentina, Bolivia, Costa Rica, Cuba y Venezuela, su conquista se obtuvo

durante un proceso de profundización democrática que condicionó positivamente el logro de las demandas de las sufragistas (Bareiro, 2000, cit. en Guzmán, 2007)

La creación de la Secretaría de la Presidencia de la Mujer (SEPREM) en el año 2000 es una continuación de la institucionalización de la perspectiva de género en el Estado guatemalteco, es creada para ser la institución encargada de coordinar la implementación de programas para el desarrollo “económico, social, cultural y político del país, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres”.

Para Incháustegui y Ugalde (2005, en Guzmán Gallangos, 2007), la integración de la perspectiva de género es un proceso que comienza con la inclusión de la equidad de género como una demanda de las mujeres, lo cual debe traducirse en “introducir el principio de igualdad de oportunidades, méritos y recompensas” en la manera que se analiza y diagnostican los problemas sociales y que sirve para formular políticas públicas, en la evaluación de los programas que se implementan, y “en los mecanismos institucionales —formales e informales— que regulan la asignación de oportunidades y la distribución de cargas sociales entre los géneros.” (p. 132)

Se debe mencionar que la SEPREM y otras leyes y políticas que surgieron luego hacen alusión al enfoque de trabajo transversal, multisectorial e interinstitucional para referirse a acciones que forman parte de un objetivo amplio por el desarrollo integral de las mujeres, lo cual también es recuperado como una de las demandas de los movimientos de mujeres internacionalmente, y se convirtió en una “estrategia se buscaba evitar la tendencia de los gobiernos a atender las demandas de género como un “asunto de mujeres”, para integrarlas en el proceso de formulación y aplicación en la política pública” (Guzmán Gallangos, 2007, p.140). Sin embargo, este enfoque también se ha encontrado con dificultades a la hora de su implementación, y uno de esos obstáculos está en la debilidad institucional y política de los entes encargados de coordinar los programas de ministerios e instituciones con ejes de trabajo distintos y con liderazgos no siempre dispuestos a asumir compromisos en la ejecución de las políticas públicas. Este es el caso de SEPREM y del Consejo Nacional de la Juventud que, como se verá más adelante, tiene atribuciones similares con la población joven.

Por otro lado, existen maneras ambiguas y dudosas en las que se implementa la perspectiva de género en Guatemala. Específicamente en el caso de la salud sexual y la salud reproductiva se observan distintos problemas en el abordaje de las instituciones públicas y en el marco legal que hace alusión a las acciones que el

Estado busca implementar. Tomando como referencia nuevamente la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, el artículo 8 sobre la “esfera privada” propone erradicar la discriminación y la violencia contra la mujer promoviendo la “revalorización del matrimonio y la maternidad”. Y en ese artículo se vinculan los derechos de la mujer en el ámbito privado a la elección de cónyuge, al matrimonio, a ser progenitora, a la educación sexual y reproductiva y a elegir el número y distanciamiento entre embarazos.

El hacer esta vinculación entre la vida privada de las mujeres y un rol reproductivo en el marco de un matrimonio es una expresión tradicional de los roles de género que refuerzan la desigualdad y el sometimiento de las mujeres en el ejercicio de su sexualidad. María Luisa Tarres (2007), analiza estos hechos a la luz de las disputas que ha provocado el cuestionamiento de la perspectiva de género en las leyes y políticas públicas y menciona que “entre las diversas propuestas de los feminismos, la idea que mayor controversia suscita es la de que lo privado es público —o lo personal, político—, porque no sólo cuestiona el orden institucional que somete a la mujer en los espacios públicos, sino también el modelo cultural de la sexualidad y el parentesco, que subordina a la mujer y estigmatiza a quien se aparte de él. La propuesta feminista para redefinir los códigos y la organización de las relaciones entre los sexos pone en duda una de las dimensiones básicas del discurso tradicional y genera discrepancias que unas veces se solapan en propuestas modernizadoras, y otras se expresan con violencia” (p. 86).

Y se puede observar como una propuesta supuestamente modernizadora como la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, en realidad, perjudica los avances que se buscaban respecto a cómo el Estado reconoce los derechos y la igualdad para las mujeres, especialmente en cuanto a la sexualidad.

En Guatemala se han promulgado leyes y diseñado políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva también a partir del trabajo de personas de distintas disciplinas que estudian los problemas nacionales desde instituciones públicas como organizaciones sociales y académicas, ese trabajo de investigación y sistematización ha servido para contar con varios instrumentos en materia de salud sexual y reproductiva.

En el caso de las acciones públicas para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, se menciona que se ha contribuido “primero tratando de visibilizar el problema, y se trabajaron varias investigaciones porque ni siquiera se identificaba como un problema el embarazo en la adolescencia. No se conocían tampoco las

estadísticas de cuántos embarazos se daban en esta población y, sobretodo, no se tenía cuantificado que muchas de ellas eran menores de 14 años y que esto ya en otros países era tipificado como delito de violación. Entonces, sí ha habido avances sustantivos, podemos decir que se fue construyendo evidencia alrededor del tema, principalmente sobre violencia sexual para ir documentando y visibilizándolo. Porque se había naturalizado, tanto que el embarazo en la adolescencia era una característica de las poblaciones en Guatemala y que no se cuestionaba la maternidad temprana.” (Experta 1, comunicación personal)

Este tipo de avances se han materializado en las leyes, políticas, planes y programas que hoy se tienen para atender y prevenir el embarazo en la adolescencia; sin embargo, eso no se traduce en cambios significativos o la erradicación del problema. Esto se atribuye a la falta de voluntad política de las personas que ejercen la función pública, la incapacidad técnica para implementar los instrumentos de manera que se logren los objetivos y la falta de financiamiento público para ejecutar adecuadamente los instrumentos.

“Entonces, sabemos en qué hay que invertir, y también sabemos que se invierte poco, pero ese conocimiento no está siendo suficiente para cambiar esa realidad, porque hemos hecho diversas recomendaciones para incrementar las inversiones en esta materia y no han sido atendidas por los diferentes gobiernos de Guatemala” (Experto 3, comunicación personal). Esto hace necesario entender que los instrumentos públicos para atender problemas sociales como el embarazo en la adolescencia se encuentran supeditados al contexto político del país, que las prioridades del Estado son definitorias para la implementación de las políticas y la inversión pública.

Y que así como ha sucedido en otros países, muchas de las políticas y programas carecen de un impulso de cambio social integral, y que en cuanto a las demandas de las mujeres, existen aún más obstáculos para superar que se implementen políticas que las incorporan “de un modo pasivo, como receptoras y no como contribuidoras; como clientas más que como agentes, y como reproductoras en lugar de productoras, reforzando así su papel de madres y esposas, y las desigualdades de género” (Guzmán Gallangos, 2007, p. 135).

