

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a figure holding a staff, surrounded by various heraldic symbols like a castle, a lion, and a crown. The Latin motto "CETERAS OBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA SOACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter.

**ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE LA
MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE, EN EL PERIODO DE 2015 A 2021**

MONOGRAFÍA

**Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Jennifer Thais González Aquino
Alejandra del Rosario Girón García
Médico y Cirujano**

Ciudad de Guatemala, septiembre de 2022

El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, hacen constar que las estudiantes:

1. JENNIFER THAIS GONZÁLEZ AQUINO 201310377 2386520330101
2. ALEJANDRA DEL ROSARIO GIRÓN GARCÍA 201317819 2446944000108

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación, en modalidad de monografía titulada:

**ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN
DE LA MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE, 2015 A 2021**


Trabajo asesorado por la Dra. Edna Janeth Flores García, revisado por el Dr. Antonio Petzey Reanda, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintisiete de septiembre del año dos mil veintidós


Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora




Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva. PhD
Decano



La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la **Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1. JENNIFER THAIS GONZÁLEZ AQUINO 201310377 2386520330101
2. ALEJANDRA DEL ROSARIO GIRÓN GARCÍA 201317819 2446944000108

Presentaron el trabajo de graduación en modalidad de monografía, titulada:

**ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA ORIENTADAS A LA DISMINUCION
DE LA MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE, 2015 A 2021**

El cuál ha sido revisado y aprobado por la **Dra. Zully Karin Lizette Slowing Umaña**, profesora de la COTRAG y, al establecer que cumple con los requisitos solicitados, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintisiete de septiembre del año dos mil veintidós.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora



Guatemala, 27 de septiembre del 2022

Doctora
Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG
Presente

Le informamos que nosotras:

1. JENNIFER THAIS GONZÁLEZ AQUINO
2. ALEJANDRA DEL ROSARIO GIRÓN GARCÍA





Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA ORIENTADAS A LA DISMINUCION
DE LA MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE, 2015 A 2021**

Del cual la asesora y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesora:
Dra. Edna Janeth Flores García

Revisor:
Dr. Antonio Petzey Reanda
Registro de personal: 20060661





Dra. Edna Janeth I. Flores G.
Médica en Ginecología y Obstetricia
Col. 16,688

Dr. ANTONIO PETZEY R.
MÉDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6581

DEDICATORIA

A Dios

Por ser la luz incondicional que ha guiado nuestro camino.

A nuestros padres

Por su amor incondicional y apoyo, por cada palabra de aliento y desvelo junto a nosotras, han sido maestros en nuestras vidas.

A nuestra familia

Por su amor y cariño incondicional, que nos acompañó en este proceso.

A nuestros Catedráticos

Por brindarnos una guía en nuestro camino profesional con sabiduría, conocimiento y apoyo.

A nuestros amigos

Por compartir alegrías y buenos momentos, por ser parte importante de nuestros recuerdos en nuestra formación.

AGRADECIMIENTO

**A la Universidad San Carlos
de Guatemala**

Por habernos brindado la oportunidad de
aumentar nuestros conocimientos.

**A la Facultad de Ciencias
Médicas**

Por permitirnos concluir con éxito esta
etapa de nuestra vida.

**A nuestra asesora, Dra. Edna
Flores**

Por su apoyo, orientación académica y
sobre todo por su dedicación en la
realización de este trabajo.

**A nuestro revisor, Dr.
Antonio Petzey**

Por su compromiso y consejo, que nos
permitió concluir con el desarrollo de esta
monografía.

**A nuestra revisora, Dra. Karin
Slowing**

Por su paciencia, acompañamiento y
apoyo en el desarrollo de este trabajo
gracias por siempre motivarnos y darnos
aliento.



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores, es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

ÍNDICE

Prólogo

Introduccióni

Planteamiento del problemaiii

Objetivosvi

Métodos y técnicasvii

Contenido temático

Capítulo 1. Mortalidad materna adolescente 1

Capítulo 2. Estrategias de salud pública enfocadas en la reducción de la mortalidad materna26

Capítulo 3. Avance de las estrategias de salud pública con respecto a la situación actual de la mortalidad materna adolescente45

Capítulo 4. Análisis.....54

Conclusiones59

Recomendaciones61

Referencias bibliográficas62

Anexos.....78

Índice de tablas82

PRÓLOGO

El presente trabajo de compilación se realizó con el objetivo de describir las estrategias de salud pública orientadas a la disminución de la Mortalidad Materna Adolescente a nivel mundial, Latinoamérica, el Caribe y Guatemala.

La presente monografía se divide en 4 capítulos. El Capítulo 1, se refiere a características de la Mortalidad Materna Adolescente en el que se describen conceptos como Adolescencia, Mortalidad Materna, Embarazo adolescente y Mortalidad Materna Adolescente. En este capítulo se pone en contexto al lector. El Capítulo 2, detalla las estrategias de salud pública enfocadas en la reducción de la Mortalidad Materna, se detallan las políticas, planes y programas implementados a nivel global, Latinoamérica, el Caribe y Guatemala. El Capítulo 3, hace mención de los avances obtenidos por las estrategias de salud pública con respecto a la situación actual de la Mortalidad Materna Adolescente a nivel mundial, regional y local. Y por último en el Capítulo 4 se hace el análisis de la información recolectada, describiendo las estrategias, los retos y eficacia de las mismas en las poblaciones implementadas.

La elaboración de esta monografía, es producto de la revisión de literatura disponible. La información fue seleccionada y sintetizada para presentar las estrategias de salud pública enfocadas en la reducción de la Mortalidad Materna Adolescente vistas desde un enfoque multisectorial. Se pretende que este documento sirva de orientación a los profesionales dedicados a la observación de la Mortalidad Materna Adolescente, así también a los pueda ser un documento de referencia sobre las estrategias que se implementan por regiones en el mundo.

Dra. Edna Flores.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de los 10 a 19 años. Esta población ha mostrado un aumento considerable en los últimos años. En el año 2016 se registró 1.8 mil millones de adolescentes, la población adolescente más grande registrada en la historia a nivel mundial. Con el crecimiento de esta población se ha registrado el aumento de embarazos adolescentes y, en consecuencia, un aumento de la mortalidad materna en mujeres de este grupo de edad. (1–3)

En el periodo de 2015 a 2020 se registró a nivel global que un 15% de las adolescentes dieron a luz antes de cumplir los 18 años. Las niñas y adolescentes que tienen hijos a edades tempranas, tienen una probabilidad más alta de tener otro embarazo a corto plazo. El embarazo adolescente es un problema multidimensional que no solo afecta a la joven adolescente que lo vive, sino también representa un impacto negativo a largo plazo en el desarrollo de sus hijos. (2)

Según datos recolectados por el Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población (UNFPA), en países en vías de desarrollo, una de cada tres adolescente tiene una alta probabilidad de estar casada o unida antes de cumplir 18 años. Se calcula que 95 % de los embarazos adolescentes ocurren en países poco desarrollados. Nueve de cada diez ocurren dentro de una unión. Se estima que 2 millones de los 7.3 millones de partos son en niñas menores de 15 años. En 2019, Guatemala reportó 2 430 niñas víctimas de violencia sexual. Todo embarazo en menores de 14 años es evidencia de violencia sexual. (4,5)

El embarazo en adolescentes y niñas predispone a un mayor riesgo de sufrir complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio. Son riesgos que las pueden llevar a una muerte prematura o una convalecencia prolongada que afecta su desarrollo económico, social, familiar y escolar.

Lamentablemente, en los últimos años la violencia física, psicológica y sexual en esta población ha tendido al aumento; 120 millones de niñas a nivel global han sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida. Se calcula que en África subsahariana, la tasa de prevalencia de relaciones sexuales forzadas se encuentra en un 10%. Durante la pandemia de COVID-19 los datos de violencia sexual contra mujeres y niñas se intensificaron; entre los meses de enero a junio de 2020, las llamadas de emergencia por incidentes relacionados a maltrato contra la mujer aumentaron 48% comparado con el año 2019. En Guatemala, para el año 2019 se registraron 82 mil 169 denuncias de delitos contra la mujer y menores de edad. El Observatorio

de Salud Sexual y Reproductiva de Guatemala (OSAR) reportó para los primeros 8 meses del 2019 más 77 000 embarazos entre niñas y adolescentes de 10 a 19 años. (6–9)

El riesgo de que las jóvenes pierdan la vida durante el embarazo es mayor; las complicaciones durante el embarazo parto o puerperio suelen presentarse más durante etapas tempranas de la vida. A nivel mundial, la muerte materna en las adolescentes es la segunda causa de muerte en la población joven a nivel mundial. (10,11)

La mortalidad materna ha disminuido a través de los años. Entre 1990 y el 2010 se registró una disminución en casi un 50%. Los avances no han sido iguales en todas las regiones del mundo, e incluso se presentan diferencias dentro de las mismas regiones.(12)

En el año 2020 se registró una disminución en la tasa de fecundidad adolescente a nivel mundial; 41 nacimientos por 1000 adolescentes, comparado con los 56 nacimientos por cada 1000 adolescentes que ocurrieron en el año 2000. Esto representa menos riesgos de defunciones de adolescentes debido a un embarazo. En ese mismo año se presentaron reportes de la razón de la mortalidad materna en adolescentes (RMMA) en 6 países de América latina. Se registraron 103 muertes maternas adolescentes por cada 100 000 nacidos en Guatemala, que es el país con mayor razón de mortalidad materna adolescente (RMMA) de la región, seguido por Colombia y Paraguay.(13,14)

Considerando el comportamiento de la mortalidad materna en los últimos años nace la pregunta siguiente: ¿Cuáles son las estrategias de salud pública orientadas a la disminución de la mortalidad materna adolescente a nivel mundial, en Latinoamérica, El Caribe y Guatemala? Esta monografía tiene como finalidad describir el panorama de la mortalidad materna adolescente en el mundo, describir las estrategias diseñadas y aplicadas para la reducción de la razón de la mortalidad materna. Se pretende describir el impacto que ha creado la aplicación de las estrategias en la salud materna y las limitantes que se han encontrado al momento de aplicarlas, como forma de retroalimentar y generar nuevas consideraciones para futuros proyectos.

Se obtuvo como resultado 4 capítulos. En el primero se describen los antecedentes de la adolescencia, el embarazo adolescente y la mortalidad materna a nivel mundial, Latinoamérica, El Caribe y Guatemala. En el segundo capítulo se describen las estrategias implementadas para la disminución de la mortalidad materna adolescente; en el tercero se describen los avances de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna adolescente y, por último, en el capítulo cuarto, se encuentra el análisis de la información recolectada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La palabra adolescente proviene del participio latín *adolescens* que significa “que crece” y “se desarrolla” e involucra las constantes adaptaciones en el ámbito físico, emocional, social y cultural. El concepto de adolescencia se ha ido configurando a través de la historia.(15,16) La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el concepto de adolescencia como la etapa de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y los 19 años. La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) delimita la adolescencia entre las edades de 10 a 21 años. Por lo tanto, para fines de esta investigación, se toma como embarazo adolescente al que se produce entre los 10 y 21 años de edad.(17,18)

En los últimos años, el tamaño de la población adolescente ha mostrado un aumento. En el año 2016, había 1,8 mil millones de personas en el rango de edad de 10 a 24 años. La población adolescente perteneciente a la región de las Américas también es la más numerosa registrada, y llega a 237 millones, equivalentes a un 24% de la población total de dicha región para el año mencionado. Se espera que, para el año 2030, la población adolescente represente el 21% de toda la población en la región de América, con 230 millones de adolescentes. (19,20)

El embarazo en la etapa de la adolescencia es un problema de salud debido, en parte, al crecimiento acelerado de esta población, mucha de ella atrapada en el círculo de reproducción de pobreza. (21,22) El Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2019, encontró que las mujeres que se convierten en madres a edad temprana alcanzan menos años de educación formal, tienen peores empleos y salarios más bajos, que aquellas que tienen un embarazo en su vida adulta. A su vez, se encuentran más vulnerables a sufrir violencia física y psicológica por parte de su pareja.(1,14,23)

En el año 2017, la tasa mundial de embarazo adolescente se estimó en 46 nacimientos por cada 1000 niñas; en la segunda posición se ubicó a Latinoamérica, con una tasa de 66.5 nacimientos por cada 1000 niñas de entre 15 y 19 años. Se calcula que aproximadamente el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años. (3,14)

La OMS define la mortalidad materna como “la defunción de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.(24) Según datos de la OMS, la incidencia de la mortalidad materna aumenta en función de la edad de la población y ciertas características socioeconómicas. Se estima, por ejemplo, que en países desarrollados, 1 de cada 1400 mujeres menores de 15 años podría morir,

versus 1 de cada 180 mujeres en un país en desarrollo.(25) En Latinoamérica y el Caribe la muerte materna se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre los 15 y 19 años. Las adolescentes menores de 15 años tienen hasta tres veces más riesgo de morir que mujeres mayores de 20 años. (14)

La mortalidad materna en mujeres adolescentes está condicionada por factores de riesgo demográficos, sociales, culturales y económicos, añadidos a los factores biológicos determinados por la inmadurez física de la gestante, que produce complicaciones obstétricas desencadenadas por múltiples factores como la falta de atención de salud primaria, al estigmatizar el embarazo adolescente en la sociedad.(26) Es relevante monitorizar la muerte materna, ya que a través de esta se puede identificar fallas en atención primaria (prevención y diagnóstico temprano) como hospitalaria (tratamiento oportuno y manejo efectivo de las complicaciones), y también de las condiciones sociales a las cuales pueden estar expuestas las mujeres en edad reproductiva.(27) En salud pública, la atención de adolescentes embarazadas se ha vuelto una prioridad debido a su alta prevalencia. (2)

En el último siglo se han implementado estrategias para mantener la salud y reducir y manejar las enfermedades que prevalecen en grandes grupos comunitarios. (28) En el año 2000, los países pertenecientes a las Naciones Unidas se comprometieron a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM abordaron la problemática de la mortalidad materna y propusieron metas para reducir la razón de la mortalidad materna en un 75%, y este fue el punto de partida para la creación de nuevas estrategias de salud. Al finalizar el periodo de los ODM en 2015 se registraron avances importantes en la reducción de la mortalidad materna pero no se alcanzó la meta propuesta. Con la finalidad de continuar con la labor de los ODM se propusieron los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) (29). A través de estos continuaron los esfuerzos. Con la información obtenida en el periodo de los ODM, se propuso la meta de reducir la razón de la mortalidad materna en menos de 70 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos.(30) De esta forma se da continuidad a las estrategias enfocadas en el fortalecimiento de la educación sexual, planificación familiar, atención por personal capacitado durante el embarazo y parto, con la finalidad de reducir las complicaciones presentadas antes, durante y posterior al embarazo.(13)

La implementación de políticas, acuerdos, planes, estrategias y programas orientados en la disminución de la mortalidad materna adolescente permite identificar las causas, los actores y participantes de esta problemática intersectorial, para establecer objetivos a corto y mediano plazo, y obtener evidencia medible de su eficiencia y eficacia. Los países adquieren el compromiso internacional de reducir la mortalidad materna adolescente, por lo que establecen leyes para realizar un marco en política pública intersectorial y prevenir el embarazo adolescente.

Dentro de esto, es importante conocer la situación y la implementación de las estrategias. (1,21,31)

Dada la importancia que tiene la muerte materna adolescente en el desarrollo económico, social y en salud de la población adolescente, surge la pregunta: ¿Cuáles son las estrategias de salud pública orientadas a la disminución de la mortalidad materna adolescente a nivel mundial, en Latinoamérica, el Caribe y Guatemala? A través de la presente investigación se pretende recolectar y analizar información sobre la mortalidad materna y la adolescencia, describir las características epidemiológicas y los datos más importantes de ambas. Posteriormente se pretende identificar y describir las estrategias de salud orientadas a la disminución de la mortalidad materna adolescente, que han sido implementadas a nivel mundial, Latinoamérica, el Caribe y Guatemala. También se describirá los últimos datos disponibles de la mortalidad materna adolescente en Guatemala y los avances de las estrategias enfocadas en la reducción de la muerte materna en el país. Se considera que dicha investigación podrá servir de base para futuros estudios sobre estrategias de salud pública enfocada en mortalidad materna y mortalidad materna adolescente.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las estrategias de salud pública orientadas a la disminución de la mortalidad materna adolescente a nivel mundial, Latinoamérica, el Caribe y Guatemala.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la mortalidad materna en adolescentes.
2. Describir las estrategias de salud pública implementadas para la reducción de mortalidad materna adolescente.
3. Identificar el impacto de las estrategias de salud pública enfocadas a la disminución de la mortalidad materna adolescente en la población mundial y latinoamericana.
4. Describir los últimos datos disponibles de la mortalidad materna adolescente en Guatemala y el avance de las estrategias de salud pública enfocadas a la reducción de la muerte materna adolescente.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Se desarrolló un estudio tipo monografía de compilación y diseño descriptivo, y una investigación de tipo documental. Para la búsqueda de información se utilizaron *Medical Subject Headings* (MeSH) y los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS). Se incluyeron conceptos en inglés y español, relacionados por medio de operadores lógicos detallados en la tabla 1 (ver anexos).

Se recopiló información por medio de la Biblioteca y Centro de Documentación “Dr. Julio de León Méndez” de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en la base de datos REV, LIBRO y DOCUMED. Adicionalmente, se utilizaron motores de búsqueda como Google Académico, y se consultaron bases de datos a nivel mundial como PubMed, Ovid, Ebsco, HINARI y fuentes de procedencia hispanoamericana como Scielo, Publindex, Medigraphic, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), detallados en la tabla 2 (ver anexos).

Se incluyeron datos estadísticos, reportes, políticas de salud, literatura gris, informes y planes elaborados por la Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de salud (OPS), Organización de las Naciones Unidas (ONU), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); instituciones dedicadas al adolescente como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Every Woman Every Child (EWEC), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que participan en la reducción de la mortalidad materna adolescente a nivel mundial, latinoamericano y en Guatemala, y documentos emitidos entre enero de 2015 a diciembre 2021, de preferencia.

Como parte importante de la metodología vale la pena mencionar el plan de trabajo que se implementó en el presente estudio. Se plantearon dudas con respecto a la situación actual de la mortalidad materna adolescente y qué estrategias de salud pública se implementan para su disminución. Se realizó una búsqueda de información sobre el tema, que justificara la importancia de su desarrollo en modalidad de monografía.

Se analizó la información recopilada. Cuidadosamente se organizó por el tipo de estudio al que pertenece. Con el fin de evitar sesgos en la información, se buscaron datos nuevos para enriquecer el desarrollo de la monografía y cumplir con los objetivos planteados. Como último paso se redactaron las referencias bibliográficas según las normas Vancouver con el gestor bibliográfico Mendeley.

CAPÍTULO 1. MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE

SUMARIO

- **Adolescencia**
- **Embarazo adolescente**
- **Mortalidad materna**
- **Epidemiología de la mortalidad materna adolescente**

La mortalidad materna adolescente es un problema de amplio interés dentro del ámbito de salud pública y social. Comprende el conjunto de factores de riesgos que se presentan durante la etapa de la adolescencia asociados a un embarazo precoz. En este capítulo se presentan los conceptos básicos de adolescencia, embarazo adolescente, muerte materna y muerte materna adolescente. Se describen las características de la población adolescente y del embarazo adolescente a nivel global, de América Latina, el Caribe y Guatemala. Posteriormente se identifican las causas multifactoriales y complicaciones principales que aumentan el riesgo de mortalidad materna. Por último, se describe la epidemiología de la mortalidad materna adolescente.

1.1. Adolescencia

1.1.1. Concepto de adolescencia

“La palabra adolescente proviene del participio latín *adolescens* que significa “que crece” y “se desarrolla”. Es un concepto que involucra las constantes adaptaciones en el ámbito físico, emocional, social y cultural.” El uso de este concepto es bastante reciente y se ha configurado a través de la historia. En Europa, durante el siglo XVIII no existía una clasificación en grupos etarios para la realización de actividades laborales y tanto niños como adultos se dedicaban a la producción en fábricas. Es hasta en 1833, con la ley “The Factory Act”, que se establecen las jornadas laborales y la restricción de trabajo para niños de 9 a 13 años. En su consecuencia, todos los niños en edades de 9 a 13 años y niñas de 9 a 14 años, deben de asistir de manera obligatoria a la escuela. El acaecimiento de la Revolución Industrial incitó a establecer edades para ejercer un trabajo y, en su efecto, la legislación laboral, que expandió este invento social a los países occidentales. En el siglo XIX, asociado a los movimientos de protestas, surge la necesidad de promulgar leyes para la aprobación laboral de personas entre las edades de 12 a 18 años, y se adjudicó la obligación de estudiar y adquirir habilidades que los “preparen para la vida”, lo que dio origen al uso del término adolescencia.

A finales del siglo XIX, con la necesidad de organizar a la población joven, surge la adolescencia como trayecto de la vida humana. En Latinoamérica, la aplicación del término de adolescencia derivó de la Convención de los Derechos del Niño en 1989, al constituir a los niños

y adolescentes como sujetos con derechos. Durante el siglo XX se realizaron aproximaciones estructurales-funcionalistas, que comprenden a la adolescencia como parte de las etapas del ser humano, delimitado por ser un sujeto en formación con características biológicas en transformación. (16)

La adolescencia es la etapa que transcurre entre la infancia y la adultez, situada en la segunda década de la vida. Se ha denominado a la adolescencia como “tormenta hormonal, emocional y estrés”, que sucede en la pubertad y produce cambios físicos, emocionales y sexuales. A diferencia de adolescencia, “la pubertad se origina del latín “pubere” que significa pubis con vello”, y es un proceso completamente biológico con la manifestación de caracteres sexuales debido a la elevación de hormonas gonadales.(32)

Durante la adolescencia se presenta una crisis que está directamente relacionada con el ciclo de vida; no es homogénea, se ve influenciada por aspectos biológicos, mentales, emocionales y sociales. inicia el interés sobre la sexualidad, la rebeldía asociada a impulsividad, idealismo, búsqueda de identidad y autonomía. (21,22,33)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como el período entre las edades de 10 a 19 años, y juventud, al período entre los 19 a 25 años. Actualmente, cerca de 1200 millones de personas son adolescentes, lo que representa más del 18% de la población mundial, que constante está en crecimiento. La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM), delimita la adolescencia entre las edades de 10 a 21 años y diferencia 3 fases:

- **Adolescencia inicial.** Comprende entre los 10 a 13 años de edad, se distingue por la expresión de caracteres sexuales y cambios físicos.
- **Adolescencia media.** Se alcanza entre las edades de 14 y 17 años, cuando se adoptan conductas de riesgo desencadenadas por conflictos familiares.
- **Adolescencia tardía.** Comprende desde los 18 a 21 años de edad, caracterizada por mayor grado de madurez, autonomía, adquisición de responsabilidades y resolución de conflictos familiares.

