

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO DE GUATEMALA EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES**

LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO DE GUATEMALA EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Guatemala, septiembre de 2014

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

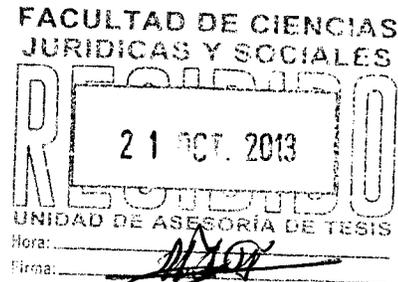
DECANO:	Msc.	Avidán Ortiz Orellana
VOCAL I:	Lic.	Luis Rodolfo Polanco Gil
VOCAL II:	Licda.	Rosario Gil Pérez
VOCAL III:	Lic.	Juan José Bolaños Mejía
VOCAL IV:	Br.	Mario Roberto Méndez Álvarez
VOCAL V:	Br.	Luis Rodolfo Aceituno Macario
SECRETARIA:	Lic.	Luis Fernando López Día

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis”. (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público).

Licenciado
Inmer Adolfo de León Pérez
Abogado y Notario

Guatemala, 21 de Octubre de 2013.

Dr. Bonerge Amílcar Mejía Orellana
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis.
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.
Universidad de San Carlos de Guatemala.



Estimado Doctor:

En atención a la resolución emitida por la Unidad de Asesoría de Tesis, de fecha 12 de junio del año 2013, se me nombra como asesor de tesis del estudiante **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, para en su momento emitir el dictamen correspondiente, por lo que habiendo asesorado el trabajo encomendado y de conformidad con lo establecido en el artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Publico, me permito emitir el siguiente informe:

1. Que el trabajo de tesis se intitula **“INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO DE GUATEMALA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES”**.
2. El sustentante empleó la doctrina y legislación adecuada, llevando a cabo la redacción de manera correcta y utilizando un lenguaje acorde y además desarrollo de forma sucesiva los diversos pasos del proceso de investigación
3. Inmediatamente que recibí el nombramiento y se estableció comunicación con el estudiante **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, procedí a efectuar la revisión del plan de investigación y de tesis, los cuales se encontraban congruentes con el tema a investigar, y en consenso con el ponente del tema, se decidió sobre la manera de elaborarlo.
4. El contenido científico que aporta el investigador a la comunidad jurídica, es de gran importancia en virtud que es un tema que en la actualidad que ha cobrado relevancia, ya que se hace necesario buscar métodos que ayuden al Estado de Guatemala al Cumplimiento e Implementación de políticas y normativas en el tema de Salud Reproductiva en Adolescentes.

Primer callejón 4-11 Colonia Los Girasoles zona 8
Huehuetenango
Tel. 77691300

Licenciado
Inmer Adolfo de León Pérez
ABOGADO Y NOTARIO

5. Que durante la elaboración del trabajo de tesis, realicé la revisión de la investigación del estudiante **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, quien con empeño y atención cuidadosa desarrollo cada uno de los temas que comprenden el trabajo de tesis de manera acuciosa. El ponente hizo uso con amplitud del método científico, abarcando las etapas del mismo, ya que al plantear el problema lo enfoca a la realidad jurídica, en este caso principalmente sobre la necesidad de velar por el cumplimiento de las normas e implementación de políticas por parte del Estado de Guatemala, para lo cual el ponente profundiza de una manera exhaustiva su investigación así mismo comprueba la hipótesis planteada, utilizando en su investigación los métodos inductivo y deductivo, el método analítico sistematizando de una buena manera lo analizado. También señala en forma excelente todo lo referente al derecho comparado que existe en cuanto a la importancia y responsabilidad que tiene Estado de Guatemala en el tema de Salud Reproductiva en Adolescentes.
6. Las conclusiones y recomendaciones están bien estructuradas de conformidad con el plan y contenido de la investigación, haciendo un aporte en materia de Salud Reproductiva para Adolescentes, en cuanto a proponer el cumplimiento por parte del Estado de Guatemala la implementación de políticas y normativas de salud reproductiva en adolescentes.
7. En cuanto a las fuentes y legislación bibliográfica consultada, estas son suficientes y adecuadas al tema desarrollado, ya que contiene la exposición de autores nacionales y extranjeros en materia de Salud Reproductiva.
8. El presente trabajo de tesis es un esfuerzo meritorio, y será una excelente fuente de consulta para el futuro, sobre todo para los profesionales del derecho, ya que este es un tema de actualidad por la necesidad que revierte en la Salud Reproductiva de los Adolescentes.

En virtud de lo anterior me es grato;

DICTAMINAR

Que el contenido del trabajo de tesis del estudiante: **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, se ajusta a los requerimientos científicos y técnicos que deben cumplirse de conformidad con los requisitos exigidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Publico, por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE**, a efecto de continuar con el trámite correspondiente, para su posterior evaluación por el Tribunal Examinador en el Examen Publico de Tesis, previo a optar al grado académico de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales.

Primer callejón 4-11 Colonia Los Girasoles zona 8
Huehuetenango
Tel. 77691300

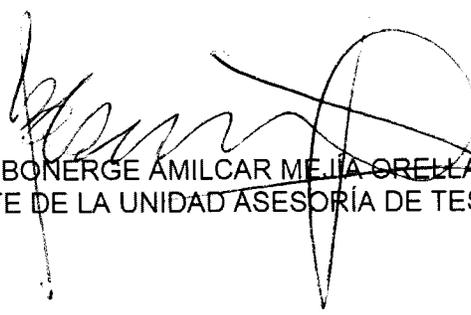


USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIDAD ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.
Guatemala, 22 de enero de 2014.

Atentamente, pase a la LICENCIADA MÓNICA ELIZABETH IXCOT RODRÍGUEZ, para que proceda a revisar el trabajo de tesis de el estudiante LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ, intitulado: "INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO DE GUATEMALA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES".

Me permito hacer de su conocimiento que está facultada para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título del trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente deberá cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, el cual establece: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes".



DR. BONERGE AMILCAR MEJÍA ORELLANA
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS

cc.Unidad de Tesis
BAMO/iyf.



Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Edificio S-7, Ciudad Universitaria Zona 12 - Guatemala, Guatemala

Licenciada
Mónica Elizabeth Ixcot Rodríguez
Abogada y Notaria
11 Av. 6-62 zona 7, Col. 5ta. Samayoa
Tel. 42198760

Guatemala, 7 de febrero de 2014.

Doctor
Bonerge Amilcar Mejía Orellana
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala



Estimado Doctor Bonerge Mejía:

En atención a la providencia emitida por la Unidad de Asesoría de Tesis, de fecha 22 de enero del año 2014, se me nombra como revisora de tesis del Bachiller **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, quien se identifica con el carné estudiantil **200132184**, para en su momento emitir el dictamen correspondiente, por lo que habiendo asesorado y revisado el trabajo encomendado y de conformidad con lo establecido en el artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Publico, me permito emitir el siguiente;

DICTAMEN:

- a. El trabajo de tesis se intitula **“INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO DE GUATEMALA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES”**
- b. Inmediatamente después de haber recibido el nombramiento y de establecer comunicación con el Bachiller **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, procedí a efectuar la revisión del plan de investigación y de tesis, los cuales se encontraban congruentes con el tema a investigar, y en consenso con el sustentante del tema, se decidió sobre la manera de elaborarlo.
- c. Durante la realización del trabajo de tesis realice la revisión de la investigación y sugerí algunas correcciones de tipo gramatical y de redacción, el Bachiller **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, con empeño y atención cuidadosa desarrollo cada uno de los temas que comprenden el trabajo de tesis de manera acuciosa, el trabajo tiene un amplio contenido científico, utilizando el sustentante un lenguaje técnico acorde al tema desarrollado; el estudiante hizo uso con amplitud del método científico, abarcando las etapas del mismo, ya que al plantear el problema lo enfoca

Licenciada
Mónica Elizabeth Ixcot Rodríguez
Abogada y Notaria
11 Av. 6-62 zona 7, Col. 5ta. Samayoa
Tel. 42198760

a la realidad jurídica; en este caso principalmente sobre la falta de cumplimiento por parte del Estado de Guatemala en implementar políticas y normativas referentes a salud reproductiva y que especialmente estas sean dirigidas a los adolescentes, y es lo que se propone en el presente trabajo de tesis; y, para ello, profundiza el sustentante de una manera exhaustiva su investigación, así mismo comprueba la hipótesis planteada, utilizando en su investigación los métodos inductivo y deductivo, el método analítico sistematizando de una buena manera lo analizado. También ilustra en excelente forma todo lo referente a salud reproductiva, la mortalidad materno-infantil en madres adolescentes y el escaso marco normativo sobre esta temática que existe en el país para que de esta forma se puedan determinar las falencias que tiene el Estado respecto a salud reproductiva. El sustentante utilizó la técnica de investigación bibliográfica, comprobando que se hizo acopio de bibliografía actualizada.

- d. El presente trabajo de tesis es un esfuerzo meritorio, y será una excelente fuente de consulta para el futuro, sobre todo para los profesionales del derecho, ya que éste es un tema de actualidad; lo que se refleja en las conclusiones y recomendaciones que se mencionan en el trabajo, las cuales son congruentes con la investigación, por lo que se ha cumplido con lo establecido en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público. En virtud de lo anterior me es grato;

DICTAMINAR

Que el contenido del trabajo de tesis de el Bachiller **LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ**, se ajusta a los requerimientos científicos y técnicos que deben cumplirse de conformidad con los requisitos exigidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE**, a efecto de continuar con el trámite correspondiente, para su posterior evaluación por el Tribunal Examinador en el Examen Público de Tesis, previo a optar al grado académico de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales.

Sin otro particular me suscribo respetuosamente.

Licenciada Mónica Elizabeth Ixcot Rodríguez
Col. 7692



[Handwritten mark]

DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, 11 de julio de 2014.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis del estudiante LUIS FERNANDO LÓPEZ GÓMEZ, titulado INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO DE GUATEMALA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES. Artículos: 31, 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.

BAMO/srrs.

[Handwritten signature]

Rosario



[Handwritten signature]



DEDICATORIA

A DIOS: Por darme y permitirme la oportunidad de alcanzar y lograr metas y sueños en mi vida que únicamente con su ayuda las he culminado para ser una bendición.

A MI MADRE: Humberta Gómez, quien con amor, tenacidad, humildad y esfuerzo me inculcó la superación personal y profesional, no permitiéndome decaer en mis metas.

A MI PADRE: Julio López, por haberme apoyado en las etapas de mi vida, brindándome amor, consejos, guía, esperanza y valor para sobre llevar los momentos difíciles y vencer los obstáculos.

A MIS HERMANOS: Por ser ejemplo de superación y lucha, quienes me han enseñado siempre a perseguir y alcanzar mis metas, razón que ha llevado siempre en mi corazón dándome fuerza y motivación para luchar en esta vida.

A MÍ ESPOSA:

María del Carmen, por todas sus atenciones y apoyo incondicional que ha tenido conmigo en la lucha para alcanzar mis metas y sueños.

A MIS HIJOS:

Jared, Marjorie y Mahonry, quienes son motivo para luchar cada día en mi vida.

A MIS AMIGOS:

Por su lealtad, apoyo y ayuda que me han brindado, colaborando con mi formación como profesional, especialmente a aquellos que han partido de esta vida, que estuvieron en los momentos más difíciles para tenderme su mano.

A:

La Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales por la formación académica que me otorgó.

A:

La Universidad de San Carlos de Guatemala por tener el honor de haber formado parte de sus egresados, a quien con mucho orgullo voy a engrandecer en todas las actividades de mi vida, tanto personales como profesionales.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I

1. Salud reproductiva	1
1.1. Definición.....	1
1.1.1. Los derechos sexuales y reproductivos.....	4
1.2. Antecedentes históricos en Guatemala.....	5
1.3. La salud reproductiva a nivel internacional.....	10
1.4. La salud reproductiva en el ámbito escolar.....	15

CAPÍTULO II

2. Mortalidad materno-infantil en madres adolescentes.....	21
2.1. El embarazo en la adolescencia.....	21
2.2. Situación de la mujer adolescente en Guatemala.....	23
2.3. Principales causas de embarazos en adolescentes.....	27
2.3.1. El comportamiento sexual adolescente y el uso del alcohol y estupefacientes.....	28
2.3.2. Falta de información sobre métodos anticonceptivos.....	29
2.3.3. Diferencia de edades dentro de las relaciones sexuales.....	31
2.3.4. Abuso sexual.....	31
2.3.5. Factores socioeconómicos.....	33
2.3.6. Ambiente en la infancia.....	33
2.4. Consecuencias del embarazo en adolescentes.....	34
2.4.1. Consecuencias médicas.....	35
2.4.2. Consecuencias psicosociales.....	36
2.4.3. Consecuencias para el recién nacido.....	37

	Pág.
2.5. Definición de mortalidad materno-infantil.....	38
2.6. Factores que intervienen en la mortalidad materno-infantil.....	40
2.7. Índices de mortalidad materno-infantil en Guatemala.....	42

CAPÍTULO III

3. Marco legal de salud reproductiva.....	45
3.1. Antecedentes de legislación en materia de salud reproductiva en Guatemala.....	45
3.2. Normativa legal de salud reproductiva a nivel internacional.....	47
3.2.1. Objetivos de desarrollo del milenio.....	49
3.2.2. Declaración Universal de Derechos Humanos.....	54
3.2.3. Convención Internacional Sobre Derechos del Niño.....	55
3.2.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	56
3.2.5. Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.....	57
3.2.6. Plataforma de Acción Mundial Sobre la Mujer.....	58
3.2.7. Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes...	61
3.3. Normativa legal de salud reproductiva en Guatemala.....	61
3.3.1. Constitución Política de la República de Guatemala.....	62
3.3.2. Acuerdos de Paz.....	64
3.3.3. Ley de Desarrollo Social.....	65
3.3.4. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.....	68
3.3.5. Ley de Maternidad Saludable.....	69

CAPÍTULO IV

Pág.

4. Inobservancia de las normativas legales e incumplimiento en la formulación de Políticas y programas de salud reproductiva en Guatemala.....	75
4.1. Instituciones estatales y sociales intervinientes en la promoción de salud reproductiva en Guatemala.....	75
4.1.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	76
4.1.2. Ministerio de Educación.....	79
4.1.3. Secretaría Presidencial de la Mujer.....	81
4.1.4. Asociación Pro Bienestar de la Familia.....	84
4.2. La educación sexual en los centros educativos.....	87
4.2.1. Estrategia para la institucionalización de la educación integral de sexualidad con enfoque de género y pertinencia cultural.....	91
4.3. Análisis de las principales causas de incumplimiento y promoción de políticas y normativas legales en materia de salud reproductiva.....	95
4.4. Propuestas de implementación de educación sexual y formulación de políticas y normativas legales en el contexto de salud reproductiva en los adolescentes.....	97
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	107

INTRODUCCIÓN

Guatemala se ha caracterizado por su deficiente sistema de salud, incluyéndose dentro de este, la salud reproductiva. Es así como Guatemala actualmente se ubica entre los primeros lugares a nivel internacional de los países con mayor tasa de fecundidad y más específicamente en adolescentes, ya que según las estadísticas se registran casos de 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año, además que la mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión formal o consensual antes de cumplir los 20 años, situación que produce a la vez altos índices de mortalidad materno-infantil, a causa de embarazos precoces, debido a la inexistencia de centros de salud en distintas áreas del territorio guatemalteco, que puedan atender dichos embarazos o bien por la falta de divulgación de información referente a este tema en los adolescentes.

Problemática que se debe, al poco interés que ha tenido el Estado de formular políticas idóneas o implementar mecanismos sobre salud reproductiva, para reducir los índices y garantizar adecuadamente derechos como la vida, la salud y la educación que se encuentran incluidos en la Constitución Política de la República de Guatemala y que son obligaciones que el Estado de Guatemala debe cumplir a cabalidad.

Por lo tanto el objetivo general de este trabajo de tesis, es determinar las principales causas por las cuales las entidades a cargo del sistema de salud, no han formalizado programas y políticas que aborden el tema de salud reproductiva en adolescentes o el por qué, no se ha ejecutado el contenido de las leyes existentes sobre esta materia.

Es así, como la presente investigación inicia en su capítulo uno, desarrollando todos los aspectos relacionados con la salud reproductiva, sus antecedentes en Guatemala y en el extranjero; y la importancia que tiene este tema a nivel escolar. Abarcando posteriormente dentro del capítulo dos, una serie de puntos concernientes a la mortalidad materno-infantil como el embarazo en adolescentes, las principales causas y consecuencias que conlleva esta situación y la situación actual que afronta la mujer adolescente en Guatemala; prosiguiendo en el capítulo tres con un recuento sobre el marco normativo en el país sobre salud reproductiva como también los instrumentos internacionales existentes y que se han ratificado por parte del Estado guatemalteco. Concluyendo con un análisis jurídico en el capítulo cuatro, respecto a la inobservancia e incumplimiento de leyes y políticas sobre salud reproductiva en Guatemala.

Utilizando para la conformación del contenido de esta tesis, una diversidad de material bibliográfico y legislación vigente referente a salud reproductiva, y auxiliándose a la vez de métodos básicos de la investigación para la redacción del mismo, como el método analítico; los métodos inductivo y deductivo, que se aplicaron con la finalidad de establecer si realmente el Estado de Guatemala ha incumplido en la implementación de políticas y normativas, así como programas de salud reproductiva.

