

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

**IMPLICACIONES DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE EN LA
EDUCACIÓN SEXUAL PARA NIÑAS INDÍGENAS QUE CURSAN EL NIVEL
PRIMARIO DENTRO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**

CELIA YECENIA LÓPEZ OCAÑA

GUATEMALA, JUNIO DE 2024

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

**IMPLICACIONES DE LA LEY PARA LA MATERINIDAD SALUDABLE EN LA
EDUCACIÓN SEXUAL PARA NIÑAS INDÍGENAS QUE CURSAN EL NIVEL
PRIMARIO DENTRO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

De la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

De la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CELIA YECENIA LÓPEZ OCAÑA

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, junio de 2024

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

DECANO:	M.Sc.	Henry Manuel Arriaga Contreras
VOCAL I:	Vacante	
VOCAL II:	Lic.	Rodolfo Barahona Jácome
VOCAL III:	Lic.	Helmer Rolando Reyes García
VOCAL IV:	Lic.	Javier Eduardo Sarmiento Cabrera
VOCAL V:	Br.	Gustavo Adolfo Oroxom Aguilar
SECRETARIO:	Lic.	Wilfredo Eliú Ramos Leonor

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

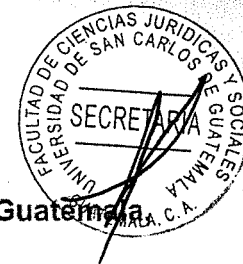
Primera Fase:

Presidente:	Lic.	Erick Rolando Huitz Enriquez
Vocal:	Lic.	Luis Alberto Patzan Marroquin
Secretario:	Lic.	William Armando Vanegas

Segunda Fase:

Presidente:	Lic.	Saul Castañeda Guerra
Vocal:	Lic.	Marvin Omar Castillo
Secretario:	Licda.	Auda Marineli Pérez Teni

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).



Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Unidad de Asesoría de Tesis. Ciudad de Guatemala,

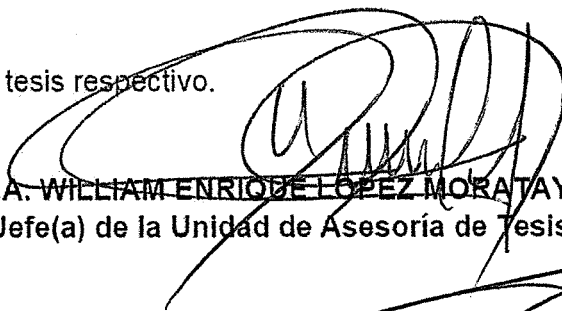
02 de junio de 2016.

Atentamente pase al (a) Profesional, RAMIRO RUÍZ HERNÁNDEZ
_____, para que proceda a asesorar el trabajo de tesis del (a) estudiante
CELIA YECENIA LÓPEZ OCAÑA, con carné 200330872,
intitulado IMPLICACIONES DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE EN LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA
NIÑAS INDÍGENAS QUE CURSAN EL NIVEL PRIMARIO DENTRO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA.

Hago de su conocimiento que está facultado (a) para recomendar al (a) estudiante, la modificación del bosquejo preliminar de temas, las fuentes de consulta originalmente contempladas; así como, el título de tesis propuesto.

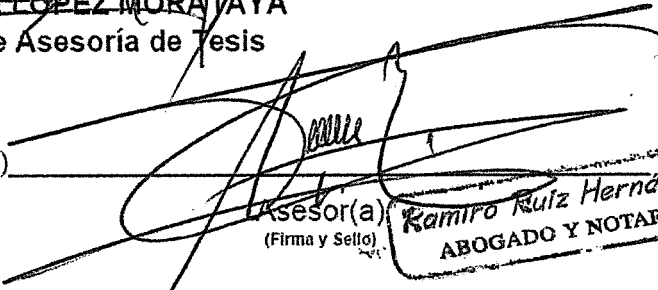
El dictamen correspondiente se debe emitir en un plazo no mayor de 90 días continuos a partir de concluida la investigación, en este debe hacer constar su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, la conclusión discursiva, y la bibliografía utilizada, si aprueba o desaprueba el trabajo de investigación. Expresamente declarará que no es pariente del (a) estudiante dentro de los grados de ley y otras consideraciones que estime pertinentes.

Adjunto encontrará el plan de tesis respectivo.


M.A. WILLIAM ENRIQUE LÓPEZ MORATAYA
Jefe(a) de la Unidad de Asesoría de Tesis

Fecha de recepción 22 / Enero / 2018

f)

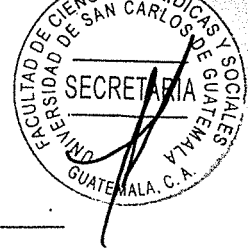

Asesor(a)
(Firma y Sello)

Ramiro Ruiz Hernández
ABOGADO Y NOTARIO



Licenciado Ramiro Ruíz Hernández

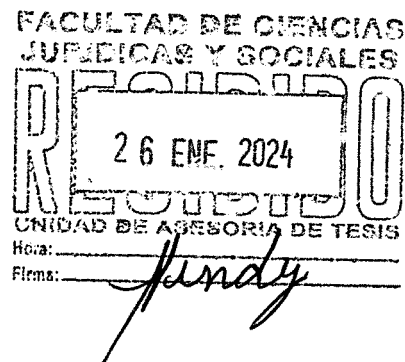
Abogado Y Notario / Colegiado 5,802



Dirección: 7 Av. 8-56 zona 1 Of. 6-11 Nivel 6, Ciudad de Guatemala
Teléfono No.: 58225670

16 de marzo de 2018

LIC. ROBERTO FREDY ORELLANA MARTÍNEZ
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala.



Respetable Jefe de la Unidad:

Respetuosamente a usted informo sobre mi nombramiento como asesor de tesis de la bachiller **CELIA YECENIA LÓPEZ OCAÑA**, la cual se intitula **IMPLICACIONES DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE EN LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA NIÑAS INDÍGENAS QUE CURSAN EL NIVEL PRIMARIO DENTRO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**; declarando expresamente que no soy pariente de la bachiller dentro de los grados de ley; por lo que extendo el siguiente dictamen:

- Respecto al contenido científico y técnico de la tesis, en la misma se analizan aspectos legales importantes y de actualidad; ya que trata sobre el control de embarazos en niñas y adolescentes guatemaltecas, especialmente las que se encuentran en centros educativos.
- Los métodos utilizados en la investigación fueron el análisis, la inducción, la deducción y la síntesis; mediante los cuales la bachiller no sólo logró comprobar la hipótesis sino que también analizó y expuso detalladamente los aspectos más relevantes relacionados con de la maternidad infantil en la educación de las niñas indígenas. La técnica bibliográfica permitió recolectar y seleccionar adecuadamente el material de referencia.
- La redacción de la tesis es clara, concisa y explicativa, habiendo la bachiller utilizado un lenguaje técnico y comprensible para el lector; asimismo, hizo uso de las reglas ortográficas de la Real Academia Española.

Licenciado Ramiro Ruíz Hernández

Abogado Y Notario / Colegiado 5,802



Dirección: 7 Av. 8-56 zona 1 Of. 6-11 Nivel 6, Ciudad de Guatemala
Teléfono No.: 58225670

- d) El informe final de tesis es una gran contribución científica para la sociedad y para la legislación guatemalteca; puesto que es un tema muy importante que no ha sido investigado suficientemente. En todo caso puede servir como material de consulta para futuras investigaciones.
- e) En la conclusión discursiva, la bachiller expone sus puntos de vista sobre la problemática y a la vez recomienda que deben realizarse reformas a la Ley para la Maternidad Saludable; con el objeto de evitar que mas niñas o adolescentes que estén estudiando el nivel primario, básicos y carrera media, queden embarazadas.
- f) La bibliografía utilizada fue la adecuada al tema, en virtud que se consultaron exposiciones temáticas tanto de autores nacionales como de extranjeros.
- g) La bachiller aceptó todas las sugerencias que le hice y realizó las correcciones necesarias para una mejor comprensión del tema; en todo caso, respeté sus opiniones y los aportes que planteó.

En base a lo anterior, hago de su conocimiento que la tesis cumple con todos los requisitos estipulados en el Artículo 31 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público; por lo que apruebo el trabajo de investigación, emitiendo para el efecto **DICTAMEN FAVORABLE**, para que la misma continúe el trámite correspondiente.

Respetuosamente;



USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala

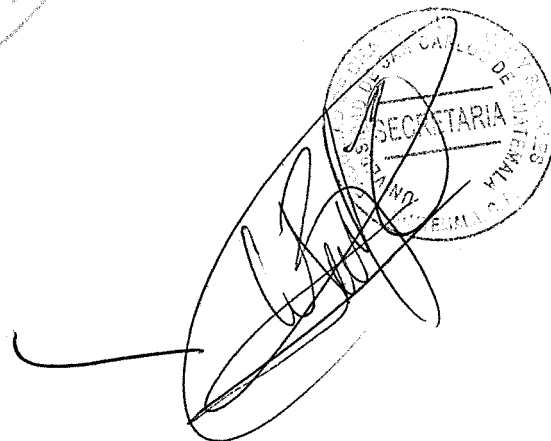
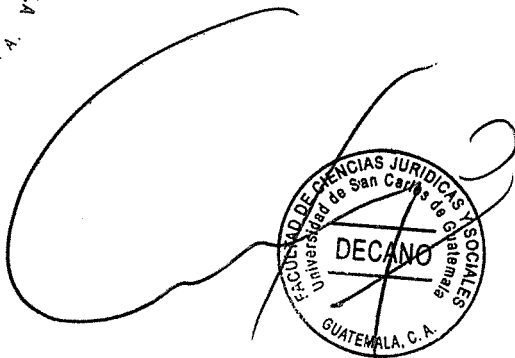
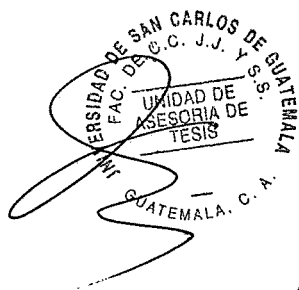


D.ORD. 353-2024

Decanatura de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, once de abril de dos mil veinticuatro.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis del estudiante, **CELIA YECENIA LÓPEZ OCAÑA**, titulado **IMPLICACIONES DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE EN LA EDUCACIÓN SEXUAL, PARA NIÑAS INDÍGENAS QUE CURSAN EL NIVEL PRIMARIO DENTRO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**. Artículos 31, 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.

HMAC/JIMR





DEDICATORIA

A DIOS: Arquitecto de mi vida, fuente de sabiduría, quien me dio la fuerza para llegar a esta meta. Pues él da la sabiduría y de su boca sale la inteligencia y la ciencia.

A MIS PADRES: Lic. Humberto López Aguilar y Yolanda Ocaña Morales, como un mínimo reconocimiento a sus múltiples esfuerzos y sacrificios, a su constante paciencia y apoyo incondicional en cada momento. Que esta meta alcanzada sea la más clara muestra de mi infinita gratitud.

A MIS HERMANOS: Especialmente a: Dra. Dina Evelia; Licda. Hilda Yolanda; Licda. Aury Raquel. Por su cariño y apoyo manifestado durante mi carrera y por siempre animarme a seguir adelante y no darme nunca por vencida. A: Marleny Karina y Oscar Humberto López Ocaña.

A MIS ABUELITOS: Julián López Ortiz y María Eleuteria Aguilar Say (QEPD) Francisco Javier Ocaña y Julia Morales (QEPD), por sus oraciones, consejos y cariño brindado en su existencia.

A MIS TÍOS: Con cariño y respeto sincero.



A: MIS PRIMOS:

Con cariño.

A MIS AMIGOS:

Especialmente al Lic. Arnoldo Rubén Cua Yax, Licda. Olga Hermelinda Chuc Chojolan, Rosa López Pastor, Gladys Esmeralda Ordoñez y Violeta Racancoj, por los gratos momentos, alegrías y tristezas compartidas.

A:

Licda. Raquel Elizabeth Sarai Muñoz Taniel; Licda. Sindy Bargas; Licda. María de los Angeles Castillo por su amistad y apoyo incondicional.

A:

LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, LA TRICENTENARIA ALMA MATER: Que permitió que me formara como profesional.

A:

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE: de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Por haberme brindado las bases teóricas de mi carrera.



PRESENTACIÓN

La investigación que se realizó sobre las implicaciones de la Ley para la Maternidad Saludable, en la educación sexual para niñas indígenas que cursan el nivel primario dentro de la república de Guatemala, durante el periodo 2011 al 2019, cuyo objeto de estudio es la persistencia de casos de embarazos en niñas de comunidades indígenas y la falta de desarrollo en la aplicación de leyes políticas públicas para minimizar el problema.

El fenómeno objeto de estudio desde el punto de vista de su evolución diacrónica, se enfocó en el estudio de los antecedentes, y otros datos teóricos relacionados al tema, respecto a su aspecto sincrónico, se delimitó al estudio de embarazos de niñas y adolescentes de comunidades indígenas en áreas rurales, que afecta la vida y salud reproductiva en esa área del país.