Tabla 1.1 Aspectos psicosexuales en la adolescencia

Fantasías sexuales	Durante la adolescencia los sueños y fantasías sexuales son más frecuentes, acompañado en muchas ocasiones de la masturbación. Produciendo en el adolescente excitación, placer y orgasmo, preparando el escenario para el inicio de experiencias sexuales en la vida real. En este proceso no hay riesgo sexual y es de carácter controlable.
Independencia	Los adolescentes buscan la independencia de sus progenitores, refugiándose en los lazos creados por sus compañeros de misma edad, conlleva a conflictos y conductas vacilantes. Utilizan el sexo para demostrar su capacidad para tomar decisiones y su adquisición de un legado sexual incluyendo sentimientos de culpabilidad sexual o discriminación al sexo femenino.
Autoestima	La autoestima parte de reconocer y desarrollar nuestras capacidades, así como, la armonía de valorar y amar lo que somos. Los adolescentes, mantienen una constante presión social secundario a los estereotipos impuestos en la actualidad, lo que influye de manera negativa en su autoestima, ocasionando trastornos alimenticios, autolesiones en búsqueda de su propia aceptación.
Identidad	En la niñez se mantiene una idealización o modelo de la figura paterna, pero en la adolescencia se produce la desidealización de los padres, lo que conlleva a constantes críticas y peleas, pero con el único fin de buscar su identidad. Intenta definir quién será, a partir de sus capacidades, habilidades e ideales.
Respeto	Los y las adolescentes dentro de la sociedad desean ser reconocidos y respetados. Algunas conductas delictivas o de riesgo son tomadas por los adolescentes como imposición de respeto dentro de su grupo social. Por lo que es necesario, brindar acompañamiento para que los adolescentes conozcan su valor propio y honrar el valor de los demás en pro de reconocer los derechos de los individuos y la sociedad.
Emociones	Las emociones se pueden expresar lo que sentimos o pensamos a través de comportamientos o actos, durante la adolescencia es muy importante la expresión de emociones acerca de los cambios que están presentando o sucediendo. Estas emociones se pueden presentar de manera explosiva secundario a la falta de adaptación o susceptibilidad.
Coito	A partir de la primera experiencia sexual los adolescentes desencadenan emociones como frustración o desengaño, al no obtener un encuentro agradable. Los adolescentes que iniciaron una vida sexual precoz, con el fin de probar o experimentar no por ello son más promiscuos, en algunos casos pasan largos periodos de tiempo sin volver a copular. Se ha documentado que los adolescentes que mantienen una relación permanente por bastante tiempo, son los que experimentan relaciones sexuales con mayor regularidad.

Fuente: adaptado de Guevara C. Factores precipitantes del embarazo en adolescentes [tesis Licenciatura en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2344.pdf

Durante la etapa de adolescencia pueden aumentar los conflictos familiares y los cambios de humor, pero al final de la adolescencia surge la integración familiar, aceptación de consejos, adquisición de valores y conductas que propicia su autonomía. En algunos casos, esta transición presenta dificultades como mantener dependencia familiar y económica posterior a la

adolescencia, sin adquirir el grado de madurez necesario para su desarrollo en la sociedad. (32,34)

En el inicio de la adolescencia se pueden presentar problemas de comportamiento, tales como la reducción de interés en actividades familiares; en ocasiones, rendimiento escolar bajo y conductas de riesgos. La OMS define como factor de riesgo la exposición o características de un individuo que aumente la posibilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Los factores de riesgo son determinadas conductas y acciones activas o pasivas que producen consecuencias negativas en el bienestar, salud y desarrollo. Los principales factores de riesgo con secuelas negativas en el desarrollo de los adolescentes, realizadas por el individuo o exposición en la comunidad, son: conductas delictivas, consumo de alcohol, relación sexo genital precoz, deserción escolar, trastornos alimenticios y suicidio.

Cada sociedad concede las condicionantes intrínsecas para el desarrollo de su salud y bienestar. Los determinantes son factores que repercuten en el desarrollo de los adolescentes como:

- Individual. Secundario a los cambios físicos, hormonales, emocionales, identidad de género y sexualidad. Mejora el control de impulsos influidos por su contexto, como mejor capacidad cognitiva.
- Interpersonal. Participación social fuera de su familia, cuestionamiento de autoridad, búsqueda de autonomía, incremento de relaciones con compañeros e iniciar relaciones románticas.
- Comunitario. Interés por la justicia a través de los valores y normas de la comunidad.
- Institucional. Incluida la enseñanza primaria y secundaria. En ausencia de esta produce retraso en su vida laboral y aceleración para formar una familia. Los servicios de salud no están capacitados para la adecuada atención de las necesidades de los adolescentes.(34,35)

El adolescente puede presentar inseguridad en sí mismo, secundario a los cambios corporales por la expresión de caracteres sexuales. Avanza a la aceptación de su imagen corporal, se incrementa el interés sobre la anatomía y fisiología sexual. Los adolescentes son individuos sociales, por ello, el papel de la familia en la adolescencia es reconocido como el primer entorno natural donde se desarrollan relaciones afectivas, intelectuales y sociales. La familia es considerada como un agente protector en la prevención de conductas de riesgo y el mejor apoyo social y personal al que pueden disponer los adolescentes. (36,37)

Existen factores que se asocian con el poco desarrollo económico y social e incluso la muerte del adolescente a largo plazo, tales como la ausencia de recursos económicos, baja participación social, inadecuación de los servicios públicos, relaciones sexuales a edad temprana, deserción escolar, carencia de autonomía. El embarazo en la adolescencia es un problema multidimensional que afecta a miles de niñas y jóvenes, con repercusiones en la salud, la economía e incluso sociales. Un estudio realizado por el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2019, encontró que las mujeres que se convierten en madres a edad temprana alcanzan menos años de educación formal, tienen peores empleos y salarios más bajos, que aquellas que tienen un embarazo en su vida adulta. A su vez, se encuentran más vulnerables a sufrir violencia física y psicológica por parte de su pareja. El embarazo adolescente se asocia a la reproducción de la pobreza a través de las generaciones, ya que los hijos de madres adolescentes suelen alcanzar menor educación formal, lo cual les brindara menos posibilidades de desarrollo económico en un futuro.(14)

Según la OMS, cada año mueren 2.6 millones de adolescentes; entre las causas más frecuentes de defunciones se encuentra la violencia, mayormente en varones. Cada día mueren 430 jóvenes entre las edades de 10 y 24 años a causa de la violencia interpersonal. Proporcionar una adecuada atención psicológica y afectiva puede disminuir las consecuencias negativas en los adolescentes que afecten su salud e integridad. Las principales causas de mortalidad adolescente en países de ingresos bajos y medianos de África son las infecciones de vías respiratorias y gastroenteritis. Entre las causas de defunción en las Américas figura la violencia interpersonal y en el Mediterráneo, la violencia colectiva.(34)

1.1.2 La adolescencia y las estrategias de salud

Los jóvenes han sido las víctimas principales de los conflictos bélicos de la humanidad y son merecedores de un desarrollo integral, basado en libertad, obtención de conocimientos y respeto. En 1965, a través de la “Declaración sobre el fomento entre la juventud de los ideales de paz, respeto mutuo y entendimiento entre los pueblos”, los estados miembros de las Naciones Unidas establecieron seis principios para garantizar la educación y el desarrollo de habilidades en los jóvenes bajo los ideales de paz y relaciones internacionales sin discriminación alguna. (38)

En 1985 se celebra el primer “Año internacional de la juventud: participación, desarrollo y paz”. Reconoce que los jóvenes son el porvenir, pero también el presente de las naciones, y establece los objetivos de impulsar el intercambio de información y las investigaciones sobre juventud en todas las regiones del mundo, para elaborar políticas públicas y programas destinados a la participación activa de los adolescentes en la sociedad. (39)

En septiembre del año 2000 se aprobó la Declaración del Milenio, en la que los países pertenecientes a las Naciones Unidas se comprometieron a la reducción de pobreza y establecieron objetivos con metas e indicadores, conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con un plazo de 15 años para alcanzar las metas. Los niños y jóvenes son incluidos dentro de los objetivos con el fin de mejorar en cada nación los determinantes en su desarrollo. Al completar el plazo de los ODM se estableció la Agenda de Desarrollo 2030, que reestructura las metas para favorecer a las personas y la prosperidad. Surgen entonces los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que describen las metas de alcance mundial y aplicación universal. Los adolescentes fueron mencionados en 68 de los 232 indicadores de ODS. (13,29)

Los adolescentes fueron citados en ODS importantes para la salud, incluidos indicadores relacionados con violencia sexual, salud reproductiva, matrimonio infantil, empleo, educación y nutrición. Los jóvenes son parte fundamental para el desarrollo, para contribuir a la paz y a la seguridad, siempre y cuando se les proporcione oportunidades y condiciones necesarias para su óptimo desarrollo. La inversión en la salud de los adolescentes ofrece triple beneficio, una población joven sana hoy se convertirá en adultos sanos y generaciones sanas en el futuro. (19,20,40)

Tabla 1.2 Metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las que se incluye a los adolescentes

Meta	Descripción
1.2	Reducir a menos de la mitad la cantidad de niños que viven en pobreza.
2.2	Abordar las necesidades nutricionales de los adolescentes
4.1	Asegurar que todos los niños y niñas reciban y terminen la educación primaria y secundaria, gratuita y de calidad.
4.4	Aumentar la cantidad de jóvenes con competencias, técnicas y profesionales, para acceder al ámbito laboral.
4.5	Eliminar las desigualdades de género en educación, con prioridad para los niños en situación de vulnerabilidad.
4.6	Asegurar que todos los jóvenes estén alfabetizados con nociones de aritmética.
4.a.	Construir y adecuar las instalaciones educativas tomando en cuenta las necesidades de los niños, mejorando el aprendizaje integral.
5.1	Poner fin a la discriminación en niñas en todo el mundo.
5.2	Eliminar todas las formas de violencia contra las niñas, en todos los ámbitos.

5.3	Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y mutilación genital femenina.
5.c	Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes que mejoren el empoderamiento de las niñas y promuevan la igualdad de género.
6.2	Lograr acceder a los servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos, con énfasis en las necesidades de los niños.
8.5	Lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todo los jóvenes e igualdad en la remuneración por la actividad laboral.
8.6	De 2016 a 2020, reducir considerablemente la proporción de jóvenes desempleados.
8.7	Adoptar medidas eficaces e inmediatas para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a todas las formas de esclavitud, trata de personas y de aquí al 2025, poner fin a todas las formas de trabajo infantil.
8.b	De 2016 a 2020, desarrollar y poner en marcha una estrategia mundial para el empleo de los jóvenes y aplicar el Pacto mundial para el empleo de la Organización Internacional del Trabajo.
11.2	Proporcionar acceso a transporte seguro, accesible en mejora de la seguridad vial, con especial atención a las necesidades de los niños.
11.7	Proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros para los niños
13.b	Promover mecanismos para aumentar la cantidad de planificación y gestión en relación al cambio climático, con especial atención en los jóvenes.
16.2	Poner fin al maltrato, explotación, trata y todas las formas de tortura y violencia contra los niños.

Fuente: adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países [Internet]. Washington, D.C; 2018 Ago [citado 2022 Ago 28]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>

Los jóvenes han participado activamente en la elaboración de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los ODS poseen una naturaleza universal, consideran a los jóvenes en cuatro áreas: adolescentes, empleo juvenil, educación y deportes por la paz. Reconocen a los jóvenes como agentes de cambio, encargados de formar un mundo adecuado para las futuras generaciones. Cincuenta y tres indicadores informan sobre la situación sociodemográfica de los jóvenes, mientras que 15 se refieren al entorno apropiado para su desarrollo.

Acercas del ODS 4, demanda educación de calidad, equitativa, con oportunidades de aprendizaje. Es necesario garantizar una educación gratuita, de calidad, con capacitaciones, sin distinción de género. Existen profundos contrastes globales. En países pobres, el acceso a educación secundaria se ve mermado por el alto costo y el trabajo infantil imperante. Es clave asegurar el acceso a una educación inclusiva, producir mejores oportunidades en el ámbito

laboral, como complemento de una educación profesional que proporcione habilidades a los jóvenes para el empleo.

La relación de la juventud y el ODS 8: crecimiento económico y trabajo decente, persiste el desempleo y mala calidad del empleo para todos los jóvenes. Para el año 2017 había tres veces más probabilidad de desempleo en jóvenes que en adultos, con una tasa de desempleo del 13%. Los jóvenes eran obligados a tener trabajos poco remunerados o informales, con mayores desafíos para asegurar y conservar un trabajo.

Al brindar a los jóvenes el conocimiento y oportunidad para prosperar, generan una fuerza positiva para contribuir a una economía productiva.(41)

1.2. Embarazo adolescente

1.2.1. Perfil del adolescente

1.2.1.1. Características de la adolescente embarazada a nivel mundial

El embarazo adolescente se define como la gestación que ocurre en mujeres entre las edades de 10 a 19 años y “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. También es conocido como la puerta de entrada al ciclo de pobreza. (42,43)

El embarazo en adolescentes se caracteriza por ser sorpresivo, con reacciones de angustia. Interfiere el desarrollo normal de personalidad. La interacción de estos factores condiciona el surgimiento de patologías médicas propias del embarazo.

Durante el período de la adolescencia existe una fuerte atracción tanto física como emocional que incita al inicio precoz de relaciones sexo genitales. Asociada a una carencia afectiva y ausencia de educación sexual, desencadena consecuencias psicosociales al adolescente y a su familia. (43)

Los medios de comunicación son factores de riesgo socioculturales, por la influencia que crean en la población adolescente. Se observa gran cantidad de estímulos sexuales y subvaloración de este como placer, sin la obtención del compromiso afectivo. En Brasil, el 20% de las adolescentes entre 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, comparado con el 13% registrado en México y un 22.2% en Guatemala. La mitad de los embarazos adolescentes ocurren en los seis meses de inicio de la primera relación sexual, con mayor predominio en regiones rurales y clases sociales bajas. A pesar del incremento de relaciones sexuales a temprana edad, no se visualiza aumento en el uso de métodos

anticonceptivos, resultado de tabús, de la ignorancia sobre salud sexual y reproductiva y por temor a la crítica. (43,44)

A continuación, se describen factores de riesgo que influyen directamente en el embarazo precoz en las adolescentes:

Factor de riesgo biológico. La menarquia temprana proporciona una madurez reproductiva alrededor de los 12 años. En el siglo XIX se registraba la menarquia en edades mayores de 17 años, y actualmente continúa en descenso; es decir, las adolescentes son fértiles a una edad menor y, a su vez, se inician su vida sexual tres años antes que la documentada en el siglo anterior, lo que produce mayores riesgos ginecológicos. (12,43)

Factor de riesgo psicosocial. Las familias disfuncionales, uniparentales o con conductas promiscuas se caracterizan por carencias afectivas hacia la adolescente, que provocan baja autoestima, soledad y abandono; inducen a la búsqueda de atención y cuidado percibido durante la relación sexual, por lo que confunde el placer con un vínculo de amor. Las adolescentes intentan, a través del embarazo, huir del hogar patológico donde impera la violencia, alcoholismo y riesgo de incesto. (43)

Factores de riesgo culturales. Durante la adolescencia se presentan pensamientos mágicos, creen que no hay riesgo de embarazo porque no es parte de sus deseos o intereses. No poseen información de educación sexual y métodos anticonceptivos; piensan que son estériles porque han mantenido relaciones sexuales en un intervalo corto sin resultar embarazadas o creer en “mitos” como que los embarazos solo se dan en mujeres mayores. (12,43,44)

Sociales. Las familias disfuncionales existen en mayor concentración en regiones de pobreza, en hacinamiento, delincuencia y alcoholismo; por ello tienen menor acceso a servicios de salud y recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas de las y los adolescentes. Se asocia a bajo nivel educativo, falta de planes de vida e incurrir al fatalismo. (42,43)

Violencia. Con frecuencia, el desarrollo de los niños y adolescentes que han sufrido de violencia o abandono es inadecuado. Suelen presentar dificultades en el aprendizaje, tener baja autoestima e incluso sufrir de depresión, lo que puede ser un detonante para que adopten conductas autodestructivas y de alto riesgo; se estima que, en los últimos 10 años, 120 millones de niñas en todo el mundo fueron agredidas sexualmente y forzadas a mantener relaciones sexuales en algún momento de sus vidas. La mayoría de las adolescentes que sufrieron violencia sexual indicaron que la primera vez que fueron violentadas fue entre los 15 y los 19 años. En la

mayoría de casos sobre violencia sexual contra las niñas y adolescentes, los responsables son los novios, cónyuges o parejas de las mismas. Una de cada tres adolescentes que viven en una relación formal han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su propia pareja.(6)

La OMS reconoce al embarazo como una prioridad de atención en las adolescentes porque representa problemas en la salud de la madre y el hijo. A nivel mundial, se estima que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, mientras que 1 millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres. Contrastan con países desarrollados, que presentan tasas de fecundidad adolescente más bajas. La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada mil niñas. En América del Norte, el 5% de mujeres de 15 y 19 años dan a luz cada año, en comparación de Europa, con el 4%, Asia con 2%, América Latina con 8% y África con 12%. Según datos proporcionados por UNFPA, el 95% de los partos adolescentes suceden en los países en desarrollo, con mayor probabilidad de estar casada o unida antes de los 18 años. (43)

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. El descenso de la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA) es el resultado del esfuerzo y programas de salud pública destinados a prevenir el embarazo adolescente y reducir la mortalidad materna. (12,42–44)

1.2.1.2. Características de la adolescente embarazada en Latinoamérica y el Caribe

El embarazo en la adolescencia es una prioridad de salud en América Latina. Reconocido como un problema multifactorial, impacta de manera negativa en la vida de las niñas y adolescentes en el ámbito sanitario, social y económico. Las mujeres que se convierten en madres durante la adolescencia logran menos años de educación; en consecuencia, disminuyen sus oportunidades de trabajo, acceden a trabajos en condiciones deplorables con salarios mal remunerados, en comparación de las mujeres que postergan su maternidad hasta la edad adulta. Las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de sufrir violencia intrafamiliar y continuar con dependencia económica en situaciones de desigualdad, exclusión y vulnerabilidad. Se asocia a perpetuar la pobreza intergeneracional, ya que las madres e hijos tiene más dificultades para acceder a la vivienda y educación formal, que impide un desempeño laboral en el futuro.

Se ha observado un descenso lento de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe, comparada con la reducción de la fecundidad adolescente en el resto del mundo. La tasa específica de fecundidad de adolescentes (TEFA) de entre 15 y 19 años y jóvenes de 20 y 24

años en América Latina, han superado al registro en otras regiones con tasas globales de fecundidad similares. (14)

En el año 2016 se registraron 777 000 embarazos en adolescentes menores de 15 años, en países en desarrollo; el 14% correspondía a madres de América Latina y el Caribe. El 74% de estos embarazos no fueron planificados, lo que evidencia la falta de inversión social en niñas y adolescentes al no proporcionar información y educación para la toma de decisiones asertivas relacionadas con su salud reproductiva. La región de América Latina tiene la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes del mundo, de 75.67 por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años.

En América Latina y el Caribe (LAC) la TEFA es de 64 hijos por cada 1000 mujeres, mayor al promedio global de 46 hijos por cada 1000 mujeres, superada solo por África Subsahariana, con una TEFA de 103 hijos por cada 1000 mujeres. La TEFA en América Latina y el Caribe ha disminuido a un ritmo más lento que la tasa global de fecundidad.

Uno de los factores involucrados en el crecimiento de la TEFA es la incidencia de uniones tempranas, considerada como un determinante del embarazo adolescente. El 34% de niñas de 10 a 14 años han declarado estar unidas, principalmente en unión libre. (45)

En general, los países latinoamericanos y caribeños poseen una TEFA por encima del 12%; Nicaragua es el país con la tasa más alta de la región, 28%, que indica que 1 de 5 mujeres de 15 a 19 años ha estado embarazada. En Panamá, Guatemala, El Salvador, Honduras, Ecuador y Belice, la TEFA ha superado el 15%. Los únicos países que mantiene una TEFA menos al 10% son Uruguay y Trinidad y Tobago, con menos de 50 nacidos vivos por cada 1000 mujeres. (46)

El proceso de parto en adolescentes es inusual debido a que física y psicológicamente, las mujeres a esta edad no se encuentran preparada para el trabajo de parto. Se ha observado que el inicio de la vida sexual se produce en etapas tempranas de la adolescencia, con mayor riesgo de embarazo en esta población.

El embarazo adolescente está asociado a la deserción escolar y al ingreso prematuro al mundo laboral. La deserción estudiantil aumenta en la medida que aumentan las posibilidades de la población femenina en concebir un embarazo precoz.