CAPÍTULO I

1. Salud reproductiva

1.1. Definición

La salud reproductiva es un tema de gran importancia a nivel internacional, puesto que es a partir de este, que se puede plantear políticas para el desarrollo integral de los seres humanos.

Es así como una de las definiciones más acertadas, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que establece lo siguiente: “Salud reproductiva, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida.

No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias.

La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos).

Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública.

Servicios que permitan la asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos”¹.

Con respecto a la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud, la socióloga chilena especializada en demografía, Ivonne Szasz, indica que anteriormente “el término salud reproductiva no era concebido en ningún aspecto científico-social, ya que se empleaban otros que eran más adecuados a la época y a las circunstancias que se afrontaban en ese tiempo, como por ejemplo se utilizaban términos como planificación familiar o salud materno-infantil, mismos que eran empleados para hacer referencia a aspectos de carácter médico, como enfermedades y muertes relativas a los procesos reproductivos, y a las complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando tuvieran como fin el control del crecimiento poblacional”².

Pero que gracias a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, con base a la situación que actualmente se estaba viviendo decidió darle un enfoque más amplio a la terminología utilizada anteriormente, agregándole a estas, otros aspectos que eran de gran relevancia y que debían de ser regulados, y es de ahí que se comenzó a hablar de salud reproductiva con la definición descrita anteriormente, y en la que ya se incluían temas como los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, los cuales consisten básicamente en el acceso de hombres y mujeres al propio cuerpo, a la satisfacción personal y a la toma de decisiones sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales.

¹Monzón, Silvia. **El embarazo en adolescentes: un hecho que cambia la vida**, pág. 21.

²**Ibid.** pág. 21.

De tal forma que sin importar, de que se esté haciendo referencia de la definición planteada por la OMS, ha quedado claro que toda definición coherente de salud reproductiva lleva implícita la obligación de incluir dentro de la misma, ciertos conceptos básicos como habilidad, éxito y seguridad.

La habilidad en relación a que una pareja determinada debe tener en cuenta de forma consciente la capacidad de reproducirse adecuadamente y de regular su fecundidad, el éxito en cuanto a que dicha pareja al concebir un hijo, este debe de haberse planeado previamente, es decir haber deseado su nacimiento para que así nazca sano y con oportunidades de crecer y desarrollarse de la mejor manera.

Ahora con respecto a la seguridad, se refiere al reconocimiento de las necesidades que implica, los procesos de regulación de la fecundidad al que aspiren las parejas, los cuales deberán ser seguros e higiénicos y que de igual forma suceda durante el embarazo hasta el momento del parto, el que deberá ser atendido en un ambiente seguro y apropiado, de tal forma que al conjugar estos aspectos generen un tipo de sexualidad que no represente riesgos para los individuos involucrados.

Más concretamente se puede concluir que en cuanto a salud reproductiva se trate, necesariamente se debe incluir lo siguiente:

- La información, orientación y servicios de planificación familiar;
- La atención prenatal, del parto y posnatal;

- La atención de la salud infantil;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones del tracto reproductivo;
- Donde sea legal, los servicios seguros de aborto y el tratamiento de las complicaciones relacionadas al aborto;
- La prevención y el tratamiento de la infertilidad;
- La información, educación y orientación en materias de sexualidad humana y salud reproductiva y paternidad y maternidad;

Si no se ofrecen servicios de tratamiento y diagnóstico del cáncer del sistema reproductivo y VIH/SIDA, debería organizarse un sistema de referencia a este tipo de atención o servicios.

1.1.1. Los derechos sexuales y reproductivos

Esta clase de derechos surge al momento que la Organización Mundial de la Salud, concretizó ampliamente el término, salud reproductiva, con la finalidad de que en esta, se abarcaran puntos importantes que definieran el desarrollo del ser humano, desde todos los aspectos que lo integran, incluyéndose como derechos reproductivos y sexuales los siguientes:

Derechos reproductivos:

Decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, cuando y con qué frecuencia;

A ser informados y tener acceso a seguros, efectivos, permisibles y aceptables métodos de planificación familiar de su escogencia así como otros métodos que ellos escojan para la regulación de fertilidad, los cuales no estén contra la ley;

Tener acceso a servicios apropiados de cuidado de la salud que sean capaces de brindar seguridad a la mujer durante el embarazo y parto y provean a las parejas la mejor oportunidad de tener un niño sano;

Alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia.

Derechos sexuales:

Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual y reproductiva;

Ser libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales;

Esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales;

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libre de coacción, discriminación y violencia.

1.2. Antecedentes históricos en Guatemala

Durante el siglo pasado, el término salud reproductiva fue un hecho que innovo varias áreas de la ciencia, debido al contenido de esta, a consecuencia de la definición de salud reproductiva formulada por Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, en Guatemala el uso del término o concepto de salud reproductiva tiene una historia relativamente reciente. A consecuencia que en el país se mantenían vigentes ciertas prácticas ancestrales para el control de la fecundidad, a pesar que en el plano internacional desde la segunda mitad del siglo pasado, ya se había dado una alerta en cuanto a la preocupación mundial por el crecimiento demográfico, así como también se habían postulado ciertas medidas dentro de las políticas de salud pública para contrarrestar el efecto que causaba esta problemática, y es a partir de aquí que se comenzó a generar una amplia investigación de métodos anticonceptivos que dieron origen a la píldora, el condón de látex y a los dispositivos intrauterinos.

Ya dentro de la década de los 60's, Guatemala daba sus primeras señales en cuanto al ejercicio de la salud reproductiva como una acción de planificación familiar que se realizaba casi exclusivamente en el sector privado de la salud, debido al poco interés que tenía el gobierno de ese entonces en cuanto a este tema. Es por ello que la temática de la salud reproductiva fue incorporada al sector de la salud pública hasta la década de los 70's, cuando por parte del sistema de salud del gobierno de la República, se comenzó a prestar servicios de planificación familiar al alcance de la población, la cual contaba con la coparticipación de una ONG especializada en estos asuntos, actividades que eran financiadas por entidades internacionales.

Posteriormente se introdujo al sistema nacional de salud un conjunto de políticas que se llevarían a cabo mediante un programa denominado Programa Materno Infantil, el cual no tuvo grandes resultados al momento de ser ejecutado, una vez más por la falta de interés por parte del gobierno.

De tal forma que durante los años ochenta, el término salud reproductiva, fue satanizado por una parte de la sociedad, teniendo como consecuencia que el ejercicio de esta, estuviera restringido a un gran número de profesionales de las ciencias médicas, así como para el resto de la sociedad era una temática casi prohibida debido a la doble moral que se manejaba en ese entonces.

La restricción del término, salud reproductiva, se debía, como se hizo referencia anteriormente, ese tema era considerado por sus connotaciones como tabú y más en esa época en la cual la cultura tendía a ser muy conservadora, ya que cuando se hablaba de salud reproductiva, se hacía referencia a las relaciones privadas propias de la familia o de una cultura determinada, o bien según las posturas religiosas y conservadoras en ciertos sectores de la población acerca de la sexualidad y la reproducción humana.

Por otro lado, hablar de salud reproductiva también hacía referencia a las políticas demográficas y de control de la natalidad, las cuales encontraban oposición en sectores políticos posicionados en contra del intervencionismo internacional y del racismo hacia las poblaciones indígenas.

Es así, como este tipo de actitudes respecto a dichos temas, crearon una controversia de tal magnitud dentro de la opinión pública, que impidieron el análisis, discusión y abordaje de la problemática relacionada con los temas de población, salud reproductiva y planificación familiar de una manera objetiva y valorativa de la situación particular de las mujeres.

Circunstancias que llegaron a tal punto que durante el año de 1987 y 1995 cuando se iba a efectuar la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI), esta debía de ser previamente aprobada por la curia eclesiástica guatemalteca la cual, por ejemplo determinó que en la ENSMI de 1995 no se incluyeran preguntas sobre el embarazo adolescente y el aborto.

Y es hasta finales de ese mismo año, que el término, salud reproductiva, comenzó a tener cierto dominio dentro de la sociedad guatemalteca, utilizándose de una forma más cotidiana y abierta. Cambio que fue motivado por el aumento de la incidencia del movimiento nacional de las mujeres, el accionar de las ONG que trabajan en el tema, la cooperación internacional, las conferencias internacionales y por la actitud política del sector salud con respecto del tema a partir del año 2000.

Año en el que se muestra una transformación dentro de la temática de salud reproductiva, ya que anteriormente estos solo eran enfocados en el espaciamiento de embarazos y la demografía, cambiando totalmente este ámbito hasta crear una nueva visión, en la cual la salud integral de la mujer se concibe como calidad de vida, equidad de género y respeto a sus derechos humanos sexuales y reproductivos.

De ahí, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) incluyera a los niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, hombres y mujeres adultos mayores, con el fin de impulsar acciones que garanticen padres o madres saludables, que a su vez tengan hijos o hijas saludables capaces de ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfrutar de los beneficios sociales de la vida.

Para ello, se gestionaron acciones sobre salud materna y neonatal, atención integral a la niñez, adolescentes, mujeres y hombres; la prevención del riesgo reproductivo, salud mental, prevención y control del cáncer ginecológico, promoción de la participación masculina en actividades de salud reproductiva, atención integral a la salud de los adolescentes y prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.

Sin embargo a pesar de todo esto, “según el último censo de población realizado en el año 2002 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y publicado en el 2003, Guatemala cuenta con 11, 237, 196, habitantes, siendo la mayor población de Centroamérica”³.

La tasa de crecimiento no ha variado durante los últimos 10 años y es una de las más elevadas del área. La mayor proporción de población se encuentra en la región metropolitana. La distribución geográfica de la población es heterogénea en cantidad y grupos étnicos.

El elevado crecimiento de la población guatemalteca se debe a la alta tasa de fecundidad y la reducción rápida de la mortalidad general.

En la región central, norte, nor y sur occidente se concentra el mayor porcentaje de la población indígena.

³ <http://www.ine.cj/cd2002/sintesisencensal.pdf> (Consultada 15 de mayo de 2013).

Generando estos hechos que la situación socioeconómica de la población, en los últimos diez años, tienda a elevar los niveles de pobreza, originando una desigualdad social debido a una mala implementación de políticas económicas.

Otro aspecto que cabe destacar es que grandes grupos poblacionales sufren dificultades para satisfacer las necesidades de servicios esenciales, como la salud, la educación, la vivienda, el agua potable, etc.

La falta de servicios de salud es un obstáculo que provoca que sufran mayor vulnerabilidad ante las enfermedades infectocontagiosas y carenciales.

De tal forma que las tasas de mortalidad infantil, son comparativamente altas, dando como resultado que la esperanza de vida al nacer es menor a 65 años, siendo esta una de las más bajas de América Latina.

1.3. La salud reproductiva a nivel internacional

El tema de la salud reproductiva, tomo mayor relevancia a nivel internacional a partir de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (CIPD) en el año de 1994, pues fue dentro de esta conferencia, donde se adoptó el enfoque de salud sexual y reproductiva, basado en los derechos, que refleja una nueva política global de consenso sobre la relación existente entre las políticas de población y los derechos de salud sexual y reproductiva.

Además que en dicha conferencia se estableció que si se empodera a las mujeres y si se satisfacen las necesidades de la salud sexual y reproductiva de la gente, sería posible lograr la estabilización de la población, ya que los derechos sexuales y reproductivos son temas que no se deberían dejar abandonados.

Es así, como con base en lo concretado en la CIPD, temas referentes a la salud sexual y reproductiva pasaron a ser objeto de numerosas iniciativas de desarrollo, tanto por parte de organismos internacionales (el UNFPA, la Organización Internacional del Trabajo, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud), como de otros actores clave del desarrollo.

Pero es a partir de los últimos años, que se han desarrollado importantes esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, aumentar el acceso a la información y los servicios de calidad, mejorar las aptitudes técnicas de gestión y de trato interpersonal del personal de salud, y la sensibilización y concienciación de hombres y mujeres en relación a sus derechos de salud sexual y reproductiva.

Concluyendo de forma consensuada varias de estas instituciones internacionales, que uno de los problemas más graves y principales en relación a la salud sexual y reproductiva, es la referente a la mortalidad materna, que tiene especial relevancia en los países en desarrollo, donde las complicaciones obstétricas son la causa principal de defunción de mujeres en edad de procrear, además de constituir uno de los problemas de salud más urgentes.

Ya que según los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, por los estudios realizados en el tema de la mortalidad materna, “se genera a causa de la defunción de la mujer durante el embarazo o en un plazo de 42 días posteriores al parto, por lo que es una de las causas que más afecta a las mujeres especialmente a las adolescentes.

De tal forma que según las estadísticas referidas, la defunción materna a nivel mundial, se presenta en un 80% debido a que las mujeres presentan complicaciones obstétricas directas durante el parto como hemorragias, sepsis, complicaciones abortivas, preeclampsia o eclampsia o bien porque el trabajo de parto tiende a ser muy prolongado u obstruido y en cuanto al 20% restante, se da por causas indirectas que por lo general consisten en trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada últimamente por SIDA”⁴.

De tal forma que posteriormente la Organización de las Naciones Unidas (ONU), formulo ocho objetivos fundamentales para el desarrollo humano, mediante la promulgación de la Declaración del Milenio, instrumento internacional donde se recogen estos ocho objetivos y en los cuales se incluyó como quinto objetivo, todo lo concerniente a la salud materna.

Generando así este tipo de políticas e instrumentos de carácter internacional, que en países de la región Latinoamericana se presenten grandes avances en este tema,

⁴Ramos, Arely. **Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado**, pág. 75.

puesto que países como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y Uruguay, “actualmente sus índices de mortalidad materna se han reducido de sobremanera, llegándose a contabilizar únicamente 50 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos. En otros países como México se han visto resultados positivos pero a un paso lento, ya que aquí los rangos oscilan entre los 56 a 60 muertes maternas”⁵, situación que se da totalmente contraria en Haití.

Puesto que en ese país del caribe “se contabilizan alrededor de 630 muertes maternas, datos que son totalmente escalofriantes a comparación de los países mencionados anteriormente, esto debido a que en dichos países el 80% de los partos atendidos fueron gestionados por personal capacitado”⁶.

Otro dato muy importante en relación a lo anterior, “es que se calcula que desde el año de 1994 hasta la actualidad, a nivel mundial el 55% de las parejas casadas han comenzado a utilizar métodos idóneos de planificación familiar, pretendiendo de esta forma disminuir los altos índices que genera la problemática en cuestión”⁷.

Un factor muy importante que se ha tomado en cuenta, es que a pesar de que la mortalidad materna afecta a las mujeres de todas las clases sociales, hay un vínculo directo entre este problema y la pobreza.

⁵ <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores.html> (Consultada 20 de mayo de 2013).

⁶ **Ibid.** (Consultada 20 de mayo de 2013).

⁷ **Ibid.** (Consultada 20 de mayo de 2013).

Así las mujeres indígenas y afrodescendientes, las adolescentes y aquellas que viven en zonas rurales, enfrentan de forma diferenciada los problemas derivados de la maternidad.

Esto se debe fundamentalmente al limitado acceso de las mujeres más pobres a los servicios de salud y los métodos anticonceptivos, y las deficiencias de los servicios públicos de información, educación y provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. Pero también tiene que ver con su menor capacidad de negociación a la hora de tener relaciones sexuales, la violencia de género, la presión sociocultural en torno a la maternidad y la falta de garantías de seguridad por parte del Estado.

Es por ello que el ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, en el año 2002, señaló que si las políticas de salud reproductiva no se abordan decididamente por los gobiernos del mundo, los objetivos trazados por diversas instituciones internacionales de las cuales forman parte estos países, lamentablemente no podrán alcanzarse, ya que si las mismas, se llegaran a concretar las mujeres podrán determinar el tamaño de sus familias, así como el momento adecuado para tener a sus hijos, creando de esta forma cierta igualdad entre hombres y mujeres, conllevando a la vez una mayor capacidad de las mujeres para adoptar decisiones acerca de su propia reproducción.

Sin embargo, será hasta el año 2014 en el que se espera se muestren los resultados a nivel internacional obtenidos en materia de salud reproductiva, mismos que serán

analizados a partir de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo hasta la fecha, ya que será en el 2014.

Cuando los países que asistieron a dicha conferencia y que se comprometieron a formular y promocionar políticas de salud reproductiva, que expondrán sus razones por las cuales se han obtenido los resultados indicados o bien darán alguna explicación fundamentada de porque no se han obtenido resultados positivos desde el año de 1994, fecha en que se celebró la CIPD, y en dado caso buscar soluciones ecuanímes que tiendan a resolver esta problemática.

Es por eso que es fundamental el tema de la salud reproductiva a nivel internacional para que tenga eco en las decisiones de cada país que asume el compromiso.

1.4. La salud reproductiva en el ámbito escolar

La salud reproductiva es un tema que debe ser tratado de una forma especial, para que así este, pueda ser conocida de una forma más simple por todas las personas que habitan un país determinado, razón por la cual, el mismo para la obtención de resultados positivos, debería de instruirse dentro del sistema educativo, situación que como se infiere del desarrollo de puntos anteriores, el tema aún es muy satanizado por ciertos sectores de la sociedad, que ven en éste, una excusa para fomentar el adulterio y la promiscuidad de los jóvenes, sin detenerse a pensar de forma objetiva, que la percepción de la educación desde las distintas dimensiones que engloba la vida cotidiana del ser humano, es un factor muy importante para impulsar el crecimiento de

una nación, tal y como se ve ejemplificado en países que en la actualidad son considerados como potencias mundiales.