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

La salud sexual y reproductiva es reconocida de diferentes maneras, por lo menos, desde 1999 en el marco legal vigente en el país; además, existen avances a lo largo de los años en su comprensión como un ámbito de la vida de las personas vinculado a las condiciones socioeconómicas, de vulnerabilidad a la violencia, de educación y de desarrollo, las cuales inciden en cómo se ejerce.

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

Año	Leyes	Año	Políticas y planes	Año	Programas y otras herramientas
1999	Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer	2002	Política de Desarrollo Social	2004	Programa Nacional de Salud Reproductiva
2001	Ley de Desarrollo Social	2004	Política Salud para Adolescencia y la Juventud	2009	Reglamento Ley de Planificación Familiar
2003	Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia	2012	Política Pública Nacional de Juventud 2012-2020	2012	Reglamento Ley para la Maternidad Saludable
2005	Ley de Acceso Universal a los servicios de Planificación Familiar	2012	Plan de Acción Interinstitucional 2012-2016	2015	Estrategia Nacional de Planificación Familiar 2015-2020
2009	Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas	2013	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala 2013-2017	2018	Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes
2010	Ley para la Maternidad Saludable	2018	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala 2018-2022	2020	Convenio de Cooperación institucional “Prevenir con Educación” 2021-2025
		2019	Política Pública Contra la Violencia Sexual en Guatemala 2019-2029		

Elaboración propia

En la siguiente tabla se encuentran los principales componentes de las leyes y políticas públicas que incluyen la salud sexual y reproductiva, desde donde se puede evidenciar algunos de los avances y limitaciones que se tienen actualmente en cuanto a definiciones y la manera de abordar las necesidades de la población.

La educación en sexualidad es reconocida en 1999 como un derecho para garantizar la equidad entre hombres y mujeres, luego desde la Política de Desarrollo Social y Población en 2001 se han priorizado la enseñanza de valores y preparación para la procreación, la prevención de ETS y de VIH/SIDA y la prevención del embarazo no deseado y en adolescentes y niñas.

En cuanto a la atención de salud sexual y reproductiva, las leyes y políticas vigentes se concentran en los servicios de planificación familiar, de prevención de ETS y VIH/SIDA, y hasta 2005 se incorpora la necesidad de brindar servicios especializados para adolescentes y jóvenes. Únicamente la Política Pública Contra la Violencia Sexual en Guatemala en 2019 hace referencia a la atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, aunque esto no indica que previamente no se brindaran esos servicios, solamente que no son mencionados en otra ley o política.

Otro de los componentes incluidos en lo relacionado a la salud sexual y reproductiva es el tema de las uniones, el matrimonio, la maternidad y la paternidad, y los enfoques con que se promueve varían entre el fomento de la paternidad y maternidad responsable, la revalorización de la maternidad y el matrimonio y la prevención y erradicación de la mortalidad materno-infantil.

Uno de los puntos más débiles de las leyes y políticas estudiadas es la perspectiva de género sobre la salud sexual, la desigualdad y la pobreza, ya que no se evidencia un reconocimiento claro de la intersección de estas variables desde el enfoque de género y lo más cercano a ello es la priorización de las mujeres pobres y extremadamente pobres como grupo vulnerable (Política de Desarrollo Social y Población, Ley para la Maternidad Saludable).

La participación política de las mujeres jóvenes está ausente en la mayoría de las leyes y políticas, a pesar de ser reconocida como un componente importante dentro de los nuevos enfoques de derechos sexuales y reproductivos, como lo evidencia

el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (PLANEA). En el marco legal y de políticas públicas vigente, únicamente la Ley de Dignificación y Promoción de la Mujer plantea la promoción de paridad en la representatividad y el fortalecimiento de las mujeres en puestos de poder, luego se limita la participación a la auditoría social y roles de vigilancia, por ejemplo.

Finalmente, el trato de la violencia es otra de las debilidades encontradas en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, tanto por la limitada comprensión de la violencia en sus diferentes manifestaciones como en la importancia que se le da en problemas como el embarazo forzado y no deseado en todas las edades. Además, la Política Pública Contra la Violencia Sexual en Guatemala es la única herramienta que menciona el acceso a la justicia y atención y servicios para víctimas de violencia sexual.

Al analizar estos componentes presentes en el marco legal y de políticas públicas se puede encontrar debilidades para conseguir el mejoramiento de la atención y la prevención del embarazo en la adolescencia, y para el avance de los derechos sexuales y reproductivos, en general.

Por un lado, se observa un refuerzo de valores culturales en la educación en sexualidad que se propone, con los que se busca promover la reproducción a través de la “paternidad y maternidad responsable” sin incluir una visión de la sexualidad más amplia y relacionada a los placeres, deseos e intereses de las juventudes. Con este refuerzo de valores también se obstaculiza la implementación de medidas que atiendan la desigualdad entre hombres y mujeres, pues se basan en nociones tradicionales de roles de género (la sexualidad de las mujeres vinculada a la maternidad y la esfera privada), manteniendo estas distinciones discriminatorias en cuanto las posibilidades de elección de vida para las juventudes.

Sumado a eso se encuentra la ausencia de una reflexión dentro del marco legal donde se plantee la necesidad de implementar un enfoque de género que responda a una estructura social, política y económica que históricamente ha mantenido a las mujeres y a las juventudes en una posición de exclusión y sin garantía de derechos en términos de igualdad. De igual manera, está ausente en las leyes y políticas públicas la vinculación entre derechos sexuales y reproductivos y cómo se ejercen y/o gozan de manera desigual entre poblaciones de diferentes estratos socioeconómicos y la influencia de la precariedad vital en esa situación.

Ley o política	Componentes					
	Educación en sexualidad	Atención de salud sexual y planificación familiar	Uniones, maternidad y paternidad	Desigualdad y pobreza	Participación política	Violencia
Ley de Dignificación y Promoción de la Mujer	Como un derecho para garantizar la equidad	Se incluye la atención de salud integral, educación sexual y planificación familiar	Plantea la revalorización de la maternidad y el matrimonio	Propone la equidad en la educación, el trabajo	Fortalecimiento de la mujeres en las esferas del poder, promoción de la paridad en instancias de representación	Promoción de la erradicación y prevención
Política de Desarrollo Social y Población	Fomentar la ES orientada a valores y principios, estilo de vida saludable	Crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS	Fomenta la maternidad y la paternidad responsables en la educación	No hay un enfoque de género, propone la lucha contra la pobreza y la perspectiva de desarrollo	No es incluida	No es incluida