Otro factor que se debe tener en cuenta para complementar el desarrollo de esta problemática es que los hogares disfuncionales aportan cada vez más y más cifras de adolescentes embarazadas. “La maternidad debe realizarse idealmente en las condiciones que

se consideran adecuadas: constitución de nuevas familias, edad adulta, buenos antecedentes de crianza y genéticos y adecuadas condiciones económicas para el normal crecimiento y desarrollo de los hijos.” (47)

En los países Latinoamericanos se han realizado diferentes estudios que priorizan el embarazo adolescente, en la tabla 1.3 se mencionan algunos.

Tabla 1.3 Estudios Latinoamericanos del Embarazo Adolescente

Estudio	Descripción
Situación actual del embarazo y aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe (2001)	En este estudio regional se realiza el análisis del embarazo y aborto como parte de la salud reproductiva en los adolescentes, a partir de datos proporcionados en las Encuestas demográficas y de salud y encuestas de salud reproductiva regional. Concluyendo que los países latinoamericanos no poseen programas efectivos con la capacidad de brindar soluciones a la problemática creciente de salud reproductiva de los adolescentes. Principalmente la falta de información sobre las tendencias actuales de salud sexuales como sus factores determinantes.
Factores relacionados con el embarazo y maternidad en menores de 15 años, en América Latina y el Caribe (2011)	En este estudio brindan la información disponible y actualizada de la situación del embarazo adolescente, describiendo el abuso y la violencia sexual como parte de las principales causas de este. Así como las consecuencias psicológicas y sociales que no tienen seguimiento y énfasis que debe existir un adecuado manejo y prevención del embarazo adolescente.
Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México (2004)	A través de un método etnográfico, se discuten los factores socioculturales involucrados en la incidencia de los embarazos adolescentes incitando involucrara las redes familiares y sociales de apoyo hacia las jóvenes.
Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política (2005)	Utilizando la información de los embarazos adolescentes en Chile a partir de los censos nacionales, se hace énfasis en la prevención del embarazo a través de tres factores: factor protector de la educación y permanencia en la escuela, el papel fundamental de los padres en las familias de madres adolescentes y los programas destinados a reducir la maternidad adolescente.
El embarazo adolescente en mujeres de sectores populares en Argentina (2009)	Describe las afectaciones socioculturales del embarazo adolescente a través de la psicología. Señalando el incremento de embarazos adolescentes en la última década en las edades de 13 a 19 años, con mayor frecuencia en sectores de pobreza.
Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones (2004)	El estudio realiza el análisis de la situación de sexualidad y salud reproductiva en los adolescentes,

secundario a barreras culturales, morales y religiosas, así como la carencia de educación sexual integral, lo que desencadena el inicio de actividad sexual a una edad más temprana.

Fuente: adaptado de Jaramillo J. Políticas públicas de prevención del embarazo precoz en el marco de la realización de los objetivos de desarrollo del milenio: el caso de Medellín (Colombia) [tesis Doctorado en línea]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Derecho internacional público y relaciones internacionales; 2017 [citado 4 Sept 2022]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=IB4%2FniuP2AE%3D>

1.2.1.3. Características de la adolescente embarazada en Guatemala

Guatemala es un país joven que para el año 2016 contaba con 16 229 896 habitantes. Las personas comprendidas en las edades de 10 y 29 años representan el 43% de la pirámide poblacional; el 24% corresponde al intervalo de edad entre 10 y 19 años, y el 19% a jóvenes entre 20 y 29 años.

En Guatemala, el embarazo adolescente es consecuencia de la pobreza, inequidad de género, baja escolaridad, ausencia de educación sexual y falta de acceso a métodos anticonceptivos. La maternidad en la adolescencia está asociada con mayor nivel de pobreza y menor nivel educativo. Las y los adolescentes pobres tienen menor oportunidad de acceder y finalizar su educación primaria y secundaria; en su defecto, no adquieren información y conocimientos en salud, lo que propicia el aumento de riesgo del embarazo adolescente. Existe mayor posibilidad de embarazo temprano en adolescentes indígenas en área rural, por influencia de su contexto cultural y social. El 24% de las adolescentes en área rural ya ha sido madre o está embarazada, en comparación del área urbana, con menor registro de embarazos adolescentes. Según el área geográfica se observa mayor incidencia de embarazos adolescentes en 6 departamentos, entre ellos, Alta Verapaz, Escuintla, Jalapa, San Marcos, Petén y Huehuetenango. (48)

En Guatemala se ha registrado el embarazo en adolescentes desde el año 2009. Se ha observado un incremento progresivo, con el punto máximo en el año 2012, cuando representó el 22% del total de nacimientos. Se estima que una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado embarazada y el 5% de las adolescentes ya ha sido madre, mientras que para las adolescentes de 19 años el 40.6% se encuentra embarazada o ya ha sido madre.

Para el año 2015, se documentaron 1856 nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años. Se describe como una situación preocupante los 1613 casos de embarazos en niñas menores de 14 años, clasificados como violencia sexual.

El Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) dio a conocer que durante el año 2019 más de 2000 niñas habían sido víctimas de violencia sexual. Todo embarazo antes de los 14 años se considera evidencia de delito de violencia sexual. Desde el año 2012 Guatemala avanzó en la prevención y atención del abuso sexual a través de la recolección de datos estadísticos sobre los embarazos en niñas menores de 14 años. Durante este mismo año se creó la Unidad de Delitos Sexuales, con el objetivo de atender la demanda de justicia por parte las víctimas de violencia sexual.(5)

A pesar de los esfuerzos, Guatemala, se encuentra dentro de los países de América Latina y el Caribe con altas tasas de fecundidad. En 1987, la TEFA documentada era de 139 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, con una reducción para el año 2014 de 92 nacimientos por cada 1000 mujeres y una tasa global de fecundidad con 3.1 hijos por mujer.

Como consecuencia del embarazo en adolescentes, las mujeres tienen mayor probabilidad de deserción escolar, con disminución del porcentaje de la población en educación primaria o secundaria. Para el año 2011, la exclusión en el sistema educativo ha afectado en un porcentaje mayor a las mujeres y población indígena en área rural: el 6% de jóvenes de 15 a 19 años era analfabeta, con registro de 7.2 años promedio de escolaridad.

El embarazo adolescente está directamente relacionado con consecuencias económicas, sociales y de salud. Entre sus factores determinantes se encuentra los bajos índices de salud sexual y reproductiva, ausencia de información y protección al iniciar vida sexual precoz, embarazos en niñas menores de 14 años, resultado de la violencia sexual y riesgo de muertes maternas. (45)

La implementación del modelo ecológico propuesto por Bromfrembrener (1987) permite observar la interacción de los determinantes para realizar intervenciones y acciones en todos los niveles.

Factores determinantes del embarazo en adolescentes:

Nacional. Inestabilidad política, falta de inversión en niñas y adolescentes, matrimonio infantil penalizado pero persistente, limitación de acceso a métodos anticonceptivos.

Comunidad. Aspectos culturales que intervienen en la desinformación de la sexualidad y acceso a métodos de planificación familiar, ausencia de autonomía en adolescentes, ambiente de violencia, servicios de salud inadecuados para la atención específica de adolescentes y atención prenatal y post-natal deficiente.

Escuela. Educación sexual integral limitada, presión de grupo, inequidad de género, inaccesibilidad educativa en áreas rurales.

Familia. Infravaloración a niñas y mujeres, violencia intrafamiliar, apoyo al matrimonio temprano y educación deficiente.

Individual. Inicio precoz de vida sexual, inequidad de género, ausencia de planes de vida y desarrollo de capacidades (4,45)

Existen factores multidimensionales que inciden en los embarazos en adolescentes en Guatemala, relacionados al poder patriarcal que se otorga y limita las funciones de las mujeres y adolescentes a madres-esposas. También hay una ausencia de planes de vida o desarrollo de sus capacidades. Las adolescentes son un grupo vulnerable de sufrir violencia física, psicológica y sexual. Por este motivo, en Guatemala se han establecido leyes, estrategias y programas que beneficien su desarrollo y su intervención como ciudadanas con derechos plenos. (4)

1.2.2. Complicaciones del embarazo adolescente

En las últimas décadas ha incrementado la incidencia de embarazo adolescente e inicio precoz de actividad sexual, que presenta riesgos de índole sexual y reproductiva y compromete el desarrollo psicológico y social de las jóvenes. Las complicaciones de este grupo específico se pueden reunir en dos conjuntos: somáticas y psicosociales.

Complicaciones somáticas para la madre: En países en desarrollo, la mortalidad materna registrada para el grupo de 15 a 19 años duplica la tasa de mortalidad materna, comparada con el grupo de 20 a 34 años. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres jóvenes, se puede clasificar por períodos: en la primera mitad de la gestación existe riesgo de aborto, anemia, infecciones urinarias y bacteriuria asintomática; durante la segunda mitad, se puede presentar hemorragias por enfermedades placentarias, cuadros hipertensivos, malnutrición materna, rotura prematura de membranas ovulares, anemia y parto prematuro, desproporción céfalo-pélvica y trabajo de parto prolongado. (42,49)

Durante el período de parto los riesgos más frecuentes son las alteraciones en la presentación y posición fetal, relacionado al subdesarrollo de la pelvis materna, que aumenta la probabilidad de distocias y utilización de fórceps o intervención quirúrgica por emergencia. (22)

Dentro de los factores que influyen la morbilidad materno-fetal se encuentra la desnutrición materna, que cobra mayor relevancia cuando se asocia a la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo y que repercute en un neonato de bajo peso. Para muchos autores, la anemia y síndrome hipertensivo del embarazo son las complicaciones más comunes del embarazo

adolescente debido al riesgo de preeclampsia, causados por los extremos de edad. En muchos casos las adolescentes mantienen una dieta inadecuada, con malos hábitos alimentarios, que causan bajo peso, déficit de hierro y anemia.

Estos riesgos se manifiestan en mayor frecuencia en mujeres menores de 16 años. En mayores de 16 años, en el aspecto biológico el resultado obstétrico es semejante a los de una mujer adulta, aunque continúa el fuerte impacto biopsicosocial, a pesar de la edad de la adolescente. (42)

Las diversas afecciones propias del embarazo adolescente corresponden a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, conocido como síndrome de mala adaptación circulatoria, asociado a complicaciones maternas y/o fetales. La condición biopsicosocial de las embarazadas adolescentes es un factor determinante en la aparición de peligros médicos como incremento de aborto, ausencia de control prenatal, trabajo de parto riesgoso, mayor mortalidad materna-neonatal, además de las complicaciones mencionadas.

Entre los factores desencadenantes para el inicio de vida sexual temprana en los adolescentes se pueden distinguir: ignorancia sobre salud reproductiva y sexual asociado a falta de comunicación con sus progenitores sobre dicho tema, familias desestructuradas, ser hijo o hija de padres adolescentes, influencia de amigos y de los medios de comunicación. Al presentarse uno o más factores de riesgos, se puede concebir un embarazo no planificado, dado que el embarazo planificado no es parte de sus intereses. El 40% de adolescentes embarazadas terminan la gestación a través del aborto. (22,42,49)

Complicaciones somáticas para el hijo. Las complicaciones para el recién nacido de una madre adolescente inician en el útero debido a la desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad, APGAR bajo, traumatismos al nacimiento, problemas neurológicos. Los hijos de madres adolescentes menores de 15 años tienen mayor probabilidad de malformaciones por defecto del tubo neural, deficiente desarrollo para la edad gestacional, riesgo de sepsis y muerte en el primer año de vida.

Un factor de riesgo que repercute en los resultados perinatales es el intervalo menor a 5 años entre la menarquia y el embarazo adolescente, que ocasiona mayor morbilidad y mortalidad neonatal en relación a la población general. (49)

Complicaciones psicosociales. La madre adolescente no está preparada psicológicamente para asumir responsabilidades y roles de adultos, como la maternidad; en su caso es una niña en los aspectos cognitivos, afectivos y económicos, principalmente en menores

de 15 años. Existe una reestructuración de las funciones de los miembros de la familia, reacción de sorpresa, rechazo o frustración ante la noticia del embarazo adolescente. La madre adolescente, en muchos casos, mantiene dependencia económica de sus progenitores. La posibilidad de vivir con el padre de su hijo es reducida. El apoyo financiero por parte del padre biológico del hijo no es constante o se encuentra ausente, comparado al apoyo recibido por madres adultas. (42)

La maternidad adolescente posee efectos económicos con mayor ímpetu en madres pobres, lo que origina familias más numerosas, menos familias nucleares tradicionales y la transmisión entre generaciones de madres adolescentes que engendran madres adolescentes. La deserción escolar es una de las principales complicaciones para la madre adolescente, debido a la dificultad para la reinserción al sistema educativo asociado al bajo rendimiento escolar, que impacta de manera negativa en su desarrollo económico y perpetúa el ciclo de pobreza. Las principales causas de deserción escolar son las complicaciones médicas y vergüenza del embarazo. El embarazo durante la etapa de la adolescencia puede determinar el sentido de la vida y el bienestar del futuro, provocar dificultades económicas y emocionales para la madre y el hijo, y producir el “síndrome del fracaso”. (22,42)

1.3. Mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la muerte materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores al término del embarazo, indistintamente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas de accidentes o incidentales.

Las muertes maternas se dividen en dos grupos:

Muerte obstétrica directa: es la que resulta de las complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de las omisiones, tratamiento incorrecto, o de la serie de eventos que llevó a cualquiera de lo anteriormente mencionado.

Muerte obstétrica indirecta: son aquellas que se derivan de la enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue por causas obstétricas directas, pero que se agravó por efectos fisiológicos del embarazo. (50)

Las defunciones maternas comprenden dos ángulos: el clínico y el social. La muerte materna se produce principalmente por hemorragias desde el punto de vista clínico. Desde la

perspectiva social, son las condicionantes como falta de acceso a la educación, empleo y servicios de atención materna que colocan a las mujeres en situaciones de alto riesgo.(51)

Las muertes que se producen durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier complicación relacionada o agravada por el embarazo o la atención que recibe la madre durante el mismo, por cada 100 000 nacidos vivos para un año específico, se conoce como razón de mortalidad materna (RMM). Esta es un dato importante que refleja el estado de salud de la población que se analiza. Es información relevante como parte del seguimiento de los Objetivos de Desarrollo sostenible, que refleja los altibajos de cada región analizada y da un panorama del avance en la resolución de la mortalidad materna. (52)

La mortalidad materna es un indicador importante de desarrollo, evidencia el alcance de la atención médica de calidad dirigida a las mujeres y adolescentes durante el embarazo y puerperio, proporcionado por el sistema de salud u otra entidad. Refleja la importancia que la sociedad le da a la problemática y la inversión de esfuerzo y recursos económicos destinados a la reducción de la misma.

En el mundo, la mortalidad materna ha tenido una disminución. A partir del año 1990 se ha reducido el número de adolescentes y mujeres que fallecen durante el embarazo, parto o puerperio, y pasó de 543 000 defunciones registradas en el año de 1990 a 287 000 en el año 2010. La tasa mundial de mortalidad materna mostró una disminución de 400 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 1990, comparado con 210 muertes maternas en 2010, lo que representa una disminución de 3,1% en promedio. (53)

En septiembre del año 2000 se aprobó la Declaración del Milenio. Los países pertenecientes a las Naciones Unidas se comprometieron a reducir los niveles de pobreza, establecieron una serie de objetivos con metas e indicadores, los cuales tenían un plazo de 15 años, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos tenían como propósito unir esfuerzos para la reducción de la pobreza, el hambre, analfabetismo, desigualdad de género, mortalidad materna e infantil, falta de educación, el VIH/ SIDA, la degradación ambiental y fomentar la alianza mundial para el desarrollo. (29,54)

Desde la creación de los ODM se logró un avance significativo en cuanto a mejorar la atención en salud y la accesibilidad, por medio de acciones locales y globales. Alrededor del 99% de las muertes maternas que se producen a nivel mundial corresponden a países en vías de desarrollo.

Se registró una disminución de muertes maternas en casi un 50% desde 1990 a 2010; dicho avance ha sido desigual y lento en las distintas regiones del mundo: en Asia oriental, África

del Norte, América Latina y el Caribe alcanzaron reducciones de más del 41 %, mientras que en la región subsahariana se registró solo un 26% de reducción.(55)

En el periodo de 1990 a 2015 la razón de muerte materna mundial disminuyó 2.3% por año. A partir del año 2000 se registra una reducción acelerada. Entre el año 2000 y 2010 algunos países alcanzaron la reducción de 5.5% anual de muertes maternas.(56)

En 2015 se registraron 7300 muertes maternas en América Latina y el Caribe. Los avances en cada país han ido a diferente ritmo. En Guatemala, Guyana, Bahamas, Bolivia, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela (en total 13 países) presentan una RMM más alta comparado con la de otros países de la región, de entre 89 y 359 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos. Por otro lado, ningún país de la región logró una reducción de 75% de la mortalidad materna entre los años de 1990 a 2015. Doce países de América Latina y el Caribe lograron una reducción de más de 50% en este mismo período. (57)

Durante el periodo del 2000 al 2015 se demostró que es posible colaborar para alcanzar objetivos mundiales. Se lograron muchas mejoras en salud y aumentó la supervivencia materna. En el año 2015 se estableció la Agenda de Desarrollo 2030 que propuso los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos pretenden continuar con los esfuerzos iniciados por los ODM. El ODS número 3 propone alcanzar la meta de menos de 70 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos para el año 2030.(13,54)

Para el año 2017, a nivel mundial se registraron 295 000 defunciones maternas, lo que representa una disminución del 35% comparado con el año 2000, año en el que se calcula que hubo 451 000 muertes maternas. Aproximadamente el 86% de las muertes maternas se localizaron en África subsahariana y Asia meridional. La RMM a nivel global se estimó en 211 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, lo que representa una reducción del 38% desde el 2000. La RMM mundial disminuyó un 2,9% anualmente entre el 2000 al 2017. (13,58,59)

La RMM registrada para el año 2017 mostró avances, pero aún muy lejos de cumplir con las metas propuestas. En ese año se registraron menos avances en países poco desarrollados. Se registraron 415 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, es decir, 40 veces más que la RMM registrada en Europa para ese año, y 60 veces más elevada que en Australia y Nueva Zelanda. En este mismo año se registraron tres países con RMM extrema, la cual se define como 1000 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos: Sudán del Sur, el Chad y Sierra Leone. Dieciséis países pertenecientes a África subsahariana reportaron una RMM muy elevada en el año 2017. (58)

Nigeria e India fueron los países con mayor registro de muertes maternas, con un total aproximado del 35% de todas las muertes maternas del mundo en el año 2017. Nigeria reportó 67 000 muertes maternas, las cuales representaron un 23% de las defunciones maternas en el mundo, y 35 000 en la India, que representaron el 12% de las muertes maternas a nivel global.(58)

Durante los últimos años se registró un retroceso en la disminución de la mortalidad materna debido a la pandemia de Covid-19. El Observatorio de género y Covid-19 en México estima que para el año 2020 aumentaron un 46% las muertes maternas comparadas con el año 2019 debido a la pandemia, mientras se redujeron las consultas prenatales en un 50%. Durante este año se presentó un aumento de 46% de la tasa de muerte materna en dicho país, lo cual podría representar hasta 10 años de retroceso en mortalidad materna. Para el cierre del año 2019 se vió un incremento en muertes maternas causadas por enfermedades hipertensivas (20%) y hemorragias obstétricas (10%).

La dificultad para acceder a atención médica de calidad durante el embarazo, sumado al miedo de enfermarse de Covid-19, se vio reflejado en la disminución de consultas prenatales en aproximadamente un 44%. La población de escasos recursos fue la más afectada.(60)

1.3.1. Muerte obstétrica por causas directas

En el mundo mueren diariamente 830 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Durante la gestación se presentan más complicaciones, gran parte de estas son prevenibles o tratables. El 75% de estas muertes se asocian a causas directa. Las complicaciones más frecuentes son:

- Infecciones generadas tras el parto
- Hemorragias graves
- Complicaciones en el parto
- Abortos
- Hipertensión gestacional

La mayoría de las defunciones maternas se pueden prevenir. Las mujeres necesitan de acceso a la atención médica durante su embarazo, atención por personal capacitado durante el parto y un equipo experto que la apoye durante las primeras semanas posteriores al parto.(25)

En el periodo de 2003 a 2009 se registró que un 27% de las muertes maternas se debían a hemorragias, 14% a trastornos hipertensivos y 10% a sepsis. Estos fueron los responsables de más del 50% de muertes maternas en todo el mundo.(61)

El acceso a la atención médica de calidad durante el embarazo podría prevenir el 54% de las muertes maternas. El acceso a métodos de planificación familiar podría prevenir un 29% de estas muertes. Según datos obtenidos para el año 2015, más del 50% del total de muertes maternas se deben a hemorragias (35%), hipertensión arterial (18%) y sepsis (8%). Se han identificado otras causas importantes como los abortos inseguros, de los cuales se tienen pocos registros. (55)

1.3.2. Muerte obstétrica por causa indirecta

Las causas principales de muerte materna son diferentes según el país y las regiones. A lo largo de los años se han analizado los datos obtenidos a nivel mundial. En el año 2014 se publicó el estudio “Causas mundiales de muerte materna: un análisis sistémico de la OMS”, en el cual se reportaron las causas más frecuentes de mortalidad materna entre los años 2003 a 2009. En este estudio se hizo énfasis en la reducción de la mortalidad materna, para lo cual es importante comprender y clasificar adecuadamente la causa de las defunciones. Se encontraron dificultades al registrar las muertes por causas indirectas, ya que variaban los conceptos. La discrepancia de conceptos ocasiona un subregistro de las muertes maternas indirectas.(61)

En el periodo de 2003 a 2009 se registró un 23% de muertes maternas por causas indirectas. En mayor detalle, las defunciones maternas por causas indirectas indican que más del 70% de las causas se deben a trastornos preexistentes, incluido el VIH; este representó un 5.5% de las defunciones maternas mundiales durante este periodo.(30)

De 2003 a 2009 la cantidad de muertes maternas por causas indirectas fue más alta en la región Sur de Asia, con un 29%, seguida de África subsahariana, con un 28%. Las defunciones por causas indirectas representaron casi un 25% de las muertes registradas en regiones desarrolladas. En África subsahariana se registran un 6.4% de muertes maternas por VIH.(61)

Para el año 2015 se calculó que una quinta parte de las muertes maternas registradas se debieron a causas indirectas como VIH/sida, malaria o cardiopatías. En nueve países pertenecientes a África subsahariana, las tasas de infección por VIH son altas en mujeres. Se observó un aumento de muertes maternas asociadas a esta causa indirecta.(55)

En el año 2015 se cuantificaron 7300 muertes maternas en América Latina y el Caribe, de las cuales 18.5% se deben a causas indirectas. Las causas indirectas de las defunciones maternas han aumentado rápidamente en algunos países de Latinoamérica y el Caribe. Parte de este aumento se debe a una atención prenatal deficiente. La mortalidad materna ha disminuido lentamente y ha aumentado la cantidad de defunciones maternas por causas indirectas. Es

importante enfocar estrategias sobre atención médica de calidad y diseño de intervenciones que permitan una cobertura más amplia en salud. (57)

Para el año 2017 se registró una disminución de defunciones maternas relacionadas con VIH. Las muertes asociadas con el VIH representaron aproximadamente 1% de todas las muertes maternas; en el año 2005, esta causa indirecta representaba el 2.5% del total de las defunciones maternas registradas para ese año. En el periodo de 2000 a 2018 se evidenció que el tratamiento contra el VIH ha sido eficaz y ha logrado salvar 14 millones de vidas. (58)

1.4. Epidemiología de la mortalidad materna adolescente

1.4.1. Muerte materna en adolescentes en la población mundial

Las adolescentes enfrentan un mayor riesgo de sufrir complicaciones e incluso de morir como resultado del embarazo. Las edades extremas de la vida reproductiva representan un factor de riesgo que se asocia con la mortalidad materna. Una adolescente embarazada corre mayor riesgo de no obtener servicios de salud, una menor oportunidad laboral, menores ingresos, exclusión y pobreza. Históricamente, a las jóvenes de 15 a 19 años se les reconoce de dos a tres veces mayor riesgo de morir durante el embarazo. (26,56,62)

Los embarazos en adolescentes ocurren en todo el mundo, sin embargo, las niñas y adolescentes pobres, procedentes de áreas rurales, con poca o ninguna educación, pertenecientes a grupos minoritarios o marginados, tienen tres veces más riesgo de un embarazo que las niñas y adolescentes con acceso a educación y pertenecientes a zonas urbanas.