El aporte de la investigación está dirigido a implementar una serie de medidas para prevenir, controlar y una adecuada implementación de la Ley para la Maternidad Saludable, para evitar en lo posible que existan muertes maternas y mejore la calidad reproductiva en áreas rurales, principalmente en comunidades indígenas.

HIPÓTESIS



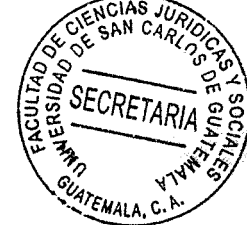
Las causas por las que el fenómeno de maternidad adolescente persiste dentro de comunidades indígenas en la República de Guatemala, es por la falta de aplicación de la Ley para la Maternidad Saludable; por ello debe realizarse un estudio para establecer si se están aplicando dichas medidas, que beneficios se han obtenido y las deficiencias en su aplicación, a través de un análisis jurídico y estadísticos que permita la información versus formación sexual de las adolescentes; el acceso de las adolescentes a los centros de orientación familiar de la asistencia sanitaria tanto pública como privada y las condiciones en las que se realiza este acceso; la magnitud real del problema tanto en tasas como en funcionalidad social, familiar y personal; las condiciones psicosociales en las que se realiza esta maternidad y las posibilidades de desarrollo del bebé de la adolescente.



COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El método deductivo permitió la comprobación de la hipótesis, en virtud de que se demostró que persisten los casos de maternidad en adolescentes, principalmente en casos de niñas en comunidades indígenas que abandonan o nunca han recibido educación primaria, en virtud de que los usos costumbres del lugar les han entrañado la idea de ser ama de casa, por lo tanto inician una unión temprana y también una procreación, que les impide tanto su desarrollo profesional, como una salud reproductiva adecuada en su momento, provocando un aumento en muertes maternas.

Por lo tanto, se propusieron una serie de estrategias para la implementación de la Ley para la Maternidad Saludable, que conlleve una sensibilización y participación tanto de las comadronas y el sector de salud Estatal, para que en conjunto y bajo los parámetros culturales, puedan llevarse a los lugares rurales más lejanos una educación sexual y un monitoreo que no permita más muertes por causa de un parto o embarazo.



ÍNDICE

Pág.

Introducción.....	i
-------------------	---

CAPÍTULO I

1. Maternidad de niñas y adolescentes.....	1
1.1. Antecedentes del concepto de maternidad.....	1
1.2. Definición del embarazo precoz.....	5
1.3. Determinantes y consecuencias del embarazo precoz.....	5
1.4. El papel de la OMS y su enfoque.....	7
1.5. Situación actual del embarazo precoz.....	8

CAPÍTULO II

2. Estudio comparativo de la situación de la maternidad de niñas y adolescentes.....	13
2.1. Generalidades.....	13
2.2. Argentina.....	23
2.3. España	24
2.4. Estados Unidos	26

CAPÍTULO III

3. Proceso de promulgación de la Ley para la Maternidad Saludable en Guatemala..	29
3.1. Antecedentes	29



3.1.1. Elementos para la elaboración y formulación de la Ley.....	33
3.1.2. Negociación.....	36
3.1.3. Aprobación.....	37
3.1.4. Construcción y aprobación del reglamento que operativiza la Ley.....	39
3.2. Contexto de la Ley.....	41

CAPÍTULO IV

4. Implicaciones de la ley para la maternidad saludable en la educación sexual para niñas indígenas que cursan el nivel primario dentro de la República de Guatemala.....	51
4.1. Situación de la maternidad infantil y de adolescentes en la República de Guatemala.....	52
4.2. Situación de embarazos tempranos de niñas indígenas.....	56
4.3. Medidas legales implementadas por el Estado de Guatemala.....	59
4.4. Deficiencia de la Ley para la Maternidad Saludable.....	62
4.5. Implementación de medidas para prevenir la maternidad temprana en Niñas y adolescentes indígenas	63
CONCLUSION DISCURSIVA.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	69



INTRODUCCIÓN

La justificación del desarrollo de la investigación, estará dirigida al estudio del fenómeno de la maternidad infantil y adolescente, dentro de la República de Guatemala, con énfasis en las implicaciones de la Ley para la Maternidad Saludable en la educación sexual, de niñas indígenas que cursan el nivel primario dentro de la república de Guatemala. La razón para desarrollar la investigación, es porque persiste casos de niñas y adolescentes embarazadas por ello fue necesario hacer un diagnóstico que determine la eficacia y aplicación de la ley, a través de un análisis jurídico y estadístico que permita determinar su aplicación en el aspecto informativo dentro de los centros educativos, el acceso a centros de orientación familiar y asistencia, así como todos relacionados al problema.

El problema consiste en establecer las consecuencias de la maternidad infantil en la educación de las niñas indígenas dentro de la República de Guatemala; en virtud de que los registros del sistema de salud y de algunas organizaciones no gubernamentales muestran que en el país se producen partos en niñas a partir de los 10 años. La hipótesis se comprobó porque se propuso una serie de directrices para la aplicación de la Ley para la Maternidad Saludable, en las comunidades indígenas que se encuentran en áreas rurales con poco acceso a la salud estatal, se alcanzaron los objetivos, el general al demostrar las causas por las que el fenómeno de maternidad infantil persiste dentro de comunidades indígenas en la República de Guatemala y los específicos al describir la situación actual del problema, medidas estatales tomadas para solucionarlo y sus deficiencias.

El informe final del estudio está compuesto por cuatro capítulos los cuales desarrollan los siguientes temas: el capítulo I, reseña el fenómeno de la maternidad de niñas y adolescentes; en el apartado II, analiza la ley para la Maternidad Saludable; en el módulo III, se desarrolla un análisis comparativo de la situación actual de la maternidad de niñas y adolescentes; en la unidad IV, establece las implicaciones de la Ley para la Maternidad Saludable en la educación sexual para niñas indígenas que cursan al el nivel primario dentro de la república de Guatemala.

Los métodos de investigación utilizados fueron el sintético, analítico, deductivo e inductivo y las técnicas fueron el fichaje que entre ellas se encuentran las bibliográficas y de trabajo; asimismo, la revisión bibliográfica, hemerografía, documental, fueron parte también importante para el desarrollo de la tesis.

La investigación se realizó para establecer en forma descriptiva la situación actual de la maternidad infantil en Guatemala, demostrándose a través de datos estadísticos que esta existe y persiste, a pesar de todas las medidas legales que el Estado ha promovido, porque estos instrumentos legales no han alcanzados zonas rurales donde el acceso a la salud todavía no llega y que la colaboración de las comadronas es imprescindible para poder promover una salud reproductiva adecuada.



CAPITULO I

1. Maternidad de niñas y adolescentes

1.1. Antecedentes del concepto de maternidad

“La historia de las mujeres situó de una manera distinta a la maternidad, poniendo en el centro la experiencia de las madres, ligada al estatus social de la maternidad e inscrita en el cuerpo de las mujeres. Con nuevos métodos, como la historia oral o las historias de la vida, se inicia la reconstrucción de la experiencia de las mujeres- madres, trabajando una concepción de la memoria como una estructura conformada tanto por el contexto social como por las trayectorias individuales y por la oposición entre el pasado y el presente.”¹

Lo importante de todos estos trabajos es que, se presentan a la maternidad como una práctica en movimiento cuya fenomenología y cuyo sentido se modifican conforme el contexto se va transformando. Las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad ya no puede verse como un hecho natural, temporal y universal, sino como una parte de la cultura en evolución continua. De una manera sintética como señala Knibiehler, (2000, 2001) algunos momentos básicos en la historia de la maternidad en Occidente, es importante conocer de una forma detallada las razones por las que se dan este fenómeno natural que ya es conocido por otras poblaciones desarrolladas, en la cual en nuestro medio aún es prematuro el conocimiento, en comparación con la antigüedad:

¹ Palomar, Cristian, *Maternidad: Historia y cultura*. Pág. 39

- a) En la antigüedad, la palabra maternidad no existía ni en griego ni en latín; aunque la función materna estaba muy presente en las mitologías, no era un objeto de atención serio ni para los médicos ni para los filósofos. En las sociedades rurales y artesanales de la antigüedad y la baja edad media, la prioridad se ubicaba en la renovación de los grupos sociales, de manera que, para compensar la elevada mortalidad, se parían muchos hijos. El papel nutricional de la madre era primordial y orientaba todas sus actividades. Por lo que es importante que se realicen y se lleven a cabo protocolos para una alimentación saludable.
- b) En el siglo XII, la aparición del término maternitas fue acompañada de la invención paternitas, por parte de los clérigos que lo utilizaron para caracterizar la función de la iglesia, en el momento mismo en el cual, el culto mariano tiene una enorme expansión, como si tuvieran necesidad de reconocer una dimensión espiritual de la maternidad, sin dejar de despreciar la maternidad carnal de Eva en las épocas remotas antes de Cristo. El papel educativo de la madre comenzó a tomar forma, estrechamente determinada por la iglesia.
- c) En la ilustración, la maternidad espiritual y carnal parecen aproximarse, comenzando a formularse un modelo terrenal de la buena madre, siempre sumisa al padre, pero valorizada por la crianza de los hijos. La salud del cuerpo comenzó a ser tan importante como la salud espiritual, y comienza a construirse la idea del amor maternal como un elemento indispensable para el recién nacido y se va perfilando como un valor de la civilización al mismo tiempo que como código de buena conducta, pero también ya es importante la protección por el ordenamiento legal.

La relación efectiva suple ahora la función nutricia y tiñe toda la función educativa; vemos así que en esta época la función materna absorbe la individualidad de la mujer, al mismo tiempo que se perfila la separación de los roles de la madre y del padre en relación con las tareas de la educación y de manutención de la prole. Los planteamientos rousseauianos transfiguraron a la madre hablando de la importancia de su amor, la función reproductora, completamente animal, se borra frente a la efectividad, recurso esencial de la educación maternal, convirtiéndose en el motor fundamental de una nueva cultura. La glorificación del amor materno se desarrolló durante todo el siglo XIX, llegando hasta los años sesenta del siglo XX.

- d) En el transcurso de este último ciclo, la autoridad del Estado se impone por encima de la autoridad del padre e interviene de manera que empieza a restringir la función maternal, politizándola. Los movimientos que denotan capacidades demográficas hacen nacer las políticas relacionadas en el contexto natalistas que definen a la maternidad como deber patriótico y lanzan medidas para impulsar el desarrollo a las mujeres a parir, al mismo tiempo que algunas medidas represivas condenan la anticoncepción y el aborto.

El éxito de estas políticas se confirma con la creación de los programas que fomentan el baby boom. Las mujeres, antes despreciadas como hijas de Eva, comenzaron a encontrar en la idealización de la maternidad una rehabilitación de sus diferencias y el reconocimiento de un papel propio. La modernidad, por medio de la medicalización triunfante y el impacto creciente del poder político, hace entrar a la maternidad en una etapa de turbulencia y confusión, de la cual, la salida no ha sido sencilla, y que en los

años sesenta tiene un giro cuando los primeros planteamientos feministas disocian a las mujeres de la madre, permitiendo a cada una afirmarse como sujetos autónomos.

e) La última etapa de la maternidad es la que vivimos en el umbral del siglo XXI, en el que esta práctica presenta una atención muy aguda entre el polo privado y el polo público en el debate general sobre la maternidad, y en el cual el movimiento y la teoría feministas han participado activamente. Las feministas de la segunda ola estaban a favor de preservar su privatización, hablando del **sujeto mujer**, y clamando por el control de su fecundidad. Denunciaban también la **maternidad-deber** y hablaban de la maternidad como una opción personal.

El otro polo del debate que, ve a la maternidad como un asunto público, señalaba que son las condiciones socioeconómicas generales las que la han empujado a un proceso de desprivatización, resaltando dos factores fundamentales: las distintas ciencias médicas, psicológicas y educativas produjeron en las madres la sensación de incompetencia, y las exigencias del mundo laboral volvieron necesario ocuparse del cuidado de los hijos de una manera institucional.

Badinter (1980), afirma que el amor maternal no es innato, sino que se va adquiriendo en el transcurso de los días pasados junto a la criatura y a partir de los cuidados que se le brindan. Estudiando las prácticas maternas en Francia, en los siglos XVII al XX, Badinter, contradice la creencia de que la maternidad y el amor que le acompaña, están inscritas desde siempre en la naturaleza femenina, así como las mujeres estén hechas para ser madres e incluso, **buenas** madres. La autora se apoya en la afirmación de que,

el ser humano en este caso, las mujeres, son seres históricos, y los únicos seres que tienen la capacidad de simbolizar, lo cual los distingue de la esfera propiamente animal.