Ley o política	Componentes					
	Educación sexual	Atención de salud sexual y planificación familiar	Uniones, maternidad y paternidad	Desigualdad y pobreza	Participación política	Violencia
Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia	Se la incluye junto con programas de prevención de ETS, preparación para la procreación	Se limita a programas de prevención de ETS	Inculca la paternidad y maternidad responsables	Menciona las políticas de asistencia social para atender la pobreza	No es incluida	Se incluye la protección contra el maltrato, la violencia física, psicológica y sexual
Ley de Acceso Universal a los servicios de Planificación Familiar	El MSPAS y el MINEDUC deben incluir la currícula los derechos y responsabilidades, embarazo precoz y no deseado	Propone trabajo entre el MINEDUC, MSPAS y el IGSS para brindar servicios diferenciados para adolescentes	No es incluida	No es incluida	No es incluida	No es incluida

Ley o política	Componentes					
	Educación sexual	Atención de salud sexual y planificación familiar	Uniones, maternidad y paternidad	Desigualdad y pobreza	Participación política	Violencia
Ley para la Maternidad Saludable	MINEDUC y USAC son responsables de informar para la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados	Incluye el acceso universal a la planificación familiar y la atención diferenciada para adolescentes	La ley está dirigida a la prevención y erradicación de la mortalidad materno-infantil	Establece a las mujeres en situación de pobreza y extrema como prioridad	Establece la participación de 2 representantes de organizaciones para la vigilancia epidemiológica	No es incluida
Política Pública Contra la Violencia Sexual en Guatemala 2019-2029	No es incluida	Incluye la atención integral a víctimas de violencia sexual	No es incluida	No es incluida	Busca institucionalizar mecanismos de participación social e implementar la auditoría social	Prevención de la violencia sexual, atención y servicios para víctimas, acceso a justicia

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 Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

Esta ley hace una recopilación de los derechos humanos aplicados a la niñez y adolescencia, establece las obligaciones del Estado y de los padres y tutores o encargados y menciona las acciones por las cuales se deberán cumplir esos derechos. En relación a la salud sexual y reproductiva, se encuentra lo siguiente:

Establece que las autoridades de establecimientos educativos públicos y privados están en la obligación de denunciar ante las autoridades los casos de “abuso físico, mental o sexual que involucre a sus alumnos” (art. 44). Asimismo, define que el abuso sexual “ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual” (art. 54).

Dentro de las obligaciones del Estado para cumplir sus derechos está el “diseñar y ejecutar programas de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, preparación para la procreación y la vida en pareja, que inculquen la paternidad y maternidad responsables” (art. 76, inciso h).

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:

Grado	Componentes
Primero a Tercero Primaria	<ul style="list-style-type: none"> 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"> a) Temas específicos de la reproducción humana b) Derecho a la vida c) Crecimiento desarrollo, sociabilidad y diferencias individuales; d) Órganos sexuales e) Cuidado e higiene f) Sexualidad humana, ética e implicaciones sociales g) Relaciones sexogenitales h) Embarazo y desarrollo embrionario

	<ul style="list-style-type: none"> i) Sexualidad, maternidad y paternidad responsable j) Desarrollo del cuerpo humano k) Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA 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.
--	---

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 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)

Líneas de Acción

Eje Estratégico A: 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

Eje Estratégico B: gobernanza y corresponsabilidad social

- 1) Fortalecimiento institucional
 - a. Personal capacitado
 - b. Generación de conocimientos e información basada en evidencias
- 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 y Educación Integral en Sexualidad (EIS)	1. Niñas, niños y adolescentes con conocimientos y 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.	1. MINEDUC 2. MIDES 3. MINGOB-UPCV 4. SBS 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	1. CONJUVE 2. MSPAS 3. MINGOB-UPCV

	incluye políticas, acuerdos, planes, y financiamiento para apoyar y sostener la educación sexual integral en el ámbito local.	
--	---	--

Con información obtenida por medio del Consejo Nacional de la Juventud se pudo realizar una consolidación de programas vinculados a los dos PLANEA 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
DEMI	Atención Integral de Casos de Mujeres Violentadas en sus derechos
	Fortalecimiento de capacidades para el personal que atiende los casos de víctimas de violencia y violencia sexual

Según el análisis de personas expertas en políticas públicas para los derechos sexuales y reproductivos y derechos de las mujeres, en Guatemala se da un caso de algunas políticas y leyes que están sustentadas en evidencia científica recaba nacional e internacionalmente junto con obstáculos de voluntades políticas para financiarlas e implementarlas.

En cuanto a la información que se maneja dentro de las instituciones del Estado para crear y ejecutar políticas públicas en derechos sexuales y reproductivos se menciona que las organizaciones sociales y académicas han jugado un rol

importante en visibilizar las problemáticas de las niñas, adolescentes y jóvenes en cuanto al embarazo y la violencia sexual:

“Hemos podido ver y trabajar en los últimos 20 años. Primero tratando de visibilizar el problema, y ahí se trabajaron varias investigaciones porque ni siquiera se identificaba como un problema el embarazo en la adolescencia. No se conocían tampoco las estadísticas de cuántos embarazos se daban en esta población y, sobretodo, no se tenía cuantificado que muchas de ellas eran menores de 14 años y que esto ya en otros países era tipificado como delito de violación. Entonces, sí ha habido avances sustantivos, podemos decir que se fue construyendo evidencia alrededor del tema, principalmente sobre violencia sexual para ir documentando y visibilizándolo. Porque se había naturalizado tanto que el embarazo en la adolescencia era una característica de las poblaciones en Guatemala y no se cuestionaba la maternidad temprana.” (Experta 1, comunicación personal)

De la mano del trabajo de investigación, las organizaciones han realizado campañas de incidencia y han creado movimientos para que el Estado atienda estos problemas, un ejemplo mencionado fue el reconocimiento de los hechos de violación sexual que producen embarazos forzados en niñas, adolescentes y jóvenes, que se logró en 2009 gracias a un movimiento nacional e internacional que presionó al Estado usando información y experiencias de otros países sobre el tema.

“Entonces, por ahí sí ha quedado vinculada la evidencia que se ha recogido no solo a nivel nacional, sino que mucha también ha sido con el apoyo de experiencias en otros países, evidencia que nos ha permitido ir construyendo. Y esto de alguna manera lo hemos tratado de ir introduciendo en políticas públicas, que han logrado los avances que ahora se visibilizan y ya está posicionado en la agenda pública esto como un problema, como un problema de salud pública, precisamente por todo que eso conlleva para las jóvenes, adolescentes y sobretodo las niñas, que en determinado momento tienen un embarazo forzado, una maternidad forzada, embarazos a temprana edad.” (Experta 1, comunicación personal)

Sin embargo, se identifica la ausencia de sistemas de monitoreo y evaluación que permitan conocer los resultados de esas políticas y mejorar la implementación de las mismas. Dentro de la documentación de las políticas no se puede dar cuenta de líneas base con indicadores para las instituciones encargadas de ejecutar los programas con los que intervienen y prestan servicios, y sin esa información es

imposible determinar los logros y fallas de las políticas en las que se invierten recursos.

Este problema también es creado por la falta de personas formadas en metodologías de monitoreo y evaluación en las instituciones públicas, que no existen unidades que se encarguen adecuadamente y las políticas no establecen eso como un componente necesario.