El riesgo de una defunción materna en adolescentes menores de 15 años es mucho mayor. Las complicaciones en el embarazo y el parto también son más altas entre las niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Aproximadamente 16 millones de jóvenes entre los 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría perteneciente a países pobres.(10,11,56)

Las adolescentes en países desarrollados tienen menos embarazos que las adolescentes de los países en vías de desarrollo. La probabilidad que una joven de 15 años muera por una causa materna en un país desarrollado es de 1 en 4900, comparado con 1 en 180 en los países en desarrollo.(25)

Los hijos producto de un embarazo adolescente corren mayor riesgo de sufrir problemas de salud como desnutrición. Los hijos de madres menores de 20 años corren 50% más riesgo de morir durante el parto o las primeras semanas de vida. Las hijas de madres jóvenes son más

propensas a convertirse en madres adolescentes y perpetuar el ciclo. La mayoría de embarazos adolescentes se registran en África subsahariana y países de América Latina y el Caribe. (10,11)

Las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en el mundo. Las niñas menores de 15 años tienen 5 veces más riesgo de morir que las de 15 a 19 años. En el año 2000 se registró un descenso significativo de defunciones maternas en todas las regiones; sobre todo en Asia Sudoriental, la razón de mortalidad materna adolescente (RMMA) disminuyó de 21 a 9 defunciones maternas adolescentes por 100 000 nacidos vivos. (11)

No se cuenta con información correcta acerca del riesgo de morir que tienen las adolescentes embarazadas. Se estima un subregistro de 50% de las defunciones maternas adolescentes entre los 15 a 19 años, debido a la falta de sistemas de registro y una deficiente clasificación de las causas de muerte adolescente. Es por este motivo que, en el año 2014, la OMS en colaboración con UNFPA realizó un estudio en 144 países para cuantificar la RMMA específica por grupos de edad, con el objetivo de ampliar el conocimiento que se tenía de las defunciones maternas en las adolescentes de entre 15 a 19 años. Se determinó que las adolescentes entre 15 a 19 años tienen 17-18% más riesgo de morir que las mujeres mayores de 20 años.(62,63)

En el estudio “Mortalidad materna en adolescentes comparada con mujeres de otras edades: evidencia de 144 países” se registraron 260 muertes maternas adolescentes por cada 100 000 nacidos vivos. En África se evidenció una RMMA de 570 muertes; es la región con mayores muertes maternas adolescentes; en segundo lugar, se encuentra la región del Mediterráneo Oriental, con una RMMA de 430; en tercer lugar, el sudeste de Asia, con una RMMA de 130. De las regiones estudiadas se determinó que Europa tenía la menor RMMA, con 22 muertes por 100 000 nacidos vivos.(63)

1.4.2. Muerte materna en adolescentes en Latinoamérica y el Caribe

En América latina y el Caribe se registra la segunda tasa de embarazos adolescentes más alta a nivel mundial. Se estima que un 18% de los nacimientos en esta región corresponden a mujeres menores de 20 años de edad. Se registra alrededor de un millón y medio de nacimientos correspondientes a madres entre 15 y 19 años de edad. Las adolescentes, especialmente las menores de 15 años, tienen el mayor riesgo de mortalidad materna, usualmente asociado a complicaciones durante el embarazo y el parto. (14)

En América Latina y el Caribe, el parto y el embarazo se encuentran entre las principales causas de muertes en adolescentes de 15 a 19 años de edad. El riesgo de defunciones maternas

de las niñas menores de 15 años puede ser el doble o el triple, comparado con mujeres de 15 a 19 años. Las causas más importantes de la mortalidad materna son los trastornos hipertensivos, las muertes maternas tardías causadas por complicaciones del parto o el embarazo y el aborto inseguro.(57)

En el año 2016 se registraron 3.6 millones de embarazos adolescentes en América latina y el Caribe; de estos, 1.4 millones (39%) finalizaron en procedimientos inseguros y clandestinos, los cuales representan mayor riesgo para defunciones maternas. (57)

De acuerdo con datos disponibles para el año 2020, en América latina y el Caribe se calcularon 47 muertes de mujeres entre los 10 y 19 años a causa de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. Guatemala registro una RMMA de 103 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, seguido por Colombia con una RMMA de 64 muertes y Paraguay con una RMMA de 42 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.(14)

1.4.3. Muerte materna en adolescentes en Guatemala

En Guatemala, la RMM entre el periodo de 1989 a 2018 tuvo una reducción de 1.66% en promedio por cada año. Durante el periodo de 2015 a 2021 tuvo incremento de 3.3% anual. En 2021 se observó un aumento de muertes maternas. El mayor porcentaje reportó un bajo nivel educativo, más del 50% fueron por causas obstétricas. (64)

Se han realizado mediciones de la mortalidad materna en los años 1989, 2000, 2007 y 2013, en los cuales se observó una reducción de la mortalidad materna significativa. Desde el año 1989 al 2013 se registró una reducción de 48.22%. La RMMA está asociada con mayor tasa de analfabetismo, menor promedio de grados aprobados en la escuela, un mayor porcentaje de población pobre y una alta tasa de fecundidad en promedio comparada a nivel nacional.

Para el año 2013, en el departamento de El Progreso se reportó una RMMA de 23.4 y 5.24 grados de escolaridad en mujeres de 15 años, panorama similar al que se presentó el departamento de Escuintla, con una RMMA de 65.3 y 5.07 grados de escolaridad promedio en mujeres de 15 años. Huehuetenango tiene el promedio de grados de escolaridad más bajo de Guatemala, con apenas 2.91 y tiene la RMMA más alta, de 232.6. En este mismo año el 20% de las muertes maternas totales registradas se presentaron en mujeres y niñas de 10 a 19 años. (65)

Según la estimación de tendencias de la OMS publicadas en el año 2017, Guatemala presenta una RMM de 95 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos y ocupa el séptimo lugar con mayor RMM en América Latina y el Caribe. En el informe con base en la

vigilancia y análisis sistémico y permanente de las muertes de mujeres entre los 10 y 54 años presentado en el año 2020 se reportaron 110 muertes por cada 100 000 nacidos vivos para el año 2017, datos que difieren con los presentados por la OMS para el mismo año. Estos datos, comparados con los de países centroamericanos, deja a Guatemala como el país con mayor RMM en Centroamérica.

En el periodo de 2016 a 2018 se observó que, en promedio, el 13% de las muertes maternas registradas en el país pertenecen al grupo de edades entre 10 a 19 años. Se observa un aumento de RMM para el año 2018 con 144 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, la más alta en el periodo analizado.(66)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reportó una disminución de 26% en la RMM entre el año 2000 y el 2013. A pesar del avance registrado, es importante resaltar el descenso de la RMM por grupo etario, excepto en el grupo de adolescentes (15-19 años), en el cual se observa un aumento importante de la RMMA. En el 2017, la RMMA en Guatemala representaba un 77.9 %, comparado con el 106.9% en el 2013; estos registros reflejan que las adolescentes guatemaltecas entre las edades de 15 a 19 años presentan mayor riesgo de morir durante el embarazo.

En la última década en Guatemala se han realizado estudios en los que se correlaciona el suicidio y el embarazo adolescente. El embarazo no implica solo la condición física sino también un evento psicológico, social y emocional que puede llegar a generar problemas de salud mental de la adolescente. El suicidio se considera una causa directa de muerte materna. Las causas de muerte materna relacionadas con la salud mental de la adolescente embarazada han recibido poca atención, usualmente se asocian a violencia de género y abuso sexual.(67)

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA ENFOCADAS EN LA REDUCCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA

SUMARIO

- **Estrategias de salud pública a nivel mundial enfocadas en la reducción de mortalidad materna**
- **Estrategias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe enfocadas en la reducción de la mortalidad materna**
- **Estrategias de salud pública en Guatemala enfocadas en la reducción de la mortalidad materna**

La mortalidad materna comprende a nivel mundial un desafío político, social, económico y en salud. Ha sido necesario diseñar objetivos para la intervención intersectorial con el propósito de disminuir la razón de mortalidad materna a través de la planificación, elaboración y ejecución de políticas, programas y estrategias en salud que se describen en este capítulo.

2.1 Estrategias de salud pública a nivel mundial enfocadas en la reducción de mortalidad materna

El mejor recurso para el desarrollo personal, económico y social es la salud. La promoción de la salud es un proceso social y político que comprende acciones dirigidas a modificar las condiciones ambientales, sociales y económicas, con la finalidad de beneficiar a la salud colectiva e individual.(68)

En el mes de mayo del año 2016, los estados miembros de Organización Mundial de la Salud aprobaron la resolución WHA69.2, en la cual invitan a los estados miembros a un compromiso para aplicar la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), con el propósito de poner fin a las muertes prevenibles de los niños, mujeres y adolescentes, así como a mejorar la salud y el bienestar global, respaldados por un compromiso y una financiación adecuada. (69)

La estrategia mencionada plantea objetivos y metas que van de acuerdo con los ODS y proponen tres objetivos fundamentales:

- **Sobrevivir: poner fin a la mortalidad prevenible**
 - Reducir la tasa de mortalidad materna
 - Reducir la mortalidad de recién nacidos
 - Reducir la mortalidad de menores de 5 años

- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, promover la salud y la salud mental
- Poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis y malaria
- Prosperar: lograr la salud y el bienestar
 - Poner fin a la malnutrición, atender las necesidades nutricionales de adolescentes y las mujeres embarazadas
 - Garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva
 - Lograr la cobertura sanitaria universal
- Transformar: ampliar los entornos propicios
 - Erradicar la pobreza extrema
 - Garantizar la educación de los niños y niñas
 - Eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las niñas y mujeres
 - Fomentar la investigación científica
 - Datar a todas las personas, incluido el registro de nacimientos
 - Reforzar la alianza mundial para el desarrollo sostenible (70)

La mortalidad materna sigue siendo uno de los desafíos más grandes a nivel global. Se registra que el 99% de las defunciones maternas ocurren en países de bajos ingresos. En estos países el riesgo a una defunción materna es mucho mayor en la población vulnerable. Resalta la importancia de reducir las desigualdades y la discriminación. Es necesario que la salud materna sea un objetivo principal y una prioridad en material de inversión.

Para que los programas de salud materna sean eficaces se debe tener en cuenta que el panorama epidemiológico cambia constantemente y las causas principales de muertes maternas se modifican a medida que disminuye la mortalidad materna. Se debe considerar el cambio en la fecundidad y las causas de muerte. Es importante registrar adecuadamente todas las muertes maternas, para comprender la causa de la muerte y desarrollar intervenciones, basadas en los datos recolectados y adaptados a la población en la que se implementarán.

Los ODM dieron lugar a compromisos globales orientados a la mejora de la salud reproductiva, la salud sexual y supervivencia materno-infantil. Demuestran que las metas, objetivos y estrategias mundiales pueden llegar a conseguir progresos cuantificables. Países en desarrollo han logrado avances significativos en la reducción de muerte materna al implementar estrategias adaptadas a las necesidades y al contexto de su propia región. (30)

Los países comprometidos con los ODM acordaron que debe haber un esfuerzo a nivel nacional y mundial enfocado en la problemática de la mortalidad materna, sobre todo en las

poblaciones pobres y más vulnerables. Todos los países comprometidos deben trabajar en conjunto para reducir los extremos de la mortalidad materna y contribuir a la disminución de la RMM en países que presentan más muertes maternas en promedio que otros países.

Para aprovechar los avances alcanzados con la estrategia mundial de 2010-2015 propuesta por la OMS y los esfuerzos realizados por la iniciativa, todas las mujeres y los niños que impulsaron a alcanzar los ODM relacionados a la salud de las mujeres, adolescentes y niños, se establece como hoja de ruta la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).

La estrategia mundial se enfoca en lograr que todas las mujeres que deseen, puedan llevar un embarazo y un parto saludable, y la reducción de muertes en infantes menores de 5 años y el desarrollo de los adolescentes. La estrategia tomó como ejemplo todo lo aprendido de las estrategias anteriores y los logros alcanzados, con lo cual se plantearon una serie de principios rectores: universal, basada en los derechos humanos, dirigida por los países, sostenible, sensible a cuestiones de género, impulsada por alianzas, basada en evidencias, recibida por las comunidades y que rinde cuentas a los niños, adolescentes y mujeres.(70,71)

Tomando en cuenta que el comportamiento de la mortalidad materna varía según las condiciones de la población, el objetivo mundial para reducir la RMM en menos de 70 muertes por 100 000 nacidos vivos a nivel mundial debe variar según la población. Se realizan recomendaciones de metas nacionales:

- Países con una RMM de referencia inferior a 420 en el año 2010 (la mayoría de países del mundo). Se propone reducir la RMM en al menos dos tercios del valor registrado en el 2010, para el año 2030.
- Para todos los países con una RMM de referencia superior a 420 en 2010. Se propone la disminución de la RMM más pronunciada; en 2030, ningún país debería de tener una RMM superior a 140.
- Para los países con una RMM baja en el año 2010 se propone lograr equidad a nivel subnacional en RMM que perjudica a poblaciones vulnerables.(72)

Con el objetivo final de disminuir la mortalidad materna prevenible se establecieron principios fundamentales en los que se basan, la creación de políticas y programas dedicados a la disminución de la RMM:

- **Empoderamiento de las niñas y mujeres de las comunidades.**

Con la finalidad de favorecer la supervivencia, la salud de niñas y mujeres se requiere el reconocimiento de las mismas ante la sociedad. Es importante prestar atención a la igualdad de género y el empoderamiento. Esto incluye estrategias para garantizar el acceso a recursos, garantizar la igualdad, educación, enfocar esfuerzos para reducir la violencia de género y la discriminación por razón de género.

Las estrategias para el empoderamiento a las niñas y mujeres deben asegurar que ellas tengan el poder de decidir sobre su salud reproductiva y materna. La información recolectada a través de los años demuestra que las niñas que pueden ejercer sus derechos a retrasar la maternidad, el matrimonio y deciden continuar estudiando, la mortalidad materna disminuye por cada año adicional de estudio.

- **Garantizar la seguridad y el apoyo a madre e hijo.**

Impulsar estrategias y atención adecuada para madre e hijo, teniendo en cuenta que una atención materna de calidad mejora la salud del recién nacido.

- **Aplicar un marco de derechos humanos para asegurar la salud materna, neonatal y reproductiva de calidad. Servicios de salud accesibles para todas las comunidades.**

La mortalidad materna se considera un asunto de derechos humanos, el derecho a la vida comprende la obligación de abordar la mortalidad materna y prevenirla.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, siglas en inglés) afirma que un indicador importante de la aplicación de los derechos de las mujeres es si el Estado está comprometido en la igualdad de resultados en la salud de las mujeres, incluida la disminución de la RMM.

La Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) a través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales indica que los Estados tienen el deber de garantizar a las mujeres una salud materna de calidad, que engloba la atención prenatal y postnatal, como un deber central amparado por los Derechos Humanos.

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha reconocido que la morbilidad y la RMM elevada son inaceptables y forman parte de una violación a los derechos humanos. La mortalidad materna no es solo un problema de desarrollo y salud sino una demostración de las diferentes formas de discriminación en contra de la mujer.

- **Favorecer la participación de los países, el liderazgo y mecanismos normativos, jurídicos y financieros.**

Parte del marco estratégico en la salud materno-infantil implica la participación de los países de forma multisectorial. Las estrategias para la prevención de la mortalidad materna deben ir más allá de solo políticas, se deben ver reflejado en acciones en cada país.

Un fuerte liderazgo es capaz de fomentar un entorno adecuado que facilite el compromiso económico y político de los dirigentes de cada país, los financiadores y los asociados en el desarrollo. El liderazgo es fundamental para interceder en favor de las metas globales y nacionales respecto a la mortalidad materna.

La Organización Mundial de la Salud, junto a un grupo de expertos, propone una serie de intervenciones transversales con la finalidad de disminuir la mortalidad materna prevenible:

- **Mejorar el sistema de recolección de datos, asegurándose que los datos de mortalidad materna sean de calidad y fidedignos.**

Se estima que aproximadamente un tercio de los países tienen la posibilidad para registrar y contabilizar las defunciones maternas. Menos de dos quintas partes de los países tienen sistema de registro civil que verifique la causa exacta de la muerte.

Se observan discrepancias entre países al clasificar la causa de las defunciones maternas. Con la finalidad de proporcionar definiciones normalizadas, la Organización Mundial de la salud sugiere la adopción de los conceptos descritos en el manual de la vigente Clasificación Internacional de Enfermedades.

La mejora en el sistema de medición permite registrar la eficacia de los programas implementados, evaluar la cobertura de los dispensarios, hacer comparaciones mundiales y de forma local evaluar la calidad de la atención brindada.

- **Asignar recursos adecuados y financiación a la salud.**

Es de suma importancia asignar recursos suficientes a la salud de la madre y del recién nacido. Es necesaria la participación en conjunto de los dirigentes políticos, asociados para el desarrollo, donantes de la comunidad global y responsables de adoptar decisiones financieras del país.

Un factor decisivo para la reducción de la mortalidad materna prevenible es la participación multisectorial. Es importante una asociación entre el sector de salud, ministerios de finanzas, protagonistas públicos y privados en atención nacional de salud, asociados para el desarrollo y

donantes. También cuenta el trabajo conjunto con la finalidad de emplear adecuadamente los recursos obtenidos y dirigirlos al financiamiento de la salud sexual y reproductiva, de la madre, del neonato, del niño y del adolescente.

Objetivos estratégicos que contribuyen a conseguir estas metas:

- Abordar la desigualdad en el acceso de la salud materna, neonatal y reproductiva de calidad.
- Garantizar la cobertura universal de salud reproductiva, atención de calidad para las madres y neonatos.
- Abordar todas las causas de mortalidad y morbilidad materna, incluidos temas de salud reproductiva y enfermedades relacionadas a discapacidad.
- Fortalecer el sistema de salud para responder a las necesidades de mujeres y niñas.
- Garantizar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad.

El objetivo final de la estrategia de salud materna para después del 2015 es poner fin a la mortalidad materna prevenible. Las estrategias se apoyan de un enfoque global de salud reproductiva, salud sexual, materna y neonatal, basado en los derechos humanos.

Las estrategias le dan importancia a la equidad, tanto en el marco estratégico como en la selección de metas. Sus bases son el empoderamiento de las niñas y mujeres; la protección y el apoyo de la relación entre madre e hijo; la integración de atención materna y neonatal; la implicación y el liderazgo de los países, así como de marcos jurídicos reguladores y financieros; y la aplicación de un marco de derechos humanos que garantice la accesibilidad y la disponibilidad de la salud sexual, reproductiva y materno-infantil de calidad.(30,72)

Con base en los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud, múltiples organizaciones, socios, instituciones públicas y privadas ha colaborado en la creación y la promoción de programas y proyectos en pro de la reducción de la mortalidad materna.

Un ejemplo de proyecto enfocado en la reducción de mortalidad materna es el Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP, siglas en inglés) creado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) a través del cual redujo sustancialmente la mortalidad materna en 30 países y se contribuyó a los Objetivos del Milenio. El programa ayudó a los países a identificar y enfocarse en aquellas intervenciones que marcaran la diferencia para salvar vidas.

El Programa Integrado de Salud Materna e Infantil trabajó en más de 50 países en desarrollo de África, Asia, América Latina y el Caribe para mejorar la salud de las mujeres y sus familias, y brindó apoyo en la promoción de la salud materna, nutrición, prevención de malaria y VIH/SIDA. El programa apoyó la entrega de intervenciones basadas en evidencia a través del fortalecimiento de los sistemas de salud, organizaciones no gubernamentales y otros socios locales.