Concluye que, aunque el amor maternal puede existir desde el origen de los tiempos, no es posible afirmar que exista en todas las madres necesariamente ni incluso que la especie sobreviva gracias a este amor. Más aún: no es el amor lo que determina que una mujer **cumpla** con sus **deberes maternos**, sino la moral, los valores sociales o religiosos, confundidos con el deseo nada transparente de la madre.

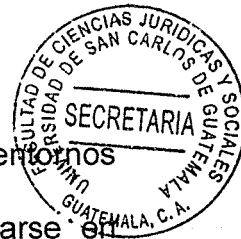
1.2. Definición del embarazo precoz

El embarazo en niñas y adolescentes es conceptuado con el término de embarazo precoz, “es aquel embarazo que se produce en niñas y adolescentes. A partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que la niña esté preparada para ser madre.”²

1.3. Determinación y consecuencias del embarazo precoz

Entre los factores determinantes del embarazo, adolescente se encuentran el matrimonio temprano, la coacción sexual, y la falta de acceso y uso de anticonceptivos. Las consecuencias del embarazo precoz pueden incluir la morbilidad y la mortalidad atribuibles a un inadecuado acceso a la atención calificada antes, durante y después del

² <https://definicion.de/embarazo-precoz/>, (Consultado el 2 de febrero de 2017)



parto, así como los abortos inseguros. Las desigualdades estructurales y los entornos sociales colocan a ciertos grupos de adolescentes en riesgos de involucrarse en conductas que coartan sus posibilidades de una saludable transición a la adultez. Por ejemplo, los adolescentes más pobres tienen menos probabilidad de terminar sus estudios. Los embarazos precoces en adolescentes predisponen a complicaciones maternos-neonatales, que muchas veces pueden ser prevenibles si todos los entes relacionados y que protegen el derecho de las adolescentes.

En consecuencia, a menudo tienen menos acceso a información en salud, ya que la educación sexual, de impartirse, se dispensa a estudiantes en los grados más avanzados.

Por lo que la promoción en educación sexual, para disminuir la tasa de embarazos debe darse en lo público y privado, para concientizar la formación y educación a temprana edad. En el curso de los últimos 15 años la tasa de fecundidad ha aumentado, entre las adolescentes más pobres en muchos países y las adolescentes más pobres tienen cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas que las que están en una situación económica mejor.

La adolescencia es una etapa clave para el desarrollo y una oportunidad fundamental para asegurar una buena transición hacia la edad adulta. Los resultados adversos en el área de la salud sexual y reproductiva a menudo se remontan a la adolescencia, cuando la mayoría de las personas comienzan a tener actividad sexual. “El logro educativo, las habilidades para la vida y la toma de decisiones en torno a la conducta sexual y productiva

tienen efectos profundos tanto en la vida de los adolescentes como en sus familias, comunidades y la sociedad.”³

1.4. El papel de la OMS y su enfoque

La OMS, ha articulado una definición de salud, así como la importancia de un marco legislativo y normativo. Implícito en el marco de la definición de salud de la OMS, se encuentran el derecho a recibir información y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de regulación de la fecundidad, el derecho al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permita a las mujeres atravesar su embarazo y parto de manera segura, y el derecho de las parejas a utilizar sus posibilidades de tener hijos sanos.

“La estrategia mundial de salud productiva de la OMS, destaca la importancia de contar con marcos legislativos y normativos que respalden y faciliten el acceso universal y equitativo a los servicios de SSR. Señala que a menudo es preciso eliminar ciertas barreras políticas y jurídicas que impiden el uso de intervenciones que salvan vidas y otros servicios necesarios. Los entornos políticos, jurídicos y normativos son fundamentales, ya que determinan la disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Además, los derechos a la participación y a la no discriminación son derechos humanos esenciales para el proceso de elaboración de leyes y políticas favorables.”⁴

³ Organización Mundial de la Salud, **La prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos**, Pág. 13

⁴ *Ibíd.* Pag. 14

1.5. Situación actual del embarazo precoz

Estos temas siguen siendo analizado por políticos para encontrar soluciones positivas al embarazo en adolescentes menores de 15 años y el abuso y la violencia sexual como potencial causa de estos embarazos son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales.

Si bien es posible afirmar que, en ciertos contextos culturales, el embarazo en la adolescencia (niñas de 15 a 19 años) es esperado, aceptado e incluso alentado, cuando ocurre antes de los 15 años merece un análisis particular, no solo por la complejidad de las causas que lo originan sino también por los mayores riesgos biomédicos, que pueden estar implícitos y así que aumente la tasa de mortalidad.

El Dr. Alejandro Silva R., en su informe suicidio y embarazo en adolescentes, realizó en el XXXIX Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia, de la asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, (AGOG), describe los siguientes datos estadísticos que demuestran la situación actual de los embarazos precoces en América Latina y en Guatemala. En general los datos son los siguientes:

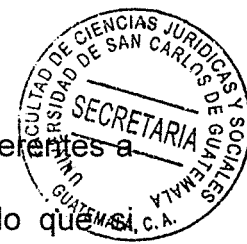
- a) Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países de desarrollo.
- b) Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres, 95% en países en desarrollo.



- c) Más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, por falta de educación de los diferentes centros de educación tanto estatal como también en los centros de educación privada.
- d) Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años.
- e) Más de la mitad de casos nuevos de infección por VIH (más de 7,000 por día) ocurre en jóvenes, que no tienen conocimiento sobre educación sexual.

Respecto a reportes de la Organización Mundial de la Salud sobre las razones del por qué ocurren un embarazo precoz, los datos son los siguientes:

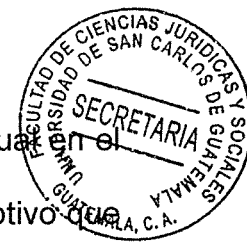
- a) La violación e incesto ocurre en el 7 al 34% de las niñas y en el 3 al 29% de los niños.
- b) El 10% de los partos acontece en adolescentes en el mundo, (Guatemala no es la excepción si no la tasa es mayor en comparación al resto).
- c) En América Latina y el Caribe 18% de todos los nacimientos corresponde a madres adolescentes de 15 a 19 años.
- d) La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años y esto corresponde a todos los factores de riesgo que imperan en la sociedad y que deben mejorarse.



- e) Cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva siendo una tasa extremadamente alta, lo que preocupa a las autoridades que tratan de ver de qué forma encontrarle solución.
- f) Una alta proporción de los embarazos adolescentes no son deseados (entre 35% y 52% en América Latina y el Caribe).

En el caso de Guatemala, la situación de los embarazos precoces, que se dan en niñas indígenas y no indígenas sigue siendo elevado, según la Organización Mundial de la Salud, son los siguientes:

- a) 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.
- b) Según Sigsa y Programa Nacional de Salud Reproductiva, el porcentaje de partos en adolescentes fue de 19.9% del total correspondiendo a 47,559 partos en adolescentes en el 2010, y oscila entre el 18 y 22% anual.
- c) El acceso a la anticoncepción de la adolescencia resulta muy bajo: -utiliza anticoncepción sólo el 32.7% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 47.9% de 20 a 24 años. Si se considera en el uso de métodos modernos de anticoncepción, la proporción es menor, solo usa el 28.1% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y el 39.8% de 20 a 24 años.



- d) 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 usan ningún método anticonceptivo que proteja la salud de las personas menores de edad.
- e) 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.
- f) 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.

En el caso de Guatemala, los puntos claves que enfrenta la maternidad infantil, son los siguientes:

- a) "Guatemala, tiene la tercera tasa más alta de fecundidad en adolescentes, comparación a los países Centroamericanos y por ende América Latina, por ser un país de tercer mundo, teniendo la tasa de fecundidad en adolescentes. Centroamérica-144 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año.
- b) La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión (formal o consensual), antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, son las más vulnerables para tener embarazos tempranos y relacionado a los múltiples factores de riesgo antes mencionado comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años.

- c) El 44% de las mujeres de 20 a 24 años eran madres antes de los 20; la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%), por lo que demuestra la necesidad de implementar en el pensum de estudios la incorporación de la educación sexual entre la población, para la prevención de embarazos a temprana edad.
- d) La gran mayoría de las mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los años siguientes, el 83%, con poca variación por lugar de residencia o por pertenencias étnica. Sin embargo, sólo el 18 % usa un método anticonceptivo efectivo.
- e) Aunque el 70% de las mujeres de 15 a 24 años que dio a luz recientemente realizó al menos una visita de control prenatal, casi la mitad de las mujeres menores educadas y de las indígenas no realizó ninguna. Además, solo la mitad de las madres de 15 a 24 años contó con asistencia médica profesional en su último parto; la proporción es aún más baja en las mujeres con menos escolaridad y en las indígenas (una cuarta parte)."⁵

⁵ Guttmacher Institute, **Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante**. Pág. 12

CAPÍTULO II



2. Estudio comparativo de la situación de la maternidad de niñas y adolescentes

Este capítulo demostrará la existencia de la maternidad en las niñas y adolescentes, a través de la exposición de datos estadísticos, iniciando con datos generales a nivel mundial y América Latina y el Caribe, posteriormente se estudiará en particular la situación del embarazo temprano en niñas con embarazos precoces, en cuatro países, siendo: Argentina, España, Estados Unidos y Guatemala, mostrando las peculiaridades culturales que presenta cada uno de estos países, en esta problemática, así como el abordaje del problema, que suscita con la dificultad con relación a la situación de salud que les atañe, que por la situación cultural de cada uno, muestra peculiaridades importantes que debe ser descritas para que sea un punto de partida en el conocimiento, de cómo considerar la implementación de la Ley de maternidad saludable en el país.

2.1 Generalidades

La maternidad adolescente, según los avances de los objetivos del desarrollo de Milenio de Naciones Unidas, establece que: desde la década de 1970, la fecundidad ha caído fuertemente en América Latina y el Caribe a consecuencias de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), cultural (secularización de valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo).



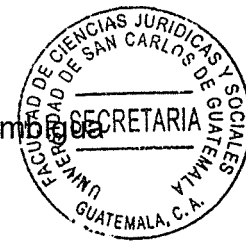
En algunos países, este proceso ha sido apoyado por políticas y campañas públicas en favor de la planificación familiar, y también contribuye a la difusión de ideas y pautas de conducta para fines y así aportar al control reproductivo y con mayor variedad de roles sociales y trayectorias de vida, sobre todo para las mujeres jóvenes que es la etapa de la vida en donde mayor vulnerabilidad existe y las predispone a tomar decisiones no satisfactoria para su desarrollo, tanto físico, mental, anatómico y económico, que afecta su conducta ante la sociedad y su familia. .

En el contexto histórico, basado en la recabación de datos el reporte de Naciones Unidas menciona que, era de esperar que las y los jóvenes comenzaran a reducir el número de hijos, particularmente en generaciones con fecundidad elevada, extendiendo esta baja hacia las y los adolescentes, lo que efectivamente ocurrió hasta la década de 1980.

Pero desde fines de ella, la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una tendencia distinta" primero una referencia opuesta a la baja, y luego con una nueva propensión al aumento en varios países. Belice, Guatemala, Nicaragua y Paraguay desciende claramente el porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años, a principios del año 2000."⁶

"... Y se toma la edad de 19 años, que es la que más se aproxima a la probabilidad de ser madre durante la adolescencia, se agrega Chile. A esta escala mundial, la región sobresale por sus altos niveles de reproducción en la adolescencia. Esta resistencia al

⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, Tendencias, problemas y desafíos**. Pág. 4



descenso de la fecundidad adolescente ha conducido a la región a una posición ambigua a escala global." ⁷

Respecto a lo anterior y datos más concretos al respecto, Naciones Unidas a través de Unicef, en su boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio, en el año 2007, publican datos de maternidad adolescente en el mundo, América Latina y Caribe, determinaron que del 100% de embarazos adolescentes, América Latina y el Caribe encabezan la mayor parte al tener el 18%, seguido de África con un 17%, América del Norte con un 12%, Asia con un 11%, mientras que el último lugar se encuentra Europa y Oceanía con un 7%, respectivamente.

Dentro de los países con el índice de embarazos en niñas de 14 a 19 años se puede notar que, el único país del mundo desarrollado que presenta una alta tasa de embarazos en adolescentes es Estados Unidos de América, más adelante se establecerán datos más concretos. La maternidad en niñas y adolescentes tomando en consideración "...los 13,1 millones de partos anuales de niñas entre 15 y 19 años en todo el mundo, 680.000 ocurren en países desarrollados".⁸

Según el reporte de Naciones Unidas en el año 2013 se muestra que "...los países desarrollados, Estados Unidos tiene la tasa de natalidad adolescente más alta. De acuerdo con los centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados

⁷ *Ibíd.* Pag. 4

⁸ División de información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, **Maternidad en la niñez Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.** Pág. 11

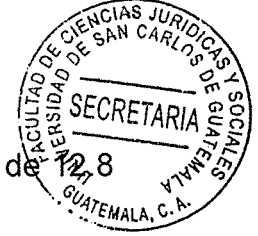


Unidos, se registraron 329,772 partos en adolescentes de 15 a 19 años de edad en el 2011. Entre los estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta (64,2 cada 1000 nacimientos) en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, mientras que Suiza tiene la más baja, con 4,3 Todos los miembros."⁹

Es evidente que la mayoría de países con bajos ingresos adolecen de estos problemas Respecto a los datos de América Latina y el Caribe, como el mismo boletín establece datos estadísticos de dos periodos distintos, para demostrar el aumento del porcentaje de embarazos adolescentes, dando los siguientes resultados:

- a) Argentina, durante 1991 tenía un total de 11.9%, mientras que en el año 2001 aumentó a un 12.4%.
- b) Belice, durante el año 1990 tenía un 16.9%, en el año 2000 disminuyó a un 15.8%.
- c) Bolivia, en el año 1992 tenía un total de 11.7%, mientras que en el año 2001 aumentó a un 13.5%.
- d) Brasil, en el año 1991 tenía un 11.5%, en el año 2000 aumentó a un 14.8%.
- e) Chile, en el año 1992 tenía un 11.8%, mientras que en el año 2002 aumentó a un 12.3%.