Es importante señalar que la falta de información impacta negativamente la implementación de las políticas públicas porque sin ese respaldo empírico se da la oportunidad para que grupos y políticos opositores a los derechos sexuales y reproductivos usen argumentos morales y religiosos sin ser contrastados con evidencias de lo que sí ha funcionado y lo que no, y sin conocer las opiniones de la población que necesita que se garanticen estos derechos.

Un ejemplo de ello es la educación en sexualidad:

“no se ha implementado la educación integral en sexualidad desde los primeros años como verdaderamente dice la evidencia que causa transformaciones en los adolescentes, aún en las niñas, porque precisamente la evidencia que está ya documentada en varios países a nivel global dice que entre más temprano tengan acceso a educación integral en sexualidad, las niñas, los adolescentes y los jóvenes no solo van a retrasar el inicio de su vida sexual activa, cuando lo hagan lo van a hacer con conocimiento de causa para poder usar un método de planificación familiar o un método anticonceptivo, y las niñas que en determinado momento pueden estar viviendo una situación de acoso y violencia sexual, también se les fortalece en su capacidad de denuncia, pero el Ministerio de Educación nunca lo ha hecho y está tomado por los antiderechos, entonces ellos no implementan la educación integral en sexualidad, que precisamente es una de las estrategias más importantes para evitar los embarazos.” (Experta 1, comunicación personal)

Por otro lado, las políticas sobre derechos sexuales y reproductivos necesitan mejorar en cómo construyen una respuesta integral para la atención y la prevención de los embarazos en la adolescencia, que considere “el tema educativo, tema de salud, de finanzas, el tema político de las cosas que se deciden en el congreso nacional, y que también atraviesa todo lo que se planifica desde Segeplan y el ministerio de finanzas.” (Experta 2, comunicación personal). Esto quiere decir que debe determinarse el financiamiento público necesario para cumplir con las políticas

que atienden y previenen el embarazo en la adolescencia, y debe reconocerse que este tema entra en juego con las prioridades de desarrollo del país y la planificación, así como con los intereses políticos de las personas en funciones públicas.

Inversión pública para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia

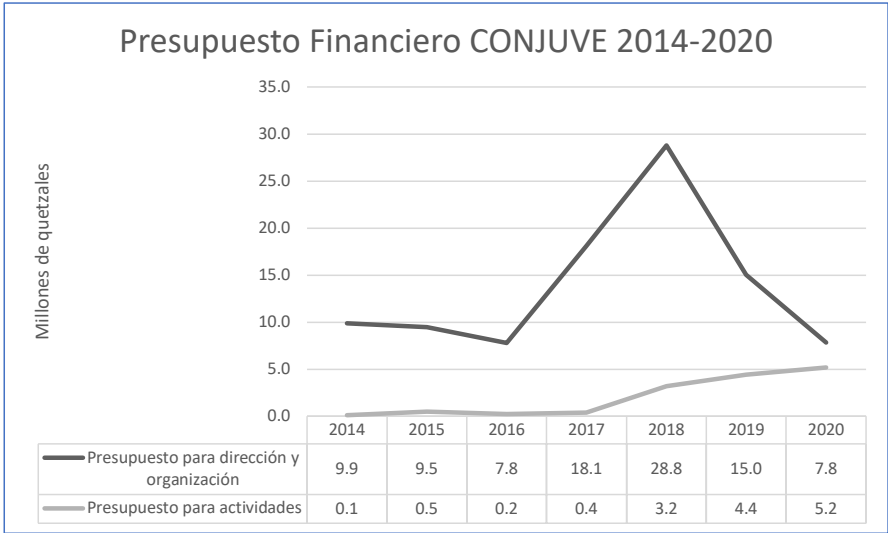
Al querer analizar la inversión pública de las políticas y programas anteriores se encuentra la dificultad para obtener datos actualizados y específicos de cada una. El Ministerio de Finanzas Públicas utiliza un clasificador temático para realizar sus funciones de planificación, transferencia y supervisión de los fondos públicos, dentro de esos clasificadores se encuentra el de Juventud, siendo CONJUVE el ente rector encargado de dar seguimiento a la inversión pública que se hace para las juventudes, además de coordinar las políticas y programas destinadas a esta población.

Sin embargo, los informes que se hacen respecto a la inversión de los programas de juventud desde CONJUVE se limitan a las actividades propias de esta entidad y no de todas las instituciones estatales que implementan programas destinadas a la juventud; tampoco el Ministerio de Finanzas presenta informes actualizados sobre lo que cada entidad de los clasificadores temáticos supervisa, con lo que la capacidad de analizar la inversión pública en las políticas de prevención y atención del embarazo en la adolescencia es limitada.

Inversión de CONJUVE en juventudes

Año	Presupuesto financiero para dirección y organización (millones de quetzales)	Ejecutado %	Presupuesto financiero para actividades (millones de quetzales)	Ejecutado %
2014	9.9	98.36	0.1	95.01
2015	9.5	77.86	0.5	61.2
2016	7.8	96.54	0.2	100
2017	18.1	89.88	0.4	99.82
2018	28.8	84.96	3.2	98.52
2019	15.0	92.24	4.4	94.41
2020	7.8	87.29	5.2	97.52

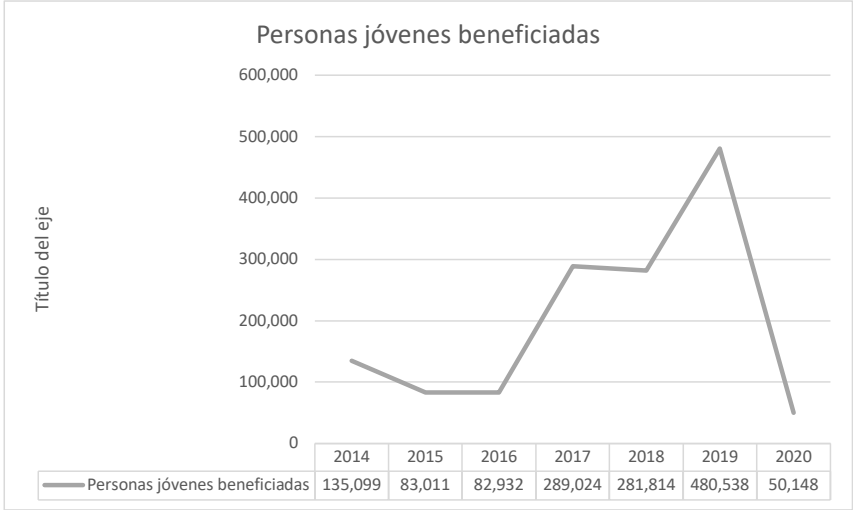
En la tabla anterior se puede observar claramente la disparidad entre lo que se destina a la dirección y organización del CONJUVE contra lo que invierte en las actividades que se ejecutan. Entre el 2014 y el 2020, el 11.9% de la inversión total de CONJUVE fue directamente para financiar sus actividades, el resto fue dirigido a las funciones administrativas de esta entidad. En la siguiente gráfica se puede observar como los fondos disponibles para las actividades se mantiene debajo de los Q5 millones en la mayoría de años.