El enfoque estratégico de MCHIP se guió por cinco principios relacionados entre sí:

- Llevar las intervenciones de impacto a un alto nivel
- Garantizar la apropiación del país
- Crear cambios a través de la influencia global y regional
- Mejorar el registro de datos a nivel nacional y mundial
- Ampliación de la cobertura a través de enfoques integrados

Este programa fue implementado hasta el año 2014. Al terminar su periodo se presentó uno nuevo llamado Programa de Supervivencia Materna e Infantil (MCSP siglas en inglés). Este se centró en 25 países de alta prioridad, con el objetivo final de prevenir muertes maternas e infantiles. Introdujo y apoyó intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil sostenible y de alto impacto en sociedad con los ministerios de salud y otros socios participantes.

El MCSP se enfocó en temas transversales claves como la innovación, equidad, calidad, género, alianzas público-privadas y participación de la sociedad civil, enfoques comunitarios, fortalecimientos de los sistemas de salud. El programa fue acordado para la duración de 5 años.
(73)

Las estrategias deben ser flexibles y replantearse de acuerdo al comportamiento de la población en las que se desean aplicar. Un claro ejemplo de la necesidad de reestructurar estrategias se observó durante el año 2019, en el cual se presentó el inicio de la pandemia COVID-19 para lo cual ningún gobierno estaba preparado. El sistema de salud debió adaptarse a nuevas condiciones y a nuevos problemas.

En octubre del año 2020, la Asociación por la Salud Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH por sus siglas en inglés) realiza un informe sobre la importancia del cambio en las estrategias para la salud materno-infantil. La pandemia COVID-19 cambió el mundo y la forma en la atención médica, dio lugar a una reducción drástica en los servicios de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. Debido al gran impacto económico y el retroceso en los avances de los ODS, se propone unas nuevas estrategias para aplicarse en el periodo de 2021-2025.

En estas estrategias se proponen 3 objetivos:

- Salud materna, neonatal e infantil: impulsar la inclusión de los servicios para madres, neonatos y niños con finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad en este grupo.
- Salud y derechos sexuales y reproductivos: asegurar las intervenciones y garantizar el progreso continuo en el financiamiento y el acceso a toda la población.
- Adolescentes: asegurar el bienestar del adolescente por medio del marco político y acciones relacionadas.

Los ODS introdujeron una ambiciosa agenda para garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. Los progresos de los ODS han sido lentos y desiguales, la pandemia de COVID-19 ha magnificado las desigualdades sociales y económicas. Se han profundizado las carencias en salud y disminuido la cobertura. El impacto de la pandemia será prolongado debido a la disminución de empleos, interrupción en los servicios de salud, inseguridad alimentaria, empeoramiento de la salud mental, aumento de violencia sexual y recesión económica mundial. Las consecuencias de la pandemia afectan radicalmente a la economía y salud mundial.

Es importante enfocar esfuerzos en las mujeres niños y adolescentes sobre todo los más pobres, los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios, inmigrantes y discapacitados, población que es más vulnerable. Las consecuencias posteriores a la pandemia son incalculables.

El impacto de estas estrategias se centra en el desarrollo del ODS 3 relacionado directamente con salud:

- Reducción de muerte materna
- Poner fin a las muertes de recién nacidos y menores de 5 años
- Poner fin a la epidemia de VIH, tuberculosis y malaria
- Promover la salud mental
- Reducción del suicidio
- Acceso universal de salud sexual y reproductiva
- Disminución de tasa de natalidad adolescente (74)

La estrategia mundial cuenta con un marco operacional diseñado para cinco años, que se actualiza regularmente. Este se construye en consulta con los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil, organismos internacionales, otros interesados y asociados. Todos los esfuerzos son importantes, es importante el compromiso y la adopción de medidas colectivas para

aprovechar la colaboración y mejorar la salud y el bienestar de todas las mujeres y adolescentes.(70,71)

2.2 Estrategias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe enfocadas en la reducción de la mortalidad materna

En los últimos años, la región de América latina y el Caribe ha logrado avances importantes en la mejora de la salud de las mujeres, adolescentes y niños. Se ha registrado una reducción de la mortalidad materna y neonatal. A pesar de los progresos alcanzados, no todos los grupos de la población se han beneficiado, persisten diferencias entre los países de la región e incluso dentro de los mismos. Las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, residentes en áreas rurales, pertenecientes a comunidades indígenas y minoritarias, mujeres con menor escolaridad presentan una mayor carga de morbilidad y mortalidad.

En el mes de septiembre del año 2011 se celebró la 63 sesión del Comité Regional organizado por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la que se propuso el plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave. Fue un paso para mejorar la salud de las mujeres, y parte de los esfuerzos para alcanzar los ODM.

El plan se fundamentó en el derecho a la salud, proporcionar salud de la mayor calidad posible, accesible a toda la población indistintamente de la religión, raza, ideología, política o condición social o económica. El plan formaba parte de una serie de planes y estrategias desarrolladas en la región desde años atrás, como la resolución sobre “Población y salud reproductiva” de 1998; la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna en el año 2002, la Estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, elaborado en el 2008, y el Plan de acción sobre la salud de las adolescentes y jóvenes en el 2009.

En el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad materna grave (ejecutado en el periodo 2012-2017) propuso la intensificación de las intervenciones claves comprobadas para la reducción de las defunciones maternas en áreas estratégicas que fomentaran el acceso a la atención prenatal de calidad, incluida la planificación familiar, la atención durante el parto y el puerperio por personal de salud capacitado.

El plan de acción tenía como objetivo el fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna, la reducción y prevención de las causas de mortalidad materna grave. Se enfocó en cuatro áreas estratégicas:

- Prevención de embarazos no deseados y las complicaciones que se podían derivar. Esta área incluía fomentar el uso de métodos anticonceptivos, sobre todo en jóvenes.
- Acceso a servicios de salud materna de calidad.
- Recurso humano calificado para la atención, pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio.
- Contar con la información para la acción y rendición de cuentas, fortaleciendo los sistemas de vigilancia e información de la salud materna. (75)

Al culminar con el periodo propuesto por los ODM, y al obtener avances significativos en la región, aunque no los suficientes, la OMS propuso estrategias mundiales basadas en los avances obtenidos. Se planteó la continuación de diversas estrategias que habían tenido buenos resultados en la región de América latina y el Caribe, con base en la nueva estrategia mundial y en sintonía de los ODS.

La divulgación y discusión de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, propuesta por la OMS en la región de las Américas, dio lugar al compromiso de Santiago, llevado a cabo en la ciudad de Santiago, Chile, en julio del año 2017. Este compromiso propone la aplicación de la estrategia mundial, junto a esfuerzos novedosos y efectivos. En la estrategia mencionada se desea asegurar la salud física y mental, así como el bienestar de todas las mujeres, niños y adolescentes en América.

En el año 2018 se registró un nuevo avance en la mejora de la salud de las mujeres pertenecientes a la región de América latina y el Caribe, cuando los estados pertenecientes a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y adolescentes 2018-2030.

Este plan se elaboró con la finalidad de proteger los avances logrados hasta el año 2018 y disminuir las diferencias entre la región, promover la vida saludable, el acceso a salud y el bienestar de todas las mujeres, niños y adolescentes de América latina y el Caribe. El plan va de acuerdo con los ODS, la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente y la Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030.

La justificación principal de este plan es la desigualdad de los progresos en cuanto a la salud de las mujeres, niños y adolescentes de la región. Los progresos no han beneficiado a ciertos subgrupos de la población. Los grupos indígenas, de menor escolaridad, pobres, pertenecientes a zonas rurales tienen una mayor morbilidad y mortalidad que puede ser prevenida.(76)

La ejecución eficaz del Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y adolescentes 2018-2030 requiere de una acción multisectorial estratégica y sostenida. El seguimiento, la ejecución y la planeación de las acciones en conjunto con el sector de educación, justicia y protección social son esenciales para abordar los determinantes sociales que influyen en la salud de las mujeres, las adolescentes y niñas.

Como parte de los esfuerzos para la reducción de la muerte materna se forma el Grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna (GTR). Desde su inicio de actividades en el año de 1998 ha colaborado e incentivado el trabajo en equipo por parte de diferentes actores regionales para implementar programas y políticas enfocados en la reducción de las defunciones maternas en América latina y el Caribe.

A la GTR se le atribuye:

- Incentivar programas y políticas nacionales basados en evidencia de calidad, para la reducción de las defunciones maternas.
- Mejorar los servicios de atención materna incorporando el respeto e interculturalidad.
- Reforzar las estrategias de prevención de muerte materna a través de la difusión de información y guías de vigilancia.

Los objetivos del GTR son generar un compromiso político por parte de los gobiernos con la reducción de la mortalidad materna, trasladar financiamiento nacional y global a los programas destinados a la reducción de la mortalidad materna, promover las buenas prácticas a través del conocimiento adquirido, promover el monitoreo de las estrategias y dar un panorama de la situación de la mortalidad materna en la región. (77)

En la última década, América latina y el Caribe han progresado moderadamente en la reducción de la mortalidad materna; sin embargo, la pandemia de COVID-19 hace peligrar los avances. De los datos que se han podido recolectar, se ha registrado un aumento en defunciones maternas. Las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles y muchas otras sufren complicaciones a largo plazo.

El GTR consolidó la información sobre la tendencia de la mortalidad materna en la región, a través de la publicación “Panorama de la situación de la mortalidad y morbilidad maternas: América Latina y Caribe”. Tres años después y debido a los datos obtenidos durante la pandemia y los nuevos retos que representaba, el GTR lanza el “Consenso estratégico interagencial para la reducción de la morbimortalidad materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030”.

El conceso tiene como meta facilitar la toma de decisiones políticas al momento de asignar recursos, enfocados en la aceleración de la reducción de la mortalidad materna a través de la inversión en salud materna, salud sexual y reproductiva y, en particular, asegurar los avances a todas las mujeres, especialmente a las pertenecientes a grupos poco favorecidos.

El análisis de los avances en la región pone en descubierto la necesidad de enfocarse en las siguientes prioridades:

- Orientaciones estratégicas a nivel de las políticas públicas: crear políticas públicas definitivas que se enfoquen en la equidad, logrando un acceso y cobertura universal de la salud materna, sexual y reproductiva. Asignar recursos para la ejecución de políticas públicas relacionadas con la salud materna.
- Orientaciones estratégicas a nivel de los sistemas de salud: mejorar la calidad de la atención en salud materna, sexual y reproductiva, garantizar el derecho a la salud de todas las mujeres. Invertir en el personal de salud, mejorando sus condiciones de trabajo.
- Orientaciones estratégicas relacionadas con los sistemas de información y vigilancia: establecer las barreras que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud materna e identificar a la población más afectada por estos obstáculos.
- Orientaciones estratégicas relacionadas con los métodos de anticoncepción: mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, asegurando el derecho a decidir con libertad el cuándo, dónde y cuantos hijos desea procrear.
- Orientaciones estratégicas relacionada con la respuesta integral al aborto inseguro.
- Orientaciones estratégicas relacionadas con la población adolescente y la juventud: incluye atender las necesidades de métodos anticonceptivos de los adolescentes, reconocer sus derechos y el impacto que tienen en el desarrollo de los países.
- Orientaciones estratégicas relacionadas con la salud materna, la salud sexual y reproductiva, y la COVID-19: disminuir el impacto perjudicial de la pandemia COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, y en la morbilidad y la mortalidad materna.
- Orientaciones estratégicas relacionadas con la salud materna, la migración y las crisis humanitarias: identificar los problemas particulares que enfrentan las mujeres y las niñas marginadas para acceder a servicios de salud de calidad.(78)

Estas nuevas observaciones se realizaron derivadas a la identificación de barreras, al avance de las estrategias y planes propuestos con anterioridad. A través del Consenso estratégico interagencial para la reducción de la morbimortalidad materna se hace un llamado a la acción y brinda recomendaciones a las que se enfrenta América latina y el Caribe.

Se han efectuado estimaciones que permiten imaginar escenarios con respecto al comportamiento de la mortalidad materna: uno mínimo, el retroceso de 5 años en la disminución de la RMM en la región; uno de media, retrocesos significativos de 13 años, y uno máximo, retroceso de 20 años en la reducción de la RMM.

A través de herramientas proporcionadas por diferentes agencias e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, dedicadas a la reducción de mortalidad materna, se recomiendan la adopción de prácticas basadas en la evidencia que tengan contextos locales y tomen en cuenta a las poblaciones más vulnerables, y desarrollar la capacidad nacional para la implementarlas y mantenerlas. (79)

2.3 Estrategias de salud pública en Guatemala enfocadas en la reducción de la mortalidad materna

Guatemala es un país pobre con alta tasa de fecundidad. Durante las últimas décadas ha registrado incremento de embarazos adolescentes y maternidad temprana ligados a las deficiencias en los sistemas de salud y educación. Este considerado como uno de los principales problemas sociales y de sanidad que afectan el bienestar de las mujeres jóvenes. En búsqueda de la participación de los jóvenes en el desarrollo del país, el 23 de septiembre de 1996, a través del Acuerdo Gubernativo número 405-96, se crea el Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE). (80,81)

CONJUVE contempla entre sus atribuciones la realización de planes, programas y estrategias con el fin de responder a los diferentes problemas planteados de la juventud, y se posicionó como el ente rector encargado del monitoreo de las propuestas y acciones dentro del marco jurídico que beneficie a la juventud del país. (82)

En los últimos 10 años se ha registrado descenso en la tasa de fecundidad total de la población guatemalteca. Para el año 2017 fue de 87.9 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil. Mientras que la tasa de fecundidad adolescente no se ha reducido de manera significativa, en el grupo de edad de 10 a 14 años se ha mantenido en 3.2 en los últimos 12 años y en adolescentes entre 15 a 19 años, en 78.8 por cada 1000 mujeres.(83) Como consecuencia, el 12.9% de las muertes maternas para el año 2016-2018 corresponden al grupo de adolescentes. (66)

CONJUVE en respuesta a la problemática existente y con el fin de reducir la tasa de mortalidad materna en adolescentes, formula el Plan Nacional de Prevención de Embarazos Adolescentes en Guatemala (PLANEA), a través de la intervención intersectorial y

acompañamiento de SEGEPLAN, UNFPA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Guatemala.

Entre las líneas estratégicas y de acción se encuentran: salud, educación, vivienda, medio ambiente, deporte, prevención de violencia, equidad de género, participación ciudadana y trabajo. El objetivo principal es proporcionar a los adolescentes un desarrollo integral en respeto a sus derechos y necesidades. (84)

El PLANEA 2018-2022 se ha desarrollado en 3 ejes estratégicos, basados en recomendaciones internacionales con la intervención intersectorial para disminuir los embarazos en adolescentes.

- Eje estratégico 1. Desarrollo de destrezas y habilidades para la vida: con la participación del Ministerio de Educación (MINEDUC) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) plantea garantizar el acceso en educación a las adolescentes para adquirir capacidades y generar oportunidades para su desenvolvimiento social, económico y político. Reconoce la educación como un factor protector en la prevención del embarazo. Pretende disminuir la tasa de deserción escolar y aumentar la cobertura en educación a través de becas y bono seguro. (45)
- Eje estratégico 2. Servicios integrales y diferenciados de salud para adolescentes y educación integral en sexualidad (EIS): su finalidad es proporcionar conocimientos que sean adecuadamente utilizados por las adolescentes en la toma de decisiones asertivas respecto a su salud sexual y reproductiva, basados en sus derechos y equidad de género. Se debe garantizar la educación integral en sexualidad en las escuelas, acorde a su edad. Todos los adolescentes deben tener derecho a gozar del más alto nivel de salud, acceso a los servicios de salud integral, sexual, reproductiva y uso de anticonceptivos. Entre las instituciones participantes se encuentran: MIDES, con el Proyecto de Servicio Cívico y Programa Jóvenes Protagonistas, este último con el objetivo de reducir la inseguridad social de los adolescentes en condición de pobreza, a través de formación de valores, capacitación y potenciar su talento artístico, para mejorar su desenvolvimiento social y económico. (45,85) El Ministerio de Gobernación y la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia (SBS), a través del Programa de Servicio Cívico, son los encargados de proporcionar capacitaciones en la prevención del embarazo adolescente y reducción de la violencia en la comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) proporciona los servicios de salud integral orientados en mejorar la salud sexual y reproductiva en adolescentes.

- Eje estratégico 3. Participación Juvenil ciudadana y multisectorial: todos los adolescentes son ciudadanos con derechos, por lo que se debe de fomentar las organizaciones juveniles a nivel local que permitan su participación activa como líderes y en la toma de decisiones en los temas que afecten su integración a la sociedad.
- Eje transversal. Coordinación Interinstitucional: Es necesaria la intervención en un modelo ecológico, integrado por políticas nacionales, departamentales, municipales, comunitarias, familiares e individuales, con el fin de garantizar la respuesta efectiva de PLANEA. Elaborar una base de datos que contenga las asociaciones u organizaciones que favorezcan la prevención de embarazos adolescentes y permitir la participación activa en un acuerdo de trabajo.

PLANEA, dentro de su resultado general, busca reducir 5 puntos porcentuales la cantidad de embarazos en adolescentes para el año 2022, bajo una implementación a nivel central, departamental y municipal. Se basa en indicadores de impacto como la tasa específica de fecundidad en adolescentes, tasa neta de escolaridad y tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos. El monitoreo parte de la recolección y análisis de información, medición del avance de las estrategias y difusión de resultados a nivel central y departamental, con un informe de avances y resultados de manera cuatrimestral y anual.(45,84)

En el periodo del 2010 al 2015 se implementa en Guatemala el Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva a través del modelo de las demoras. En su contenido establece las 4 demoras principales y sus condicionantes que originan el problema de la mortalidad materna.

- **Primera demora.** En las comunidades se desconoce los signos y señales de peligro durante el embarazo. La intervención es a través de los medios de comunicación y guías para proporcionar información en la identificación de signos de alarma y promoción de maternidad responsable y saludable.
- **Segunda demora.** A pesar de reconocer los signos de alarma y peligro durante el embarazo, la falta de empoderamiento de la mujer y la inequidad de género (esposo, suegra o comadrona son los principales actores en la toma de decisiones) retrasan la atención en salud. Entre sus acciones se registra la creación de planes de emergencia familiar y la concientización a la pareja para prepararse ante complicaciones presentes en el embarazo o puerperio.
- **Tercera demora.** Dentro del territorio nacional existen limitaciones para la movilización en muchas comunidades y difícil acceso a los servicios de salud. Por ello, es necesario asegurar el traslado seguro de la gestante en riesgo, asegurar la atención

obstétrica en centros de atención de salud y realización del Plan comunitario y Hogares maternos.

- **Cuarta demora.** Derivado a la atención deficiente por falta de conocimientos, destrezas o actitudes de los prestadores de salud y escasez en equipo o medicamentos, se plasmaron las acciones sobre el manejo de emergencia obstétrica para garantizar atención del parto, posparto y del recién nacido con dignidad y calidad. (86)

La mortalidad materna afecta a las familias guatemaltecas, en muchos de los casos pudo haberse prevenido la defunción materna. En respuesta a la alta situación de muerte materna y neonatal, se realiza el Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2015-2020, como continuación del Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015. El plan establece la implementación de estrategias y normativas para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud reproductiva en los diferentes niveles de atención.

Guatemala ha confirmado su compromiso en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, respaldado en un robusto marco legal y político. Entre ellas:

- Constitución Política de la República de Guatemala, en los artículos 93,94 y 95 establece que la salud es un derecho fundamental, por lo que el Estado debe proporcionar asistencia social a todos sus habitantes sin discriminación alguna, intervenir en la realización de acciones de prevención, promoción y recuperación integral de la persona.(87)
- Ley de Desarrollo Social. En el año 2001 se crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud reproductiva a hombres y mujeres, para reducir los índices de mortalidad materna e infantil. (65)
- Plan de Desarrollo Katún “Nuestra Guatemala 2032”. En 2013, el MSPAS registró 44.5% de muertes maternas secundarias a la atención deficiente de salud y falta de intervención oportuna. Debido a las demoras en la atención obstétrica se ha registrado mayor número de muertes maternas en mujeres jóvenes de área rural. (88) Esta política nacional de desarrollo es a largo plazo y establece la meta de reducir la tasa de mortalidad materna en cinco puntos cada año, a partir del 2015.
- Ley para la Maternidad Saludable. Establece como objetivo la promoción de acciones para reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal a través de mejorar la atención en salud antes, durante y después del embarazo, mejorar la calidad de vida a través de la información oportuna y veraz para el desarrollo humano.