Dimensiones en las que se encuentra la sexualidad, la cual engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta relacionadas con el sexo, que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Es por ello que a nivel mundial se han generado iniciativas para que el tema de salud reproductiva se incorpore a los sistemas educativos, con una visión integral que *posibilite el desarrollo psicológico y social en el marco de los derechos humanos*, sexuales y reproductivos, para vivir la sexualidad de forma saludable e informada, lo que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida.

Aspectos que como se estableció, son desconocidos o no se quieren ver de esta forma, por parte de estos grupos que están en contra de la inclusión de la temática de salud reproductiva en el ámbito escolar.

Sin percatarse que dicho desconocimiento trae consigo una serie de efectos negativos, siendo el más afecto el sector juvenil de la población. Pues la importancia que tiene el conocimiento de la salud reproductiva, radica en que dentro de esta, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, de los cuales ya se hizo mención anteriormente, derechos que básicamente constituyen una vivencia a lo largo de la vida, no solo en la etapa reproductiva, sino también en lo relacionado con las decisiones que tienen que ver con la sexualidad de la juventud.

De tal forma que ese desconocimiento que se genera entre la población, trae consigo una serie de diversas consecuencias, fundamentalmente como ya se mencionó, en el sector juvenil de una población, dándose origen a embarazos prematuros, la proliferación de infecciones de transmisión sexual, la propagación del VIH, el aumento de los índices de mortalidad materna e infantil, pérdidas económicas y graves daños al tejido familiar y social.

Sin embargo, todas estas causales pueden ser evitadas muy fácilmente, ya sea desarrollando temáticas de salud reproductiva dentro de los pensum de estudios de los distintos niveles educativos (punto esencial) o bien facilitando el acceso a los servicios de salud, soluciones que se pueden dar únicamente mediante la inversión e interés por parte de los gobiernos.

Generando así una inmensidad de beneficios, puesto que de esta forma, el Estado asume su rol de garante de derechos y estabilizador del crecimiento poblacional aumentando a la vez las capacidades para el desarrollo de las sociedades.

Además que “los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva empoderan a los hombres y a las mujeres y se prepara mejor a la adolescencia y a la juventud en el camino por experimentar relaciones sexuales más responsables”⁸.

Un aspecto que se ha visualizado mediante varios estudios, es que en la actualidad existe una brecha considerable entre el conocimiento sobre salud reproductiva en la

⁸Barranco, Enriqueta. **La educación afectiva y sexual en los centros educativos**, pág. 55.

población rural, en comparación con la urbana, y esto se debe comúnmente a cuestiones culturales en las que inciden también varios factores sociales, geográficos y económicos, que limitan tanto el acceso a la educación como a servicios básicos de salud.

Mientras tanto que la juventud de las ciudades, puede acceder a los servicios de salud y educación de forma gratuita y fácil, obteniendo así mayor información sobre cualquier tema de su interés y más en este caso tendrán más alternativas de protección, a diferencia de las comunidades que componen el área rural, que debido a dichas limitaciones, los coloca en una situación de vulnerabilidad, principalmente a las jóvenes, quienes se exponen a las agresiones sexuales, matrimonios obligados y a la muerte, al no contar con atención especializada durante los embarazos y los partos, ni mucho menos información adecuada para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Esto responde a la teoría que planteaba el Fondo de Población de Naciones Unidas en un principio“ a mayor asistencia de educación, mayor empoderamiento respecto de su sexualidad”⁹, teoría que va dirigida exclusivamente a aquellos países que cuentan con población indígena, pues es en estos país en donde más se padece esta situación, ya que en algunos casos dentro de esas comunidades indígenas se dan los más altos niveles de analfabetismo, así como también tienden a ser un área de la población que por sus raíces y culturas son discriminadas por las políticas públicas nacionales.

⁹Ibid. pág. 57.

Un ejemplo muy claro de implementar los puntos que componen el tema de salud reproductiva dentro del ámbito escolar, es lo que sucede en España, que para realizar dicha inclusión, se ha planteado unos ejes en cuanto a que temas deben enseñarse en los distintos niveles educativos, dando como resultado lo siguiente:

Nivel primario-El ser humano y la salud:

Aspectos básicos de las funciones de relación, nutrición y reproducción. Identificación y localización de los principales órganos y aparatos;

La relación afectiva y sexual;

Aceptación del propio cuerpo y respeto por las diferencias derivadas de los distintos aspectos corporales (estatura, peso, diferencias sexuales, etc.)

Valoración de los aspectos sociales y culturales de la sexualidad.

Nivel secundario-Las personas y la salud:

La reproducción humana;

Los cambios corporales a lo largo de la vida;

Aparato reproductor masculino y femenino;

Fecundación, embarazo, parto;

La sexualidad humana como comunicación afectiva y opción personal;

Diferentes pautas de conducta sexual;

El sexo como factor de discriminación en la sociedad;

Métodos anticonceptivos y nuevas técnicas reproductivas;

Enfermedades de transmisión sexual;

Hábitos saludables de higiene sexual;

Interés por informarse sobre cuestiones de sexualidad y disposición favorable a acudir en demanda de ayuda a profesionales y centros especializados;

Reconocimiento y aceptación de diferentes pautas de conducta sexual y respeto por las mismas.

CAPÍTULO II

2. Mortalidad materno-infantil en madres adolescentes

2.1. El embarazo en la adolescencia

“La adolescencia es una etapa de la vida humana, en la cual el ser humano experimenta una diversidad de cambios en su fisiología, comenzando por el cuerpo y abarcando otros aspectos como la forma de ser, pensar y de relacionarse con otras personas, esto se debe a que la adolescencia es el puente entre la infancia y la juventud”¹⁰.

Etapa que es muy importante para el desarrollo del ser humano, por lo cual la Organización Mundial de la Salud, formuló una definición de adolescencia con la finalidad de establecer entre que años de la vida del hombre se da esta etapa, es así como dicha definición se planteó de la siguiente manera: Adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, estos cambios que se presentan en el cuerpo humano han generado desde hace tiempo un fenómeno social que se incrementa en grandes proporciones.

¹⁰Dardón, Juan. **Construyendo la imagen-objetivo para la salud reproductiva en Guatemala**, pág. 38.

Es por eso que cada año, dentro de la adolescencia esos cambios corporales representan nuevos descubrimientos para ellos en cuanto a su cuerpo, así como también se gesta una atracción descontrolada hacia el sexo opuesto, ya sea de un hombre hacia una mujer o viceversa. Atracción que en algunos casos se materializa mediante la práctica de relaciones sexuales a temprana edad entre parejas y que en determinadas ocasiones llega a consumarse con un embarazo inesperado.

Embarazo que por la etapa del desarrollo del ser humano, en que se presenta se le denomina como embarazo precoz, nominación que se le da debido, a que este sucede *en una etapa anterior a la edad adulta, donde comúnmente se tendría que dar, y no dentro de una etapa como la adolescencia, donde tanto el hombre como la mujer, no tienen ningún tipo de preparación para afrontar este acontecimiento, que muchas veces se da debido a una escasa relación con la familia o bien por la falta de orientación en temas de salud reproductiva.*

Siendo la más afectada en esta relación, la mujer, ya que un embarazo no planificado en cualquier edad o momento de la vida de la mujer, llega a alterar de forma abrupta su vida cotidiana, sin embargo en el caso de una adolescente, los efectos son aún más determinantes, puesto que las condiciones psicológicas, sociales y anatómicas en esta etapa no son las adecuadas para la reproducción, debido a que estos embarazos se suscitan en edades inferiores a los 18 años, siendo la etapa recomendada por los médicos para que una mujer se embarace, dentro de los 20 hasta los 35 años de edad, razón por la cual ya se tiene la madurez necesaria y el cuerpo está en la condición madura para poder reproducirse.

Delo contrario el embarazo precoz en el momento en que se presenta genera algunas características que lo distinguen del embarazo que se da en personas adultas, dichas características son las siguientes:

Deterioro general del organismo de la adolescente, por encontrarse en un proceso de crecimiento;

La estabilidad emocional de la madre adolescente se debilita por los sentimientos confusos que puede experimentar;

Ocasiona rechazo y sentimientos de culpa en la adolescente;

Provoca malestar general en la adolescente cuyos síntomas (mareos, náuseas, vómitos, irritabilidad, sueño y fatiga), aparecen desde el primer trimestre del embarazo, debido a la adaptación a su nuevo estado.

2.2. Situación de la mujer adolescente en Guatemala

En el país, el ejercicio de la sexualidad entre parejas adolescentes, está atravesado por múltiples circunstancias relacionadas con inequidades de género, que ubican a las jóvenes en desventaja respecto de sus parejas masculinas, a esto se suma el desconocimiento, la falta de información adecuada, los mitos y tabúes que rodean al sexo.

De manera que un buen número de adolescentes enfrenta, sin planificarlo ni desearlo, embarazos para los cuales no están preparadas. Situación que se agudiza, sobre todo en áreas urbano-marginales o en el área rural, donde la precariedad en la que las jóvenes viven es un factor fundamental que impide su pleno desarrollo.

Es así como la incidencia de embarazos en adolescentes, debe analizarse como un problema social que merece la atención estatal tanto por el impacto en las posibilidades de desarrollo de niñas y jóvenes como por la atribución que se le ha dado al ser un mecanismo que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Sin embargo, el Estado de Guatemala se ha visto imposibilitado en generar políticas que fomenten la salud reproductiva dentro de los adolescentes, para que de esta forma se puedan reducir los altos índices de embarazos precoces que actualmente se están dando en el país, ya que el mismo se encuentra ubicado entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina.

Según los datos recopilados por la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2008/2009), el promedio de hijos por mujeres es de 3.8, el 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años, el 25% entre los 18 y 19 años¹¹.

Así como las relaciones sexuales entre adolescentes representan el 63% con esposo o compañero en las edades de 13 y 14 años, mientras que el 54% se comporta en el grupo etario de 15 a 17 años¹².

¹¹<http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/> (Consultada 21 de mayo de 2013).

¹² **Ibid.** (Consultada 21 de mayo de 2013).

Las uniones tempranas siguen siendo una problemática en estas edades ya que en la encuesta realizada por la ENSMI 08/09 se obtuvo que el 30% de las adolescentes menores de 13 años tuvo sus primeras relaciones sexuales con familiares.

La tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años alcanza a 98 por mil nacimientos. “La fecundidad es mayor en adolescentes de áreas rurales y con menor nivel educativo; en los adolescentes de 15 a 19 años el nivel de escolaridad representan el 40.7% de los adolescentes con secundaria sin terminar, seguido de la primaria sin terminar con un 26.2% y la primaria terminada con un 20.9%”¹³.

Los embarazos en edades de 10 a 19 años representan el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de un 42.7% de partos atendidos en los hospitales.

Según el Sistema de Información Gerencial de Salud del Ministerio de Salud Pública de Guatemala (SIGSA) y el Programa Nacional de Salud Reproductiva el porcentaje de partos en adolescentes fue de “19.9% del total de partos correspondiendo a 47,559 partos en adolescentes”¹⁴.

El acceso a la anticoncepción en la adolescencia resulta muy bajo, ya que solamente utilizan la anticoncepción el 32.7% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 47.9% de 20 a 24 años. Si se considera el uso de métodos modernos de

¹³ <http://hablandoguatemala.files.wordpress.com/2011/10/encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil-2008-2009.pdf> (Consultada 21 de mayo de 2013).

¹⁴ http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=150 (Consultada 22 de mayo de 2013).

anticoncepción, la proporción es menor, sólo usa el 28.1% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y el 39.8% de 20 a 24 años. “En el grupo de adolescentes y mujeres jóvenes con más de una pareja sexual en el último año, el 67.3% de los adolescentes no usa ningún método de planificación familiar, sólo el 18.3% de las adolescentes usan métodos inyectables y el 3.3% de sus parejas usa condón”¹⁵.

Las cifras muestran desigualdades en adolescentes y jóvenes indígenas 11%, respecto de las mestizas 17%. Existe un 25.6% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 24.3% de mujeres de 20 a 24 años con necesidad insatisfecha de anticoncepción, con mayor peso en jóvenes que viven en áreas rurales, poblaciones indígenas y con bajos niveles educativos.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción se explica principalmente para espaciar nacimientos en ” 20.3% en mujeres de 15 a 19 años y 19.7% de 20 a 24 años”¹⁶.

No hay cifras desagregadas por condición de ruralidad en adolescentes, pero en todas las edades reproductivas el acceso a parto con personal calificado es de “51.3%, con valores significativamente menores en áreas rurales (36.5%) y mujeres indígenas (29.5%). También tienen mayor proporción de control prenatal que las adultas en un 92.6%, pero la frecuencia disminuye a medida que avanza el embarazo 59.5% en el primer trimestre; 27.8% en el segundo y 5.1% en el tercer trimestre”¹⁷.

¹⁵ **Ibid.** (Consultada 22 de mayo de 2013).

¹⁶ **Ibid.** (Consultada 22 de mayo de 2013).

¹⁷ http://www.prensalibre.com/noticias/Factor-social-impacta-indicadores_0_394160621.html (Consultada 23 de mayo de 2013).

2.3. Principales causas de embarazos en adolescentes

Las causas por las cuales se dan los embarazos en el sector adolescente de una población determinada, suelen ser casi los mismos en distintos países, variando en algunos casos debido a la cultura que tienen ciertas comunidades que habitan una nación específica, además que como se infiere en puntos anteriores, los países más afectados son aquellos que se encuentran en vías de desarrollo como Guatemala.

Por ejemplo en algunas sociedades, el matrimonio a temprana edad y el rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer, son factores importantes que influyen en los altos índices de embarazo en la adolescencia.

Circunstancias que se dan comúnmente en comunidades que por el tipo de cultura, la mujer siempre deberá estar supeditada al hombre y al cuidado de los hijos sin importar la edad que esta tenga, una muestra de ello, es lo que sucede en algunos países del continente africano, donde el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven.

Algo similar sucede dentro del subcontinente indio, en donde el matrimonio de adolescentes y el embarazo es más común y no es visto como un problema social que aqueje al país, puesto que la finalidad de estos embarazos prematuros, es la de mantener la descendencia dentro de las familias, sin embargo este tipo de tradiciones tiende a ser muy primitiva y retrograda para la actualidad, donde la sobrepoblación a nivel mundial es un tema de gran importancia para el desarrollo de la humanidad.

Pero ya dentro de sociedades con otro tipo de cultura que sustentan otras ideologías, una de las causas fundamentales de los embarazos en adolescentes, es la práctica de relaciones sexuales a temprana edad, sin la utilización de métodos anticonceptivos o bien por la mala aplicación de estos. Además de esta causal existen otras más, que definen un embarazo dentro de la adolescencia de un ser humano como lo son:

El comportamiento sexual adolescente y el uso del alcohol y estupefacientes;

Falta de información sobre métodos anticonceptivos;

Diferencia de edades dentro de las relaciones sexuales;

Abuso sexual;

Factores socioeconómicos;

Ambiente en la infancia.

2.3.1. El comportamiento sexual adolescente y el uso del alcohol y estupefacientes

Los cambios fisiológicos y la atracción incontrolable por el sexo opuesto, que se da en la etapa de la adolescencia, trae consigo una serie de acciones que son ejecutadas inconscientemente, generando diversas consecuencias que en algunos casos son más negativas que positivas, como por ejemplo un embarazo precoz.

Acciones que a veces son realizadas por presiones que sus propios compañeros de grupo ejercen sobre estos o bien porque esos cambios fisiológicos, representan nuevos descubrimientos del cuerpo humano, que se ven representados en el placer que producen las relaciones sexuales.

Otro aspecto que se puede dar en la adolescencia es que los cambios que se presentan en esa edad, pueden ser referentes a la actitud que toma una persona dentro de esa etapa, como por ejemplo la rebeldía, actitud que puede llevar a un adolescente a probar nuevas cosas como el alcohol o los estupefacientes, los cuales tienden a reducir la inhibición y estimular la actividad sexual no deseada.

Aunque esto último, para algunos sectores no es un factor que influya directamente en los adolescentes para que tengan comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales, es decir que dicha correlación no implica alguna causalidad. Pese a ello la mayoría concuerda que el consumo de drogas y alcohol es una causa que vincula los embarazos en los adolescentes.

2.3.2. Falta de información sobre métodos anticonceptivos

Dentro de las causas principales del embarazo en adolescentes, existe una que destaca de las otras por ser la más común en darse dentro de este ámbito, siendo esta la falta de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o no tener un fácil acceso para su adquisición o bien puede ser, en muy pocas ocasiones, que el adolescente se sienta avergonzado de preguntar o comprar anticonceptivos.

Produciendo esta situación que más de la mitad de los embarazos precoces se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.

Es así como de conformidad con las estadísticas hechas en varios países, el 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo, así como también solicitar información a un médico.

En algunas ocasiones sucede que los métodos anticonceptivos que utiliza una pareja, son empleados de modo inadecuado, de tal forma que muchos varones adolescentes sin experiencia pueden usar el condón incorrectamente.

Otra debilidad en las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los *anticonceptivos orales*, este tipo de fracaso se suele dar más comúnmente en adolescentes de escasos recursos, que por dicha situación económica, es casi imposible que puedan tener un acceso frecuente a esta clase de métodos.