Como consecuencia de la inversión en las actividades se tiene un número bajo de personas jóvenes beneficiadas con el programa que CONJUVE ejecuta, “Programa de fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes”. Entre 2014 y 2019 únicamente se alcanzó a un promedio anual de 225 mil personas jóvenes,

En el 2020 se observa una baja en la cantidad de personas beneficiadas por el programa, lo cual puede explicarse por la pandemia de COVID-19, aunque la planificación inicial era para alcanzar a 220 mil personas. Con lo cual se puede determinar una tendencia de planificación y ejecución de corto alcance para el CONJUVE, considerando a una población de más de 4 millones de personas jóvenes en Guatemala.

POBLACIÓN ALCANZADA POR PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE LOS JÓVENES (2014-2020)



A continuación se incluyen las actividades que conforman el programa de fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes entre el 2014 y el 2020, donde se observa continuidad en los temas de cada una, siendo la mayoría actividades relacionadas a la formación en derechos de las juventudes, información sobre la Política Nacional de Juventud y el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y actividades deportivas y culturales.

Población alcanzada por programa de “Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes”				
	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2020	Jóvenes fortalecidos en sus derechos y capacidades	110,193	25,071	22.75
	Jóvenes concientizados en temas de multiculturalidad con enfoque de género	25,500	3,564	13.98

Jóvenes beneficiados con el acceso a equipos de cómputo en espacios municipales	23,659	2,709	11.45
Jóvenes informados sobre la PNJ	23,442	6,861	29.27
Jóvenes informados sobre el PLANEA	26,122	4,928	18.87
Jóvenes beneficiados con la organización de actividades culturales y deportivas	6	6	100.00
Jóvenes informados sobre diversos temas de prevención	11,470	7,009	61.11
Jóvenes estudiantes universitarios de las jornadas nocturnas beneficiados con la implementación de transporte nocturno gratuito	0	0	0.00

Población alcanzada por programa de “Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes”

	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2019	Jóvenes fortalecidos en sus derechos y capacidades	403,243	240,269	59.58
	Jóvenes concientizados en temas de multiculturalidad con enfoque de género	25,500	25,500	100.00
	Jóvenes beneficiados con el acceso a equipos de cómputo en espacios municipales	72,000	55,181	76.64
	Jóvenes informados sobre la PNJ	64,035	64,035	100.00
	Jóvenes informados sobre el PLANEA	73,416	73,416	100.00
	Jóvenes beneficiados con la organización de actividades culturales y deportivas	8	5	62.50
	Jóvenes informados sobre diversos temas de prevención	22,132	22,132	100.00

	Jóvenes estudiantes universitarios de las jornadas nocturnas beneficiados con la implementación de transporte nocturno gratuito	146,160	0	0.00
--	---	---------	---	------

Población alcanzada por programa de "Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes"

	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2018	Jóvenes fortalecidos en sus derechos y capacidades	144,512	140,907	97.51
	Jóvenes concientizados en temas de multiculturalidad con enfoque de género	3,600	3,600	100.00
	Jóvenes beneficiados con la práctica de actividades deportivas	10,500	10,500	100.00
	Jóvenes informados sobre la PNJ	60,751	60,751	100.00
	Jóvenes informados sobre el PLANEA	69,661	66,056	94.82

Población alcanzada por programa de "Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes"

	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2017	Jóvenes fortalecidos en sus derechos y capacidades	144,512	144,512	100.00
	Jóvenes concientizados en temas de multiculturalidad con enfoque de género	3,600	3,600	100.00
	Jóvenes beneficiados con la práctica de actividades deportivas	10,500	10,500	100.00

	Jóvenes informados sobre la PNJ	60,751	60,751	100.00
	Jóvenes informados sobre el PLANEA	69,661	69,661	100.00

Población alcanzada por programa de "Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes"

	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2016	Jóvenes fortalecidos en sus derechos y capacidades	79,799	41,466	51.96
	Jóvenes beneficiados con la impartición de temas con enfoque de género y de interés para su edad	2,000	2,000	100.00
	Jóvenes informados sobre temas de juventud, a través de programas radiales (minutos)	1,557	20	1.28
	Jóvenes beneficiados con la práctica de actividades deportivas	5,235	5,235	100.00
	Jóvenes informados sobre la PNJ	22,405	19,059	85.07
	Jóvenes informados sobre el PLANEA	16,433	15,172	92.33

Población alcanzada por programa de "Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes"

	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2015	Jóvenes fortalecidos en sus derechos y capacidades	127,680	0	0.00
	Jóvenes participando en la reforestación de áreas urbanas (m2)	5,000	5,000	100.00
	Jóvenes beneficiados en temas diversos de interés para la juventud	3,600	404	11.22
	Jóvenes participando en actividades culturales	2,000	863	43.15

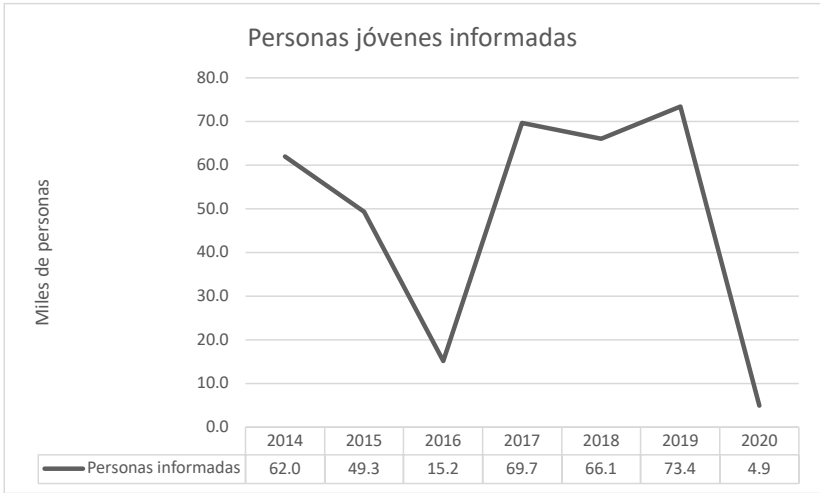
Jóvenes infomados sobre temas de juventud, a través de programas radiales (minutos)	5,652	0	0.00
Jóvenes beneficiados con la práctica de actividades deportivas	1	1	100.00
Jóvenes informados sobre la PNJ	54,500	32,395	59.44
Jóvenes informados sobre el PLANEA	67,580	49,348	73.02

Población alcanzada por programa de "Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes"