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

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021-2025 se basa en los detalles de los informes de país de mortalidad materna para el fortalecimiento del sistema de salud y en la actualización de información basada en evidencia para diseñar las metas de erradicación la mortalidad materna. Las metas trazadas para el período de intervención son la reducción de la mortalidad materna en 1 punto porcentual por año y la reducción de la mortalidad neonatal en 1 punto porcentual por año. Se han diseñado 4 ejes estratégicos para la reducción de la mortalidad materna:

- **Eje estratégico 1: Acceso universal y equitativo a servicios de metodología anticonceptiva.** Su objetivo es reducir la demanda insatisfecha de las mujeres en edad fértil a partir de los 14 años, promocionar la metodología anticonceptiva mediante campañas de información a la población basado en el respeto sociocultural y elaboración de un sistema de distribución eficiente, ofrecer un servicio adecuado a través de la consulta externa. La población adolescente debe tener atención especial que brinden confidencialidad y consejería de acuerdo a la educación integral en sexualidad.
- **Eje estratégico 2: Red de servicios de salud integrados, brindando atención con calidad, calidez y pertinencia cultural.** Su enfoque es en los cuidados integrales pertinentes previo a la concepción, atención prenatal, parto y puerperio en los servicios de salud.
 - El proceso de atención debe asegurar la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud materna y neonatal, garantizado a través del recurso humano suficiente el servicio sanitario oportuno, de calidad, calidez y dignidad, y evitar limitar o retrasar el acceso de atención médica. Facilitar a las comunidades la información de los servicios ofrecidos en cada unidad y monitoreo para constatar el cumplimiento de los protocolos de atención con base en las normativas que permiten mostrar las deficiencias y elaborar las correcciones en mejora de la atención con calidad.
 - Para favorecer la maternidad saludable es necesario la participación multisectorial, incluidas las autoridades locales y la sociedad civil, con el objetivo de mejorar el cuidado de la mujer en todas las etapas del embarazo. Es necesario el desarrollo de cuatro puntos importantes: (87)

- Estrategia de las Casas Maternas: permitir hospedarse de manera temporal a mujeres embarazadas que se encuentren en fecha cercanas a su parto, en Casas Maternas en cercanía a los hospitales o Centro de Atención Permanente y Centro de Atención Materno Infantil, para proporcionar un servicio oportuno y eficaz, con la participación de organizaciones que contemplen el objetivo de esta estrategia. (89)
- Comisión de Salud para la elaboración e implementación comunitaria de planes de parto y emergencia, que permita identificar los signos de alarma y peligro durante en el embarazo, a través del Manual de los cinco pasos con el apoyo de autoridades locales.
- Intercambio de saberes a través de actividades que fortalezcan el vínculo de maternidad saludable con la acción de las comadronas, con el apoyo de estrategias como el MATEP para la atención de parto en su incorporación cultural, principalmente en municipios con dificultad de acceso a servicios de salud. En el año 2017, el 29% de partos registrados fueron asistidos por comadronas, pero este porcentaje se incrementa hasta el 80% en comunidades rurales.
- Se debe realizar la evaluación del grado de satisfacción en la atención de calidad a la usuaria.
- **Eje estratégico 3: Recursos humano calificado.** Todo personal encargado de ofrecer atención en salud debe de poseer conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo de complicaciones materno y neonatales. Es necesario desarrollar las destrezas para realizar un trabajo de calidad, mantener educación médica continua para la actualización de los avances científicos basados en evidencia, así como la incorporación de nuevo personal posterior a una inducción y ejercicios de simulacros para reiterar la atención organizada en momentos de emergencia.
- **Eje estratégico 4: Vigilancia epidemiológica y sistema de información.** El sistema de recopilación de información tiene como fin mostrar el grado de avance e impacto posterior a la implementación de acciones o procesos, y permitir el análisis de la situación.
 - La Mesa Técnica de Mortalidad Materna y Neonatal, a través de la revisión de documentos permite el análisis de las muertes maternas y neonatales y la identificación de las fallas, con la finalidad de mejorar los planes y la vigilancia de muertes maternas.

- Implementación del Sistema Informático Perinatal. Es una herramienta que resume la información del desarrollo del embarazo a través de su uso epidemiológico.
- Implementación del protocolo de morbilidad materna extrema que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días postparto y pone en riesgo la vida de la mujer. Es un problema multifactorial, determinado por las condiciones individuales, servicios de salud y contexto cultural. Permite evaluar la atención de la mujer, evolución y resultado final a partir de la identificación y aplicación de intervenciones oportunas.

El reporte generado por el Departamento de Epidemiología del MSPAS es indispensable para generar datos confiables de la defunción materna y neonatal; es por ello que el personal de salud debe estar capacitado para el lleno correcto y de esta manera favorecer el análisis y sugerencias de mejora en los planes establecidos. (87)

En Guatemala, el seis de marzo del 2008 se firmó un convenio entre el Congreso de la República y las organizaciones de la sociedad con la finalidad de constituir el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), como respuesta a los compromisos internacionales y cumplir el marco legal de salud reproductiva en Guatemala.

OSAR plantea como objetivo reducir la mortalidad materna y neonatal a través de la promoción de salud reproductiva y mejora de los determinantes multifactoriales que perjudican la salud en la población guatemalteca, basado en la cooperación de organizaciones e instituciones. Entre sus líneas de acción se encuentra la investigación con la participación ciudadana para generar información que fortalezca las estratégicas establecidas en un marco legal.

En respuesta a los indicadores de salud reproductiva de Guatemala, OSAR mantiene un riguroso control para el monitoreo y elaboración de informe estadísticos sobre embarazado adolescente y la elaboración de campañas visuales con el fin de prevenir la violencia sexual, el embarazo y promover la maternidad saludable. Son herramientas necesarias para una adecuada intervención en la población adolescente. (90,91)

El Programa Vida, bajo la dirección del MIDES, contribuye a mejorar el acceso a servicios de salud a niñas y adolescentes embarazadas menores de 14 años víctimas de violencia sexual, y proporciona a través de transferencia financiera el apoyo para el desarrollo integral en área tanto urbana como rural. (92)

CAPÍTULO 3. Avance de las estrategias de salud pública con respecto a la situación actual de la mortalidad materna adolescente

SUMARIO

- **Progreso de las estrategias de salud pública enfocadas a la disminución de la mortalidad materna en el adolescente en población mundial**
- **Progreso de las estrategias de salud enfocadas a la disminución de la mortalidad materna en adolescentes latinoamericanas**
- **Progreso de las estrategias de salud enfocadas a la disminución de la mortalidad materna en adolescentes guatemaltecas**

A nivel mundial, regional y local, se han establecido objetivos específicos para reducir la mortalidad materna. Es necesario conocer los avances actuales para determinar el alcance y efectividad de las estrategias, programas y políticas traducidos a datos estadísticos que permitan reconocer las debilidades y obstáculos para implementar nuevas estrategias, descrito dentro de este capítulo.

3.1 Progreso de las estrategias de salud pública enfocadas a la disminución de la mortalidad materna en el adolescente en población mundial

En el año 2000, los Estados miembros de las Naciones Unidas adquirieron el compromiso de alcanzar los ODM, entre los cuales se planteaba la reducción de la RMM de 1990, hasta el 75% para el año 2015. Por tanto, se creó una comisión de alto nivel sobre información y rendición de cuentas para la presentación de informes con las mediciones exactas de mortalidad materna en cada país. Se ha observado la obstaculización de la recopilación de información por la carencia de sistemas integrales y la subnotificación. Para ello, se implementó el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG), cuyo propósito es otorgar estimaciones más exactas para verificar los avances mundiales y nacionales.

En los últimos 25 años la RMM mundial ha disminuido en un 44%, si se considera una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos en el año 2015. Las muertes maternas registradas en el intervalo de los años 1990 a 2015 se han reducido en un 43%, por lo que significa que disminuye el riesgo de muerte materna a nivel mundial a 1 muerte por 180 mujeres. La anterior registrada se delimitaba en 1 muerte por 73 mujeres. A partir de las estimaciones se da a conocer que 39 países han logrado un progreso en la reducción de la RMM, pero solo 9 lograron alcanzar la meta 5A de los ODM.

La meta trazada en los ODS corresponde a una RMM mundial menor a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Para esto, será necesario la reducción de una RMM anual de 7.5%. Para la obtención de datos estadísticos confiables, cada país debe implementar registros

rigurosos de cada muerte materna, en un esfuerzo para establecer mejorías las estrategias y líneas de acción encaminados a la reducción de la mortalidad materna. (93)

La OMS acordó la realización de un único informe en el cual se establecen los avances en la cobertura universal de las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño. Este informe proporciona los logros, obstáculos y actividades en el ámbito de salud.

Referente a la salud de la mujer, se registra la reducción de mortalidad materna y continuación de muertes maternas de causa prevenible. Persiste la falta de información y acceso a métodos de planificación familiar. En países en desarrollo existen 214 millones de mujeres en edad reproductiva que no desean quedar embarazadas y desconocen los métodos anticonceptivos modernos. Dentro de las principales razones de la falta de uso de métodos anticonceptivos se identifican barreras socioculturales, desconocimiento e inaccesibilidad de servicios. En consecuencia, la OMS en el 2018, publica un manual dirigido a los prestadores de servicios en salud sobre planificación familiar y su abordaje.

En el año 2018, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (INICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportaron que más de 290 000 mujeres murieron secundarias a una complicación durante el embarazo, parto o puerperio en año 2017.

Aproximadamente 12 millones de adolescentes en edad de 15 a 19 años y 777,000 niñas menores de 15 años dan a luz en países en desarrollo cada año. Para el año 2020, la tasa mundial de natalidad adolescente se documentó en 41 partos por 1000 mujeres de esa edad, y se observó una disminución de embarazos a partir de 1990. En África subsahariana, la tasa de fecundidad en adolescentes permanece elevada, con 101 nacimientos por cada 1000 adolescentes. Las principales causas de muerte en adolescente son las complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Todas las adolescentes deberían de poder acceder a la educación sexual integral, uso de métodos anticonceptivos e información de acuerdo con su edad, para disminuir a través de la didáctica la cantidad de embarazos adolescentes y maternidad temprana. (94)

La violencia hacia niñas y mujeres trae consigo problemas de salud tanto físicos, psicológicos como sexuales. Para el año 2010 se estimaba que más del 35% de las mujeres en el mundo habían sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida. Por esta razón, la OMS brinda apoyo a todos los países que cuenten con estrategias en salud para erradicar la violencia en la mujer y buscar la equidad de género, a través de un plan de formación dirigido al personal sanitario.

Concerniente a la salud de la madre y del recién nacido, para el año 2015 se registraban 303,000 muertes maternas a nivel mundial; el 23% se debía a hemorragia grave como complicación directa presentada en cualquier etapa del embarazo o parto. En el intervalo del 2006 a 2012, solo el 69% de embarazadas recibió atención especializada durante el parto, porcentaje que ha ido en aumento: se reportó para el 2013 y 2018 que un estimado del 81% de mujeres embarazadas han recibido atención en salud de calidad durante su embarazo y el 77.5% afirman recibir atención prenatal en al menos 4 ocasiones, lo que puede garantizar la reducción de muertes maternas al obtener una cantidad adecuada de atención. (70,95)

Todos los países deben adoptar modelos de transición obstétrica; esto indica que los cambios de las tendencias demográficas pueden intervenir en los riesgos maternos y las estrategias aplicadas. En medida que se reduce la tasa de mortalidad materna, las causas primarias de muerte materna cambiarán también, y pasarán de causas directas prevenibles a causas indirectas y enfermedades crónicas, con nuevos desafíos y la modificación de los planes de acción e intervenciones para continuar en la erradicación de la mortalidad materna. (30)

Con la llegada de la emergencia sanitaria derivada a la pandemia SARS-CoV-2, los servicios de planificación familiar, suministro, atención primaria en salud han presentado interrupciones. El Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) prosiguió brindando atención a las necesidades de las mujeres y niñas en el año 2021, logró distribuir información y servicios en planificación familiar a 29 millones de mujeres y proporcionar asistencia a más de 1.5 millones de partos. Inclusive ha otorgado atención sanitaria a través de la telemedicina. Se ha evitado 12.7 millones de embarazos no deseados y 39,000 muertes maternas, y 3 millones de niñas han recibido protección en contra del matrimonio infantil y forzado.

En África Occidental y Central se abordaron los problemas relacionados a educación sexual, cobertura en salud y equidad de género a través del Proyecto de Empoderamiento de las Mujeres. En Asia y Pacífico se ha garantizado los servicios sanitarios para las mujeres y niñas basados en los derechos humanos. (96)

Cada año mueren miles de mujeres debido a complicaciones del embarazo o parto de causa prevenible.

3.2. Progreso de las estrategias de salud enfocadas a la disminución de la mortalidad materna en adolescentes latinoamericanas

En el año 2010 se presentó un reporte de avance en el ODM 5 (reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva) en América latina y el Caribe. Se propuso la RMM como primer indicador de los avances obtenidos, y se le definió como el número de mujeres que mueren durante un año por causas relacionadas al puerperio, parto o embarazo, por cada 100 000 nacidos vivos.

La RMM resultó ser una herramienta útil para medir los avances obtenidos, aunque no es tan preciso porque diversos factores afectan su confiabilidad y el registro es deficiente en la región. Durante este periodo, Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y Uruguay reportaron una RMM inferior de 50 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, valores que contrastan con las 630 defunciones registradas para el mismo periodo en Haití.

En este reporte se hizo la recomendación sobre el desarrollo de herramientas para un mayor control y registro de las defunciones maternas; se identificó poca confiabilidad en los datos recolectados debido a un subregistro o una mala clasificación de las muertes maternas.

En cuanto a la causa de las defunciones maternas, la información recopilada evidencia que las causas obstétricas directas fueron responsables de casi el 60% de las muertes maternas, entre las que sobresalen la enfermedad hipertensiva, con un 23%; la hemorragia durante el embarazo, parto o puerperio con un 18%, el aborto con 11%.

La información disponible sobre los programas de salud reproductiva y sexual evidenciaba la falta de información sobre grupos importantes, como la población adolescente. El indicador sobre prevalencia del uso de anticonceptivos tomaba en cuenta solo mujeres casadas o en unión, aun cuando gran parte de las relaciones sexuales estén fuera de esta situación. En 2003 se registra que el 19% de los nacimientos se dieron en adolescentes, y 75% de las madres solteras.

Uno de los factores más asociados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna es la atención del parto por personal capacitado y calificado, que pueda atender una complicación. De 36 países que disponen de información, 27 alcanzaron el umbral de 90% de partos atendidos por personal de salud. Países como Haití, Bolivia, Guatemala y Perú son países más rezagados.(97)

Se estima que del año 1990 a el año 2015 se presentó un avance considerable en la RMM: de 138 defunciones maternas registradas en la región de América latina y el Caribe a 68 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Se observó una mayor cantidad de partos atendidos por

personal capacitado si se pone como punto de comparación el año 1990, con un 74% de partos atendidos versus el 94% de partos atendidos durante el año 2014.

La salud reproductiva y sexual han tenido avances durante los años, aunque no tan satisfactorios. En el año de 1990 se registró 61.1% de la prevalencia general del uso de métodos anticonceptivos correspondientes a la región, comparado con el avance registrado en el año 2014, en el cual se reportó un 73%. Se ha observado una disminución de mujeres insatisfechas con respecto al acceso de métodos anticonceptivos. El progreso ha sido lento y desigual en toda la región.(98)

Se estima que entre el año 2008 al 2015 la tasa de mortalidad en adolescente de América Latina y el Caribe no presentó mayor variación. Sin embargo, la tasa de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años de edad continuó siendo la segunda tasa más alta de fecundidad a nivel mundial y se registró como la disminución más baja en el periodo de 2010 al 2015.

La esperanza de vida en las mujeres pertenecientes a la región de América ha aumentado dos veces más desde el año de 1950; sin embargo, la esperanza de vida sana no ha presentado el mismo avance. Aún se presentan retos importantes como el abordaje de factores de riesgo y determinantes de la morbilidad y mortalidad materna prevenible.

En el periodo de 2010 al 2015 solo 23 países de América latina y el Caribe notificaron la razón de la mortalidad materna, lo que demuestra el gran reto al que se enfrenta la región de acuerdo al seguimiento de las defunciones maternas y la salud materna. En los países que presentaron datos se observó una disminución en promedio de 11%, sin embargo, aún se encuentra muy lejos de la meta propuesta por los ODS. La hemorragia y la hipertensión siguieron siendo las causas principales de las defunciones maternas. En tercer lugar, se encontraron las complicaciones relacionadas al aborto, las cuales mostraron una disminución, al pasar del 9% en el año 2010 al 7% en el 2015.

En el año 2015 se informó de tres países con una RMM mayor a 125 por 100 000 nacidos vivos en grupos afrodescendientes e indígenas, lo cual es opuesto a estimaciones en el año 2017, las cuales reportan una RMM de 44 defunciones maternas para la región de América Latina y el Caribe en general.(76)

El GTR en el año 2021 alertó a la región de América Latina y el Caribe sobre un estancamiento de la disminución de la mortalidad materna. Se reportaron 67.2 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos, números que se acentuaron durante la pandemia de Covid-19. Se proyectan diferentes escenarios en los cuales, de no tener intervenciones, podrían representar hasta 20 años de retrocesos en la reducción de la mortalidad materna.(79)

Algunos países de la región reportaron un aumento considerable en la mortalidad materna. Tal es el caso de Brasil, el cual registró un aumento de 77% de muertes maternas entre el año 2019 y 2021. Se registró un total de 1575 defunciones maternas en el año 2018. Dos años después se registraron 2787 muertes maternas.

México siendo el segundo país más poblado de la región y registró un aumento de 49% al registrar 1036 muertes maternas en 2021. En Perú se registró un 63 % con 493 muertes. Los niveles de mortalidad materna registrados durante la pandemia son inaceptables y alejan cada vez más a la región de alcanzar los ODS.(99)

Las medidas restrictivas y el cierre de algunos centros de atención para disminuir el impacto de la Covid-19 han reducido los servicios de salud disponibles y han generado un aumento en la barrera de acceso. La búsqueda de servicios de salud disminuyó considerablemente por el temor de ser contagiado por Covid-19. La pandemia ha interferido en los cuatro pilares esenciales de la cobertura universal en salud: disponibilidad de los servicios, la demanda y el acceso a los servicios de salud, los recursos u el equipamiento disponible.

En este contexto, es importante que las estrategias en América Latina y el Caribe para los próximos años vayan enfocadas en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna prevenible. Debe ser prioridad en cada país y región, para que los efectos generados por la Covid-19 no lleven a un retroceso de los avances obtenidos, ni compliquen más los problemas de pobreza y desigualdad.(78)

3.3 Progreso de las estrategias de salud enfocadas a la disminución de la mortalidad materna en adolescentes guatemaltecas

En los últimos 20 años en Guatemala se ha reducido la RMM de manera significativa. A inicios de 1990 se reportó una RMM estimada en 205 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, contrarresta al período 2008-2015, cuando se alcanzó una RMM en 140 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. La razón de muerte materna entre los años 1989 al 2018 descendió 1.66% promedio anual, pero la tendencia registrada ha variado del año 2015 al 2020. La razón de muerte materna incrementó de 0.74% promedio anual. (80)

El MSPAS registró en el año 2018 un total de 22 muertes maternas en niñas adolescentes de 10 a 19 años y 74 373 nacimientos de mujeres de 10 a 19 años, para una RMM para adolescentes de 41.7 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, con un promedio de edad comprendido en 18 años. Estos nacimientos registrados fueron atendidos en la red de salud nacional.(100)

Para el año 2020, la RMM documentada fue de 112 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Entre los indicadores de mortalidad materna se encuentra el riesgo de muerte materna durante su etapa reproductiva. En Guatemala, se estima que una de cada 200 mujeres puede morir por causas maternas durante su etapa reproductiva. La causa de defunción más frecuente son las causas directas (48.99%) como hipertensión arterial y hemorragia obstétrica, que se presentan en mayor porcentaje en los departamentos de Quiché, Guatemala, Huehuetenango, Quetzaltenango y Alta Verapaz.(100–102)

Secundario a la emergencia sanitaria por la pandemia de Sars-COV-2 se han registrado el incremento de muertes maternas cuya causa básica fue Covid-19. Corresponde al 22.71% de las muertes maternas registradas en el año 2021. (93,96)

La meta del ODM 5 estimada para Guatemala era la reducción de la mortalidad materna tres cuartas partes, pero esta descendió a dos cuartas partes, y no se logró alcanzar la meta para el año 2015. Se ha logrado disminuir en un alto porcentaje la RMM comparado con la reducción presentada por los países de América Latina, tomando en cuenta que Guatemala posee una de las más altas RMM de la región. (103)

Para asegurar la maternidad saludable, la OMS acuerda cuatro intervenciones: planificación familiar, cuidado prenatal, parto limpio y seguro, y cuidados obstétricos esenciales. De estas, el uso de métodos anticonceptivos y partos atendidos por personal capacitado han incrementado de manera satisfactoria, marcando una disminución en la RMM.

En el año 2016, Guatemala adquirió el compromiso de cumplir los objetivos ratificados dentro de la Agenda 2030, y estableció diez prioridades nacionales de desarrollo (PND) y 16 metas estratégicas de desarrollo (MED) para la implementación de los ODS a nivel nacional. Dentro de su compromiso se establece la presentación periódica de informes voluntarios, a través de la sistematización y análisis de datos.

En el año 2021 se presenta el III Informe Voluntario, que describe el acceso a servicios de salud como prioridad nacional. En cumplimiento de la ODS 3, la MED tiene como finalidad proporcionar cobertura sanitaria universal, desde su atención, prevención, promoción y rehabilitación. Para el año 2019, la cobertura en salud alcanzó el 48% de la población total, lo que evidencia la carencia de salud en la población, principalmente en las comunidades desprotegidas, con difícil acceso y un alto porcentaje de pobreza.(102)

Dentro de las estrategias para la reducción de la mortalidad maternas se contempla mejorar la atención en salud durante todas las etapas del embarazo. La atención por personal con habilidades, actitudes y conocimientos es un factor importante para disminuir los casos de

muerte materna. Se evidencia el aumento de atención especializada durante el parto en áreas urbanas, mientras que en áreas rurales y predominantemente indígena hay un sesgo de atención en salud materna.

El MSPAS amplió su infraestructura sanitaria y servicios con énfasis en departamentos con índices sanitarios bajos, con la implementación de equipos, insumos y personal capacitado para la atención de calidad y digna a nivel nacional. En coordinación con el MSPAS se han realizado talleres y capacitaciones para el abordaje adecuado de hemorragia obstétrica a nivel comunitario para la prevención de las muertes maternas y en alianza con el MINEDUC el abordaje de educación sexual integral y reproductiva. (83)

En Guatemala existen varios programas destinados a disminuir la mortalidad materna y neonatal, como respuesta del MSPAS junto a sus socios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones públicas y privadas, ante la meta de reducir la RMM. A pesar de los esfuerzos realizados aún hay deficiencia en la recolección de información sobre los avances de estos programas por lo cual es complejo evaluar la eficacia de los mismos.