Sin embargo existen otros anticonceptivos que son muy poco conocidos y que tienen mayores beneficios, más para aquellas personas que tienen algún problema con las rutinas que establecen la utilización de otros métodos anticonceptivos más tradicionales, pues el uso de estos, es un poco más espaciado, puesto que se deben aplicar cada mes o en algunos casos hasta por año, como por ejemplo el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo, pero también existe la opción de seguir utilizando los métodos tradicionales pero de una forma combinada, de manera que las personas puedan tener acceso a una mejor salud reproductiva con menor riesgo de embarazos no deseados.

2.3.3. Diferencia de edades dentro de las relaciones sexuales

De conformidad con un estudio realizado por la Family Research Council, se estableció que uno de los factores de embarazos precoces, “se debe a la diferencia de edades entre la mujer y el hombre, ya que las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto”¹⁸.

Estudio que sirvió de base para la realización de otros como el realizado por la Population Reference Bureau y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud, en el cual dentro de una de sus conclusiones estaba que cerca de dos tercios de los niños nacidos de mujeres adolescentes, son engendrados por hombres adultos de 20 años o más, por lo que por lo mismo, las adolescentes son las afectadas por las condiciones y circunstancias de su edad ante un resultado inoportuno de la vida.

2.3.4. Abuso sexual

Una causa más del embarazo en adolescentes, es el abuso sexual que afronta una menor de edad, abuso que puede presentarse alrededor de los 10 hasta los 16 años de edad, puesto que según estadísticas recopiladas, se establece que entre el 11 y el 20

¹⁸Organización de Naciones Unidas. **Manual sobre los objetivos de desarrollo del milenio con enfoque de derechos humanos**, pág. 121.

por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo.

Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, es así como el Instituto Guttmacher, mediante un estudio realizado, encontró que el 60% de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas, pero también se estableció que uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admitió que forzaron a su pareja para tener relaciones sexuales con ellos¹⁹.

Pero en algunos países industrializados, el abuso sexual en adolescentes se da con mayor fuerza, ya que según las estadísticas en estos países, hasta el 70% de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25 por ciento de las mujeres que no dan a luz en esa edad sufrieron abusos siendo niñas.

Situación que es lamentable en esta clase de países, puesto que en la mayoría de estos, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto si están reguladas por la Ley, pero no son sancionadas.

¹⁹ <http://www.es.catholic.net/sexualidadybioetica/284/1271/> (Consultada 25 de mayo de 2013).

2.3.5. Factores socioeconómicos

La pobreza junto con la falta de conocimiento en métodos anticonceptivos, son las causales más comunes en los embarazos en adolescentes, debido a que en el mundo existen bastantes países en vías de desarrollo, donde los índices de analfabetismo y pobreza son muy grandes, generando esto que se den los embarazos en esta etapa de la vida humana, tal es el caso de países como Nicaragua, Niegria y Bangladesh que son considerados entre los más pobres del mundo, causa por la cual se registran más casos de embarazos precoces a comparación de otros países.

Pero también se suele dar esta situación en países desarrollados como el Reino Unido e Italia, donde los índices de embarazos en adolescentes son más bajos, pero en el caso del Reino Unido, esta problemática se presenta en el 30% de la población que es de escasos recursos y en Italia se presenta de cada 1000 embarazos 10 son de adolescentes, esto en las áreas pobres de Italia, mientras que en las zonas donde habitan adolescentes de clase alta, solamente se dan de cada 1000 embarazos, únicamente 3.

2.3.6. Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas durante esta etapa de la vida.

Supuestos que fueron sustentados mediante la realización de varios estudios, como el efectuado durante el año 2004, en el cual se estableció que tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares. Las personas encargadas de este estudio, concluyeron que la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá.

De tal forma que mediante estudios realizados posteriormente, se ha descubierto que aquellos niños criados en hogares con una madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, eran más propensos a dejar embarazada a una chica, indicándose también que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente, situación que no se presenta en los casos en los cuales una niña tuvo presente a ambos padres durante toda su infancia.

2.4. Consecuencias del embarazo en adolescentes

Las consecuencias que puede generarle un embarazo prematuro a una adolescente, se pueden presentar en diversas etapas, ya sea durante el embarazo, al momento del parto o bien posteriormente a ambos. Para ello algunas personas con base a diversos estudios han decidido de forma consensuada, segmentar en dos bloques las consecuencias que trae un embarazo precoz, denominándolas como:

Consecuencias médicas y

Consecuencias psicosociales.

Consecuencias que son solamente para la adolescente, puesto que también él bebe, que nace de ella, puede afrontar ciertas circunstancias, para lo cual en los puntos siguientes se desarrollaran tanto estas dos clases de consecuencias como las que se pueden dar en el recién nacido.

2.4.1. Consecuencias médicas

Para el campo de las ciencias médicas, el embarazo a tan temprana edad, puede producir serias consecuencias y complicaciones a la mujer, algunas que pueden llegar a ser irreversibles para la salud de la madre, siendo las más importantes:

Es frecuente que la adolescente padezca de anemia;

Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preeclampsia y eclampsia;

El bajo peso al nacer de los hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas;

Se puede dar en la adolescente embarazada una embolia, enfermedades hipertensivas o embarazos ectópicos;

Algunas adolescentes por no desear ese embarazo, toman la decisión de acudir a lugares clandestinos para abortar o bien llegan a efectuar un aborto inducido, causándole durante el proceso una sepsis o alguna hemorragia grave;

El desconocimiento de la adolescente de ser portadora de una enfermedad de transmisión sexual puede poner en riesgo su salud como la de su hijo.

Ya que estas enfermedades aumentan los síntomas durante el embarazo, llegando a nacer la criatura con este tipo de enfermedades acortando su tiempo de vida y ocasionando daños a los órganos del cuerpo de la madre, debido a que el mismo por su edad, no estaba preparado para el embarazo.

2.4.2. Consecuencias psicosociales

Las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la joven se enfrentara al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aún no ha consolidado su formación y desarrollo, es así como las consecuencias de carácter psicosocial pueden ser:

Optar por la adopción del recién nacido, generándoles culpa y arrepentimiento en etapas posteriores de su vida;

Enfrentar la vida como madre soltera, convirtiéndose en una especie de familia monoparental, padeciendo de grandes dificultades y carencias a causa de su situación.

El proyecto de vida que se había planteado previamente se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno en que habita, disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo, además que en algunos casos la educación de su hijo será dentro de un ambiente desfavorable.

El matrimonio obligado, puede causar que el mismo no dure mucho tiempo por no haber sido consensuado por ambas partes o también porque el joven padre no sabe cómo enfrentar ese acontecimiento tan inesperado para su vida, aunado a la carga económica que representa el tener un hijo a esa edad. Por lo que las consecuencias inesperadas siempre van a afectar más a la joven madre porque es la persona quien por lo regular está más cerca del nuevo ser, que es hijo.

2.4.3. Consecuencias para el recién nacido

El embarazo precoz, puede causar ciertos riesgos o consecuencias para la criatura que lleva en su cuerpo la madre adolescente, mismas que se pueden dar por la forma en que la madre afronta su embarazo o bien en las condiciones en las que el parto se da, pudiendo mencionar algunas de estas:

Que el recién nacido padezca de espina bífida, debido a que la madre no ingirió ácido fólico durante el embarazo;

Por la edad de la madre se puede presentar en el recién nacido, más fácilmente el síndrome de muerte súbita del lactante;

Enfermedades congénitas;

Muerte fetal;

Desnutrición y bajo peso al nacer;

Retraso mental y problemas neurológicos;

Mortalidad perinatal.

2.5. Definición de mortalidad materno-infantil

Una definición exacta que haga referencia a la mortalidad materno-infantil no existe por ser un término que ha surgido de la unión de dos situaciones que actualmente son una problemática que a nivel mundial ha tomado importancia, por los altos índices de muertes maternas e infantiles que se generan cada año, es así como a nuestro criterio podemos definir la mortalidad materno-infantil como la defunción de la madre y el hijo, durante el periodo del embarazo, al momento de ocurrir el parto o bien días posteriores al acaecimiento de estos hechos, debido a circunstancias naturales, negligencias médicas o procedimientos inadecuados y condiciones económico-sociales, que influyen directamente en la vida de la madre o del hijo. Y a la vez existen también definiciones que abarcan únicamente el tema de la mortalidad materna, y entre una de ellas está la formulada por la Organización Mundial de la Salud, institución que define la mortalidad materna como “la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos los 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización del embarazo”²⁰.

Es tan importante este tema que para buscarle una solución y para su estudio las muertes maternas se dividen en:

Directas: Son las que se deben a una complicación obstétrica del embarazo, parto o puerperio, por ejemplo: embarazo ectópico, aborto, preeclampsia, eclampsia, placenta previa, rotura uterina, embolismo pulmonar y sepsis puerperal.

²⁰Ob. Cit. pág. 41.

Indirectas: Son las que se producen como resultado de una enfermedad preexistente o que si aparecen durante el embarazo son agravadas por éste, por ejemplo: cardiopatías, sickleimia, hepatopatías y diabetes, entre otras;

No clasificables: Son aquéllas debidas a una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención, por ejemplo: accidentes, suicidios, homicidios, etc.

De la tal forma que cuando se habla de mortalidad materno-infantil, estamos haciendo referencia a una problemática que afecta distintos ámbitos de la sociedad y más cuando se trata de embarazos en adolescentes, y es que esta problemática es considerada como uno de los indicadores más importantes para medir el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población en un país determinado.

Ya que la muerte de la madre o del recién nacido afecta directamente y más cuando sucede en una adolescente, la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad donde habita o ha tenido relación alguna, pero cuando estas muertes se vuelven muy comunes y numerosas tienden a constituirse como un problema de salud pública que puede causar consecuencias negativas a la nación y a la población en general, sobre todo si se tiene en cuenta que un número de ellas son prevenibles, mediante la formulación de políticas de salud reproductiva dentro de la sociedad y más en el sector de los adolescentes.

Sin embargo la mayoría de casos se da en los lugares o municipios con poco o difícil acceso a los servicios de salud para ser atendidos prontamente.

2.6. Factores que intervienen en la mortalidad materno-infantil

Los factores principales que inciden en los altos índices de mortalidad materno-infantil que actualmente se presentan no solamente en Guatemala, sino que en varios países del mundo y más específicamente en los adolescentes, suelen darse debido a negligencias de la adolescente, quien no sospecha de su embarazo, sino hasta que el mismo se hace evidente, situación que puede generarle un sin número de riesgos tanto para su salud como para del bebe que lleva en su vientre.

Puesto que un embarazo avanzado sin atención médica es muy peligroso durante el mismo o bien al momento del parto, pudiéndole causar en el primero de los casos un aborto inducido.

Siendo este uno de los principales factores a nivel latinoamericano, que más muertes produce de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad. Por ende, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico anticipado en las adolescentes que presentan ciertas molestias que dan indicio a un embarazo precoz, para que así el mismo sea tratado adecuadamente.

Sin embargo pese a un diagnóstico anticipado, suele suceder que por la edad que se tiene, los síntomas del embarazo pueden ser muy confusos, dando margen a diagnosticar otra situación como enfermedades depresivas, anemia, obesidad, infección urinaria, espasmos musculares entre otros, poniendo en riesgo la vida de la adolescente así como la de su hijo. Es decir, que en esencia la mortalidad materno-

infantil en adolescentes se debe a que fisiológicamente el cuerpo a esa edad no está preparado completamente para afrontar esa situación.

Ya que mientras menos edad tenga la madre más peligroso se vuelve el embarazo, debido a que corren un alto riesgo de complicaciones obstétricas, que las expone a una muerte durante el embarazo o el parto y más en este último caso, en donde por la edad que tiene la madre su pelvis no se ha desarrollado totalmente, circunstancia que le puede causar serios problemas durante el parto, puesto que su hijo tendrá complicaciones para salir del vientre pudiéndole causar asfixia.

Y es aquí donde entra en juego otro factor determinante de mortalidad, que es la situación económica que vive la joven madre, pues esa condición económica impide el acceso a un servicio de atención prenatal adecuado o bien a una correcta alimentación que permita el desarrollo íntegro de su embarazo, para que así, la madre no padezca de desnutrición, pues si ella entra en un estado de desnutrición, esto le podría ocasionar ciertos síntomas de hipertensión o anemia, enfermedades que le pueden causar un gran riesgo, ya que al momento del parto le pueden desarrollar una hemorragia que le pueda causar la muerte tanto a ella como a su hijo.

Además que esa condición económica, no solamente perjudica a la madre durante el embarazo, sino que también posteriormente a este, debido a que una limitación económica, puede ser perjudicial para el recién nacido, por no tener la madre los medios para conseguir alimentos, medicinas y otros productos que su hijo necesite.

Durante la etapas que también le siguen al recién nacido, pues el tener un hijo significa un gran esfuerzo económico, situación que puede afectar la vida del bebe por no recibir la alimentación o atención médica a tiempo.

2.7. Índices de mortalidad materno-infantil en Guatemala

Actualmente los índices globales de mortalidad materna se han reducido casi a la mitad y la mortalidad infantil pasó de 12 a 7.6 millones, datos que según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), son un poco alentadoras pero falta todavía reducir aún más estas cantidades, ya que en algunos países como el nuestro los avances se han visto muy lentos y casi obligados por parte de las autoridades de gobierno, generando mientras tanto condiciones alarmantes en cuanto a la mortalidad materno-infantil.

Según la información recopilada por UNICEF sobre un estudio elaborado recientemente en el que se evaluó el progreso que se está generando en los 75 países más vulnerables para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se reveló un descenso en los índices de mortalidad materna e infantil, resultados que para UNICEF son satisfactorios, pues se refleja el compromiso de las naciones de solucionar esta problemática.

Sin embargo, pese a los esfuerzos y los avances que demuestran las estadísticas, aún queda un largo camino por recorrer, pues cada dos minutos una mujer sigue muriendo por complicaciones del embarazo. Las posibilidades que sobreviva un bebe de una

adolescente son muy escasas, es por ello que el responsable de salud de UNICEF, Mickey Chopra, señala que “es necesario un mejor tratamiento de salud materna en algunos países de Latinoamérica, además de la promoción de la independencia y la educación de la población femenina.

Pues si permanecen más tiempo escolarizadas retrasarían los embarazos. Indicando también que en países como Guatemala, Bolivia, México y Perú se ha logrado reducir los índices de mortalidad infantil pero no en lo referente a incidencia de muertes de madres embarazadas, representando una gran proporción de estas las adolescentes”²¹.

Es así como en Guatemala, el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), “reveló que en el país, los índices de mortalidad materna siguen siendo altos, pues mueren 153 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, a consecuencia de diversas complicaciones que pueden ser prevenibles y que dentro de estas cantidades en gran proporción se trata de madres adolescentes, además que se estableció que uno de los sectores más afectados es el compuesto por comunidades indígenas donde los índices son más altos que en otras áreas porque aquí las muertes maternas son de 211 por cada 100,000, datos que se presentan en comunidades que pertenecen a Departamentos como Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché, Totonicapán, San Marcos, Quetzaltenango y Petén”²². Por lo que la situación del país se ve afectada especialmente con el alto índice de los casos de embarazo y muertes maternas de las adolescentes.

²¹UNICEF. **La adolescencia: datos y cifras en Guatemala**, pág. 25.

²² *Ibid.* pág. 26.

Datos y estadísticas que posicionan a Guatemala, según el Informe Mundial de la Infancia 2012, como una de las naciones latinoamericanas que presentan mayor índice de muertes maternas, menores de cinco años, nacimientos y neonatales y a nivel mundial ocupa el puesto 76 con 32 muertes por cada 100,000, en cuanto a nivel centroamericano tiene el primer lugar de decesos materno-infantiles, seguida por Nicaragua, una realidad vivida en la población que tiene poco o difícil acceso a los servicios de salud básica²³.

²³ **Ibid.** pág. 26.

CAPÍTULO III

3. Marco legal de salud reproductiva

3.1. Antecedentes de legislación en materia de salud reproductiva en Guatemala

En Guatemala hablar sobre los antecedentes de normativas jurídicas que regularan el tema de salud reproductiva, es muy escaso, ya que anteriormente esta temática era muy compleja de desarrollar por el contenido que abarca la salud reproductiva, los cuales eran considerados por ciertos sectores de la sociedad, más por el religioso, como un punto de partida para incitar la promiscuidad y la lujuria, es decir generar una libertad sexual, que podría ser muy difícil de frenar y que podría traer un sinnúmero de consecuencias que perjudicarían la imagen del país.

Haciendo mención que dicho término no tiene mucho tiempo de existir, puesto que anteriormente al surgimiento de lo que actualmente conocemos como salud reproductiva (término que la Organización Mundial de la Salud definió en la década de los 90's), se hablaba de planificación familiar, en el cual no se abarcaban puntos como los derechos sexuales o reproductivos que son parte de la salud reproductiva, ya que al referirse a planificación familiar, se hacía desde un punto de vista más conservador, teniendo como única finalidad la de formar una familia de forma consiente, es por ello que difícilmente existiera en ese tiempo algún tipo de legislación que regularan temas comprendidos dentro de la salud reproductiva.

Por lo que teniendo como única referencia para la planificación familiar, leyes como el Código Civil o la Constitución Política de la República, debido a que lo referente a planificación familiar era regulado más comúnmente por políticas formuladas por los gobiernos de turno.