	Actividad	Meta	Ejecutado	Porcentaje alcanzado (%)
2014	Fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes	122,250	7,951	6.50
	Jóvenes voluntarios que participan en la reforestación de áreas urbanas	5,000	5,000	100.00
	Jóvenes beneficiados en temas diversos de interés para la juventud	3,600	3,600	100.00
	Jóvenes que participan en la difusión de la cultura, a través de diversos eventos y temas	2,000	2,000	100.00
	Jóvenes infomados sobre temas de juventud, a través de programas radiales (minutos)	5,652	5,652	100.00
	Jóvenes beneficiados con la práctica de actividades deportivas	1	1	100.00
	Jóvenes informados sobre la PNJ	54,500	54,500	100.00
	Jóvenes promotores que reciben capacitación sobre PLANEA, orientada a combatir la desnutrición	50	47	94.00

Jóvenes informados sobre el PLANEA	62,000	62,000	100.00
------------------------------------	--------	--------	--------

En lo relacionado a los derechos sexuales y reproductivos, y concretamente la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, las capacitaciones sobre el PLANEA es la única actividad observable con la que se beneficia a las personas jóvenes desde esta entidad.



Entre 2014 y 2020, únicamente 340,581 personas jóvenes fueron informados sobre el PLANEA, dejando a una parte mayoritaria de la población joven sin conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y sobre los servicios a los que puede acceder en las diferentes instituciones del Estado.

Inversión Pública de Programas Vinculados a la Prevención y Atención del Embarazo en la Adolescencia (2016-2019)

Con datos obtenidos del Ministerio de Finanzas Públicas sobre las asignaciones presupuestarias por ministerio y programa, se realizó el siguiente análisis de las áreas que forman parte de la respuesta del Estado a la prevención y atención del embarazo en la adolescencia. Las áreas identificadas dentro de las políticas y programas son la salud, la seguridad, la educación y empleo, la desnutrición y la protección de la niñez y adolescencia.

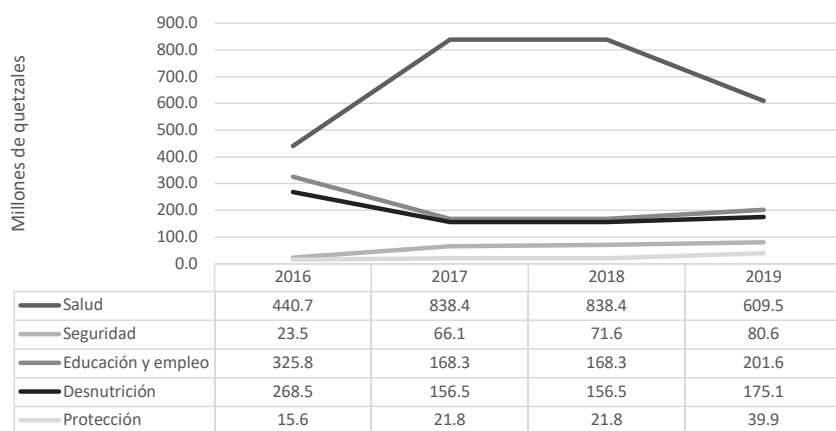
De estas áreas, la salud es la que más inversión recibe, siendo en promedio el área que recibe 57.5% de los fondos destinados a este problema; luego le sigue la educación y el empleo con el 18.8% y la desnutrición con el 16.4% en promedio durante los años estudiados.

Inversión por área por año, en porcentajes del total				
Área	2016	2017	2018	2019
Salud	41.0	67.0	66.7	55.1
Seguridad	2.2	5.3	5.7	7.3
Educación y empleo	30.3	13.5	13.4	18.2
Desnutrición	25.0	12.5	12.5	15.8
Protección	1.5	1.7	1.7	3.6

La seguridad y la protección de la niñez y la adolescencia son las áreas que menos fondos reciben, siendo el 5.1% y 2.1%, respectivamente.

Además, es notable que la inversión en estos programas se mantuvo entre los Q1,000 millones y Q1,200 millones en estos cuatro años, experimentando variaciones considerables en el monto que cada área recibió en cada año.

Inversión pública por programas relacionados a la prevención y atención del embarazo en la adolescencia



Ministerio	Programa	2016	2017	2018	2019
MSPAS	Prevención de la Mortalidad Materna y Neonatal	370.2	724.6	724.6	492.2
	Servicios de planificación familiar	143.3	411.8	411.8	74.3
	Servicios de apoyo a la Institucionalización de los Derechos de las Mujeres	4.1	3.6	3.6	
	Servicios de apoyo a la Institucionalización de los Derechos de la Niña Adolescente	1.1	1.5	1.5	
	Población con Acceso a Métodos de Planificación Familiar	3.5	4.8	4.8	
	Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA	70.5	113.8	113.8	117.3
	Servicios de prevención de ITS, VIH/SIDA	35.8	67.1	67.1	4.1

Comentado [1]: este número son millones? o qué significa?

	Servicios de diagnóstico y Tratamiento de ITS, VIH/SIDA	23.4	24.8	24.8	28.0
	Atención por Violencia Sexual	3.6	8.0	8.0	18.0
	Servicios de Apoyo a la Institucionalización de Iso Derechos al Abordaje de la Violencia Contra la Mujer	7.5	13.2	13.2	
	Servicios de Apoyo a la Institucionalización de los Derechos de las Nuevas Masculinidades	0.3	0.8	0.8	

Ministerio	Programa	2016	2017	2018	2019
MINGOB	Prevención de la Violencia y del Delito		40.1	45.6	53.2
	Dirección y Coordinación		20.1	20.1	26.1
	Servicios de asistencia técnica y capacitación en seguridad ciudadana y Prevención Comunitaria de la Violencia		13.1	13.1	14.2
	Servicios de Prevención de la Violencia a Jóvenes		6.9	6.9	8.2
	Servicios de Seguridad			5.5	4.7

		Preventiva y del Delito				
--	--	-------------------------	--	--	--	--

Ministerio	Programa	2016	2017	2018	2019
MIDES	Prevención de Hechos Delictivos contra el Patrimonio	23.6	26.0	26.0	27.5
	Adolescentes y Jóvenes Protagonistas que participan en actividades para el Desarrollo de sus capacidades	23.6	26.0	26.0	27.5
	Becas de Educación y Empleo	26.1	29.1	29.1	29.7
	Becas de Educación Media para Hombres Adolescentes y Jóvenes	7.5	7.8	7.8	7.3
	Becas de Educación Media para Mujeres Adolescentes y Jóvenes	6.9	7.2	7.2	7.2
	Becas de Educación Superior	2.1	2.2	2.2	3.2
	Becas de Empleo	4.5	6.6	6.6	6.6
	Becas para Artesano	5.1	5.3	5.3	5.4
	Prevención de la Desnutrición Crónica	268.6	156.6	156.6	175.2
	Transferencias Monetarias con Énfasis en Salud	267.8	155.5	155.5	174.0
	Transferencias Monetarias para Niñas y Adolescentes Violentadas y judicializadas	0.8	1.1	1.1	1.1
	Cobertura de Educación Primaria	299.7	139.3	139.3	172.0
	Transferencias Monetarias con Énfasis en Educación	103.3	60.8	60.8	117.4