⁹ Ibíd. Pag. 11



- f) Costa Rica. en el año 1984 tenía un porcentaje de embarazos adolescentes de 12.8 por ciento mientras que en el año 2000 aumentó a un 13.2%.
- g) Ecuador, para el año de 1990 tenía una estadística relacionada en un 13.5% de embarazos en adolescentes y en el año 2001 las estadísticas aumentaron a un 16.3% respectivamente.
- h) Guatemala, en el año 1994 se verificó un 16.1% de embarazos en adolescentes, mientras que en el año 2002 disminuyó a un 0.05%, ya que se reportó un 15.5%.
- i) Honduras, otro país Centroamericano, en el año 1988 se presentó un 16.6% de embarazos en adolescentes, mientras que en el 2001 aumentó a un 18.3%.
- j) México, en el año 1990 se reportó 10.4%, de embarazos en adolescentes, mientras que en el año 2000 aumentó a un 12.1%.
- k) Nicaragua, en el año de 1995 tenía una estadística de embarazos adolescentes del 23.9%, mientras que en el año 2005 disminuyó al 20.0%.
- l) Panamá, en el año 1990 tenía una tasa porcentual del 16.1% de embarazos adolescentes, mientras que en el 2001 aumentó a un 17.4%.
- m) Paraguay, en el año 1992 presentó un 15.0% de embarazos adolescentes y en el año 2002 disminuyó a un 12.1%.

n) Trinidad y Tobago, en el año 1990 presentó una tasa porcentual de embarazos adolescentes de un 8.0%, mientras que en el año 2000 aumentó al 9.3%.

o) Venezuela (República boliviana), en el año 1990 tenía un 13.8% de embarazos adolescentes, mientras que en el año 2011 aumentó a un 15.%.

p) Uruguay, en el año 1985 se estimaron que 8.4% de embarazos era de adolescentes o menores de edad, mientras que en el año 1995 aumentó a un 13.9%.

De los 16 países estudiados por el boletín presentado por Unicef, 12 fueron los países en que aumentó el porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas, estando en ellos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tobago, Venezuela, Uruguay, Ecuador, Honduras, Panamá y México. Mientras que cuatro países disminuyeron entre ellos tres países Centroamericanos, Belice, Guatemala y Nicaragua y un país sudamericano Paraguay.

A pesar de que estos países actualmente no tienen una economía estable o desarrollada, se puede deducir que la economía en algunas ocasiones no afecta el control de la natalidad. Por otro lado, los estudios anteriores, estudian una tasa específica de fecundidad del grupo etario entre 15 a 19 años de edad, del porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre que era adolescente.

El estudio de Naciones Unidas sobre el cumplimiento de desarrollo del Milenio, destaca que: "...La persistencia de altas tasas de embarazos y maternidad adolescentes en la

región inquieta y tiene concomitancias culturales y políticas. Entre las primeras destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la -erotización- de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constarse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes."¹⁰

La Unicef, a través del apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en el año 2016 realizó un informe de consulta técnica sobre cómo acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, donde se estableció el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han empezado el proceso reproductivo, por nivel educativo, en países escogidos de América Latina y el Caribe, 2008 -2015, refleja que en Guyana Francesa, está en el más alto porcentaje con un 40%, dato registrado en el año 2009, le sigue República Dominicana y Honduras, con un 38%, datos publicados en el año 2013 y 2011 12 respectivamente, le sigue Colombia año 2015, Perú año 2012, Bolivia año 2008 y por último Haití año 2012.

Los adolescentes en el proceso de reproducción no han culminado sus estudios y muchas veces los abandonan para poder criar a sus hijos. En estos países, la probabilidad de

¹⁰ Comision Económica para América Latina y el Caribe, *Op. Cit.* Pág. 4



empezar a concebir hijos es hasta cuatro veces mayor en las adolescentes que no han recibido educación o han recibido solo educación primaria que en las que han recibido educación secundaria o superior. De manera análoga, la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior de riqueza que entre las del quintil superior de riqueza. Por lo que se aduce que las adolescentes sin educación y extrema pobreza seembran antes.

El anterior informe también reporta el porcentaje de madres adolescentes por grupo etario, tipo de residencia (urbana y rural) y origen (indígena o no) en algunos países seleccionados de América Latina y el Caribe entre los años 2010 y 2011, reflejan que la edades reproductivas en adolescentes en países como Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Uruguay, se encuentra en el grupo etario de 15 a 19 años de edad, mientras que el país con mayor cantidad de madres adolescentes, indígenas tanto en el área rural como urbana es Panamá, el país con menor número de madres adolescentes no indígenas es Uruguay.

Respecto a las madres adolescentes indígenas en América Latina, se refleja que el país con mayor cantidad de madres adolescentes en el área rural y urbana es Ecuador, dato publicado en el año 2010 y el país que menos madres adolescentes indígenas tiene es Uruguay.

Estudios más recientes muestran que "las tasas de embarazos adolescentes en los países de América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo. En 2010, la región ALC estuvo muy cerca de registrar la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de

edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Los países de ALC caen dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes. Aunque las tasas están disminuyendo en todo el mundo, la disminución extraordinariamente lenta de América Latina comparada con la de otras regiones, explica el ascenso gradual de la región hacia la Cumbre de las listas de fecundidad en adolescentes."¹¹

Respecto a "... Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescentes en 2010 en América Latina, con más de 100 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Por otro lado, Perú, Haití y Trinidad y Tobago, tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada mil mujeres en el mismo rango etario. La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe, están en Centroamérica, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, República Dominicana y Guyana, los que tienen las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas; en América del Sur, Bolivia y Venezuela."¹²

En el caso de la maternidad adolescente en comunidades indígenas datos a partir del año 2010 indican que, el embarazo precoz afectadas de forma desproporcionada; principalmente en áreas rurales. "... Mientras tanto, las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá, se sitúan por debajo del promedio mundial y

¹¹ *Ibíd.* Pag. 22

¹² Azevedo, Joao Pedro; Favara, Marta; Haddock, Sarah E; López-Calva, Luis F; Muller, Miriam; Perova, Elizaveta. 2012. *Embarazo adolescente y oportunidades en America Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos.* Pág.11

ha descendido de forma sostenida durante el último decenio. En Estados Unidos ha comunicado recientemente una disminución récord de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos y étnicos, con un descenso del 8% entre el 2014 y el 2015, hasta un mínimo histórico de 22.3 nacimientos por 1000 adolescentes en el grupo de 15 a 19 años de edad. Se han observado cifras parecidas de disminución, o incluso mayores, en las adolescentes hispanas se (8%) y negras no hispanas se (9%) en este grupo etario."¹³

Por lo anterior se considera que "crecientemente, la maternidad adolescente se ha convertido en motivo de preocupación en el ámbito de políticas públicas, conforme estudios diversos han encontrado una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral para las mujeres. De hecho, pareciera que las mujeres están soportando las consecuencias y a corto y a largo plazo del embarazo adolescente de forma desproporcionada."¹⁴

A pesar de todo se muestra una disminución en algunos países de la tasa de natalidad en adolescentes no indígenas, y esto se refleja en áreas urbanizadas, accesibilidad a los servicios de salud y a educación, en comparación a las áreas marginadas donde impera la extrema pobreza y por ende no hay acceso a los servicios antes mencionados; en estos casos se indica que: los factores contribuyentes que podría explicar esta disminución, "cabe mencionar la reducción en la proporción de adolescentes que han mantenido alguna vez relaciones sexuales y, en el caso de la población adolescente

¹³ Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. Pag. 23

¹⁴ Azevedo, Joao Pedro; Favara, Marta; Haddock, Sarah E; López-Calva, Luis F; Muller, Miriam; Perova, Elizaveta. 2012 **Op. Cit.** Pág.11

sexualmente activa, el aumento en el uso de prácticas y métodos anticonceptivos eficaces, así como el aumento en el número de los programas de prevención del embarazo en adolescentes."¹⁵

2.2. Argentina

El nivel de tendencia de fecundidad en niñas y adolescentes en edades de 15 a 19 años en Argentina, muestra que ha bajado en las últimas décadas, en virtud de que "... descendió de manera lenta pero continua desde 80 nacimientos por mil adolescentes en 1980 hasta 56.7 por mil en 2003, fecha en que comenzó a ascender, alcanzando en 2014 un valor de 65.1 por mil según el Ministerio de Salud, en el año 2016. En el 2015 se observó un leve descenso (62.6 por mil), que se habría intensificado en el 2016 (55.9 por mil) y en 2017 (53.1 por mil). En términos comparativos, la fecundidad de Argentina se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (66.5 por mil en el período 2010-2015 y por encima del promedio mundial (46 por mil). Respecto de otros países de la región, en el período 2010-2015 fue superior a las de Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay."¹⁶

Los estudios sobre embarazos en adolescentes en Argentina, principalmente en menores de 17 años, son por la existencia de múltiples vulnerabilidades o carencias, en cuanto a los Derechos Humanos, principalmente la falta de políticas públicas que lo determinen

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Op. Cit.* Pág. 23

¹⁶ Frenkel, Julia. *El embarazo adolescente en Argentina*. Pag. 3

como un problema de salud pública y de equidad de género, provocando problemas, riesgos biológicos, psicológicos y sociales. Que entre ellos es la salud del bebé, de la madre, los traumas de un embarazo temprano, la pobreza en la que enfrenta la crianza del bebé, entre otros. Es considerado como uno de los problemas de salud pública que tiene muchas características que lo hacen complejo y que ocasiona innumerables problemas para la progenitora adolescente.

Siendo Argentina un país desarrollado, también tiene tasas altas de embarazos precoces en niñas y adolescentes.

El problema de embarazos en adolescente en Argentina engloba diferentes aspectos como: la salud, sociales, de género, jurídicos que entre ellos son los derechos básicos o humanos, constituyendo un riesgo al desarrollo y una vida digna, de esta manera los estudios al respecto en este país, considera al embarazo temprano una situación de alta vulnerabilidad. A pesar de que los casos y el aumento de los mismos no van en aumento y tienen a su disminución siempre implica un problema de Estado.

2.3. España

Un país europeo, que muestra datos sobre el embarazo precoz, es España "... los datos del Instituto Nacional de estadística revelan que, en los años 2000 y 2008, un total de 1.290 niñas con 14 años o menos fueron madres. La cifra se multiplica cuando se trata de quienes sí han cumplido los 15 años, pues los datos muestran que, en el mismo periodo, 4.119 niñas de esta edad fueron madres en España. En concreto, en 2008,

último año para el que se disponen estos datos, dieron a luz un total de 177 niñas con una edad inferior a 14 años, mientras que fueron más de medio millar (537) las madres de 15 años ya cumplidos.”¹⁷

La edad de reproducción de adolescentes, además de ser baja, inicia a los 14 años, y esto se debe a la situación cultural de España, existen muchos factores que influyen al embarazo temprano en este país europeo.

La situación económica es la principal, en virtud de que menores que tienen pocas probabilidades de superación profesional son más susceptibles de quedar embarazadas y llevar el embarazo hasta el nacimiento, sin embargo, en menores de edad que tienen posibilidades de preparación profesional optan por los métodos anticonceptivos y el aborto.

Dentro de esta cultura, no hay diferencias raciales, ya que la existencia de migrantes de otras culturas es muy baja, y los países por los cuales se encuentra rodeados, superan su potencial económico, lo que hace muy difícil que lleguen a este país, aunado se puede deducir que las diferencias de embarazos entre áreas rurales o urbanas, o bien los embarazos en provincias o ciudades, no existen datos que puedan diferenciar el lugar para que se produzcan más embarazos adolescentes, en virtud de que el país tiene pocos lugares rurales. Entre todos los factores la situación económica es la principal causa de los embarazos.