Los indicadores de salud sexual y reproductiva de Guatemala tienen la necesidad de vigilar la implementación del marco legal. OSAR fundamenta su trabajo en el seguimiento metódico y la aplicación de recursos para la construcción de indicadores y recopilación de datos que permitan obtener una información de calidad y oportuna sobre los avances y desafíos de la implementación de políticas. (104)

Como parte de sus funciones de monitoreo y estadística, OSAR ha proporcionado datos sobre el avance del Programa Vida, programa social que pretende mejorar el acceso a servicios de salud y bienestar social al brindar transferencias monetarias periódicas a niñas embarazadas víctimas de violencia sexual. Desde el año 2013, se cuenta con una ruta de atención integral para niñas víctimas de violencia sexual, con acciones intersectoriales. En departamentos con alto porcentaje de pobreza extrema, condiciones de inseguridad, exclusión e injusticia.

OSAR Concluye: una inadecuada respuesta del programa ante la cantidad de denuncias reportadas, para el año 2018-2019, solo se incluyeron 136 niñas del total de 3475 denuncias, excluyendo niñas en las edades de 10 a 12 años y sin priorizar departamentos de mayor incidencia y sin ejecutar el presupuesto anual establecido, el programa hace énfasis en el cuidado y desarrollo del bebé, pero no en la reinserción en educación a la niña. (105)

A través del análisis de la información recolectada por entidades como OSAR sobre programas aplicados en Guatemala, generan nuevos datos para la creación de nuevos planes y estrategias enfocados en la reducción de la mortalidad materna.

En los últimos años se ha registrado un aumento de esfuerzos para la reducción de los embarazos adolescentes y por ende la muerte de las mismas. CONJUVE, en trabajo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Desarrollo y la secretaria de bienestar social de la Presidencia, aceptan el reto de coordinar estrategias orientadas al desarrollo de intervenciones convenidas entre las instituciones involucradas a la reducción de los embarazos adolescentes.

Dentro de las acciones implementadas en el Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes 2013-2017, destacan:

En los servicios de salud: se ha realizado promoción para la prevención y la atención integrada para adolescentes. El fortalecimiento de educación integral en sexualidad para la prevención de embarazos adolescentes, así como los 368 espacios amigables, 6 clínicas de adolescentes y las capacitaciones al personal docente que intervienen en Prevenir con Educación, promoviendo la salud de los adolescentes.

Para lograr la meta de los ODS para 2030 de “reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos”, Guatemala deberá reducir el 3% de las muertes maternas anuales en un periodo estimado de 12 años. Es necesario fortalecer sus estrategias y buscar acciones con evidencia probada para la reducción de la mortalidad materna. Modificar los determinantes multifactoriales de las muertes maternas, priorizar a las comunidades indígenas en área rural vulnerables y capacitar al personal para la adecuada atención y resolución del parto, como el manejo de complicaciones obstétricas para reducir las muertes maternas.

A través de la mesa técnica interinstitucional, presentan en el año 2017 el PLANEA 2018-2022 como un esfuerzo por continuar con las acciones iniciadas en PLANEA 2013-2017. Liderados por MSPAS y CONJUVE, se busca unificar esfuerzos y optimizar recursos para seguir impulsando el PLANEA en Guatemala.(45)

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

Las y los adolescentes representan el desarrollo de la sociedad, dependiendo de las oportunidades a las que tengan acceso durante este periodo, pueden llegar a desarrollarse como adultos empoderados y activos. La OMS define como adolescencia al periodo entre los 10 a los 19 años, etapa en la cual el sujeto adquiere capacidad para reproducirse. Psicológicamente transita de la niñez hacia la adultez en búsqueda de su autonomía. (48)

En la etapa de adolescencia se empieza a experimentar con la sexualidad, se acentúa con los cambios somáticos y psicosociales, con alto riesgo de iniciar la vida sexual (definida como penetración vaginal), en muchos casos secundario a coacción o violencia sexual. Las principales consecuencias de iniciar vida sexual durante la adolescencia es el embarazo y el aborto. Los adolescentes se preocupan más por sus necesidades personales y no profundizan en el embarazo como un acontecimiento que las transformará en madres. Dentro de los factores para dar inicio a una vida sexual precoz se pueden enlistar la ausencia de educación sexual integral en escuelas y en el hogar, pobreza, familias disfuncionales o monoparentales. El factor protector más importante en la adolescencia es la familia, al proporcionar sentimiento de pertenencia, afectividad y apoyo económico para desarrollar las metas y proyectos de la adolescente. En algunas ocasiones la religión se torna en factor protector, obligando a los individuos a mantener la castidad hasta el matrimonio, pero limitando la prevención del embarazo al no promover la utilización de métodos anticonceptivos. (106,107)

El embarazo adolescente sucede en todas las partes del mundo; no obstante, las niñas y jóvenes de escasos recursos, sin educación, provenientes de regiones rurales, pertenecientes a comunidades minoritarias o marginadas, presentan un mayor riesgo de embarazo a edad temprana. La gestación en los adolescentes es un problema multifactorial, que afecta a miles de niñas y adolescentes con repercusión en su desarrollo económico, salud e incluso su desenvolvimiento en la sociedad.

En los países en desarrollo se registró que casi un tercio de las mujeres dieron a luz a su primer hijo cuando aún eran adolescentes y casi un 50% de estas madres tenían menos de 17 años. Las desigualdades de ingresos y desigualdad de género son impulsores claves del embarazo adolescente y el aumento de matrimonios infantiles. Una niña sin acceso a educación tiene menos probabilidades de desarrollar una profesión, limita su atención médica y a la información sobre salud reproductiva y sexual. Los países de Europa poseen una de las tasas más bajas de

embarazos adolescentes porque poseen un enfoque que prioriza la educación sexual y proporciona acceso universal a métodos anticonceptivos. (108)

Las jóvenes que dan a luz durante el periodo de la adolescencia suelen tener otro embarazo en corto tiempo, lo que puede representar un peligro a la salud física y psicológica de las madres jóvenes. Se estima que casi tres cuartas partes de las jóvenes que tiene hijos antes de los 14 años tienen un nuevo embarazo antes de cumplir 20 años y, alarmantemente, 40% tiene un tercer embarazo antes de iniciar su vida adulta.

Los nacimientos en las adolescentes representan el 16% de todos los nacimientos en el mundo. Se estima que las mujeres que dieron a luz durante su adolescencia tuvieron casi cinco embarazos al llegar a la edad de los 40 años. (109)

Las madres jóvenes tienen una menor oportunidad de obtener educación, se acrecientan cada vez más las dificultades para obtener un buen empleo y un salario, perpetuando de esta forma el círculo de la pobreza. Las madres adolescentes son más vulnerables a sufrir violencia física y psicológica por parte de su pareja (14)

En los últimos años se ha registrado un aumento de la población adolescente a nivel mundial. La población joven perteneciente al área de Latinoamérica es la más grande registrada. Se estima que para el año 2030 la población adolescente represente el 21% de la población total a nivel mundial. (1)

El embarazo adolescente es una problemática en salud que tiene cada vez más relevancia debido al acelerado crecimiento de esta población. El embarazo durante la adolescencia forma parte de un problema sanitario y social que afecta a miles de adolescentes y niñas. La solución del problema es compleja, ya que involucra un alto riesgo en la salud de las adolescentes que viven un embarazo temprano, abandono de estudios y un futuro laboral incierto. Afecta el proyecto de vida de las adolescentes y de su familia. Es un reto político, social y económico. Las adolescentes al convertirse en madres, sus derechos de salud, educación, salud reproductiva y sexual se encontrarán comprometidos. Dado el crecimiento acelerado de esta población se ve la necesidad de crear propuestas, estrategias y planes enfocados en este grupo. (14,83)

Es necesario que todas las mujeres accedan a una atención médica prenatal de calidad durante el embarazo, para reducir los factores de riesgo, complicaciones y prevenir enfermedades concomitantes, asociado al adecuado manejo del parto por personal sanitario capacitado para la reducción de la mortalidad materna-fetal. (110)

Latinoamérica y el Caribe registran la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en todo el mundo. El embarazo adolescente es un fenómeno complicado que debe ser abordado desde las políticas públicas para impulsar el desarrollo y bienestar de las niñas y mujeres. Los embarazos en la adolescencia tienen efectos no deseados en la sociedad. La tasa específica de fecundidad del adolescente (TEFA) ha disminuido a nivel mundial, y ha mostrado variaciones en regiones menos desarrolladas. Latinoamérica y el Caribe aún registran una TEFA mayor comparada con la global, con una tasa de 46 hijos por cada 1000 mujeres; aunque ha disminuido no se han alcanzado los niveles deseados. En Guatemala la TEFA es aún una de las mayores en la región y no se han alcanzado reducciones significativas. La TEFA en adolescentes guatemaltecas de 15 a 19 años ha disminuido de 91.8 a 78.8 en los años de 2016 a 2017, los datos difieren comparando la TEFA para niñas y adolescentes de 10 a 14 años, la cual se ha mantenido en 3.2 y 2 en los últimos 12 años.(14,83)

El riesgo que las jóvenes menores de 15 años mueran durante un embarazo es mayor, hasta cinco veces mayor comparado con las adolescentes de 15 a 19 años. Las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio son más frecuentes y pueden llegar a ser letales. Se estima que las complicaciones derivadas del embarazo son la segunda causa de defunciones adolescentes en el mundo.(11)

Las principales causas de defunción de niñas en las edades de 15 a 19 años, son las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, quienes tienen más probabilidades de ser violentadas, sufrir de violencia doméstica, matrimonios forzados, violencia psicológica. Esta problemática afecta a madre e hijo e impide su adecuado desarrollo.(109)

La salud de la madre y del recién nacido tiene una relación estrecha. Es proporcional la salud materna para el desarrollo del feto y la reducción del riesgo de complicaciones perinatales. La mayor parte de los casos registrados de mortalidad materna son prevenibles a través de un control prenatal eficiente y atención especializada para los embarazos en adolescentes, parto y puerperio.(110)

A partir de la creación de los ODM se observó la importancia del desarrollo de la adolescencia y la influencia positiva que podía tener en la productividad y desarrollo a largo plazo de las futuras generaciones.

Al terminar el periodo propuesto para los ODM, las Naciones Unidas continuaron con las acciones iniciadas, por medio de los ODS. La juventud es reconocida cada vez más como integrante clave en la toma de decisiones y el desarrollo. Los jóvenes deben acceder a

capacitaciones para la sustentación y creación de acuerdos, configura una estrategia crucial para el logro de los ODS.(111)

A partir de los esfuerzos planes y estrategias realizados en el pasado se lanzó la Estrategia Mundial, la cual concentra esfuerzos en la salud de las mujeres especialmente durante el embarazo, en la reducción de las defunciones en niños menores de 5 años y en el desarrollo de los jóvenes. Las estrategias se basan en los derechos humanos, se considera que el acceso a salud es un derecho y una obligación por parte de los gobiernos y sistemas de salud impulsar que esta salud sea brindada a toda la población sin discriminación de género, raza o religión.

Con la finalidad de disminuir la mortalidad materna se establecieron principios en los que se basan la creación de programas y políticas destinados a la reducción de las defunciones maternas. Los pilares fundamentales de la estrategia de salud mundial se basan en aplicar un marco de derechos humanos que aseguren la accesibilidad a la salud, promover el liderazgo, normativos jurídicos y financieros para garantizar la salud materno infantil. Se reconoce la importancia de empoderar a las niñas y las mujeres de forma que sean capaces de decidir cuándo desean ser madres, cuándo desean contraer matrimonio y que puedan tener acceso a educación.

Las estrategias de la OMS para la salud reproductiva analizan los principales obstáculos presentes para la promoción de una adecuada salud reproductiva en las adolescentes. Se observa la falta de políticas efectivas y programas adecuados, así como la deficiente participación juvenil para su desarrollo e implementación. (112)

La acción más efectiva y con un impacto medible para mejorar las condiciones sociales, económicas y de salud en las adolescentes, enfocado en reducir la mortalidad materna-fetal, es la prevención del embarazo adolescente. Es por ello, que muchos países han decidido implementar estrategias y programas de planificación familiar y métodos anticonceptivos por medio de la educación sexual integral. (112)

El conjunto de estrategias y acciones enfocadas en reducir las defunciones maternas, plantean mejorar las condiciones de vida y salud de los adolescentes, sin discriminación, mayor acceso a la información y servicios de salud favoreciendo su desarrollo, con énfasis en los adolescentes en situación de vulnerabilidad y pobreza. (113)

En Guatemala se reconocen avances en el análisis y la vigilancia de la mortalidad materna, que permite contar con información y facilita la toma de decisiones. A pesar de los avances aún hay deficiencia en el registro de datos sobre temas de importancia como el suicidio relacionado con el embarazo. Actualmente la OMS, a través de la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-11), reconoce al suicidio como una causa directa de muerte materna.(67)

A partir del siglo XIX, se ha mantenido un ímpetu en la importancia de los derechos y participación activa de los jóvenes, creando leyes, políticas y programas para un adecuado desenvolvimiento y de esta manera aprovechar el bono demográfico que representan para muchos países. Pero en la actualidad el avance es poco medible, persiste la falta de oportunidades laborales, el ciclo de pobreza y acceso a la educación. Se debe de considerar el ambiente que se propicia a través de los medios de comunicación y redes sociales, que incita a los adolescentes a experimentar una vida sexual precoz con la indiferencia de las consecuencias y complicaciones que se desarrollan durante el embarazo y las implicaciones en su futuro.

A partir del estudio del OMS en colaboración con UNFPA del año 2014, se determinó la RMMA en 144 países, con un registro de 260 muertes maternas adolescentes por cada 100 000 nacidos vivos, siendo mayor en las regiones de África y con menor registro en Europa. Es un dato alarmante, porque se continúan identificando casos de embarazos adolescentes no deseados, resultado de la falta de acceso a información de educación sexual y al incremento de violencia y abuso sexual secundario a la discriminación de género y la pobre respuesta de los gobiernos antes este problema.

Gran parte de las estrategias destinadas a la reducción de la mortalidad materna, no son específicas para un grupo etario en particular; se pone el énfasis en la reducción de la RMM. Sin embargo, las adolescentes deben de tener estrategias específicas que aborden los factores de riesgo que más las afectan para poder obtener resultados verídicos. Pero para esto, se debe de iniciar con una rigurosa recolección de datos que permita observar el panorama real y actual de la mortalidad materna adolescente.

A través los escasos programas y estrategias específicas disponibles para la reducción de la mortalidad materna adolescente, en particular, a través de la prevención del embarazo, es que se han logrado identificar algunos de los obstáculos y visibilizar este importante problema de salud en el mundo, y readecuar las estrategias existentes de reducción de la mortalidad materna, para alcanzar a esta población en particular.

CONCLUSIONES

La mortalidad materna adolescente es un problema multifactorial, las adolescentes poseen escaso conocimiento en sexualidad asociado a limitaciones de infraestructura en salud y acceso a educación. Esto con lleva, a desconocer los riesgos y complicaciones del embarazo en la etapa de la adolescencia. En muchas ocasiones, la discriminación social y la falta de apoyo familiar producen en la adolescente un rechazo al embarazo disponiendo de conductas de riesgo o mayor probabilidad de complicación y defunción durante o posterior al parto.

Se han estructurado leyes y políticas que penalizan la violencia física y abuso sexual, origen de la mayor parte de los embarazos adolescentes, pero no todos los casos son reportados o incluidos en las estadísticas, minimizando el problema. Es por eso, que la creación de estrategias y programas que protejan la integridad y desarrollo de las adolescentes a través de información y medios audiovisuales promoviendo sus derechos es de gran importancia para prevenir el embarazo en la adolescencia y reducir la mortalidad materna adolescente.

Las estrategias enfocadas en la salud materna tienen como finalidad reducir las causas prevenibles de la mortalidad materna. Las estrategias encaminan a un enfoque de salud reproductiva y sexual. Las estrategias ponen como prioridad la equidad y sus principios se basan en el empoderamiento de las niñas, jóvenes y adolescentes, liderazgo por parte de los gobiernos para creación de marco jurídico y financiación destinada a la reducción de la mortalidad materna.

Las estrategias en salud que se han implementado no son específicas para la reducción de la mortalidad materna adolescente. Existen programas enfocados en mejorar las condicionantes del embarazo adolescente, integrando de manera intersectorial, la participación local, regional y nacional con el fin de brindar una mejor atención en salud a las madres y recién nacidos.

Para la recolección de información, las estrategias de salud deben brindar información de los avances obtenidos. Guatemala ha implementado proyectos con la finalidad de prevenir el embarazo adolescente, pero carecen de métodos para ser evaluados. Para el año 2020, la RMM registrada era de 112 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. A pesar de los esfuerzos, el país se encuentra lejos de alcanzar la meta propuesta por los ODS de reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos.

Es difícil medir el impacto de las estrategias en salud enfocadas a la reducción de la mortalidad materna adolescente, por la falta de instrumentos para evaluación que se deberían de

implementar en cada una de las estrategias. La reducción de RMMA, no es dato fiable, por la cantidad de subregistro o el interés de los gobiernos por alcanzar los ODS, ocultando la realidad de su nación. Es indispensable la estructuración de programas, pero a su vez, el poder medir su impacto a través de su cobertura y estadísticas confiables, que permitan abarcar todas las dimensiones y obstáculos para poner fin a la mortalidad materna y que las adolescentes tengan la oportunidad de herramientas para su desarrollo y un futuro próspero.

RECOMENDACIONES

Realizar análisis periódicos con los datos disponibles, y la generación de una agenda de investigación enfocada en la mortalidad materna adolescente. Esta información es necesaria para conocer la realidad del problema y permitirá la toma de decisiones adecuada y oportuna, acorde al entorno y contexto local. Todos los gobiernos deben de adoptar programas de registro que permita el análisis y generación de nuevas estrategias.

Priorizar las causas de mortalidad materna en mujeres adolescentes y hacer valer la legislación que protege a las mujeres de la violencia y abuso sexual, para disminuir las cifras de embarazo adolescente no deseado.

Desarrollar una atención integral en los servicios de salud que respondan a las necesidades específicas de los adolescentes, a través de acciones multisectoriales que incluya la educación sexual integrada y el acceso a los métodos de planificación familiar para prevenir el embarazo adolescente y en su consecuencia, reducir la mortalidad materna.

Reestructurar las estrategias enfocadas en la reducción de mortalidad materna para implementarlas en la población adolescente, para la obtención de avances e identificar el impacto en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López A, Graña S, Ramos V, Benedet L. Desarrollo de una política pública integral de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2021 [citado 2 Mayo 2022];45(93):1–45. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.93>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Maternidad temprana [en línea]. Ginebra: UNICEF; 2021 [citado 10 Abr 2022]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
3. Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington, D.C.: UNFPA; 2018 [citado 16 Abr 2022]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescenc.pdf
4. Barrios W. ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes [en línea]. Guatemala: UNFPA; 2016 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/me%20cambio%20la%20vida%20estudio%20uniones%20tempranas.compressed.pdf>
5. Borrayo P. Por las niñas del llanto [en línea]. Guatemala: OSAR; 2019 [citado 30 Ago 2022]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/por-las-ninas-del-llanto/>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Oculto a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2014 [citado 30 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>
7. EFE. Guatemala registra más de 45 mil denuncias por delitos contra mujeres y menores en lo que va de 2022. Prensa Libre [en línea]. 2022 Jul 26 [citado 30 Ago 2022]; Justicia [aprox. 1 pant.] Disponible en: <https://www.prensalibre.com/guatemala/justicia/guatemala-registra-mas-de-45-mil-denuncias-por-delitos-contra-mujeres-y-menores-en-lo-que-va-de-2022-breaking/>
8. Organización de las Naciones Unidas Mujeres. La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento [en línea]. Washington D.C.: ONU; 2020 [citado 30

- Ago 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-genderequalityincovid19response/violence-against-women-during-covid-19>
9. Comisión Económica para América Latina, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19 [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2020 [citado 31 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/19611/file/violencia-contra-nna-en-tiempos-de-covid19.pdf>
 10. Tull K. Consequences for adolescents when they become pregnant, and become mothers. K4D Helpdesk Report 882. Brighton (UK): Institute of Development Studies (UK). 2020 Sept [citado 13 Jul 2022]; Disponible en: https://resource-centre-uploads.s3.amazonaws.com/uploads/882_consequences_for_adolescents_when_they_become_pregnant_and_become_mothers.pdf
 11. Organización Mundial de la Salud. Adolescent pregnancy. Centro de prensa OMS [en línea]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 17 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 12. Bernal D, Perea L. Embarazo y adolescencia. Rev Cubana Pediatr [en línea]. 2020 [citado 28 Ago 2022];92(4):1-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v92n4/1561-3119-ped-92-04-e1290.pdf>
 13. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [en línea]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 16 Abr 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
 14. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina: Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay [en línea]. Panamá: UNFPA; 2020 [citado 17 Abr 2022]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
 15. Luzuriaga M. La invención de la adolescencia: una visión histórica y transcultural. En: Barrionuevo J, compilador. Adolescencia, clínica psicológica y psicoanalítica institucional [en línea]. Buenos Aires: delhospital ediciones; 2013 [citado 2 Mayo 2022]; p. 15-45.

Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/335210065_La_invencion_de_la_adolescencia_una_vision_historica_y_transcultural

16. García C, Parada D. Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *univ.humanist* [en línea]. 2018 Jul [citado 28 Ago 2022];85. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh85.cach>
17. Sánchez M, Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México [en línea]. México: Boletín CONAMED; 2019 Jul [citado 31 Ene 2022]; Vol. 5. 25-2019 p.3–16. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-7.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [en línea]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 1 Feb 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
19. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018) [en línea]. Washington, DC; OPS. 2018 [citado 26 Abr 2022]. Disponible en: <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/>
20. Azzopardi PS, Hearps SJC, Francis KL, Kennedy EC, Mokdad AH, Kassebaum NJ, et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet* [en línea]. 16 Mar 2019 [citado 10 Abr 2022];393(10176):1101–18. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2932427-9>
21. Flores M, Nava G, Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev. Salud Pública* [en línea]. 2017 Jul [citado 2 Mayo 2022];19(3):374–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642017000300374&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? . *Ginecol Obstet Mex* [en línea]. 2015 [citado 2 Mayo 2022];83:294–301. Disponible en: <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2017/03/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA.pdf>

23. Molina A, Peña R, Díaz C, Antón M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev. cuba. obstet. ginecol [en línea]. 2019 Jun [citado 2 Mayo 2022];45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017
24. Gutiérrez M, Quincose M, Suárez J, Corrales A, Sevilla G, Machado H. Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara (2001 - 2015). Rev. cuba. obstet. ginecol. [en línea]. 2017 [citado 16 Feb 2022];43(1):1–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2017000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [en línea]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 16 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
26. Hernández Y, León M, Díaz J, Ocampo A, Rodríguez A, Ruiz M, et al. Caracterización clínica de pacientes con morbilidad materna extremadamente grave y su repercusión perinatal 2016-2018. MediSur [en línea]. 2020 [citado 16 Feb 2020];18(5):78–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2020000500789&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Todas las mujeres todos los niños América Latina y el Caribe. Razón de mortalidad materna [en línea]. Ginebra: EWEC; 2020 [citado 16 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/wp-content/uploads/2020/08/Mortalidad-materna-Indicadores-EWEC-LAC.pdf>
28. Salazar E. Estrategias de la salud pública y consideraciones éticas y bioéticas en el cuidado de la salud y la vida. Investg.Enferm [en línea]. 2011 Ago [citado 3 Mayo 2022];7(1):76–83. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1572>
29. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo – ONU [en línea]. Guatemala: ONU; 2018 [citado 26 Abr 2022]; Agenda 2030: Objetivos de desarrollo sostenible; [aprox 1 pant.]. Disponible en: <https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/>
30. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM) [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 17 Abr 2022]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Pinto J, Garanhani F. Pregnancy in adolescence-a challenge beyond public health policies. *Rev Bras Ginecol Obstet* [en línea]. 2017 [citado 2 Mayo 2022];39:41–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1600899>
32. Güemes M, Ceñal M, Hidalgo M. Desarrollo durante la adolescencia: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* [en línea]. 2017 [citado 28 Ago 2022];21(4):233–244. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
33. Rosabal E, Romero N, Gaquín K, Hernández R. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev. cuba. med. mil.* [en línea]. 2015 [citado 28 Ago 2022];44(2):228–229. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2015/cmm152j.pdf>
34. Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>
35. ----- . Perfil de los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas: la salud de los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas [en línea]. Washington D.C.:OPS; 2018 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-one-a-profile-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>
36. Arguez S, Evia N, Echeverría R, Carrillo C. Prevención de factores de riesgo en adolescentes: intervención para padres y madres. *Psicol. Esc. Educ.* [en línea]. 2018 Ago [citado 28 Ago 2022];22(2):259–269. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018014279>
37. Pineda S, Aliño M. El concepto de adolescencia. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de práctica clínica para la atención integral a la salud de la adolescencia. [en línea]. La Habana: MINSAP; 1999 [citado 28 Ago 2022]; p. 16–22 Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
38. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre el fomento entre la juventud de los ideales de la paz, respeto mutuo y comprensión entre los pueblos. En: Asamblea General de la ONU; 07 Dic 1965 [en línea]. Ginebra: ONU; 1965 [citado 28 Ago 2022].

- Disponible en:
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/38_d_declaracion_paz_jovenes_ONU.pdf
39. -----. Año internacional de la juventud, 1985 [en línea]. París: ONU; 1985 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en:
<https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/76761/00820093002678.pdf?sequence=1>
 40. Organización de las Naciones Unidas. La juventud [en línea]. Ginebra: ONU [citado 26 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/la-juventud/>
 41. -----. Vínculos entre el desarrollo de la juventud y el desarrollo sostenible [en línea] En: Septuagésimo segundo período de sesiones. Desarrollo social: desarrollo social, incluidas las cuestiones relativas a la situación social en el mundo y a los jóvenes, el envejecimiento, las personas con discapacidad y la familia; 2017 Jul 21. ONU; 2017 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <http://undocs.org/A/72/190>
 42. Pérez D. Caracterización clínica epidemiología del embarazo en adolescentes. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2015 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9550.pdf
 43. Escobar A. Características del embarazo en adolescentes en Guatemala: estudio realizado con base en la encuesta nacional de salud materno infantil 2009. [tesis Maestría en línea]. La Antigua Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Escobar-Ana.pdf>
 44. di Cáceres M. Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas [en línea]. Santiago de Chile: CEPAL; 2014 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38770/S1500642_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 45. Consejo Nacional de la Juventud. Plan Nacional de prevención de embarazos en adolescentes: PLANEA 2018-2022 [en línea]. Guatemala: CONJUVE; 2017 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLANEA%202018-22.pdf>

46. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Maternidad en adolescentes [en línea]. Guatemala: OSAR; 2017 [citado 23 Ago 2020]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/maternidad-adolescentes>
47. Mendoza C, Palacios L. Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: Características sociodemográficas y de sus familias [tesis licenciatura en línea]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia Santa Marta, Facultad de Psicología; 2018 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6851/1/2018_embarazo_adolescentes_latinoamerica.pdf
48. Orellana J. Caracterización epidemiológica y factores asociados al embarazo en adolescentes [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos De Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2018 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10834.pdf
49. Gálvez M, Rodríguez L, Rodríguez C. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev. cuba. med. gen. Integr. [en línea]. 5 Ago 2016 [citado 3 Sept 2022];32(2). Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgj/article/view/225/70>
50. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM [en línea]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 20 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CIE10MM.pdf>
51. Ac Chub BA. Caracterización epidemiológica de mortalidad materna, municipio de San Pedro Carcha, Alta Verapaz [tesis de Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012 [citado 16 Feb 2022]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2012/001.pdf>
52. Observatorio de Igualdad de Género América Latina y el Caribe. Mortalidad materna [en línea]. New York: ONU; 2017 [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
53. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 [en línea]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf

54. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Políticas nacionales de salud: Plan nacional 2008 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2008 [citado 3 Mayo 2022]. Disponible en:
http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Salud/Plan%20Nacional%20Salud.pdf

55. Menéndez C, Lucas A. Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad [en línea]. Barcelona: IsGolbal [citado 20 Jun 2022]; Disponible en:
<https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>

56. Organización Panamericana de la Salud. Salud materna [en línea]. Washington D.C.: OPS; 2016 [citado 23 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>

57. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe [en línea] Ginebra: GTR; 2017 [citado 21 Jun 2022]. Disponible en:
<https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

58. Organización Mundial de la Salud. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU) [en línea]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 21 Jun 2022]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHORHR19.23spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

59. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe [en línea]. Santiago; Chile: OMS; 2018 [citado 16 Feb 2022]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

60. Vega M. Muerte materna aumenta 46% por pandemia, mientras caen a la mitad las consultas prenatales, COVID-19: La pandemia que agravó la desigualdad de género [en línea]. México: Animal político; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponible en: <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/muerte-materna-aumenta-covid>

61. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. Lancet Glob Health [en línea]. 2014 Jun [citado 9 Jul

2022];2(6):323–333. Disponible en:
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X\(14\)70227X/fulltext#seccestitle130](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X(14)70227X/fulltext#seccestitle130)

62. Camacho A. La maternidad en la niñez: enfrentando el reto del embarazo adolescente [en línea]. Nueva York: UNFPA; 2014 [citado 7 Sept 2022]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/3La%20mortalidad%20materna%20en%20adolescentes%20Alma%20Camacho.pdf>
63. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet* [en línea]. 21 Ene 2014 [citado 30 Ago 2022];2:155–164. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2813%2970179-7>
64. Aroche S. Situación epidemiológica de muerte materna de enero a diciembre de 2021 Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2021 [citado 8 Jul 2022]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/salas-situacionales/muerte-materna/ss-mm-2021.pdf>
65. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2020 [citado 16 Jul 2022]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/plan-nacional-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal-2015-2020/>
66. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadística, et al. Informe de país situación de la muerte materna 2016-2018 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2020 [citado 16 Jul 2022]. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/informe_de_muerte_materna_2016-2018.pdf
67. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Vidas silenciadas: una tragedia de la que no se habla [en línea]. Guatemala: FLACSO; 2019 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: <https://www.ninasnomadres.org/alza-la-voz/wp-content/uploads/2020/07/FLACSO-Vidas-silenciadas.pdf>
68. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud [en línea]. Washington D.C.; OPS; 2019 [citado 16 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

69. Organización Mundial de la Salud. Compromiso con la aplicación de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente [en línea]. En: 69a Asamblea Mundial de la Salud; 2016 Mayo; Ginebra: OMS; 2016 [citado 4 Ago 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253144/A69_ACONF2-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
70. Todas las mujeres todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016–2030) [en línea]. New York: EWEC; 2015 [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://www.everywomaneverychild.org/wpcontent/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_ES_2017_web.pdf
71. ----- . Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016 - 2030 [en línea]. Ginebra: EWEC; 2020 [citado 4 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.comminit.com/la/content/estrategia-mundialparalasaluddelamujerelni%C3%B1oyeladolescente20162030#:~:text=La%20Estrategia%20Mundial%20para%20la,las%20mujeres%20y%20los%20adolescentes>.
72. Organización Mundial de la Salud. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality [en línea]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 23 Jul 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130776/WHO_RHR_14.21_eng.pdf;jsessionid=F572CB6A908B764D8806C2308F8416BD?sequence=1
73. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Programa de Supervivencia Materno-Infantil [en línea]. Washington D.C.: USAID; 2019 [citado 22 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.mcsprogram.org/about/>
74. The partnership for maternal N and CH. Partnership for maternal, newborn and child health 2021-2025 Strategy [en línea]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 29 Jul 2022]. Disponible en: <https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/pmnch-2021-2025-strategy>
75. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna grave [en línea]. Washington, D.C.: OMS; 2011 [citado 28 Jul 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49332/CLAP1593.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
76. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 [en línea]. Washington,

D.C.: OMS; 2018 [citado 5 Ago 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49609/CD56-8-es.pdf?sequence=15&isAllowed=y>

77. Fondo de las Naciones Unidas en materia de población América Latina y el Caribe. Reducción de la mortalidad materna [en línea]. Ginebra: UNFPA; 2021 [citado 13 Ago 2022]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/GTR>
78. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Consenso Estratégico Interagencial para la reducción de la morbi-mortalidad materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030 [en línea]. Ginebra: GTR; 2021 [citado 13 Ago 2022]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/geco-238_gtr_consenso_estrategico_interagencial_2020_2030_spanish_final.pdf
79. Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población América Latina y el Caribe. Nuevo documento revela que hay un estancamiento en la reducción de la mortalidad materna en la región [en línea]. Costa Rica: UNFPA; 2021 [citado 14 Ago 2022]; Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/nuevo-documento-revela-que-hay-un-estancamiento-en-la-reducci%C3%B3n-de-la-mortalidad-materna-en-la>
80. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe Final VI encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2017 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf
81. Guatemala. Ministerio de Gobernación. Acuerdo Gubernativo No. 405-96, establece la creación del Consejo Nacional de la Juventud [en línea]. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala; 1996. [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <http://transparenciaold.minfin.gob.gt/transparencia/BibliotecaDigital/Documentos%20Area%20Gubernamental/LCNJ.pdf>
82. Consejo Nacional de la Juventud. CONJUVE ¿Quiénes Somos? [en línea] Guatemala: CONJUVE; 2020 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://conjuve.gob.gt/quienes-somos/#objetivos>
83. Fondo de población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Guatemala. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de

- América Latina y el Caribe – MI 1.0 [en línea]. Guatemala: UNFPA; 2020 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/consecuencias_socieconomicas_del_embarazo_adolescente_en_guatemala_final_diagramado.pdf
84. Consejo Nacional de la Juventud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes PLANEA Guatemala 2013-2017 [en línea]. Guatemala: UNFPA; 2015 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/doc%20planea%2012.8.15%20impreso.pdf>
85. Florián E. Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y su incidencia en la reducción de la pobreza [en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social; 2017 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://ls3.usac.edu.gt/trabajosocial/iiets/Pub201703.pdf>
86. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna, neonatal y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/PLAN%20DE%20REDUCCION%20DE%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>
87. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2021 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/06/008-PLAN-REDUCCIOiN-MUERTE-MATERNA-Y-NEONATAL.pdf>
88. Guatemala. Consejo Nacional de Desarrollo Urbano. Plan Nacional de Desarrollo k'atun: nuestra Guatemala 2032 [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN; 2014 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/GuatemalaPlanNacionaldeDesarrollo2032.pdf>
89. Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres. Proyecto para la prevención, promoción y atención integral a niñas, adolescentes y mujeres en salud sexual y reproductiva [en línea]. Guatemala: ISDM; 2019 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.isdmguatemala.org/wp-content/uploads/2020/08/PLAN-DE-TRABAJO-2020-ISDM-Completo.pdf>

90. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. Convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones de la Sociedad para la Realización del Observatorio en Salud Reproductiva [en línea]. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala; 2008. [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.isdmguatemala.org/wp-content/uploads/2019/07/Convenio-formaci%C3%B3n-OSAR-marzo-2008.pdf>
91. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. OSAR: Una alianza para el monitoreo de la implementación de políticas en salud sexual y reproductiva [en línea]. Guatemala: OSAR; 2018 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2019/04/Presentaci%C3%B3n-OSAR-2018-.pdf>
92. Guatemala. Ministerio de Desarrollo Social. Programa Vida [en línea]. Guatemala: MIDES; 2017 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.mides.gob.gt/programas-sociales/vida/>
93. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 [en línea]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: www.who.int
94. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto. Centro de Prensa OMS [en línea]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 27 Ago 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
95. Naciones Unidas. Informe de los objetivos de desarrollo sostenible 2019 [en línea]. Nueva York: ONU; 2019 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf
96. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Obtener resultados transformadores [en línea]. New York: UNFPA; 2021 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES_AR21.pdf
97. Comisión Económica para América latina y el Caribe. Reporte de avance en el ODM 5 en América Latina y el Caribe: mejorar la salud materna 2010 [en línea]. Santiago de Chile: CEPAL; 2010 [citado 21 Ago 2022]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/report_e_odm_5.pdf

98. Organización Panamericana de la Salud. Informe final sobre los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud en la región de las Américas [en línea]. Washington D.C.: OPS; 2017 [citado 21 Ago 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34114/9789275118782_spa.pdf?sequence=5
99. Osava M. Covid y discriminación agravaron mortalidad materna en América Latina [en línea]. Uruguay: IPS; 2022 [citado 21 Ago 2022]; Disponible en: <https://ipsnoticias.net/2022/05/covid-y-discriminacion-agravaron-mortalidad-materna-en-america-latina/>
100. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe final de cumplimientos de los objetivos de desarrollo del milenio Guatemala 2015 [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN; 2015 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/ODM-compressed1.pdf>
101. Naciones Unidas en Guatemala. Los Objetivos de desarrollo del milenio 3: Salud y bienestar [en línea]. Guatemala: ONU; 2020 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://guatemala.un.org/es/sdgs/3>
102. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. ODS en Guatemala III revisión nacional voluntaria [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN; 2021 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://guatemala.un.org/es/135829-iii-revision-nacional-voluntaria>
103. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación Epidemiológica de muerte materna de enero a septiembre de 2021 Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2021 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/salas-situacionales/desnutricion-aguda/ss-mm-sep-2021.pdf>
104. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. OSAR ¿Quiénes Somos? [en línea]. Guatemala: OSAR; 2012 [citado 27 Ago 2022]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/quienes-somos/>
105. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. Niñas embarazadas = violencia sexual [en línea]. Guatemala: OSAR; 2019 [citado 28 Ago 2022]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/ninas-embarazadas-violencia-sexual/>

106. Guevara C. Factores precipitantes del embarazo en adolescentes [tesis Licenciatura en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2344.pdf
107. Escobar P, Vásquez M, Guzmán C, Alvarez S, Paxtor R, Salguero N. Percepción sobre iniciación sexual, embarazo y aborto en adolescentes femeninas pertenecientes a tres grupos culturales en Guatemala [tesis Licenciatura en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2016 [citado 4 Sept 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10178.pdf
108. Cruz K, Juárez I. Estrategias para la prevención del embarazo adolescente [tesis Licenciatura en línea]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2016 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65904/Tesis%20Ingrid%20y%20Karen-split-merge.pdf?sequence=7>
109. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Las desigualdades de género e ingresos impulsan la maternidad adolescente en los países en desarrollo, confirma un nuevo informe [en línea]. Nueva York: UNFPA; 2022 [citado 30 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/news/gender-and-income-inequalities-driving-teenage-motherhood-developing-countries-new-report>
110. Sagastume N, Marroquín L, García M. Evaluación del impacto de los planes de acción nacional para la reducción de la mortalidad materna en el departamento de Jalapa [tesis en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2016 [citado 3 Sept 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10095.pdf
111. El Grupo de Trabajo Ad hoc para la Juventud y los ODMs. La juventud y los objetivos de desarrollo del milenio, desafíos y oportunidades para su implementación [en línea]. Venezuela: UNICEF; 2005 [citado 30 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/media/961/file/La%20juventud%20y%20los%20objetivos%20de%20desarrollo%20del%20milenio.pdf>
112. Ramos A. Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado: Estudio descriptivo prospectivo transversal realizado en mujeres adolescentes embarazadas que consultaron a los Centros de Salud del departamento de Petén durante los meses de octubre del 2001 a enero del 2002 [tesis Licenciatura en línea]. Guatemala:

Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002 [citado 30 Ago 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0193.pdf

113. Jaramillo J. Políticas públicas de prevención del embarazo precoz en el marco de la realización de los objetivos de desarrollo del milenio: el caso de Medellín (Colombia) [tesis Doctorado en línea]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Derecho internacional público y relaciones internacionales; 2017 [citado 4 Sept 2022]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=IB4%2FniuP2AE%3D>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de datos de términos utilizados

Tabla 1. Matriz de datos de términos utilizados

DeCS	MeSH	Calificadores	Conceptos relacionados	Operadores lógicos
Estrategias Programas Planes Informes Reportes Políticas de salud reducción mortalidad materna adolescente	Strategies to reduce adolescent maternal mortality	strategies plans programs Reports health policies	Maternal Mortality, Widespread Maternal Mortality Maternal Mortality, Widespread Mortality, maternal Mortality, Widespread Maternal	" Strategies reduce adolescent maternal mortality "[MeSH Terms] OR ("Strategies " [All Fields], " maternal mortality" [All Fields] and "adolescent"[All Fields]) OR " Strategies reduce adolescent maternal death "[All Fields]
Mortalidad materna adolescente	Adolescent maternal mortality	Risk factor's, Classification , complication, economics, epidemiology , etiology	Adolescent Maternal Mortality, Widespread Adolescent Maternal Mortality Maternal Mortality Adolescent, Widespread Adolescent Mortality, maternal Adolescent Mortality, Widespread Maternal	"Adolescent maternal mortality"[MeSH Terms] OR ("maternal"[All Fields], "mortality"[All Fields] and "adolescent"[All Fields]) OR "adolescent maternal death"[All Fields]
Epidemiología mortalidad materna adolescente	epidemiology adolescent maternal mortality	age, ethnicity, place, scholarship, antenatal care, economy	Epidemiology Adolescent Maternal Mortality, Widespread Epidemiology Adolescent Maternal Mortality Epidemiology Maternal Mortality Adolescent, Widespread	"Epidemiology Adolescent maternal mortality"[MeSH Terms] OR ("Epidemiology" [All Fields], "maternal"[All Fields], "mortality"[All Fields] and "adolescent"[All Fields]) OR "Epidemiology adolescent maternal death"[All Fields]

Epidemiology
Adolescent
Mortality, maternal

Adolescencia	Adolescence	stages adolescence	Adolescent, Widespread, stages adolescence Widespread	"Adolescent"[MeSH Terms] OR ("stages" [All Fields] and "adolescence"[All Fields])
Embarazo	pregnancy	trimester pregnancy, teenage pregnancy, complications	trimester pregnancy Widespread, teenage pregnancy Widespread, teenage pregnancy, complications Widespread	"Pregnancy"[MeSH Terms] OR ("pregnancy" [All Fields], "teenage"[All Fields] and "complications"[All Fields] OR "trimester pregnancy"[All Fields])

Fuente: Construcción Propia basada en guía de formato y estilo COTRAG, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad San Carlos de Guatemala.

Anexo 2. Matriz de buscadores y bases de datos sobre términos de búsqueda

Tabla 2. Matriz de buscadores y bases de datos sobre términos de búsqueda

Motores de búsqueda	Español	Inglés
Google académico	Estrategias AND reducción AND mortalidad materna adolescente	
	Mortalidad materna adolescente	
	Adolescencia	
	Embarazo adolescente	
Base de datos	Español	Inglés
PubMed MedLine HINARI Ebsco		MeSH Terms: reduction strategies AND adolescent maternal mortality
		MeSH Terms: Maternal mortality
		MeSH Terms: Adolescence
		MeSH Terms: Teen Pregnancy
Scielo	Términos DeCS: Estrategias AND reducción AND mortalidad materna adolescente	
	Términos DeCS: Mortalidad materna	
	Términos DeCS: Adolescencia	
	Términos DeCS: Embarazo Adolescente	
Gestor Bibliográfico		

Mendeley	Reduction strategies AND adolescent maternal mortality
	Maternal mortality
	Adolescence
	Teen Pregnancy

Fuente: elaboración propia basada en Guía de formato y estilo COTRAG, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad San Carlos de Guatemala.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Aspectos psicosexuales en la adolescencia.....	3
Tabla 1.2 Metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las que se incluye a los adolescentes.....	6
Tabla 1.3 Estudios Latinoamericanos del Embarazo Adolescente.....	12
Anexos	
Tabla 1: Matriz de datos de términos utilizados.....	78
Tabla 2: Matriz de buscadores y bases de datos sobre términos de búsqueda.....	80