Es así como de conformidad como se iban dando avances a nivel mundial en cuanto a derechos humanos y de la mujer como también el incremento de la población de manera descontrolada aunado a la apertura de criterios de los sectores que anteriormente se oponían a este tema, dieron como resultado que en Guatemala se regulara dicha temática, teniendo como base lo establecido en la Constitución Política de la República, y así posteriormente se fueran desarrollando ciertos preceptos contenidos en la norma suprema, para que de esta forma surgieran leyes específicas encargadas de regular esta situación, además de la suscripción de instrumentos internacionales relativos a salud reproductiva.

Teniendo en la actualidad un número reducido de legislación interna referente a salud reproductiva, como por ejemplo la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001 del Congreso de la República) y la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005) o bien instrumentos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Aunque se tiene como punto de partida los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

3.2. Normativa legal de salud reproductiva a nivel internacional

En principio la salud reproductiva deviene de un derecho fundamental como lo es el derecho a la salud, al cual todos como seres humanos tienen derecho, ya sea de una forma gratuita, que es lo ideal por ser una obligación del Estado, o a un bajo costo, para que así el ser humano pueda desarrollarse íntegramente.

Es por ello que cuando se hace alusión al término salud, no solamente se refiere a la ausencia de enfermedad (concepto de salud de forma restringida y negativa), sino que más bien se refiere a otro tipo de aspectos, que se hicieron constar en la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud, en la que se definió el término salud más ampliamente para no caer en la reiterada conceptualización de este, siendo así que, salud, según la OMS es “El disfrute del más alto nivel posible de salud, es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica y condición social o económica”²⁴.

Reafirmandose entonces como un derecho, en instrumentos internacionales y regionales más importantes sobre derechos humanos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 25), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 11), entre otros.

En sí, la importancia de la salud es que este término como ya vimos no solamente abarca la situación del ser humano en cuanto a la ausencia de enfermedad alguna.

²⁴Ob. Cit. pág. 59.

Sino que dentro de esta se incluyen otros aspectos y derechos universales de hombres y mujeres, como el acceso a servicios de salud pública o el respeto a la autonomía y libertad de las personas, el cual comprende el acceso al control de su cuerpo y salud, siendo este último el punto principal y uno de los motivos para el desarrollo del presente trabajo de tesis, ya que esa autonomía implica el acceso de las personas a información relacionada con su salud sexual y reproductiva, formando parte también de esta cierta libertad, el derecho de rechazar todo tipo de discriminación debido a su sexo y al no ser sometido a algún tipo de esterilización forzada.

Siendo la salud un derecho humano, su contenido será aplicado de igual forma como que si se tratara del término salud en sentido restringido, es decir a todas las personas desfavorecidas y vulnerables como en el caso de los adolescentes, obligando al Estado a respetar y proteger su ejercicio, proporcionándole para ello un sistema de salud eficaz, inclusivo y de buena calidad.

Por lo tanto que para comprobar ese compromiso por parte de varios países alrededor del mundo, se han creado una serie de instrumentos legales con la finalidad de garantizar el derecho a la salud reproductiva, siendo los más importantes y que se desarrollaran individualmente en puntos posteriores, los siguientes:

- Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- Declaración Universal de Derechos Humanos;
- Declaración Sobre los Derechos del Niño;

- Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer;
- Plataforma de Acción Mundial sobre la mujer;
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes.

3.2.1. Objetivos de desarrollo del milenio

Durante el mes de septiembre del año 2000, todos los 189 Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de la que también es parte Guatemala, se reunieron en la sede central (Nueva York) de dicha organización internacional, para comprometerse mediante la suscripción de la denominada Declaración del Milenio.

Tal declaración consiste en construir un mundo diferente para el año 2015, mediante el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), objetivos que se encuentran contenidos en la aludida Declaración.

En la Declaración del Milenio suscrita en esa ocasión, los Estados afirmaron que lucharían para promover la democracia, fortalecer el estado de derecho y el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales internacionalmente reconocidos.

Teniendo claro los Estados suscribientes que un enfoque basado en los derechos humanos, se funda en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Las disposiciones vinculantes de los tratados de derechos humanos, con los que se pretende establecer condiciones para promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Es así como la libertad humana es el centro tanto de los derechos humanos como del desarrollo humano, siendo de esta manera que la idea del desarrollo humano se centra directamente en el progreso de la vida y el bienestar de todos los seres humanos.

De tal forma que el punto de partida del enfoque de desarrollo humano es el postulado principal de que el desarrollo se debe entender como ampliación de las capacidades de las personas. El propósito del desarrollo es mejorar las vidas humanas ampliando las capacidades de las personas, tales como vivir saludable y bien nutrido, tener conocimientos y participar de la vida de la comunidad. Visto desde este punto de vista, el desarrollo significa remover obstáculos para que una persona pueda realizarse. Obstáculos como analfabetismo, enfermedad, falta de recursos o falta de libertades políticas o civiles.

Y más en un país como el nuestro en donde los ODM son relevantes por ciertas circunstancias que se mencionan a continuación:

- IDH más bajo de Centroamérica y el segundo más bajo de Latinoamérica;
- Quinto país con el nivel de pobreza extrema más alto de Latinoamérica;
- Primer lugar de Centroamérica en desnutrición global;
- Tasa más baja de alfabetización en jóvenes de 15 a 24 años en Centroamérica.
- Porcentaje más bajo de alumnos que empiezan primer grado y llegan a quinto grado de primaria en Centroamérica;
- Tasa de mortalidad infantil: la tercera más alta de Latinoamérica;
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años: la cuarta más alta de Latinoamérica;
- La razón de mortalidad materna es la quinta más alta en Latinoamérica. Es además, tres veces más alta en las mujeres indígenas que en las no indígenas;
- La tasa de fecundidad global más alta del continente (4.2 hijos/mujer en 2004);
- Tercer país de Latinoamérica con menor uso de anticoncepción;
- Se estima que Guatemala produce alrededor del 60% de los casos de malaria de Centroamérica.

Siendo así que los ODM pueden dar la solución y oportunidad de situar el derecho al desarrollo humano en el centro de las políticas de Estado, y por ende los mismos se componen por 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores.

Pudiendo mencionar que los 8 objetivos que componen los ODM son los siguientes:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
2. Lograr la enseñanza primaria universal;
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer;

4. Reducir la mortalidad infantil;
5. Mejorar la salud materna;
6. Combatir el VIH y sida, el paludismo y otras enfermedades;
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente;
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Teniendo importancia en el tema de salud reproductiva, los objetivos 3, 4 y 5. El objetivo número 3 se relaciona con dicha temática por la desigualdad existente entre mujeres y hombres, la cual se origina a causa de los patrones sociales y culturales que tienden a determinar los papeles y responsabilidades que las sociedades establecen como propios de las mujeres y de los hombres, y el valor social que se asigna a cada uno de estos.

Históricamente los hombres han tenido una posición de poner a las mujeres y las responsabilidades asumidas por éstas en una situación de menos valor social, generando cierta limitación en tomar decisiones fundamentales para su vida, tales como educarse, el número de hijos que desean tener o las oportunidades laborales a las que pueden acceder, siendo el punto destacado, lo referente al derecho de decidir cuantos hijos quiere tener con su pareja, por ser una decisión de ambos y no solamente del hombre.

Ahora respecto al objetivo 4, se encuadra dentro de este tema en cuanto a que las tasas de mortalidad infantil y mortalidad en la niñez se ubican entre los principales indicadores del nivel de desarrollo económico y social alcanzado por un país.

El descenso de estas tasas está relacionado con el nivel de ingresos del hogar, el aumento en los niveles de educación de las madres, el nivel de urbanización, la disponibilidad de agua potable y saneamiento así como del acceso a los servicios de salud que tiene la niñez, influyendo en la salud reproductiva respecto a que si la madre tiene una buena salud durante el embarazo.

Por lo que los meses posteriores del embarazo, su hijo gozará de un estado de salud de igual forma que su madre y podrá desarrollarse plenamente durante las etapas más importantes de su vida.

Y por último el objetivo 5, que es el más importante de los dos anteriores en cuanto a salud reproductiva, ya que este relativamente contiene a ambos, pues la salud materna es esencial durante el embarazo y parto que afronta la mujer, sin embargo actualmente sucede todo lo contrario tanto en nuestro país como en otros en vías de desarrollo, pues la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país.

La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y condiciones económicas precarias, en nuestro país no es la excepción que esta situación este más complicada que en otros países, debido a que la salud reproductiva de la mujer guatemalteca afecta mayormente a las mujeres indígenas, analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad.

El impacto de muerte materna es tres veces superior en las mujeres indígenas, sin olvidar hacer mención del sector compuesto por los adolescentes, quienes por negligencias propias o de su pareja afectan grandemente su salud.

En el país el sector más afectado es el área rural y por consiguiente la población es indígena en su mayoría.

3.2.2. Declaración Universal de Derechos Humanos

Este instrumento de carácter internacional fue proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la sesión realizada el 10 de diciembre de 1948, y en la introducción del mismo, la Asamblea General lo proclama, como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

En los articulados de la Declaración Universal de Derechos Humanos se protegen derechos como la igualdad, libertad y fraternidad de los seres humanos, la vida, seguridad y el trabajo.

Así como el derecho que tiene toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure tanto a su persona como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, conjunto de derechos que aparecen regulados en el Artículo 25 y en el cual también se postula lo más importante en cuanto a salud reproductiva que es la maternidad y la infancia, garantías que deben tener un cuidado y asistencia especial, son garantías que vienen a proteger y garantizar el nivel de vida mínima que debería tener cada persona y familia en países Latinoamericanos.

3.2.3. Convención Internacional Sobre Derechos del Niño

Durante el año de 1989 fue proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y fue firmada por 193 países.

En este instrumento internacional los Estados partes se comprometieron a adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Además se declaró que el niño o niña tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Por ello se debe reducir la mortalidad infantil y en la niñez asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sean necesarias a todos los niños haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; combatir las enfermedades y la malnutrición; asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia, circunstancias que son recogidas en Artículo como el 6, 17 y 24, siendo este último el más destacado en cuanto a salud reproductiva.

3.2.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Este es uno de los instrumentos internacionales más importantes en materia de derechos humanos, el cual fue proclamado por la Asamblea General de la ONU en 1966 y fue firmado por 154 países. Sus principales compromisos relacionados con salud reproductiva son la reducción de la mortalidad materna e infantil y promover el derecho a la salud física y mental. Abarca la atención a la salud oportuna y apropiada así como, a los principales determinantes a la salud.

Entre ellos, el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud incluida la salud sexual y reproductiva y, la participación de la población en todos los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud en los planos comunitarios, nacionales e internacionales, garantías que son relacionadas desde

varios aspectos dentro de todos los Artículos que conforman este Pacto, pero que son especificadas de una forma más adecuada en Artículos como el 10 y 12.

3.2.5. Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer también es conocida como CEDAW por el nombre que tiene en inglés esta Convención, misma que fue firmada en 1979 por 173 países que hicieron el compromiso de velar que la mujer no sea discriminada y viva en igualdad como mujer y pueda desarrollarse dentro de la sociedad.

Además que para una mejor interpretación del contenido de la referida Convención, se establecieron tres principios que la regirían siendo estos:

- Igualdad de resultados;
- No discriminación;
- Responsabilidad estatal.

En Artículos como el 12 y más específicamente el 16, se hace referencia a aspectos muy importantes de la salud reproductiva en cuanto a derechos sexuales y reproductivos, pudiese declarar a la maternidad como función social, se determina la obligación del Estado.

Es obligación del Estado adoptar medidas apropiadas para eliminar toda forma de discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar el acceso a información, educación y servicios, incluyendo los que se refieren a planificación de la familia. Aborda el derecho a libre decisión de las mujeres en cuanto al matrimonio y al espaciamiento de los embarazos.

3.2.6. Plataforma de Acción Mundial Sobre la Mujer

Plataforma de Acción Mundial sobre la Mujer o Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) es una de las cuatro conferencias que hasta la fecha se han celebrado, la primera fue en la Ciudad de México en 1975, la segunda en Copenhague en 1980, la tercera en Nairobi en el año de 1985 y finalmente la cuarta en Beijing en 1995.

Siendo esta última la más destacada por tener mayor trascendencia para las mujeres del Siglo XX. Uno de sus mayores logros son haber mejorado la capacidad de incidencia del movimiento de mujeres ante el Estado.

Durante los procesos previos de negociación para participar en Beijing; haber favorecido los niveles de articulación de las organizaciones de mujeres en los ámbitos nacional y entre sus principales compromisos están el defender los derechos fundamentales y la dignidad humana de las mujeres y los hombres, equidad de géneros, potenciar el papel de la mujer y su adelanto al promover la educación e independencia económica de la mujer y erradicar la pobreza.

Da acceso a la salud y reconceptualiza su enfoque con base en las necesidades de las mujeres, incluyendo derechos sexuales y salud sexual y reproductiva.

También eliminar las barreras legales y reglamentarias que se oponen a la enseñanza en materia de cuestiones sexuales y de salud reproductiva.

Temas que han hecho que este instrumento internacional sea relevante en aspectos de salud reproductiva por el alto contenido que se maneja dentro de la misma y por ser una de los primeros instrumentos en incorporar al sector adolescente en la temática de derechos sexuales y reproductivos.

Tal y como se demuestra en el párrafo 93 de la referida conferencia en donde de una manera muy exacta y concreta se enfatiza en la salud reproductiva de las adolescentes. En esta oportunidad citaremos el párrafo en mención: *En el acceso a los servicios de nutrición y de atención de la salud, la discriminación contra las niñas, consecuencia frecuente de la preferencia por los hijos varones, pone en peligro su salud y bienestar presentes y futuros.*

Las condiciones que fuerzan a las niñas al matrimonio, el embarazo y la reproducción a edad temprana y las someten a prácticas perjudiciales, como la mutilación genital, acarrear grandes riesgos para su salud. Las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento; sin embargo, a menudo carecen de ese acceso.

El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado.

Desde los puntos de vista biológicos y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección.

La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad prematura, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas.

La maternidad prematura sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo, en líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos.

No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción.

3.2.7. Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes

Dentro de los instrumentos internacionales de los que se ha hecho referencia en los puntos anteriores, este es el que menos importancia y promoción ha tenido, debido a que algunos países no están de acuerdo con el contenido de esta Convención por tener algunos temas que contradicen su legislación interna, causa que ha generado que no sean muchos los países que actualmente hayan suscrito la misma.

Sin embargo en algunos Artículos como el 11, 23 y 25, se hace referencia sobre aspectos de salud reproductiva en adolescentes que tienen gran importancia y que deberían ser puestos en práctica en algunos países, pero que de una u otra forma al analizar el referido articulado se percibe cierta ambigüedad que tiende a generar una diversidad de criterios en su aplicación y por lo tanto fundamenta más las causales por las cuales muchos países se niegan a suscribirla.

3.3. Normativa Legal de Salud Reproductiva en Guatemala

En algunos capítulos anteriores ya se hizo referencia en cuanto a la escasa legislación y políticas que existen en Guatemala sobre salud reproductiva, así como también el irrespeto a los instrumentos internacionales que se han ratificado en esta materia y en los cuales se obliga al país como signatario de estos de incorporar al marco normativo interno, leyes que contrarresten los efectos contraproducentes que genera un sistema de salud deplorable y más en cuanto a salud reproductiva se trata.

Es por ello que dadas las condiciones políticas, sociales, económicas y de salud por la que atraviesa la población guatemalteca, se ha considerado que Guatemala se encuentra dentro de un complejo período de transición del que no ha podido salir.

Transición política con la que se busca una consolidación democrática y que se remonta desde el año de 1985 con la promulgación de la actual Constitución Política de la República, y que junto a esta transición se pretendió iniciar una de carácter económico, social y cultura a causa de los efectos producidos por la globalización a nivel mundial, innovaciones que han quedado únicamente en intentos y que no se han podido consolidar, obteniendo de estos intentos unos cuantos beneficios que no llegan a solucionar el problema de fondo.

Sin embargo, en los puntos siguientes se desarrollaran brevemente aspectos referentes a salud reproductiva contenidos en nuestra legislación, desde lo contenido en la actual Constitución Política hasta leyes específicas de esta materia, que regulan, promueven y protegen la salud reproductiva.

3.3.1. Constitución Política de la República de Guatemala

Por obvias razones, previo a la creación de leyes que garanticen y desarrollen un derecho como el de la salud (en su sentido amplio, donde se encuentra la salud reproductiva), tiene que existir una especie de cimientos que proporcionen los principios de este derecho, así como también su contenido, circunstancias que se ubican dentro de la Constitución Política de la República, norma suprema del país.

Punto de partida de este derecho se encuentran otros que son inherentes a la persona humana y que son desarrollados posteriormente por leyes ordinarias.

Es así que dentro de esta norma suprema podemos encontrar ciertos Artículos que regulan y protegen el derecho a la salud reproductiva, algunos de estos a lo mejor no lo hacen de una forma concreta como otros pero que de igual forma tienen como fin la defensa de este derecho.

De tal forma que Artículos como el 1,2 y 3 de la Constitución Política preceptúan los deberes y fines que tiene el Estado en cuanto a sus habitantes, es decir que el Estado como ente supremo debe velar por la vida, salud y desarrollo integral de las personas que habitan el mismo, mediante la implementación de mecanismos y formulación de leyes que tiendan a garantizar estos derechos.

Ya en otros Artículos constitucionales como el 4, 47 y 52 se va enganchando un poco más el tema de la salud reproductiva y de dar la oportunidad a la mujer.