¹⁷ <https://mibebeyyo.elmundo.es/embarazo/psicologia/partos-menores-espana-4657>, (Consultado el 24 de enero de 2021)



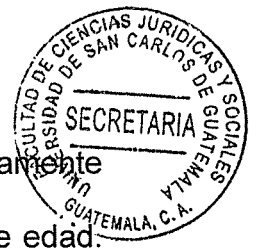
A pesar de que España, es un país desarrollado y avanzado culturalmente, principalmente en el área educativa, esta situación afecta psicológicamente a las adolescentes embarazadas, principalmente en la presencia de cuadros depresivos, porque abandonan sus estudios para optar por un trabajo para mantener el futuro bebé, así mismo, esta afección emocional afecta la lactancia del bebé, otros casos de muerte neonatal, es por partos prematuros y bajos de peso al nacer

2.4. Estados Unidos

En los Estados Unidos de América, a pesar de que ha existido disminución de embarazos tempranos en adolescentes, ocurridos en la última década, se reportan que de cada 10 mujeres estadounidenses en edades entre 15 a 19 años están embarazadas por lo que en comparación con otros países latinos en áreas rurales disminuye considerablemente. Datos entre "... 1990 y 2005, el índice nacional de embarazos adolescentes disminuyó un 41%, de 116.9 a una disminución récord de 69.5 embarazos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 19 años de edad. En el 2006, aumentó por primera vez en más de una década a 71.5 embarazos por cada 1000 mujeres entre las edades de 15 y 19 años, Un aumento de 3%. El índice de embarazos entre adolescentes en los Estados Unidos, no obstante, es el más alto entre los países desarrollados, incluyendo Australia, Canadá, Inglaterra, Francia, Alemania, Italia, Japón, Holanda, Noruega, España y Suecia..."¹⁸

Otros datos, al respecto del problema de embarazos tempranos en Estados Unidos, muestran que, en el año 2006, se embarazaron aproximadamente 750,000 adolescentes

¹⁸ <https://www.plannedparenthood.org/es>, (Consultado el 25 de enero 2021)



"... entre las edades de 15 a 19 años, un 7% de chicas adolescentes. Aproximadamente el 30% de las mujeres estadounidenses se embarazan antes de los 20 años de edad.

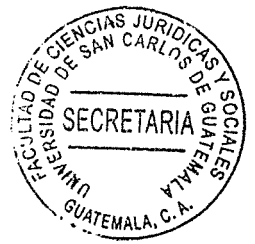
Casi el 13% de los hombres estadounidenses sexualmente activos de entre 15 y 19 años dicen haber dejado embarazada a una mujer. Aproximadamente el 82% de los embarazos adolescentes no son programados. En el 2001, representaron una quinta parte de todos los embarazos no programados que se producen en los Estados Unidos."¹⁹

Otro factor importante en embarazos tempranos en este país desarrollado, es la diversidad racial, porque la reproducción adolescente varía según la raza u origen étnico. En el año 2006, el índice de embarazo adolescente entre las adolescentes de raza blanca no hispana será de 44 por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 19 años de edad. El índice de embarazos entre las adolescentes hispanas era de 126.6. Entre las adolescentes afro-norteamericanas era de 126.3, el dato muestra que en la lista se encuentran las latinoamericanas, como más propensas de un parto precoz, seguido de las de origen africano y por último las norteamericanas de origen nórdicos.

Estados Unidos, a pesar de que es un país desarrollado, también es uno de los que tiene el índice más alto de fecundidad temprana en adolescentes, por lo tanto, la economía prospera y estable no permite un control de la natalidad. A lo anterior también se pueden enumerar otros factores, que otros países desarrollados de Europa no tiene, como la inmigración y también que a pesar de que este país norteamericano se encuentra, con una gran diversidad cultural y sin educación sexual.

¹⁹ Ibid.





CAPITULO III

3. Proceso de promulgación de la Ley para la Maternidad Saludable en Guatemala

Como uno de los avances legislativos, respeto a la maternidad en adolescentes, se promulgo la Ley para la Maternidad Saludable en Guatemala, aunque esta ley está dirigida a todos los embarazos a nivel nacional, la maternidad que enfrenta más problemas es la que se presente en niños y adolescentes.

3.1. Antecedentes

Las consideraciones más importantes en la creación de la Ley para la Maternidad Saludable, reflejaron la necesidad del Estado de Guatemala, ha ratificado instrumentos de derechos humanos como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las mujeres (Cedaw), y asumiendo compromisos con lo establecido en la Plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, el Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivos se refiere a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

La mortalidad materna es una de las razones principales para crear la Ley para la Maternidad Saludable, 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 la mujeres que vive 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 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 y su hijo.

Asimismo, el Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala, (Osar), describió proceso de formulación y aprobación de la Ley para la Maternidad Saludable, las ideas para la conceptualización de la creación de la ley se basaron principalmente en la gran cantidad de casos de muertes maternas que suceden a diario en Guatemala, por lo que consideraron necesario que exista una agenda pública y política que pueda tratar este problema con especial cuidado.

Estableciendo los siguientes parámetros:

- a) “La comprensión de los daños que se desprende de la Mortalidad Materna, los efectos familiares, las consecuencias sociales, esto a través del análisis de la información presentada por el ministerio de salud.
- b) El conocimiento que la MM en el país, es el fiel reflejo de la inequidad en la respuesta social que se ofrece a necesidades de atención en salud a las mujeres, durante el periodo de la pregestación, embarazo, parto y pos-parto, debido a que las autoridades han hecho caso omiso al flagelo que impera en el país, pero a pesar de los esfuerzos que últimamente se están asciendo se refleja la lentitud y la obtención de los resultados

que se desea obtener.

- c) El ejercicio de análisis de los indicadores qué, expresan las grandes diferencias por lugar de residencia, pertenencia étnica y nivel de pobreza que se presentan entre distintos grupos poblacionales."²⁰

El Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala, (Osar), para formular la ley, toman la decisión de establecer ciertos parámetros que puedan determinar una base operativa de la ley, utilizando el derecho a la salud constitucional, como una base fundamental respaldada por las diversas instituciones de salud del país, para garantizar una maternidad saludable; asimismo, tomo en consideración la necesidad de declarar la muerte materna y neonatal como un problema central alarmante.

Finalmente, el acceso a la salud dirigido a la situación de embarazo y a los hijos, debe ser considerados de forma integral, es decir, la participación de comunidades indígenas según costumbre por ubicación geográfica, por lo tanto, debe tomarse en cuenta que, la atención materna neonatal debe de ser dirigida a: ser de forma integral, intersectorial, es decir, participación comunitaria, permanente, equitativa y gratuita para toda madre en especial a niñas y adolescentes que consultan a los diferentes centros de salud de la República de Guatemala. Los parámetros anteriores determinaron la elaboración de una propuesta de ley de tipo operativa, para que pudiera ser ejecutadas según las necesidades de la multiculturalidad del país.

²⁰ <https://osarguatemala.org/>, (Consultado el 11 de junio de 2021)

Permitiendo de esta manera un instrumento legislativo que revierta el problema, tomando en consideración como punto de partida las muertes maternas y las neonatales, para que estas puedan prevenirse y tenga un carácter evitable, contribuyendo de esta manera al desarrollo del territorio nacional. El Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala, (Osar), consideró que la propuesta de ley, debería establecer como mínimo:

- a) "Instituciones involucradas
- b) Responsabilidades asignadas a cada institución
- c) Los alcances que tendrían en los campos: institucional, financiero y jurídico
- d) Los mandatos que obligan a la inserción de las acciones dispuestas, dentro de los Sistemas de Salud, para involucrar a las organizaciones del Estado Guatemalteco, Gobiernos Locales Y la Sociedad."²¹

Además, fueron tres los alcances que se propusieron para poder determinar la creación de la Ley para la Maternidad Saludable, a corto plazo el mejoramiento de los servicios y atención de la salud, a mediano plazo, el propósito es mejorar la educación, la nutrición, el ingreso, el empleo y a largo plazo realizar cambios estructurales, mejorar el estatus social de la mujer e incrementar la equidad. Como producto de las reflexiones y análisis iniciales de los grupos, el Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala, (Osar),

²¹ *Ibíd.*

concluyó que para garantizar una maternidad saludable era necesario, pero sin obtener respuesta favorable la presente fecha, como lo vemos a continuación:

- a) "Incluir en el compromiso de los poderes políticos en tales y locales.
- b) El reconocimiento de la identidad, historia y cultura del país.
- c) El reconocimiento de la maternidad es un hecho cultural y político y no solamente un proceso biológico, individual y familiar.
- d) Entender que la vida de las mujeres se ubica diferencialmente en las distintas responsabilidades determinadas a los mandatos asignados por la sociedad de ser femeninos o masculinos."²²

3.1.1. Elementos para la formulación Y elaboración de la Ley

Uno de los elementos bases para la formulación del proyecto de Ley fue tomar en consideración que existen innumerables muertes maternas que puede hacer evitables con apoyo del sistema de salud adecuado y dando participación a las comunidades indígenas y sus costumbres dentro del protocolo de protección de la madre y del neonato, se han observado desigualdades en el acceso a la educación, servicios e información, aunado a lo anterior, también la normativa vigente no está cumpliendo con los mandatos constitucionales e internacionales sobre la protección a la salud durante el embarazo y

²² Ibid

nacimiento de un bebé, por lo que consideró el Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala (Osar), necesario crear un instrumento de carácter vinculante con intervenciones específicas para proteger la maternidad en el territorio guatemalteco.

La protección a las mujeres en la maternidad, tanto en el prenatal, durante y después del parto que se debe ver reflejado en la educación sexual como toda la base de la implicación de la ley para la maternidad saludable, del nacimiento del bebé según el Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala (Osar), debe verificarse en diferentes ámbitos, siendo los siguientes:

- a) El compromiso Internacional adquirido por Guatemala, a través de diversos convenios internacionales, para mejorar y disminuir la mortalidad materna tomándolo como un asunto de interés social.
- b) Se toma en consideración lo establecido por la Constitución Política de la República y la garantía al libre acceso a la salud, establecido en los Acuerdos de Paz, Ley de Desarrollo Social, Código de Salud entre otras.
- c) Otro punto importante a tratar es, considerar a las mujeres que no tienen un trabajo formal, que forma el 80% de mujeres embarazadas en el país y, por lo tanto, no tienen acceso al servicio de seguro social que presta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por lo tanto, crear un sistema de protección específica para mujeres embarazadas, puede colaborar al desequilibrio que existe actualmente, y mejorando la salud colectiva e individual.

- d) Existe un vacío legal dentro del Código de Salud, respecto a la protección y atención adecuada de la mujer embarazada, sin embargo, el Ministerio de Salud, tiene el mandato constitucional de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar a la población para alcanzar el bienestar físico, mental y social, de la población más vulnerable a las violaciones sexuales entre adolescentes.
- e) No existe una Ley de carácter vinculante y permanente que tenga un protocolo de atención a mujeres embarazadas dentro del Ministerio de Salud, cuenta solo con directrices técnicas gubernamentales que cambia cada cuatro años, no son mandatos jurídicos vinculantes que comprometa al Estado de forma permanente una atención médica adecuada
- f) El Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala (Osar), considera que los medios para colocar efectivamente los servicios de salud al alcance de todas las mujeres en condiciones de igualdad, con una justicia distributiva y cumpliendo el mandato constitucional, es a través de una Ley específica.
- g) La vulnerabilidad por pobreza o etnia en el acceso a la atención médica durante y después del embarazo, es una de las garantías que da la Ley para la Maternidad Saludable, con el propósito principal de evitar la mortalidad materna.

El Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala (Osar), en "... La elaboración del primer borrador de la propuesta tomó cuatro meses. Una vez concluida la propuesta en el año 2009 se socializó entre técnicos expertos guatemaltecos e Integrantes de los

Observatorio de Salud Reproductiva-Osar-, para obtener sus opiniones sobre contenido, la factibilidad y viabilidad de la misma. También fue sometida a una discusión entre otros grupos de mujeres indígenas y no indígenas, Cooperación Internacional, sus aportes fueron incorporados a la propuesta.”²³

3.1.2. Negociación

Para poder realizar la Ley de Maternidad Saludable, fueron varios actores dentro de la sociedad que participaron para poder darle vida entre ellas, la sociedad civil organizaciones locales y el Congreso de la República de Guatemala. La actuación de la sociedad civil se dio a través de asociaciones profesionales de medicina, grupos conservadores, grupos indígenas; cada uno con objetivo según su oficio y costumbre.

Respecto a las asociaciones profesionales de medicina, su enfoque es clínico, el tratamiento médico de las menores embarazadas, mientras que las asociaciones de grupo conservadores, no abordaron el tema del aborto o posaborto, sino solamente presentaron atención al tema de hemorragia del primer trimestre; mientras que los grupos indígenas promovieron el trabajo de las comadronas y casas maternas, siempre inspirados a su cultura y cosmovisión.