		Transferencias Monetarias para Familias con Niñas y Adolescentes de 10 a 14 años	196.4	78.5	78.5	54.5
--	--	--	-------	------	------	------

Ministerio	Programa		2016	2017	2018	2019
PGN	Protección de los Derechos de la Familia		15.6	21.9	21.9	40.0
		Representación, protección y vigilancia de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes	11.5	14.8	14.8	23.5
		Búsqueda, localización y resguardo de Niños, Niñas y Adolescentes Desaparecidos o Sustraídos (Sistema de Alerta Alba-Keneth)	3.0	5.8	5.8	15.5
		Protección de los Derechos de la Mujer, Adulto Mayor y Personas con Capacidades Diferentes	1.2	1.3	1.3	1.0

De manera general, y tomando en cuenta que el embarazo en la adolescencia sigue siendo un problema que representa miles de casos de niñas y adolescentes cada año, se puede decir que la inversión es insuficiente para atender las necesidades actuales de las personas vulnerables y que enfrentan violaciones a sus derechos y embarazos forzados y no deseados.

“Como casi toda la inversión pública del Estado guatemalteco, es muy limitada frente a los desafíos que toca atender. En el caso de la inversión en adolescentes, incluso en mujeres adolescentes, las inversiones son sumamente bajas y eso nos permite reconocer que esos montos de inversión están muy lejos de ser suficientes para mitigar los problemas que enfrentan las niñas, niños y adolescentes en el país.” (Experto 3, comunicación personal)

Tanto la planificación como la inversión pública deben ir de la mano de la información actualizada de los problemas que el Estado debe resolver, como plantea el Experto 3 (comunicación personal), “tenemos que tener una claridad de qué es lo que queremos resolver, cuánto cuesta resolverlo y en cuánto tiempo, de dónde sacamos los fondos y quién tiene que hacer cada cosa”. Aquí se menciona la necesidad de una planificación basada en resultados y con la claridad de los recursos humanos, financieros y otros que son requeridos para alcanzar los cambios que se proponen.

En ello también es importante considerar la institucionalidad y en las personas que dirigen la implementación de las políticas de cada institución, porque ahí también se encuentra una debilidad en las capacidades técnicas adecuadas para cada programa que interviene con la población.

“El problema no solo es que haya recursos, sino que haya capacidad de gestionar y ejecutar esos recursos, y hoy el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación carecen de esas capacidades de gestión. Así que de poco serviría que le diéramos 1000 millones a un problema que antes solo tenía 100, si no lo acompañamos de la creación de un músculo dentro de la institucionalidad que le dé vida a esos recursos, que los convierta en acciones concretas.” (Experto 3, comunicación personal)

Esto implica que para que mejore la situación de las mujeres adolescentes y jóvenes y se garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, es necesario que la administración pública esté capacitada y sea efectiva para realizar sus funciones, pues son las personas que gestionan las políticas y la inversión que son resultado del trabajo de la sociedad civil y otros actores que transforman sus demandas en instrumentos para que el Estado atienda los problemas de la población.

Discusiones finales

Al inicio de este estudio sobre las políticas públicas y la inversión pública para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia se proponía hacer una recopilación de los instrumentos vigentes que guían la respuesta del Estado a este problema, incorporando una mirada desde las instituciones, los actores sociales y políticos y el contexto guatemalteco que determinan cómo se da esa respuesta.

Con la información presentada se puede hacer una caracterización de la atención que el Estado da a los derechos sexuales y reproductivos de las juventudes, y especialmente de las adolescentes en situaciones vulnerables.

En primer lugar, el análisis de las personas expertas que contribuyeron en el estudio indica que esta respuesta del Estado es débil en su ejecución e insuficiente en su financiamiento público. Esto sucede principalmente por falta de voluntades políticas que obstaculizan que el trabajo de creación de leyes y políticas públicas de muchas personas que aportan con investigaciones y propuestas en diferentes áreas se materialicen en programas de atención para la población. Existen numerosos ejemplos de cómo los retrasos en implementación o aprobación de políticas públicas son el resultado de intereses políticos contrarios al avance de los derechos sexuales y reproductivos y de la corrupción, fenómenos están entrelazados en Guatemala.

Por ello, se habla de que en el país se cuentan con marcos legales e instrumentos técnicos sólidos, que aun cuando se pueden mejorar, podrían ser el inicio de una respuesta seria al problema del embarazo en la adolescencia; sin embargo, instituciones clave como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud son dirigidas por funcionarios y funcionarias que bloquean su implementación.

“En el Ministerio de Salud pasamos 7 años, y se estaba esperando que ellos pasaran la Guía de Anticonceptivos para Adolescentes y 7 años estuvo engavetada, en un momento por presiones que pudimos hacer desde el Congreso que se trabajara y que se publicara y aprobara la Guía Nacional de Anticonceptivos para Adolescentes. Pero en la implementación es muy poco el proveedor que ve a los adolescentes como garantes y realmente no distribuyen los anticonceptivos.” (Experta 1, comunicación personal)

Otro de los problemas presentes en la administración e institucionalidad pública son los fundamentalismos de organizaciones que presionan a las personas dentro de las instituciones públicas para detener la implementación de la educación sexual,

los servicios de salud sexual y reproductiva a la niñez y adolescencia y de las medidas de prevención y reparación de la violencia contra niñas, adolescentes y jóvenes. El papel de la grupos religiosos ha sido clave en los retrasos o estancamiento de la implementación de instrumentos de las políticas públicas existentes o de las propuestas que se hacen.