La legislación vigente es para que se desarrolle en igualdad dentro de la vida familiar y social, puesto que en estos se hace referencia a la existencia de igualdad entre hombres y mujeres, como también las decisiones que tienen ambos en igualdad de condiciones en cuanto al número de hijos que quieren tener en su relación o el momento en que los tendrán, dándole cierta protección a la mujer respecto a que cuando se establece la igualdad de condiciones de las decisiones que se tomen, ella no sea delegada a un papel menos importante en la relación que tiene con su pareja y que

sea este el único que tome las decisiones más importantes que definen la vida de una mujer. Es por ello que en el Artículo 52, se obliga al Estado a proteger de forma especial la maternidad, así como todos los derechos y obligaciones que devienen de esta figura, por ser la fuente de vida de toda sociedad.

Concretizándose el derecho de la salud (en su sentido amplio) en los Artículos comprendidos del 93 al 95, en los que se hace énfasis de la importancia de este derecho en la vida del hombre, por ser parte esencial no solamente de su propio desarrollo sino que también de las personas que lo rodean, para buscar la consecución del bien común, Artículos que de una u otra forma posteriormente dieron vida a leyes que regulan el desarrollo social, los métodos de planificación familiar o la maternidad saludable.

Es así como la legislación vigente tiene un punto de partida para garantizar y proteger especialmente a la mujer en el tema de salud reproductiva.

3.3.2. Acuerdos de Paz

Los Acuerdos de Paz fueron firmados durante el gobierno del presidente Álvaro Arzú, el 29 de diciembre de 1996 y dentro de los mismos se abarcaron diversas temáticas que pusieran nuevamente en el camino de la democratización al país, es decir que estos *acuerdos no solamente acabaron con el conflicto interno que aquejaba a Guatemala* desde hace muchos años sino que también pretendían fomentar el desarrollo y la reestructuración del país, es así como dentro de estos Acuerdos se contiene el Acuerdo

sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, en el cual se hace referencia a ciertos aspectos de salud reproductiva, puesto que en el punto número 1, inciso B de los referidos Acuerdos se postula el tema de la participación de la mujer en el desarrollo económico y social.

Como eje fundamental de la democratización y desarrollo participativo del país, ya que el darle un papel más sobresaliente a la mujer dentro de la sociedad trae consigo un sin número de beneficios, además de comprometerse a implementar facilidades dentro de los distintos ámbitos en los que se desenvuelve una mujer como parte de su vida cotidiana como el trabajo, educación y salud, siendo este último, el punto más importante de este tema, por garantizarle el Estado la formulación de leyes que protejan sus derechos como mujer como el caso de la maternidad o bien garantizarle el libre acceso a un sistema de salud adecuado para que en cada una de sus etapas de vida, tenga un pleno desarrollo, como lo es el embarazo y todas las fases que conlleva esta situación, para que la mujer se desarrolle en los diferentes ámbitos sociales y tenga las mismas oportunidades que los demás con igualdad.

3.3.3. Ley de Desarrollo Social

Para poder llevar a cabo los compromisos pactados por el Estado tanto a nivel nacional como internacional, respecto a salud reproductiva, era necesaria la creación de una Ley específica, que inspirada en los principios establecidos en la Constitución Política, estableciera los mecanismos idóneos para implementarla, los fondos que se utilizarían y los medios más apropiados para la difusión y control de la misma.

Circunstancias suficientes para que mediante el Decreto del Congreso de la República, 42-2001, se promulgara la Ley de Desarrollo Social, sin embargo otro factor que impulsaron al legislador para emitir esta Ley, fue la necesidad de fortalecer el marco jurídico para que el Estado guatemalteco lleve a cabo planes y programas de gobierno y asignación presupuestaria.

Se debe tomar en cuenta las proyecciones demográficas, las condiciones sociales, económicas y de ubicación territorial, para lograr un mejor abordaje de la pobreza y alcanzar en el corto, mediano y largo plazo, mejoras en la calidad de vida de la población.

Además, que el surgimiento de la referida normativa era necesaria para poder establecer un Ley específica que incluyera temas de salud reproductiva y demás aspectos conexos de esta. Por eso la importancia de legislar los derechos y garantías que protegen a la mujer.

Cabe mencionar que para la aprobación de la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001 del Congreso de la República), estuvieron inmersas 12 instituciones que presionaron al Congreso de la República para la aprobación inmediata de esa normativa, como lo son:

- Alianza Evangélica de Guatemala;
- Conferencia Episcopal de Guatemala;

- Procuraduría de los Derechos Humanos;
- Asamblea Nacional del Magisterio;
- Convergencia Cívico-Política de Mujeres;
- Unión Sindical de Trabajadores de Guatemala;
- Asociación de Ginecología y Obstetricia;
- Comité de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras;
- Universidad Rafael Landívar;
- Asociación de Periodistas de Guatemala;
- Universidad del Valle de Guatemala;
- Universidad de San Carlos de Guatemala.

Instituciones que durante 3 meses analizaron y discutieron el Proyecto de Ley que le daría vida a dicha normativa, para que así pudieran llegar a un consenso unánime que reflejara los intereses y deseos de la mayoría de guatemaltecos y guatemaltecas.

Y es mediante la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001 del Congreso de la República), que se crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Dicho programa de Salud Reproductivo, tiene a su cargo la función de normar, regular y vigilar acciones en cada uno de los niveles de atención para mejorar el acceso a los servicios integrales de salud reproductiva, pero con base en el análisis realizado en el presente trabajo de investigación, se denota que el mismo no ha trascendido hasta la fecha.

En sí lo que busca esta Ley dentro del ámbito de salud reproductiva, es el desarrollo pleno de toda la población, buscando garantizar el derecho a la información, completa, oportuna y confiable, que permita tomar decisiones adecuadas, consientes y libres, sin importar sexo, edad, origen étnico y ubicación geográfica.

Teniendo como tema principal la promoción de la salud de las mujeres en el que se incluya aspectos de salud reproductiva, circunstancia que se evidencia dentro del Artículo 4 sobre la Equidad, estableciendo en este un marco de la multiculturalidad que caracteriza a la nación guatemalteca, promoviendo la igualdad de derechos para hombres y mujeres, la paternidad y maternidad responsable.

La salud reproductiva y maternidad saludable, como principios básicos que deben ser promocionados por el Estado. Igualmente establece que el Estado, por medio del Organismo Ejecutivo, es responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones gubernativas encaminadas al desarrollo nacional, social, familiar y humano; fundamentado en principios de justicia social estipulados en la Constitución Política de la República de Guatemala, y a la vez recordando que son derechos y garantías inherentes a la persona, especialmente a la mujer.

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

La existencia de esta Ley surge a causa de la promulgación de la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001 del Congreso de la República), ya que esta se considera como

complemento del Decreto 42-2001 del Congreso de la República en temas relacionados con la planificación familiar.

Debido a que esta normativa contribuye a la erradicación de la mortalidad materno-infantil y la práctica de abortos, pretendiendo disminuir los embarazos no deseados a través de la planificación, incursionándolos dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva que establece la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001 del Congreso de la República).

Normativa que se enfoca principalmente en los sectores más remotos del país o que enfrentan barreras idiomáticas, culturales y económicas, que no tienen acceso a servicios de información sobre planificación familiar.

En conclusión esta normativa contempla acciones para garantizar métodos modernos de espaciamiento de embarazos, planificación familiar y la atención de la salud reproductiva, con la finalidad de prevenir y disminuir los embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual, cáncer cívico uterino y de mama, osteoporosis y la mortalidad materno infantil en general, instruyendo a las instituciones responsables, entre otras acciones, a organizar campañas de información y comunicación.

3.3.5. Ley de Maternidad Saludable

Como parte de los diversos instrumentos internacionales en materia de derechos humanos que Guatemala ha ratificado y con el objetivo de reducir la mortalidad

materno-infantil, el Congreso de la República, emitió mediante el Decreto 32-2010, la Ley de Maternidad Saludable, puesto que tal y como se establece en el considerando tercero de dicha Ley, en Guatemala la razón de mortalidad materna es uno de los más altos de América Latina; que dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las mujeres indígenas, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales las más afectadas, y que el Estado tiene obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo, sin el riesgo de daño o muerte para la madre, o su hijo o hija.

Factores suficientes que motivaron la existencia de la Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32-2010 del Congreso de la República) y por ello dentro de la misma se establecen ciertos principios rectores que coadyuvaran a los entes obligados en esta Ley para el cumplimiento de sus fines, siendo esos principios los mencionados a continuación:

Gratuidad: En la red de los servicios públicos de salud, se garantizará la atención gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materna-neonatal.

Accesibilidad: El Estado garantizará que los servicios de salud para la atención materno-neonatal sean accesibles geográfica y culturalmente, con énfasis en los grupos socialmente excluidos mencionados en la literal a) del artículo 2 de la presente Ley;

Equidad: En la prestación de servicios se dará especial atención a las mujeres más vulneradas en pobreza y pobreza extrema, de áreas rurales, adolescentes, indígenas, migrantes, discapacitadas, a efecto de disminuir la inequidad provocada por la condición de género y condición socioeconómica;

Respeto a la interculturalidad: Los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades;

Sostenibilidad: El Estado debe asignar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de los programas en materia de salud materna-neonatal que reduzcan los riesgos y aseguren la vida de mujeres, adolescentes y neonatos.

En consecuencia dicha Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de medios idóneos que aseguren la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito de información, que debe ser oportuna, veraz y completa, así como servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.

Al igual que las anteriores leyes de las que se hicieron referencia, esta Ley busca beneficiar a quienes tienen menos acceso a los servicios, y disminuir los índices de

mortalidad materno-infantil, así como la integración de mecanismos adecuados para la resolución de esta problemática.

Para ello dentro de la misma Ley se crea la Comisión Multisectorial de Maternidad Saludable, la cual estará presidida por el Ministro de Salud y Asistencia Social y en su defecto por el Viceministro Técnico, contando como miembros de esta Comisión, los representantes de las siguientes instituciones:

- Vice ministerio de Hospitales;
- Sistema de Atención en Salud (SIAS);
- Programa Nacional de Salud Reproductiva;
- Centro Nacional de Epidemiología;
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS);
- Comisión de Salud del Congreso de la República;
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN);
- Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas;
- Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala.

Adicionalmente a las instituciones mencionadas, podrán participar como observadores, las respectivas agencias de cooperación internacional interesadas en el tema de salud reproductiva, instituciones que desempeñan el rol de observar porque se cumplan los acuerdos y compromisos adquiridos para garantizar la Salud Reproductiva.

Así como también el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), quien tendrá a su cargo la función de vigilancia y monitoreo de la implementación del Decreto 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala.

CAPÍTULO IV

4. Inobservancia de las normativas legales e incumplimiento en la formulación de políticas y programas de salud reproductiva en Guatemala

4.1. Instituciones estatales y sociales intervinientes en la promoción de salud reproductiva en Guatemala

En puntos anteriores se hizo referencia a las obligaciones que tiene el Estado como ente supremo en cuanto a garantizarle los derechos que como personas tienen los habitantes de su territorio, promulgando leyes, implementando mecanismos y formulando políticas que logren la realización de este fin, sin embargo el Estado como ente abstracto no puede cumplir con estas obligaciones por sí mismo, de tal forma que para ello crea determinadas instituciones a las que les confiere ciertas facultades específicas para que en su nombre realicen cada una de las obligaciones que se le han impuesto por su naturaleza o por mandato constitucional.

Obligaciones que dentro de las diversas que tiene que cumplir el Estado, se encuentran las referentes a la salud, mismas que se establecen dentro de la Constitución Política de la República de Guatemala y dentro de las cuales se encuentra lo concerniente a salud reproductiva. Y para ello ha creado instituciones como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ministerio de Educación, Secretaría de Planificación de la Mujer, que tienen el compromiso de velar e implementar programas de salud reproductiva.

Pero también para apoyar las iniciativas y las actividades gestadas por estas instituciones estatales, la sociedad civil ha creado también entidades que colaboren con dichos organismos como por ejemplo la Asociación Pro Bienestar de la Familia, conocida también como APROFAM, siendo de esta forma que algunas de las entidades mencionadas en este punto serán desarrolladas brevemente en los puntos precedentes de este capítulo, con la finalidad de determinar las funciones que tienen estos dentro de la temática de salud reproductiva.

4.1.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o conocido también en su forma abreviada como MSPAS, es una entidad administrativa perteneciente al Organismo Ejecutivo, circunstancia por la cual tiene su origen en lo establecido en el Artículo 93 de la Constitución Política de la República, pero desarrollado posteriormente en la Ley Orgánica del referido poder estatal.

Teniendo como función principal la de formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país, pero en cuanto a salud reproductiva se trata, el MSPAS tiene como objetivo principal el de *proporcionar los lineamientos técnico-normativos para que el personal de salud de los diferentes niveles de atención, provean servicios de salud reproductiva a la población, con la finalidad de que las personas, las parejas, familias y sociedad en su conjunto, disfruten de una vida reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos.*

Disminuyendo la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, asegurando el pleno respeto a sus características lingüísticas y socioculturales; pero para lograr estos objetivos en materia de salud reproductiva el MSPAS, ha formulado varios programas para regularizar este tema, como por ejemplo uno de los últimos programas creados por este Ministerio, es el Programa Nacional Materno-Infantil, no obstante, en años anteriores el MSPAS utilizó otros programas para tratar las necesidades de salud de las mujeres y las cuestiones específicas de riesgo reproductivo y el lapso entre nacimientos.

Así, en 1989 el MSPAS creó un programa de mujer, salud y desarrollo, encargado de tratar los problemas de salud de las mujeres; incluyó una perspectiva de género en los programas de salud del MSPAS y formó al personal en lo concerniente a la nueva perspectiva de género.

Entre otras actividades, este programa estudió el impacto de la violencia doméstica en la salud de las mujeres, así como el problema de la discriminación de género dentro del sector de sanidad.

En tanto, los servicios de salud reproductiva ofrecidos actualmente por el MSPAS en los tres niveles tradicionales de atención son bastante reducidos, excepto en lo que se refiere a los cuidados prenatales, en el parto y el postparto.

Los métodos modernos de planificación familiar se pueden obtener en los Puestos y Centros de salud, pero los métodos varían en los distintos establecimientos.

Recientemente en el sitio electrónico del MSPAS se puede visualizar que han subido tres puntos esenciales que conforman la estrategia general que en la actualidad maneja el Ministerio para obtener mayores resultados en relación a este tema, siendo estos:

Difundir e informar el marco legal y político internacional y nacional, que norma la salud reproductiva en el país a todos los actores políticos y sociales del país, en coordinación y articulación con otras instancias vinculadas al tema;

Generar el involucramiento, coordinado de todas las instancias intra e intersectoriales que permitan la consecución de los objetivos comunes para la reducción de la mortalidad materna, fortalecer la capacidad técnica del recurso humano mediante la transferencia de las competencias que permitan el mejoramiento del desempeño;

Establecer los mecanismos que aseguren el financiamiento de los insumos anticonceptivos necesarios para el cumplimiento del componente de planificación familiar.

Sin embargo en ninguno de estos puntos se hace referencia a los adolescentes, quienes conforman uno de los sectores más afectados por la poca importancia que se le ha dado a la salud reproductiva, ya que no han tomado en cuenta que para resolver esta problemática, el mismo debe de ser atacado desde sus cimientos, es decir, desde la etapa en la que el ser humano comienza a desarrollarse y descubre nuevos aspectos sobre su cuerpo, circunstancias que llevan a las adolescentes a experimentar embarazos precoces, y los altos riesgos a que exponen su vida especialmente las adolescentes.

4.1.2. Ministerio de Educación

Este es uno más de las entidades que pertenecen al Organismo Ejecutivo, y tiene como función general la de regular y vigilar el sistema educativo público y privado existente en Guatemala. Pero debido a la función que tiene esta institución administrativa que relación puede tener con el tema de salud reproductiva, pues esta interrogante es fácil de resolver, ya que la educación es un punto esencial en el fomento de la salud reproductiva en las personas.

Por ser la educación la vía en la cual una persona estará informada del contenido de esta temática, como lo son sus derechos sexuales y reproductivos, los métodos de planificación familiar y las consecuencias que se pueden generar si se omite o no se hace uso correctamente de estos métodos.

Obteniendo mayores resultados si este tipo de información es implementada dentro de los niveles de educación que actualmente existen en el país, para que así, todos estos datos lleguen de una forma prematura hacia las personas, pues es en estas etapas de la vida, en las que se debe de actuar para poder evitar y contrarrestar todos los efectos que se producen a causa de la mala promoción de la salud reproductiva,

Ya que como se ha hecho referencia en capítulos anteriores, la etapa que mayor problema presenta, es la adolescencia, por todos los cambios corporales y de actitud que sufre el ser humano dentro de esta, etapa y cantidad de adolescentes que hace necesaria su atención y esfuerzos de parte las instituciones con dicha competencia.

Circunstancias que de una forma generalizada se regulan en la Ley del Organismo Ejecutivo (Decreto 114-97 del Congreso de la República), en el apartado correspondiente al Ministerio de Educación, exactamente en el Artículo 33, inciso C que establece “Velar porque el sistema educativo del Estado contribuya al desarrollo integral de la persona, con base en los principios constitucionales de respeto a la vida, la libertad, la justicia, la seguridad y la paz y al carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe de Guatemala”.

Pero realmente el tema de salud reproductiva no ha sido enseñado de una manera adecuada en los establecimientos escolares, ya que en el nivel primario únicamente se abarca conocimientos acerca del cuerpo humano y los procesos de reproducción, puntos que no han sido modificados desde hace varios años y que son manejados con un poco de prejuicios.