El aporte de organizaciones locales que fue en base a la experiencia de las comunidades en el tratamiento de los partos en adolescentes, así como un historial de cosas que permitieron aplicar el proyecto de ley. Entre estos aportes de estas entidades se

²³ *Ibíd.*

presentaron estrategias para facilitar la llegada de las mujeres a casas maternas, la tensión del embarazo según sus costumbres y que a sido funcional; además de establecer en que forma pueden involucrarse los gobiernos locales para obtener apoyos económicos, también se recopilaron experiencias de comadronas, según el territorio, con esto se crearon planes para poder realizar un documento acorde al contexto y apropiación de la localidad.

Un tercer actor, cuya participación es relevante es el Congreso de la República de Guatemala, su participación fue a través de operadoras políticas dentro de la entidad, específicamente la comisión de la mujer quienes lograron un consenso con 158 votos de legisladores. Así mismo, esta comisión realizó reformas dentro del documento donde se creó una comisión multisectorial para la maternidad y un ente fiscalizador para la implementación de la Ley, siendo el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva.

3.1.3. Aprobación

Para la aprobación de la Ley de Maternidad Saludable, fue un extenso recorrido que realizaron diferentes organizaciones de sociedad civil con un único fin, que, a través del apoyo jurídico, apoyado por datos estadísticos que determinaron la existencia del fenómeno donde se reflejaron las tasas elevadas de muertes maternas en esa época, (febrero 2009), la presentación de estos datos dio origen a la creación de un Foro, denominado flujo de información para la medición de la mortalidad materna, creado por un congresista. Este foro fue apoyado por parlamentarios, integrantes de la sociedad civil y divulgado por los diferentes medios de comunicación, en las reuniones se mostró



la preocupación para disminuir los índices elevados de embarazos en adolescentes a través de protocolos para disminuir la mortalidad materna.

La participación del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva en el foro fue, construir con información estadística que demostraba el aumento de muertes maternas, información que contrastaba con informes gubernamentales oficiales, esto lo hizo a través de una hoja informativa donde se determinaron los métodos y cálculo de la razón de la mortalidad materna, relacionados a embarazos precoces en las adolescente. Durante varias sesiones y con los actores involucrados se sostuvieron reuniones para poder establecer las incidencias y determinar un proyecto de ley el cual se completó el 22 de octubre del año 2009. Trasladándose a la comisión de la mujer; quien realizó el estudio, dictamen y emitió dictamen favorable número 02 – 2009, e identificando la con el número de registro No. 4117, para ser presentada al Honorable Pleno del Congreso para su discusión y aprobación.

Para la agilización de la aprobación del proyecto, el Osar y Alianmisar (Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas), organizaciones interesadas, divulgaron un comunicado de prensa, en el territorio Guatemalteco, para que el Congreso de la República de Guatemala, apruebe lo antes posible la ley, esto durante el mes de julio del año 2010, en uno de los diarios de mayor circulación bajo la consigna ninguna mujer debería de morir dando vida, otras actividades realizadas para influenciar a la población fueron el envío de cartas a las integrantes de la Comisión de la Mujer del Congreso, correos electrónicos a diputados para exhortar al apoyo, y así disminuir los índices altos de embarazos en adolescente.



Dando seguimiento para influenciar la pronta aprobación del proyecto de ley, se unieron las siguientes instituciones: el Osar, la Alianmisar y la Ismd (Influencia Socio-cultural del Modelo de Delgadez), quiénes establecieron un plan más fuerte, donde se determinaron responsabilidades asignadas a los actores involucrados y sus dependencias.

Dentro del trabajo político realizado en el Congreso de la República de Guatemala los congresistas interesados, iniciaron un proceso de cabildeo para lograr el apoyo necesario, después de las tres lecturas en el pleno. Respecto a la presión pública, esta se dio a través de medios de comunicación de televisión, prensa y radio, dándole cobertura a cada evento y petición del Osar.

En virtud de todo el trabajo de promoción, presión mediática y cabildeo político, se logró la tercera lectura de la iniciativa, donde por unanimidad de votos y a través del decreto número 32-2010 se aprobó la Ley, siendo el nueve de septiembre del año 2010, la firma del presidente se obtuvo el siete de octubre y también su publicación del año en curso.

3.1.4. Construcción y Aprobación de Reglamento que operativiza la Ley

Tras la elaboración del proyecto del reglamento de la Ley de Maternidad Saludable, realizado por actores de la sociedad civil con el tema, maternidad saludable, organizaciones sociales comprometidas con el proyecto estuvieron al tanto de la elaboración y su publicación, para poder crear influencia a incidencia enviar una carta al Presidente de la República, Procurador General de la Nación, Secretaria General de la Presidencia, Ministro de Salud, Procuraduría de Derechos Humanos (PdH) y diputados.



La propuesta del proyecto de reglamento. Se envió a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el veintidós de marzo del año 2011, quienes posteriormente solicitaron el visto bueno de la Procuraduría General de la Nación, con la aprobación de dicha entidad, se trasladó a la Secretaría General de la Presidencia de la República, haciéndose responsable dicha entidad para después enviar a todas las instituciones gubernamentales relacionadas, con los temas de interés que aluden a la protección de niñas y adolescentes, para lograr la aprobación del reglamento transcurrieron diecinueve meses después de la vigencia de la ley, y fue a través del acuerdo gubernativo Número 65 - 2012 de abril del año 2012 que se logró la publicación, su promulgación fue el diecinueve de marzo del mismo año, los puntos más relevantes abordados en instrumentos son:

- a) Determinación de quienes proveerán los servicios a las mujeres en proceso de gestación.
- b) Establecimiento de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- c) Se determina los establecimientos que apoyarán a las mujeres gestantes, dando prioridad a los Caimi, los Cap y las Casas Maternas, perfiles de las personas que trabajan allí y su localización territorial.
- d) Se establecen responsabilidad a las escuelas formadoras.
- e) Creación de sistemas de vigilancia y monitoreo.

f) Determinación de responsabilidades de las instituciones involucradas.

g) Se mencionó la necesidad de crear indicadores con características específicas y medibles que afecta el problema para hacer llegar estos indicadores al conocimiento de la población para que hagan efectiva su aplicación.

Además de implementar un reglamento que opere la Ley de Maternidad Saludable, se ha realizado otro instrumento que pretenden reducir la mortalidad materna siendo los siguientes:

a) Plan de acción para la resolución de la mortalidad materna 2010-2015, se publicó en el año 2010.

b) Guía para la atención materna y neonatal, que contiene protocolo para asistir un parto además de incluir estrategias para evitar hemorragias u otros problemas relacionados a la gestación de las madres adolescentes comprendidas en las edades de 15 a 19 años.

3.2. Contexto de la ley

Un fenómeno recurrente en Guatemala demostrado a través de un estudio nacional de muerte materna durante el año 2007, demostró que las mujeres pobres indígenas sin seguridad social y de comunidades o áreas rurales, no cuentan con acceso a la salud para monitorear sus embarazos y, por lo tanto, un riesgo a morir en el proceso. Sin

embargo, a partir del año 2000 iniciaron los esfuerzos para crear un control a través de la creación de diversos instrumentos y políticas públicas para poder controlar la salud sexual y reproductiva, siendo la siguientes:

- a) Ley de desarrollo social, aprobada en el año 2001 para promover, planificar, coordinar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar las acciones gubernamentales y estatales.
- b) Política de desarrollo social y población, creada en el año 2002
- c) Ley de promoción integral de la mujer, aprobada en el año 1999
- d) Ley de acceso universal a servicios de planificación familiar, aprobada durante el año 2005
- e) Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer aprobada en el año 2008

Este Grupo de instrumentos jurídicos fue creada e implementada con la intención de establecer gradualmente protocolos, estrategias y leyes para que en lo posible puedan disminuirse las muertes maternas y neonatales, garantizando de esta manera el derecho humano a la salud, establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala.

La Ley para la Maternidad Saludable, es consecuencia de la situación de muertes maternas, y derivado de un estudio de sociedades civiles, se logró en septiembre del año

2010 la aprobación del decreto 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala esta ley contiene un conjunto de acciones coordinadas básicas para conseguir la garantía de servicios de salud a las mujeres en estado gestante antes, durante y después del embarazo, esto también incluye el parto y el periodo de lactancia o posparto, este proceso duró tres años y fue creada con el fin de garantizar el desarrollo físico y mental de las personas que son afectadas por este problema social, por lo que es imperativo:

- a) Dar a conocer y sensibilizar paulatinamente el problema de las muertes maternas, así como la influencia en la sociedad.
- b) Crear una Ley que permita una participación multisectorial, tanto a nivel central como departamental, coordinando esfuerzos públicos y privados.
- c) La aprobación de la ley provocó un movimiento de dialogo político, para dar a conocer las muertes maternas, su fuerza fue tal que se logró la aprobación de la Ley de Maternidad Saludable.
- d) Otro de los aspectos relevantes de la normativa es que se creó un monitoreo y vigilancia para su cumplimiento.

Respecto al objetivo de la ley, del artículo 1 de la Ley para la Maternidad Saludable, establece que "tiene como propósito la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la



maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.”²⁴

Los fines de la ley los establece el artículo dos describiendo los siguientes:

- a) Declarar la maternidad saludable, asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante entre otros.
- b) Fortalecer el programa de salud reproductiva y la unidad de atención de salud de los pueblos indígenas, interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xinca y garífuna.
- c) Promover un sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación que permita medir los avances y desafíos para cumplir con el objetivo de la ley.
- d) Garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando

²⁴ Decreto Número 32-2010, Ley para la Maternidad Saludable Pag.5

la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas y contribuyendo al mejoramiento de los servicios de salud para una atención integral en la adolescente, entre otras.

- e) Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materna-neonatal, que permita medir el avance en impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo y monitorear, evaluar y re direccionar las acciones desarrolladas en el mismo, a través de los centros de salud y centro de educación que trabajan en conjunto o coordinadamente para que sea efectiva la implementación del mencionado sistema.
- f) Promover el involucramiento de los consejos de desarrollo urbano y rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas para prevenir y reducir la mortalidad materna-neonatal.

Los principios rectores de la Ley de Maternidad Saludable, están fundamentados en el artículo cuatro en marcando la operatividad de la normativa en lo siguiente:

- a) 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.
- b) 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.

- c) 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.
- d) Respeto a la interculturalidad: los servicios de salud materno-neonatal deberán presentarse garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades, asciendo uso de los medios de comunicación, centros de educación para dar a conocer la importancia al derecho de las adolescentes.
- e) Sostenibilidad: el estado debe asignar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de los programas en materia de salud materno-neonatal que reduzca los riesgos y aseguren la vida de mujeres, adolescentes y naonatos.

El decreto número 32-2010 Del Congreso de la República de Guatemala en su artículo 3 determinó un número de instituciones responsables, para la aplicación y cumplimiento de la presente ley siendo los siguientes:

- a) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b) Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud, la promoción y la divulgación de dicha ley, que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la Republica de Guatemala para una atención integral.

c) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Además, de las instituciones anteriormente mencionadas, la Ley de Maternidad Saludable en sus artículos 22,23 dio vida jurídica a una comisión multisectorial para la maternidad saludables creada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presidida por el Ministerio de Salud o su Viceministro Técnico, esta comisión tiene las siguientes funciones;

- a) Realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.
- b) Vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley, así como el análisis del impacto en reducción de la muerte materna.
- c) Garantizar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo, la actualización de las evidencias científicas y su aplicación en Guatemala.

Los integrantes de la comisión multisectorial para la maternidad saludable, son los representantes de:

- a) Vice Ministro de Hospitales.
- b) Sistema de Atención en Salud -, SIAS-.



c) Programa Nacional de Salud Reproductiva.

d) Centro Nacional de Epidemiología.

e) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social- IGSS-.

f) Comisión de Salud del Congreso de la Republica.

g) Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia –SEGEPLAN-.

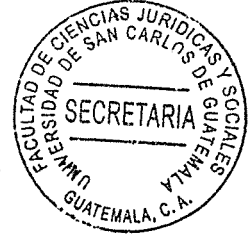
h) Asociación Guatemalteca de Mujeres Medica.

i) Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala.

Adicionalmente, como observadores, participarán las agencias de cooperación internacional interesadas en el tema y el Observatorio en Salud Reproductiva-Osar, qué realizará las funciones de vigilancia y monitoreo a la implementación de esta ley. Otras instituciones que velan por la implementación Y cumplimiento de la Ley para la Maternidad Saludable son las siguientes:

a) Congreso de la República de Guatemala.

b) Facultad de Ciencias Médicas y de la salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala.



c) Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Gálvez.

d) Instituto Universitario de la Mujer de la Usac, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres.

e) Colegio de Médicos y Cirujanos

f) Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas

g) Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsa la formación de un Observatorio en Salud Reproductiva.

Estas instituciones y cooperación interinstitucionales, lo hacen a través de un observatorio como foro permanente para poder describir los avances en la implementación de la Ley; otras entidades que apoyan son:

a) Embajada de Suecia a través de Pasmo Consorcio y Ixoquib.

b) Proyecto Hep plus Usaid, Farmamundi, Path.