“Hay otros actores externos que no necesariamente contribuyen a estos avances y aquí podemos nombrar al conservadurismo religioso, liderado por religiosos de iglesias católicas y protestantes, que también se oponen a que en Guatemala se implemente una educación con enfoque laico, libre de cualquier principio religioso, libre de cualquier tabú religioso y que se pueda facilitar la información a toda la población en general sobre cuáles son sus derechos humanos, cómo funciona el cuerpo, las decisiones que se pueden tomar, a qué edades, para que poco a poco se vayan empoderando de sus cuerpos y de sus sexualidades, pero esos actores externos son actores que inciden negativamente en el avance de políticas a favor de la población.”
(Experta 2, comunicación personal)

Relacionado a esta incidencia política de grupos fundamentalistas está la exclusión de las juventudes de la participación en la construcción e implementación de las políticas y programas, existe una visión adultocéntrica en el Estado que repercute en la seriedad con la que se toman los asuntos de las juventudes. Respecto a eso se menciona la experiencia de la Política Nacional de Juventud, proceso en cual se no se incluye a organizaciones juveniles de todo el país ni se toman en cuenta las necesidades e intereses diversos de esta población. En relación al CONJUVE se considera que:

“Está tomado también por muchas personas que no tienen siquiera el enfoque de juventud, son muy conservadoras, no abren los espacios a todas y todos, el tema de diversidad sexual lo han querido excluir del tema de juventudes. Eso debilita institucionalmente, y como para dirigir un tema tan fuerte como el embarazo, creo que se quedan cortos.” (Experta 1, comunicación personal)

Finalmente, las condiciones en las que se busca implementar medidas correctas de atención y prevención del embarazo en la adolescencia no permiten calificar la respuesta del Estado como eficiente o acorde a las necesidades actuales de las adolescentes en situación de vulnerabilidad. Es necesario que las personas al frente de las instituciones del Estado esté comprometidas con el cumplimiento de los

derechos sexuales y reproductivos de las personas, que se revisen las leyes y políticas públicas existentes y se inviertan los recursos adecuados a la dimensión del problema. Los procesos políticos que interfieren en esto deben ser transformados para lograr cambiar la realidad de las adolescentes y jóvenes en Guatemala.

AVANCE 7

Referencias

Consejo Nacional de Juventud (9 de agosto de 2012). Política Nacional de Juventud 2012-2020. CONJUVE, Guatemala. Obtenido de: <https://conjuve.gob.gt/descargas/pnj.pdf>

Consejo Nacional de Juventud, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. (2012). Plan de Acción Interinstitucional PAI 2012-2016. CONJUVE, Guatemala. Obtenido de: <https://conjuve.gob.gt/descargas/pai.pdf>

Consejo Nacional de Juventud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2015). Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes 2013-2017. CONUVE, Guatemala. Obtenido de: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc%20planea%2012.8.15%20impreso.pdf>

Fontaine, G. (2015). El análisis de políticas públicas: conceptos, teorías y métodos. Quito: FLACSO Ecuador.

Guzmán Gallangos, F. (2007). Institucionalización de la perspectiva de género: políticas y presupuesto en México en Zaremberg, G (coordinadora). (2007). Políticas sociales y género: la institucionalización. Flacso México, México. Obtenido de: https://www.flacso.edu.mx/sites/default/files/libros_oa/politicas-sociales-y-genero-1.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2019). XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda. Guatemala. Obtenido de: https://www.censopoblacion.gt/archivos/Principales_resultados_Censo2018.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2019). Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 1-2019. INE, Guatemala. Obtenido de: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2020/01/15/20200115173246FCRG98JyTWVAtsV4Lmtyn43QFgTufmZg.pdf>

Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, decreto 87-

2005, de 16 de noviembre de 2005. Obtenido de:
http://bvs.gt/ebblueinfo/ML/ML_014.pdf

Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, decreto número 9-2009, de 18 de febrero de 2009. Obtenido de:
http://observatorio.mp.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2019/10/ley-contra-la-violencia-sexual-explotacion-y-trata-de-personas_-_decreto_9-2009_-guatemala.pdf

Ley de Desarrollo Social, decreto número 42-2001, de 26 de septiembre de 2001. Obtenido de: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gua134314.pdf>

Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, decreto número 7-99, de 9 de marzo de 1997. Obtenido de:
<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gua134317.pdf>

Ley para la Maternidad Salusable, decreto número 32-100, de 9 de septiembre de 2010. Obtenido de: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2010_d32-2010_gtm.pdf

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, decreto número 27-2003, de 4 de junio de 2003. Obtenido de:
https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_la_ninez_y_adolescencia_guatemala.pdf

Ministerio de Educación (2015). Encuesta Nacional sobre Violencia y Clima Escolar. Digeduca, Guatemala. Obtenido de:
https://www.mineduc.gob.gt/digeduca/documents/informes/violencia/Informe_final.pdf

Ministerio de Educación (2020). Plan Estratégico Institucional 2020-2024. Gobierno de Guatemala, Guatemala. Obtenido de:
http://infopublica.mineduc.gob.gt/mineduc/images/7/73/DIPLAN_INCISO5_2020_VERSION2_PLAN ESTRATEGICO_INSTITUCIONAL.pdf

Ministerio de Finanzas Públicas (s.f.) Presupuestos Aprobados. Gobierno de Guatemala, Guatemala. Obtenido de:
<https://www.minfin.gob.gt/index.php/presupuestos-aprobados>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (septiembre de 2004). Política Salud para la Adolescencia y la Juventud. MSPAS, Guatemala. Obtenido de: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Acuerdo%20Ministrial-Politica%20de%20Salud%20Adolescentes.PDF>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. (2017). VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. INE, Guatemala. Obtenido de: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf

Monzón, A. (2001). Rasgos Históricos de la Exclusión de las Mujeres en Guatemala. Cuadernos de Desarrollo Humano. N.2001-6. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.

Organización Mundial de la Salud (2018). Guatemala. Estrategia de Cooperación. OMS, Guatemala. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258930/ccsbrief_gtm_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OECD Publishing, Paris. Obtenido de: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>

Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (9 de diciembre de 2019). Política Pública contra la Violencia Sexual en Guatemala. SVET, Guatemala. Obtenido de: <https://www.svet.gob.gt/sites/default/files/articulo10/Pol%C3%ADtica%20Pública%20contra%20la%20Violencia%20Sexual%20en%20Guatemala%202019-2029.pdf>

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (8 de abril de 2002). Política de Desarrollo Social y Población. Segeplan, Guatemala. Obtenido de: http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Tra%20nsversales/Pol%C3%ADtica%20Desarrollo%20Social%20y%20Población.pdf

Tarrés, M. (2007). Nuevos nudos y desafíos en las prácticas feministas: los institutos de las mujeres en México en Zaremberg, G (coordinadora). (2007). Políticas

sociales y género: la institucionalización. Flacso México, México. Obtenido de: https://www.flacso.edu.mx/sites/default/files/libros_oa/politicas-sociales-y-genero-1.pdf

Vicepresidencia del Gobierno de Guatemala, Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes. UNFPA, Guatemala. Obtenido de: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLANEA%202018-22.pdf>

AVANCE 7

Anexos

Personas entrevistadas					
Fecha	Código	Medio		Duración	Incluida en el informe
10/5/2021 15:00 hrs	Experta 1	Entrevista	vía electrónica	43:44	Sí
11/5/2021 15:00 hrs	Experta 2	Entrevista	vía electrónica	53:07	Sí
14/5/2021 15:15 hrs	Experto 3	Entrevista	vía electrónica	27.22	Sí
12/5/2021 13:19 hrs	Experta 4	Elegió responder cuestionario por correo electrónico		N/A	No
25/5/2021 15:00 hrs	Experto 5	Entrevista	vía electrónica	52:50	No

AVANCE 7