Mientras que en el nivel básico existe una unidad de enseñanza de salud y hombre, y salud reproductiva, que se enfoca casi en su totalidad a temas de anatomía y fisiología humana, pero sus contenidos no están dirigidos al papel de la masculinidad dentro de la *salud reproductiva*.

Es así como de conformidad con un estudio realizado en adolescentes del área occidental del país, se estableció que en una cuarta parte de hogares de estudiantes del ciclo básico, entre 12 a 17 años, sus padres no viven juntos; una proporción similar de madres trabajan fuera de casa y el 41% de los adolescentes no han tenido orientación sexual.

Un 85% de esos estudiantes cree que es el padre el que debería realizar esa actividad y en la mayoría de los casos los padres no hablan del tema, ya consideran que es una obligación del maestro²⁵.

Incumpliendo de esta forma el Estado de prestar una educación completa, ya que por lo estigmatizado que está el tema de salud reproductiva ha frenado su inclusión dentro de los pensum de estudio, de los distintos grados académicos, perdiendo una oportunidad más de poder encontrar solución a la problemática que está causando la mala implementación de la salud reproductiva en el país.

4.1.3. Secretaría Presidencial de la Mujer

Institución que surge como una respuesta por parte del gobierno a las demandas, propuestas e incidencia de las organizaciones y movimientos de mujeres y feministas. Dichas organizaciones plantearon en los años noventa al Congreso de la República, la necesidad de crear un ente rector que impulsara políticas públicas a favor de las mujeres. Adicionalmente, la República de Guatemala es signataria de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción Mundial (PAM) emanada de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, por lo tanto el Estado de Guatemala, tenía el compromiso de incidir de forma efectiva en las políticas públicas nacionales, subregionales e internacionales, razón que hace de que cada gobierno de turno debe impulsar las políticas que demanda de acuerdo a los compromisos adquiridos.

²⁵Ob. Cit. pág. 41.

Esta secretaría fue creada a través del Acuerdo Gubernativo 200-2000, teniendo a su cargo asesorar al Presidente de la República en la coordinación de políticas públicas en materia de promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas, a través de proyectos que propician condiciones de equidad entre hombres y mujeres atendiendo a la diversidad socio cultural del país.

En materia de salud reproductiva, la SEPREM, como es conocida abreviadamente por sus siglas, formuló la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y el Plan de Equidad de Oportunidades (PEO) 2008-2023, con los cuales se buscaba el desarrollo integral de las mujeres mayas, garífunas, xincas y mestizas.

La PNPDIM, cuenta con 12 ejes, teniendo cada uno de estos, sus respectivos programas, subprogramas, proyectos y actividades, que las instituciones públicas han de implementar para el logro del propósito contenido en el eje de política. El objetivo del PEO es integrar los distintos ejes, programas y metas de la PNPDIM en las distintas políticas generales y específicas de los ministerios, secretarías e instituciones del Organismo Ejecutivo.

Es importante mencionar que se cuenta con indicadores y metas para verificar y monitorear los avances de cada uno de los ejes. Incluyendo en las actividades efectuadas por los referidos ejes a instituciones estatales como el Ministerio de Educación (MINEDUC), organismo que se encuentra involucrado en la implementación de varios ejes, principalmente el referente a Equidad Educativa.

El Ministerio de Educación con Pertinencia Cultural, el cual tiene como objetivo específico garantizar la equidad de género y étnico cultural en el acceso, permanencia y promoción de niñas y mujeres, asegurando la calidad educativa en todos los niveles del sistema educativo nacional para disminuir las brechas de desigualdad.

Teniendo mayor incidencia en el eje que contiene puntos relativos a educación sexual, ya que con este se pretende garantizar la educación sexual en todos los niveles del sistema educativo con pertinencia cultural, científica y humanística.

Por lo que el Ministerio de Educación coordinadamente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deben crear e implementar en los contenidos del Currículum Nacional Base, el tema de la sexualidad humana, en guías, textos, medios y materiales escolares de todas las disciplinas y niveles del sistema educativo.

Este eje también establece la creación e implementación de programas de formación docente en el uso de materiales, guías y textos sobre educación sexual, así como *formación en el sistema jurídico nacional e internacional sobre los derechos humanos de las mujeres, especialmente en los derechos sexuales.*

Como parte de este proceso, la SEPREM en el marco del programa Fondos para las Metas del Milenio/Ventana de Género, inició una validación y actualización de las guías y cuadernos para estudiantes del nivel primario, cuyo lema era; si aprendemos conjuntamente y en las mismas condiciones, tendremos mejor vida, dirigido específicamente a estudiantes del nivel primario.

Actividades que de conformidad con el dictamen técnico de la doctora Martha Falconier de Moyano, este tipo de acciones eran muy buenos intentos por fomentar la salud reproductiva en el sistema educativo, sin embargo, no facilita el trabajo en el área de sexualidad integral, por lo que deben ser adaptados.

4.1.4. Asociación Pro Bienestar de la Familia

La Asociación Pro Bienestar de la Familia conocida tradicionalmente como APROFAM, es una entidad privada no lucrativa, cuya misión principal es brindar servicios de salud sexual, reproductiva y materno-infantil, con más de 35 años de prestar servicios ininterrumpidamente en Guatemala.

Siendo la entidad más grande, dedicada a la salud reproductiva y la planificación familiar que opera en el país. APROFAM, desarrolla fundamentalmente dos tipos de trabajo:

Atención médica a todos los problemas de salud de la mujer y reproductivos del hombre y;

Educación y capacitación en salud reproductiva.

Para brindar los servicios médicos y clínicos, APROFAM tiene organizados en todo el país, a diferente nivel de complejidad, 32 centros de atención y 7 laboratorios de citología y otras necesidades básicas, para que la población tenga acceso a los servicios de educación y salud reproductiva.

En éstos se brindan servicios integrales de salud, con especialidad en salud reproductiva, sobre todo a personas de escasos recursos. Uno de sus propósitos es permitir el acceso a la información, educación y selección de métodos modernos de planificación familiar a la población rural; esa labor es apoyada por 4,000 voluntarios, quienes son capacitados para brindar información sobre salud reproductiva y aspectos de salud materno-infantil, y para distribuir algunos métodos de planificación familiar.

Su trabajo de enseñanza y capacitación se desarrolla en diferentes niveles, se considera que sus programas de divulgación y capacitación han beneficiado desde 1970 a alrededor de 1,300,000 adolescentes, adultos, padres de familia y maestros²⁶. Sus autoridades estiman que el trabajo sobre servicios de educación e información dentro del departamento respectivo abarca el 80% de adolescentes de ambos sexos.

Procesos educativos más formales sobre educación reproductiva e impartieron a más de 20,000 adolescentes. En los programas específicos para población adolescente, analfabeta o de baja escolaridad del área rural, se han involucrado alrededor de 3,500 personas. En la actualidad desarrollan un programa moderno denominado bebés mecánicos, dicho programa se enfoca especialmente a adolescentes de ambos sexos, para incorporarlos al manejo responsable de su salud reproductiva, sobre todo en la prevención del embarazo a temprana edad. Iniciando con la entrega de muñecos y muñecas con peso y tamaño real, los cuales cuentan con un registro que establece el cuidado dado por la o el adolescente adoptante, de manera que los adolescentes se sensibilicen y comprendan lo más cercano a la realidad la responsabilidad que se tiene.

²⁶ **Ibid.** pág. 49.

Además que el departamento de capacitación de APROFAM, dedica su esfuerzo a la preparación de personal competente en las ramas técnicas y administrativas de salud reproductiva, por estos programas han pasado más de 22,000 personas nacionales o provenientes de otros países. También se cuenta con un centro de documentación referente a salud reproductiva, formado con más de 8,500 documentos, brindando de esta forma servicios de documentación moderna y computada nacional e internacional.

En cuanto al trabajo divulgativo, este es realizado a través de todos los medios de comunicación escritos y hablados, aportando un sin número de trabajos científicos y técnicos que facilitan la labor de su personal y promotores en la entrega de servicios a la comunidad. Sus folletos de información al público constantemente están siendo actualizados a fin de brindar información exacta, útil y veraz.

APROFAM, también ha tomado en cuenta los niveles de pobreza que existen actualmente en el país y que se van acrecentando cada año, y para ello los servicios clínicos que presta, son accesibles para toda la población por el bajo costo en que son prestados.

Contribuyendo también a que los servicios médicos lleguen a lugares muy recónditos del país, por lo tanto emplea diferentes estrategias en los distintos idiomas mayas que tiene el país, capacitando a los líderes del área rural y maya, a través de jefes de campo, educadores, personal médico y paramédico bilingüe; inclusive, han efectuado estudios operativos con el objetivo de crear estrategias efectivas de acuerdo con las características socioculturales de la población.

Otras estrategias empleadas por APROFAM que han tenido bastante éxito y que podemos mencionar:

Las campañas de esparcimiento de embarazos que se dirigen a las parejas;

Programas para sensibilizar y hacer partícipes a los hombres, en la salud sexual y reproductiva, como parte importante de la implementación del enfoque de género;

Estrategias para trabajar el tema de salud reproductiva con líderes hombres;

Entrega de productos a través de promotores voluntarios comunitarios, así como la creación de Unidades Mínimas de Salud, ubicadas estratégicamente en lugares distintos de la República.

Asimismo, un efectivo sistema de referencias que se hacen a través de educativos, de capacitación, líderes comunitarios, tanto a promotores, como a clínicas urbanas y unidades mínimas.

4.2. La educación sexual en los centros educativos

El incorporar la educación sexual en los pensum de estudios de los distintos niveles académicos que componen el sistema educativo del país, puede entregar a las personas jóvenes información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a su edad, incluyendo dentro de la misma, oportunidades estructuradas que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones en cuanto a su vida sexual, sin embargo esto, sigue sin hacerse realidad en Guatemala.

Según la UNESCO, el tocar puntos sobre salud reproductiva en los centros de enseñanza es un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información realista y sin prejuicios de valor²⁷, de forma similar opina Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que la educación es una vacuna social, pues el conocimiento promueve la vida, mientras que la ignorancia promueve la muerte, ya que según Obaid, diversos estudios han demostrado que una efectiva educación sexual demora la iniciación de la actividad sexual en los adolescentes y jóvenes, promueve la reducción del número de parejas sexuales y es una fuente de comportamientos más responsables y sanos en todos los niveles²⁸.

Es así como el sector de educación juega un importante papel en la preparación de niños, niñas y jóvenes para asumir roles y responsabilidades propias del mundo adulto, ya que la transición hacia la adultez requiere estar informado y equipado con competencias y conocimientos que permitan elegir alternativas responsables tanto en su vida social como sexual.

Adicionalmente, en muchos países las personas jóvenes viven su primera experiencia sexual mientras aún asisten a la escuela, hecho que confiere a este entorno aún más valor en cuanto a representar una oportunidad para impartir educación acerca de la salud sexual y reproductiva.

²⁷<http://www.la-alianza.org/index.php/cifras-ninez> (Consultada 1 de junio de 2013).

²⁸**Ibid.** (Consultada 1 de junio de 2013).

Otro aspecto que hay que valorizar en cuanto a la inclusión de la educación sexual en los establecimientos escolares, es que en la mayoría de los países, especialmente los niños y niñas entre cinco y trece años, pasan una parte importante de su tiempo en la escuela.

Por esta razón, constituye un espacio privilegiado para llegar a grandes cantidades de jóvenes de distintos estratos sociales con metodologías replicables y sostenibles. Por otra parte, las escuelas ya cuentan con la infraestructura apropiada, con una fuerza docente que muy probablemente represente una fuente de información confiable y con la oportunidad de impartir programas de largo plazo a través del currículo oficial.

Por lo tanto las autoridades escolares tienen el poder de regular muchos aspectos del entorno de aprendizaje con el fin de hacerlo más protector y auspicioso.

Asimismo, por el hecho de representar establecimientos confiables capaces de vincular a niños, niñas, padres, madres, familias y comunidades con otros servicios por ejemplo, servicios de salud, para que así, las escuelas puedan operar como centros de apoyo social.

Sin embargo, las escuelas sólo podrán ser efectivas si están en condiciones de ofrecer protección y bienestar a sus estudiantes y personal; proporcionar intervenciones pertinentes de enseñanza y aprendizaje; y establecer nexos con servicios sociales, psicosociales y de salud, para mejorar la educación en salud reproductiva y reducir los riesgos de muerte materno infantil.

En Guatemala, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (Decreto 42-2001 del Congreso de la República), le asigna al Ministerio de Educación actividades de información, educación y comunicación, coordinadas con otras instancias, orientadas a garantizar una propuesta curricular que integre elementos de conocimientos de sí mismos, cuidado personal, derecho a la vida, salud sexual y reproductiva, siendo esta Ley uno de los medios por los cuales se ha pretendido incorporar la educación sexual al sistema educativo.

Sin embargo, el sector religiosos guatemalteco se ha opuesto en varias ocasiones a que esta se incorpore al sistema educativo, manifestando que si esto se llegara a dar, se contradecirían los planteamientos éticos, morales, culturales, religiosos, psicológicos y espirituales de la sexualidad.

Teniendo como uno de los casos más recientes en cuanto a esta oposición, es que en el año que se emitió el Decreto 42-2001 del Congreso de la República, la Iglesia Católica, a través de la Conferencia Episcopal Guatemalteca, remitió un comunicado al entonces Presidente de la República, Oscar Berger, argumentando que dicha Ley, era inapta para la población, puesto que son los padres de familia quienes tienen el derecho y la obligación de educar a los hijos, lo cual incluye el acceso a la información y la orientación de la decisión en el uso de la sexualidad.

Además, considera que entre sus responsabilidades está la de defender la vida y orientar moralmente a la comunidad. Demostrando una vez más la negativa hacia un camino de desarrollo íntegro del país.

4.2.1. Estrategia para la institucionalización de la educación integral de sexualidad con enfoque de género y pertinencia cultural

Uno de los esfuerzos por parte del Estado de Guatemala, por incorporar temas relativos a salud reproductiva en el sistema educativo como también para atender al mandato de la Constitución Política de la República, que en su Artículo 4 establece el principio de igualdad en dignidad y derechos para hombres y mujeres con iguales oportunidades y responsabilidades, el Ministerio de Educación, la Secretaría Presidencial de la Mujer y la Secretaría de Comunicación Social de la Presidencia, suscribieron en el año 2010, un convenio con vigencia de cuatro años, en el que se establece el Marco de Coordinación y Cooperación Interinstitucional para la Ejecución del Plan Gubernamental y la Institucionalización de la Perspectiva de Género y Étnica, contenidas en la Política Nacional de Educación 2008-2012, la PNPDIM 2008-2023 y el PEO, todo esto con la finalidad de poder implementar la educación integral de la sexualidad y prevención de la violencia en los pensum de estudios de los distintos niveles académicos.

Es a partir de ese convenio que surge la estrategia para la institucionalización de la educación integral de sexualidad con enfoque de género y pertinencia cultural, la cual es considerada como uno de los principales logros realizados por el Ministerio de Educación. Pero dicho merito no fue solo del MINEDUC, sino que también de otras instituciones que articularon sus esfuerzos con esta para llevar a cabo la referida estrategia, tales como la SEPREM, SCSP, MSPAS, la Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI), el Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE), y otras organizaciones de la sociedad civil.

Con la formulación de esta estrategia, se pretende propiciar una educación integral en la que se incluyen temas de sexualidad humana, equidad de género y etnia, fundamentados en los derechos humanos y ciudadanos, en los que se enmarcan los derechos de las mujeres, pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes. Considerando dentro de la misma que la educación de la sexualidad integral es el camino para la construcción de conocimientos y valores ciudadanos basados en los derechos humanos, actitudes y habilidades para vivir una vida plena, sin coerción ni violencia, sin estereotipos de género ni discriminación, constituyendo así una dimensión de la educación integral.

La estrategia integra seis líneas de acción, las cuales son:

Establecimiento de condiciones político-técnicas para la gestión, implementación y articulación de todas las líneas de acción, institucionales e interinstitucionales para el cumplimiento, seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes derivados de la estrategia;

Incorporación de la Educación Integral de la Sexualidad en el sistema educativo formal en los niveles de preprimaria, primaria y medio, en forma gradual, lo que implica la revisión, actualización y adecuación del Curriculum Nacional Base (CNB) y materiales educativos;

Incorporación de la Educación Integral de la Sexualidad en la formación docente, a través del fortalecimiento de sus capacidades. Se considera prioritario el fortalecimiento de las capacidades docentes para garantizar sostenibilidad.

Incorporación de la Educación Integral de la Sexualidad para la educación no formal, coordinadamente con la Dirección General de Educación Extraescolar (DIGEEX), Ministerio de Salud y Asistencia Social y ONG's, que trabajan el tema con adolescentes que participan en sus programas;

Apoyo a los procesos de descentralización, utilizando espacios de las Escuelas Abiertas y otros que permitan la divulgación, distribución e intercambio de materiales que propicien la reflexión sobre temas estratégicos;

Establecimiento de alianzas complementarias, para potenciar el trabajo de divulgación e información con las diferentes audiencias a nivel nacional.

Pero para la ejecución de estos lineamientos era necesario la existencia de un organismo que coordinara y gestionara cada uno de ellos, por lo que el MINEDUC en cumplimiento al compromiso asumido en el Convenio de Coordinación Interinstitucional entre la SEPREM y la SCSP, crea dentro de su estructura interna la Unidad de Equidad de Género con Pertinencia Étnica (UGE), que tiene a su cargo la incorporación de la equidad de género y la educación integral de la sexualidad.