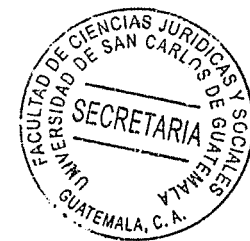
Los elementos que facilitaron el diálogo para la aprobación de la Ley del Marco legal internacional y nacional, ya que Guatemala es un Estado firme de tratos y convenciones en materia de Derechos Humanos, tiene un compromiso internacional para el desarrollo



de la Ley de Maternidad Saludable. Entre los tratados internacionales relacionados a la mortalidad materna, donde el país es parte son:

- a) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
- b) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo y sus conferencias de revisión y la declaración del milenio con sus objetivos de desarrollo, en particular, los objetivos relativos al mejoramiento de la Salud Materna.
- c) Promoción e igualdad de hombres y mujeres y el empoderamiento de la mujer y la reducción de la mortalidad infantil y neonatal.

Es importante mencionar que el incumplimiento a la ley de Maternidad Saludable, provoca la persecución penal, ya que dentro del Código Penal se estableció un tipo penal y además existen leyes especiales sobre la materia, para responsabilizar a los funcionarios y personal del servicio de salud que resulten culpables de no haber atendido a las mujeres en estado de gestación; así mismo, existe penalización a los convivientes que se oponga a que su mujer no tenga acceso a los protocolos de salud establecidos para el efecto, impactando conductas prácticas y culturales que afecten el cuidado debido de una mujer embarazada.



CAPÍTULO IV

4. Implicaciones de la ley para la maternidad saludable en la educación sexual para niñas indígenas que cursan el nivel primario dentro de la República de Guatemala

El nivel bajo de la educación en Guatemala es especialmente verificado en mujeres, principalmente en las que están en pobreza y las mujeres indígenas, esto ha provocado que el país sea uno de los que no ha alcanzado el segundo objetivo del Milenio que es cumplir con la educación primaria universal, dentro de las comunidades indígenas, los padres de las niñas consideran que la educación no es una buena inversión, ya que las mujeres se dedican a unirse en pareja, tener hijos y ser amas de casa.

Lo anterior, implica que exista una alta tasa de maternidad adolescente e incluso maternidad en niñas de 10 años en adelante, en particular entre las jóvenes indígenas se plantean como razones de la maternidad temprana, las normas culturales donde se desenvuelven, principalmente por ser un grupo étnico con idioma y costumbres distintas milenarias en comparación con el resto de la población, siendo una sociedad paralela a la que ofrece el Estado.

La pobreza también influye, la falta de educación, la barrera lingüística, además no tiene expectativas para ser parte de los grupos económicos activos en los empleos del sistema, por lo tanto, tienen un arraigo por razón de su género que las obliga a ser madres desde la niñez y adolescencia. Este capítulo abordará las consecuencias y participación de la implementación de la ley mencionada, para determinar hasta dónde ha sido efectiva.

4.1. Situación de la maternidad infantil y de adolescentes en la República de Guatemala

La situación de los embarazos tempranos en Guatemala, es considerado uno de los países con alto riesgo de reproducción entre adolescentes, ubicado entre los 17 países a nivel mundial y el tercero a nivel Latinoamericano, entre las edades de 15 a 19 años. "... 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 años.

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 años. Las uniones tempranas siguen siendo una problemática en estas edades ya que el 30% de las adolescentes menores de 13 años tuvo sus primeras relaciones sexuales con familiares."²⁵

Respecto a los nacimientos pueden llegar a 98.000, este dato proviene principalmente en la fecundidad de adolescentes en áreas rurales y con menor nivel educativo; sin embargo, "... en los adolescentes de 15 a 19 años el nivel de escolaridad representa 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%. El embarazo en edades de 10 a 19 años representa el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de

²⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala*. Pág. 16



un 42.7% de partos atendidos en los hospitales. Según 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."²⁶

Estos datos son preocupantes por la edad de embarazos que inicia en niñas de 10 años, casos que en otros países no se presenta hasta los 15 años, y quizá en un porcentaje mínimo con niñas de 13 años, esto implica un problema de salud pública, principalmente para la seguridad de la vida de la niña al momento de dar a luz, la salud del bebé ya que nació de un vientre materno muy débil; y también es importante la educación sexual en la primaria, antes de los 9 años en la sociedad guatemalteca impartido en las escuelas para que las niñas y niños conozcan los riesgos que puede ocasionar un embarazo temprano en las infantas .

Por otro lado, también existe una diferencia de embarazos entre adolescentes indígenas y ladinas. "... Las cifras muestran desigualdades en adolescentes y jóvenes indígenas (11%), respecto de las mestizas (17%). Existe un 25.6% de las 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 bajas 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."²⁷

Respecto al lugar donde habitan si se encuentra en el área rural o urbana, en la ciudad o la provincia, no existen cifras separadas, sin embargo: se "...en todas las edades

²⁶ *Ibíd.* Pág. 16

²⁷ *Ibíd.* Pág. 16

reproductivas el acceso o 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."²⁸

Las bajas en los embarazos en adolescentes y niñas en Guatemala, en comparación con otros países del mundo y América Latina y el Caribe, muestran que solo fue en el año 2000, donde se presentó una disminución. A la fecha y según datos más actuales, la fecundidad temprana en Guatemala, se verifica a partir de los 10 años de edad en una niña indígena y no indígena es afectada por su situación cultural, al ser parte de una comunidad indígena y que también se encuentra en zonas rurales donde la falta de educación y acceso a la salud reproductiva o control de natalidad es muy difícil que llegue.

Datos estadísticos comparativos respecto a América Latina y Guatemala, considera que "...cada año, 114 de cada 1000 mujeres guatemaltecas entre 15 y 19 años dan a luz. Aunque esta representa un ligero descenso de la tasa de 126 por cada mil registrada en 1995, sigue siendo la tercera más alta de América Central, después de Honduras se (137) y de Nicaragua (119). La tasa de Guatemala excede las de El Salvador (104), Belice (95), Panamá (89) y Costa Rica (78). Como es el caso en muchos otros países, en Guatemala la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las adolescentes urbanas (133 por mil versus 85 por mil).

²⁸ *Ibíd.* Pág. 16



Además, la fecundidad adolescente disminuyó a un ritmo más lento que la fecundidad general: la tasa de fecundidad adolescente bajó en solo un 10% de 1995 a 2002, mientras que la tasa entre todas las mujeres en edad reproductiva descendió en un 20%."²⁹

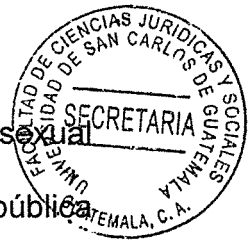
Por otro lado, uno de los principales problemas en Guatemala, en la maternidad de niñas de 10 años es la mortalidad, ya que muchas de ellas mueren en el parto, se encuentran entre 19.9%, según datos del año 2010, se asocia principalmente a la pubertad y la aparición de la primera menstruación, que implica un embarazo en niñas de 10 años en las primeras etapas de su menstruación, siendo el momento en que son preñadas y este inicio del cambio hormonal es el que las afecta y produce serios problemas de salud llegando a producirles la muerte.

Respecto a lo anterior "...El riesgo de morir en el primer año de vida es mayor para hijas o hijos de madres adolescentes y mayores de 40 años. De cada mil hijas o hijos de madres de 15 a 19 años, 34 morirán antes de cumplir el año, si se consideran los datos de los 5 años precedentes. A su vez, el mayor riesgo de muerte infantil de 1 a 4 años corresponde a hijas o hijos de madres adolescentes (16 por mil). La mortalidad infantil es mayor en áreas rurales y con un intervalo de nacimiento menor a dos años."³⁰

La mortalidad materna en Guatemala es uno de los aspectos más sensibles de embarazos precoces, en virtud de que los embarazos producen hemorragias y la presión arterial son las causas más frecuentes de las muertes, durante el embarazo o después del parto.

²⁹ Guttmacher Institute, Op. Cit. Pág. 12

³⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Op. Cit. Pág. 16

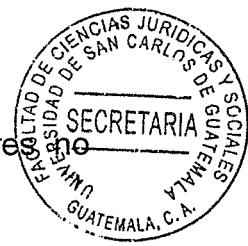


La solución al problema, según los estudios realizados es aumentar la educación sexual a través del uso de la anticoncepción, a través de los niveles uno y dos de salud pública sean los entes de promocionar de una manera extensa educación sexual. Sin embargo, considerar un delito embarazar mujeres menores de 15 años podría también ser una solución, declarado como abuso y violencia contra la mujer.

4.2. Situación de embarazos tempranos de niñas indígenas

Se considera a Guatemala como un país centroamericano subdesarrollado y con tasas altas de pobreza, también, se caracteriza por tener una población indígena excepcionalmente grande y de diversos grupos étnicos, constituyendo el 43% de la población total que hablan 22 idiomas; otros problemas sociales que enfrenta el país es la desigualdad social y económica, ya que el 56% durante el año 2000, subsistía por debajo de la línea de pobreza, esto debido a que no tienen recursos o ingresos para poder pagar los bienes y servicios necesarios, mostrándose esta situación como población vulnerable ya que tres cuartas partes viven en la pobreza y una cuarta parte en la pobreza extrema, manteniéndose rezagados en indicadores de desarrollo socioeconómico, educación y salud.

El nivel educativo es bajo entre las comunidades indígenas, colectividades vulnerables y marginadas que tienen difícil acceso a los servicios de planificación familiar, esto también afecta la salud reproductiva ya que se presentan altas tasas de fecundidad y faltas de cuidado del mismo, por la ignorancia dentro de la población, se considera que lograr la educación primaria universal entre mujeres guatemaltecas indígenas es difícil, haciendo



una gran diferencia entre la educación por grupos étnicos ya que las mujeres indígenas tienen mayores años de escolaridad, siendo el 51%.

En cuanto a las mujeres indígenas el 11%, una de las razones por las cuales las comunidades indígenas no optan por la educación, es porque esta es impartida en español, falta de infraestructura y accesibilidad en áreas rurales, esto reduce la motivación de los padres para enviarlas a estudiar optando por adiestrarlas para ser amas de casa.

Los factores descritos influyen a que exista una maternidad temprana durante la adolescencia, convirtiéndose en algo común, mostrándose un gran porcentaje de mujeres indígenas embarazadas antes de los 20, siendo el 56% y sin educación aumenta al 68%.; asimismo, su control prenatal es precario, no cuenta con asistencia médica profesional, provocando una deficiente salud reproductiva por las bajas tasas de atención prenatal y el parto provocando mortalidad materna, siendo casi el triple en comparación con las mujeres no indígenas.

El conocimiento de los diferentes métodos y el uso de los anticonceptivos también es un problema social que presenta nacimientos y embarazos no planeado y esto "aumenta entre las adolescentes rurales, las de menor educación y las oriundas, las mujeres sin escolaridad y las indígenas (60% y 70%, respectivamente). Ya que son las personas que desconocen de la información de prevención de embarazos a temprana edad debido al poco interés de las autoridades encargadas de dar a conocer los diferentes métodos y su libre acceso a través de la demanda en los Centros y Puestos de Salud.



Las carencias de conocimientos básicos sobre anticonceptivos modernos ponen en peligro la salud de las adolescentes guatemaltecas, ya que aumenta su riesgo tanto de embarazos no planeados como de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. En efecto, la calidad y la cobertura de la educación sexual son lamentablemente inadecuadas: solo una de cada cuatro mujeres guatemaltecas entre 15 y 24 años ha recibido alguna instrucción sobre anticoncepción por medio de charlas o cursos; además, menos de tres de cada 10 han aprendido algo sobre unos siete temas de salud reproductiva incluyendo la menstruación y el Vih/Sida.³¹

A pesar de que el problema no pertenece solamente a una planificación adecuada de los embarazos, existen otros factores que afectan a las niñas y adolescentes indígenas que quedan embarazadas y es la pobreza, falta de centro de salud; aunado a ella el lugar donde habitan es poco accesible a la llegada de personal médico especializado; asimismo, las costumbres y tradiciones que imperan principalmente la figura de la comadrona, es aceptada y preferida por las niñas y adolescentes embarazadas, en virtud de que existe desconfianza por el sistema médico estatal donde impera la atención de hombres en el parto; esto provoca que no tenga una atención prenatal adecuada e integral y situación que se repite con el parto.

La falta de atención prenatal y la búsqueda de la misma se ve reflejada en que cuatro de cada diez niñas y adolescentes indígenas, principalmente con menor escolaridad no acuden a citas médicas para controlar el estado de su embarazo, por lo que existe pocas

³¹ Guttmacher Institute, Op. Cit. Pág. 12



posibilidades para que atiendan su parto por profesionales médicos, dando a luz en su casa donde ocurre el 54% de las muertes maternas.

4.3. Medidas legales implementadas por el Estado de Guatemala

Guatemala ha ratificado su compromiso en diversos instrumentos legales nacionales e internacionales dirigidos a la reducción de embarazos precoces en adolescentes guatemaltecas comprendidas en las edades de 15 a 19 años y por ende la reducción de la mortalidad materna y neonatal; este amplio marco legal y político que compromete y respalda el accionar en favor de la salud sexual y reproductiva. Algunas de las principales bases legales para el presente Plan Nacional para la Reducción de Muertes Maternas y Neonatal 2015-2020 son los siguientes:

- a) El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y que el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes; desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el mayor bienestar físico, mental y social. Al respecto la Constitución Política de la República de Guatemala, que establecen sus artículos 93, 94 y 95 los siguientes: Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

En igual sentido la Corte de Constitucionalidad Gaceta Número 28, expedientes acumulados No. 355-92 y 359-92: "...Con gran amplitud la Constitución reconoce el



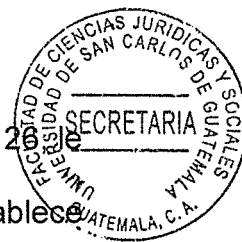
derecho a la salud y a la protección de la salud, por el que todo ser humano ^{queda} disfrutar de un equilibrio biológico y social que constituya un estado de bienestar ^{en} relación con el medio que lo rodea; implica el poder tener acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o la restitución del bienestar físico, mental y social. Este derecho, como otros reconocidos en el texto, pertenece a todos los habitantes, a los que se garantiza la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos."³²

"Constituye la prerrogativa de las personas de disfrutar de oportunidades y facilidades para lograr su bienestar físico, mental y social; y corresponde al Estado la responsabilidad de garantizar su pleno ejercicio con las modalidades propias de cada país, lo que implica que el Estado debe tomar medidas adecuadas para la protección de la salud individual y colectiva y que se pongan al alcance de todos los servicios, necesarios para satisfacer las necesidades básicas. Implica también, que se adopten las providencias adecuadas para que los habitantes puedan ejercer este derecho y colaborar."³³

La Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. La salud bien pública. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

³² <https://www.globalhealthrights.org/>, (Consultado el 11 de julio de 2021)

³³ Ibid



- b) Ley de Desarrollo Social, Decreto número 42 - 2001, en su sección 111, artículo 20 establece la creación al Programa Nacional de Salud Reproductiva y en el inciso 1) establece que el Programa Nacional de Salud Reproductiva, tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna infantil, haciendo accesible los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres.
- b) Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto número 87 - 2005 del Congreso de la República de Guatemala; tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas (niñas y adolescentes), y provisión de métodos de planificación familiar (abastecer los servicios de salud), de una manera equitativa y social , Reglamento, Acuerdo Gubernativo 279 – 2009.
- c) Ley para la Maternidad Saludable Decreto 32-2010 y su Reglamento, Acuerdo Gubernativo 65 - 2012. Que tiene como objeto el crear el marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información veraz y completa y a servicios de calidad, antes y durante el embarazo, parto y posparto, para la prevención y eventual erradicación progresiva de la mortalidad materno neonatal; y uno de los fines de esta ley es: declarar la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para

reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerable.

- e) Plan de Desarrollo Katún **Nuestra Guatemala 2032**, constituye la política nacional de desarrollo a largo plazo que articula las políticas, planes, programas, proyectos, inversiones; es decir, el ciclo de gestión del desarrollo. En su parte correspondiente al eje de Bienestar para la Gente, establece la meta de reducir la tasa de mortalidad materna en cinco puntos porcentuales anuales, iniciando en 2015. También garantiza el derecho a la salud y a la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva por medio de acciones del sistema de salud que protegen la maternidad y brindan servicios de calidad durante el embarazo, parto y posparto.

4.4. Deficiencia de la Ley para la Maternidad Saludable

El problema consiste en las consecuencias de la maternidad infantil en la educación de las niñas indígenas dentro de la República de Guatemala; en virtud de que los registros del sistema de salud y de algunas organizaciones no gubernamentales muestran que en el país se producen partos en niñas a partir de los 10 años. Para que eso sea posible han debido quedar embarazadas a los nueve, cuando deben estudiar, jugar y desarrollarse en un ambiente seguro de amor y protección. Dentro del artículo 21 del reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable establece: que para la prevención de los embarazos en las niñas y las adolescentes es necesario que los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social y Educación, garanticen la educación integral en la sexualidad; sin embargo, el problema persiste en muchas comunidades de la nación olvidadas por las

instituciones que el gobierno ha creado para el cuidado de la educación integral de las adolescentes, pero principalmente la educación que nace del hogar.

La ley de Maternidad Saludable está dirigida a evitar en lo posible las muertes maternas, pero el embarazo temprano no es abordado, principalmente en niñas de comunidades indígenas, por lo que es necesario que se desarrolle con más detalle soluciones al problema para poder implementar un protocolo de atención médica especializada y promotores de salud que puedan llegar a todas las comunidades indígenas y generar conciencia del peligro de un embarazo en niñas y adolescentes.

4.5. Implementación de medidas para prevenir la maternidad temprana en niñas y adolescentes indígenas

El fenómeno de la maternidad de niñas y adolescentes guatemaltecas principalmente en la comunidad indígena persiste, se ha verificado que la falta de aplicación de la Ley para la Maternidad Saludable, es uno de los problemas, sin embargo, también la ley y el reglamento carece de protocolos para poder evitar embarazos tempranos, la magnitud real del problema tanto en tasas como en funcionalidad social, familiar y personal; las condiciones psicosociales en las que se realiza esta maternidad y las posibilidades de desarrollo del bebé hijo o hija de adolescentes.

A pesar de los esfuerzos estatales en la creación de instrumentos jurídicos para apoyar acciones que permitan una protección y seguridad en la salud de la maternidad, se ha olvidado la maternidad de niñas y adolescentes indígenas de áreas rurales, por la falta



de acceso en los lugares donde habitan, además de ser uno de los lugares más propensos a que ocurran dichos casos, en virtud de lo anterior y por tal motivo se hace necesario crear formas de acceso a estas comunidades para promover las siguientes directrices:

- a) crear una red de centros de orientación familiar que cuenta con asistencia sanitaria que puedan ser móviles y lleguen a cualquier punto de zonas rurales. En virtud de la situación demográfica del país, la accesibilidad en la información es más compleja.
- b) Creación y ampliación de programas donde se incluya a las comadronas, para que ellas puedan tener más conocimientos médicos para la atención adecuada del embarazo y el parto.
- c) Promover la sensibilidad en los centros de salud, así como al personal médico no indígena para que conozcan las necesidades de las comunidades indígenas y puedan tener una empatía con sus costumbres y tradiciones, respecto al trato en la atención de los embarazos.
- d) Proveer de anticonceptivos efectivos para poder crear un plan adecuado en el espaciamiento de nacimientos de los hijos, principalmente en niñas y adolescentes indígenas.
- e) El estado de Guatemala tiene que dar una mejor educación a las jóvenes sobre la importancia de la atención profesional prenatal y del parto de las mujeres.



- f) El Estado de Guatemala a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe asegurar la accesibilidad de atención profesional pre-natal y del parto en áreas rurales donde hay dificultad de accesibilidad promoviendo comportamientos culturalmente aceptados por las comunidades indígenas.
- g) Se debe hacer uso de medios de comunicación para poder realizar programas de educación sexual en comunidades indígenas.
- h) Promover mensajes de prevención e información sobre los nuevos servicios disponibles para adolescentes con el fin de captar especialmente aquellos jóvenes que han abandonado la escuela o no se han matriculado, a causa de un embarazo temprano

Lo anterior solo se logra con campañas en plazas y la información con visitas domiciliarias, esto puede dar participación al Instituto Nacional de Estadística, que a través del censo puede también aportar información al respecto, esto se logra a través de una cooperación interinstitucional.

- i) Otro factor que se reflejó en la investigación fue la falta de creación de programas en idiomas indígenas para la maternidad saludable y principalmente en la prevención de embarazos tempranos, siendo necesario promover campañas apropiadas en lenguas mayas dentro de comunidades inaccesibles para que llegue el conocimiento a la población de forma efectiva. Las consecuencias de la Maternidad Infantil en Guatemala, sigue siendo un problema no resuelto por el Estado, el territorio al ser



multicultural y plurilingüe, dividido en multitud de comunidades indígenas, no permite la implementación de la Ley para la Maternidad Saludable, principalmente en caso de menores de edad en áreas rurales pertenecientes a diversas etnias.

También se determinó que dicha Ley no dispone sobre los casos en embarazos tempranos de menores en comunidades indígenas siendo un vacío legal aún no superado.

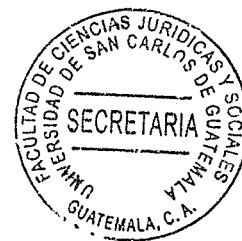


CONCLUSIÓN DISCURSIVA

Guatemala al ser un país subdesarrollado con bajos niveles de educación y con una diversidad cultural, provoca una serie de problemas económicos sociales, y uno de ellos es el embarazo en niñas de 10 años, que han abandonado o nunca han recibido educación primaria porque las costumbres de su comunidad las obliga a formar una familia rápidamente, la falta de atención médica y su temprana edad ocasionan un gran número de muertes maternas y una salud reproductiva deplorable.

La situación de los embarazos tempranos en Guatemala lo ha puesto como uno de los países con alto riesgo de reproducción entre adolescentes, ubicado entre los 17 países a nivel mundial y el tercero a nivel Latinoamericano. A pesar de los esfuerzos estatales en la creación de instrumentos jurídicos para apoyar acciones que permitan una protección y seguridad en la salud de la maternidad, se ha obviado la maternidad en niñas y adolescentes indígenas de áreas rurales.

Es importante crear una serie de medidas para la implementación correcta de la Ley para la Maternidad Saludable, orientada a una asistencia sanitaria que pueda ingresar en zonas rurales, programas que incluya la actividad de las comadronas, la sensibilidad e integración con el sector de salud estatal, planes adecuados de planificación familiar todo esto a través de los medios de comunicación, (prensa, radio, televisión y digitales), creados en los distintos dialectos para promover la educación sexual y evitar embarazos tempranos.



BIBLIOGRAFÍA

Azevedo, Joao pedro; Favara, Marta; Haddock, Sarah E.; Lopez-Calva, Luis F.; Mueller, Miriam; Perova, Elizaveta. **Embarazo Adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos**. Washington, OC. Ed. Word Bank, 2012.

CABANELLAS, Guillermo. **Diccionario de derecho usual**. 6t, 1 4ª ed.;Ed. Heliasta SRL, España, 1981

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, Tendencias, problemas y desafíos**. Santiago de Chile: Ed. CEPAL, 2007

División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, **Fondo de Población de las Naciones Unidas, Maternidad en la niñez Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes**. NeW York: Ed. UNFPA, 2013

Frenkel, Julia. **El embarazo adolescente en Argentina**. Argentina: Ed. CECE. 2019

Guttmacher Institute, **Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante**. Washington DC: Ed. GI, 2006

<https://definicion.de/embarazo-precoz/>, (Consultado el 2 de febrero de 2017)

<https://mibebeyyo.elmundo.es/embarazo/psicología/partos-menores-espana-4657>
(Consultado el 24 de enero del 2021)

<https://osarguatemala.org/>, (Consultado el 11 de junio de 2021)

<https://www.plannedparenthood.org/es>, (Consultado el 25 de enero de 2021)

<https://www.globalhealthrights.org/>, (Consultado el 11 de julio de 2021)



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala**. Guatemala: Ed. OMS, 2013

Organización Mundial de la Salud, **La prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos**. Ginebra, Suiza: Ed. OMS, 2012

Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. Washington D.C.: Ed. UNFPA, 2018

OSSORIO, MANUEL. **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales**. Argentina: Editorial Heliasta, S.R.L., año 1981

Palomar, Cristina, **Maternidad: Historia y Cultura**. Guadalajara, México: Ed. SCIELO, 2005

Legislación:

Gobierno de la República de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca-URNG-, Acuerdos de Paz, Guatemala, 1991 y 1996

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

Congreso de la República de Guatemala, Ley Para la Maternidad Saludable-Decreto Número 32-2010, Guatemala, 2010

Naciones Unidas, Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), Guatemala, 1959.

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

Naciones Unidas, Plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijin, 1995



Naciones Unidas, Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, Nueva York, 2015

Congreso de la República de Guatemala, Código de Salud, Decreto Número 90 - 97, Guatemala, 1997

Congreso de la República de Guatemala, Ley de Promoción Integral a la Mujer, Decreto Número 7-99, Guatemala, 1999

Congreso de la República de Guatemala, Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer, Decreto Número 22-2008, Guatemala, 2008

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

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

Presidencia de la República de Guatemala, Reglamento de ley para la Maternidad Saludable, Acuerdo Gubernativo 65 - 2012, Guatemala, 2012

Secretaría de Planificación y Programación, SEGEPLAN, Plan de Desarrollo katún "nuestra Guatemala 2032", Guatemala, 2015

Secretaría de Planificación y Programación, SEGEPLAN, política de Desarrollo Social y Población, Guatemala, 2002