Siendo este último, el elemento más importante de dicha estrategia, por ser la base de esta, ya que la educación integral de la sexualidad, básicamente se fundamenta en los conceptos de ciudadanía y derechos humanos.

Elementos sustentados en la igualdad, donde cada persona pueda ejercer sus derechos y deberes de manera pacífica, con respeto a la diversidad sociocultural de Guatemala.

Por lo tanto la educación de la sexualidad comparte muchos valores de la educación para una cultura de paz, especialmente relacionados con los derechos humanos, la democracia, cooperación, solidaridad, equidad, derecho a la educación, convivencia pacífica, resolución de conflictos, respeto a la diversidad y la no discriminación.

En cuanto a resultados obtenidos por esta estrategia, no han sido muchos, considerando el tiempo que lleva en vigencia la estrategia, puesto que solamente se han realizado cambios mínimos en el CNB que no tuvieron mayor beneficio, ya que para dar seguimiento a dicha estrategia no cuenta con todo el recurso humano y financiero que se necesita para obtener los resultados esperados que disminuyan el alto índice de casos.

Debido a que los temas incorporados a este no son expuestos en los centros educativos y si lo son se hace de una manera somera, además que los textos y folletos reproducidos carecen de un contenido íntegro que pueda servir de ayuda a los jóvenes, tal y como lo mencionó en su oportunidad la consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con respecto a esos documentos, estableciendo las siguientes falencias:

Ampliar contenidos con enfoque de equidad de género y etnia;

Superar el enfoque moralizador y biologista;

Revisar conceptos basados en evidencias científicas;

Elaborar guías metodológicas para docentes con un marco conceptual más amplio sobre la sexualidad, género y etnia.

4.3. Análisis de las principales causas de incumplimiento y promoción de políticas y normativas legales en materia de salud reproductiva

El fomento e instauración de la salud reproductiva en la población guatemalteca y específicamente en el sector conformado por los adolescentes ha sido un proceso largo y difícil, del que se ha tenido más resultados negativos que positivos, debido a las características socioculturales del país, en las que sobresalen la pobreza y la desigualdad e inequidad, factores determinantes en el aumento de los problemas de educación y salud sexual y reproductiva.

Situación que ha producido que Guatemala presente rezagos en los indicadores de salud, sobre todo en los índices de mortalidad materno-infantil, además de mantener una de las tasas de fecundidad más altas en mujeres jóvenes entre los 15 y 19 años de América Latina, circunstancia que mantiene los problemas referentes a embarazos en adolescentes, abortos practicados en condiciones de riesgo y exposición a las ITS que incluyen el VIH o SIDA.

Problemática que no ha podido ser resuelta por el Estado de Guatemala, por diversas causas, de las cuales las más importantes son:

El poco interés por parte del Gobierno: Esta causal es la base de toda la problemática que rodea el tema de la salud reproductiva, puesto que los gobiernos de turno no incluyen dentro de su agenda la resolución de este tema, por no ser de su interés.

Tomando en cuenta que los aspectos de los cuales no puedan obtener beneficios propios los delegan a un segundo plano, dándoles cierta importancia en los casos en que por diversas situaciones puedan obtener algún tipo de reconocimiento a nivel internacional o ante alguna entidad de derechos humanos o similar, circunstancia que no solamente se da en el país, sino que también en otros países del mundo, que son considerados como subdesarrollados;

Escasez de recursos económicos: Esta causal junto con la anterior casi siempre van relacionadas, puesto que si no existen recursos económicos para poder ejecutar las políticas que se han formulado, las mismas pierden el interés que tuvieron al inicio y quedan sin ser accionadas, además que la falta de recursos influye de sobremanera en la implementación de servicios de salud en los lugares más alejados del país;

Falta de conocimiento y promoción hacia la población de las leyes existentes sobre salud reproductiva: El no promocionar por diversos medios las leyes que en la actualidad existen y que encuadran aspectos referentes a salud reproductiva, tienden a ser puntos determinantes en el aumento de las consecuencias que produce el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, que contiene la salud reproductiva y más en el caso de la mujer, que por su condición, así como por las costumbres retrogradadas que aún subsisten en el país, es la que resulta más afectada en toda esta situación, por desconocer los derechos que ella tiene, las decisiones que puede tomar y los mecanismos anticonceptivos que puede utilizar, para que las acciones que decida realizar siempre sean con base a su consentimiento.

Además que la falta de promoción de este tipo de leyes, hace que el espíritu de la misma se pierda por no realizarse el motivo por el cual fueron promulgadas;

La carente inclusión de temas más concretos sobre salud sexual y reproductiva en los pensum de estudios de los niveles académicos del sistema educativo: El no contar con temas más integrales y concretos respecto a salud reproductiva en los pensum de estudios, provoca que los niños como posteriormente los adolescentes desconozcan los cambios que afronta su cuerpo y el despertar sexual que conlleva esto, sus derechos sexuales y reproductivos, las consecuencias que traen el inicio de actividades sexuales a una temprana edad y la forma inadecuada de realizar estas, generando que se den más casos de embarazos precoces y de ITS, presentándose aún más este problema en los casos de centros educativos en los que no existen indicios que se hayan incorporado temas referentes a salud reproductiva, ni en su mínima expresión, aspectos que si no son tomados en cuenta, cualquier tipo de normativa o política formulada por el Estado, carecerá siempre de mayores resultados, puesto que para un mejor entendimiento de toda esta temática, la forma más adecuada de darla a conocer, es mediante el sistema educativo.

4.4. Propuestas de implementación de educación sexual y formulación de políticas y normativas legales en el contexto de salud reproductiva en los adolescentes

De lo concluido en el punto anterior, se puede notar que el Estado de Guatemala, no ha tenido el compromiso adecuado para resolver las situaciones que envuelven la salud

reproductiva y más en el caso específico de los adolescentes, quienes por encontrarse en esa etapa de la vida, tienden a ser más propensos a formar parte de las estadísticas negativas que se generan en cuanto a este tema, además que para resolver esta situación, el punto clave radica en los adolescentes, puesto que si promueve y fomenta la salud sexual y reproductiva en ellos, que están en una edad temprana, seguramente se conseguirían bastantes resultados satisfactorios, ya que se estaría dando una solución dentro de uno de los sectores que más casos presenta de embarazos precoces, mortalidad materno-infantil y enfermedades de transmisión sexual.

Para el efecto, se presentan a continuación algunas propuestas que pueden ser implementadas tanto en los sistemas de salud como educativos, por ser los ejes claves en esta situación, y así obtener resultados satisfactorios que tiendan a crear un desarrollo integral en la población guatemalteca:

La creación de una entidad u observatorio que haga acopio de investigaciones cuantitativas y participativas orientadas a organizar y divulgar experiencias, logros y dificultades en el nivel de incidencia de las políticas, planes y programas de educación *integral de la sexualidad, coherente con las demandas sociales de las comunidades;*

Capacitación de líderes comunitarios de las regiones rurales, en cuanto a temas referentes a salud reproductiva, para que incite y fomente en los adolescentes, los aspectos que abarca esta temática y las consecuencias que con lleva su desconocimiento, para que comprendan que la adolescencia no es el momento de ser padres;

Cooperación interinstitucional entre el MSPAS y el MINEDUC, para gestionar acciones orientadas al monitoreo y medición constante en las modalidades educativas, con énfasis en las zonas de pobreza extrema, áreas marginales, rurales y de frontera, para compararlas y establecer el nivel de avance en sus programas y su contribución a la promoción del desarrollo integral de las personas y sus comunidades, con la finalidad de replicar y fortalecer las experiencias exitosas y lograr el mejoramiento sostenido de la calidad del servicio educativo;

Instaurar mecanismos de capacitación, dirigidos especialmente a aquellas personas que se autodenominan comadronas, para que en las zonas donde no haya acceso a servicios de salud, las mismas puedan prestar servicios adecuados a las mujeres embarazadas, durante este período o al momento del parto, como también al recién nacido durante sus primeros meses de vida, para evitar más muertes materno-infantiles, de manera que las mujeres puérperas corran menos riesgo, así como también los niños recién nacidos sus condiciones sean más viables a ser niño sano;

La elaboración de materiales educativos por parte del MINEDUC para que estos puedan ser distribuidos en los distintos niveles académicos del sistema educativo, los cuales deberán ser diseñados y formulados de acuerdo a normas y lineamientos pedagógicos, técnicos y gráficos acordes a la edad de los estudiantes, contextos *socioculturales y las demandas actuales*, además que estos materiales deberán ir acompañados de estrategias para su difusión y evaluación periódica con la finalidad de mejorar su contextualización, lo cual orientará la forma de pensar y educar a cada niño desde su corta edad;

Fomentar en las mujeres adolescentes mediante programas implementados por el Estado, los derechos que tiene como mujer, así como las decisiones que puede tomar en cuanto a su cuerpo, los cambios corporales que se presentan a su edad, las consecuencias que traen los embarazos precoces y los métodos seguros de anticonceptivos que existen;

Instituir sistemas de monitoreo dentro del sistema educativo, para evaluar todas las acciones realizadas por los docentes en cuanto al desarrollo adecuado de los temas componentes de la salud reproductiva y que la forma en que estos son impartidos sea la adecuada para los adolescentes si fuere el caso, o en los niveles inferiores de educación, es decir, con los niños;

Fiscalizar dentro de las instituciones estatales encargadas de la promoción y fomento de la salud reproductiva en el país, la utilización adecuadamente de los recursos económicos destinados para la ejecución de políticas y programas referentes a este tema;

Implementar mecanismos en los diversos organismos del Estado encargados de la temática de salud reproductiva, para que en cada cambio de gobierno, las políticas y programas formulados por estos, no sean desechados o cambiados por el gobierno entrante, para evitar de esta manera la discontinuidad de los mismos y llevar siempre una línea permanente de los resultados obtenidos en un determinado período de tiempo, de tal manera que se puedan ver y obtener resultados en las nuevas generaciones de niños y adolescentes;

Crear centros de distracción alternativa, que llamen la atención de los adolescentes y en los que de una forma interactiva y diferente se dé a conocer temas relativos a salud reproductiva, para que así, estén más informados sobre todo lo que rodea a este tema.

CONCLUSIONES

1. El poco interés por formular políticas e instaurar programas sobre salud reproductiva y más en el sector adolescente, provoca que el Estado de Guatemala incumpla con la protección del derecho a la vida desde la concepción, que garantiza la Constitución Política de la República, ya que uno de los efectos negativos que produce la desatención de este tema, es la mortalidad materno-infantil.
2. Las adolescentes se convierten en madres a muy temprana edad, aunque no lo deseen, debido a la falta de orientación e información que tienen sobre educación sexual y de sus derechos como mujer, a causa de la inexistencia de puntos educativos en cuanto a estos temas dentro de los pensum de estudios de los distintos niveles académicos que componen el sistema educativo.
3. A pesar de la existencia de un reducido número de normativas que regulan el tema de salud reproductiva en Guatemala, así como la ratificación de varios instrumentos internacionales referentes a este, no se ha hecho énfasis en cada una de ellas, para ser desarrolladas individualmente de una forma adecuada y así obtener resultados satisfactorios
4. El incumplimiento por parte de las autoridades públicas en el tema de Salud Reproductiva en el ámbito de servicio a la población, es el factor determinante para que se eleven los índices de embarazos en adolescentes en el país.

5. La poca atención o descuido al seguimiento y fortalecimiento a la Política de la Adolescencia y Juventud debilitan los tejidos preventivos que se deberían brindar a la población en general y especialmente a los y las adolescentes para prevenir embarazos a temprana edad, quienes son los más afectados en el tema de salud reproductiva.

RECOMENDACIONES

1. El Estado de Guatemala, mediante el Ministerio de Salud y otras instituciones estatales afines, deberían formular políticas sobre salud reproductiva que abarquen el territorio nacional, para dar a conocer esta temática específicamente al sector adolescente, como también instaurar centros de salud en las áreas más recónditas del país, y evitar la mortalidad materno-infantil garantizando el derecho a la vida.
2. El Ministerio de Educación como ente rector de la educación en el país, debería actualizar los contenidos de los pensum de estudios actuales, para incorporar a estos, temáticas referentes sobre derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en la mujer, por ser eje fundamental dentro de la sociedad, para que conozcan los derechos que tienen por el simple hecho de ser mujeres.
3. Para la divulgación del contenido de leyes referentes a salud reproductiva en Guatemala, el Congreso de la República, en su función de órgano legislador, debería dar a conocer a la población mediante sus unidades de comunicación, los contenidos de cada una de estas leyes, para que la sociedad guatemalteca tenga conocimiento de los derechos que forman parte de la salud reproductiva.
4. El Ministerio de Salud pública y Asistencia Social y el Ministerio de Educación deberían normar acciones de información, comunicación y educación en los establecimientos educativos promoviendo la divulgación de las Políticas dirigidas a adolescentes en salud reproductivas.

5. Los Ministerios que promueven acciones preventivas sobre embarazos en adolescentes, deberían presupuestar los fondos tanto del Ministerio de Educación como del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la divulgación de la Política de la Adolescencia y Juventud, la Ley de Maternidad Saludable y la Ley de Acceso Universal a Métodos de Planificación Familiar, para su ideal finalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Xocomil. **Embarazo en la adolescencia, paternidad y maternidad responsable.** Guatemala: 1º. ed.; (s.e.): Sololá, 2011.
- BARRANCO, Enriqueta. **La educación afectiva y sexual en los centros educativos.** Madrid, España: 1º. ed.; (s.e.): 2008.
- DARDÓN, Juan. **Construyendo la imagen-objetivo para la salud reproductiva en Guatemala.** Quetzaltenango, Guatemala: 1º. ed.; (s.e.):2004.
- ESCOBAR, Mayra. **Educación integral de la sexualidad en el sistema educativo guatemalteco: un estado del arte.** Guatemala, Guatemala: 1º. ed.; Ed. DIGEDUCA, 2010.
- MONZÓN, Silvia. **El embarazo en adolescentes: un hecho que cambia la vida.** Guatemala, Guatemala: 1º. ed.; (s.e.): 2012.
- Organización de Naciones Unidas. **Manual sobre los objetivos de desarrollo del milenio con enfoque de derechos humanos.** Guatemala, Guatemala: 1º. ed.; (s.e.): 2008.
- OSSORIO, Manuel. **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales.** Buenos Aires, Argentina: 1º. ed.; Ed. Heliasta S.R.L., 1978.
- RAMOS, Arely. **Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado.** Guatemala, Guatemala:1º. ed.; (s.e.): 2010.
- RAMÍREZ, Gilda. **Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales.** Guatemala, Guatemala:1º. ed.; (s.e.): 2011.
- Secretaría Presidencial de la Mujer. **Salud sexual y reproductiva.** Guatemala, Guatemala:1º. ed.; (s.e.): 2011.
- UNICEF. **La adolescencia: datos y cifras en Guatemala.** Guatemala, Guatemala: 1º. ed.; (s.e.): 2011.
- UNICEF. **Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala: un análisis cualitativo y cuantitativo.** Guatemala, Guatemala:1º. ed.; (s.e.): 2011.
- VILLATORO, Sandra. **Ansiedad en adolescentes primigestas.** Guatemala, Guatemala: 1º. ed.; (s.e.): 2009.
- http://prensalibre.com/departamental/Cifras-embarazos-adolescentes-aumentan_0_536946340.html (Consultada: 5 de mayo de 2013).

<http://noticias.com.gt/nacionales/20120720-partos-ninas-adolescentes-guatemala.html>
(Consultada: 11 de mayo de 2013).

<http://www.s21.com.gt/america-latina/2012/05/10/embarazo-adolescentes-drama-que-va-aumento-america-latina> (Consultada: 12 de mayo de 2013).

<http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf> (Consultada: 15 de mayo de 2013).

<http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores.html> (Consultada: 20 de mayo de 2013).

<http://www.vanguardia.com.mx/alarmasituaciondelaninezenguatemala-1364827.html>
(Consultada: 21 de mayo de 2013).

<http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/> (Consultada: 21 de mayo de 2013).

<http://hablandoguatemala.files.wordpress.com/2011/10/encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil-2008-2009.pdf> (Consultada: 21 de mayo de 2013).

http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=150/56298
(Consultada: 22 de mayo de 2013).

http://www.prensalibre.com/noticias/Factor-social-impactindicadores_0_394160621.html
(Consultada: 23 de mayo de 2013).

<http://www.es.catholic.net/sexualidadybioetica/284/1271/> (Consultada: 25 de mayo de 2013).

<http://www.la-alianza.org/index.php/cifras-ninez> (Consultada: 1 de junio de 2013).

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente. 1986.

Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 87-2005. 2005.

Ley de Desarrollo Social. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 42-2001, 2001.

Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Presidencia de la República de Guatemala. Acuerdo 279-2009, 2009.

Ley para la Maternidad Saludable, Congreso de la República de Guatemala. Decreto 32-2010, 2010.

Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Organización de Naciones Unidas, 1981.

Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes. Organización Iberoamericana de juventud, 2008.

Convención Internacional Sobre Derechos del Niño. Organización de Naciones Unidas, 1989.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Organización de Naciones Unidas, 1948.

Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización de Naciones Unidas, 2000.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización de Naciones Unidas, 1966.

Plataforma de Acción Mundial Sobre la Mujer. Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.