

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

PLANEA | *Guatemala, 2018 - 2022*



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA
VICEPRESIDENCIA

Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en Guatemala, 2018 - 2022
PLANEA

Ciudad de Guatemala, diciembre del 2017.

Créditos

Jafeth Ernesto Cabrera Franco

Vicepresidente de la República de Guatemala

Alcides René Obregón Muñoz

Ministro de Desarrollo Social

Oscar Hugo López Rivas

Ministro de Educación

Carlos Enrique Soto Menegazzo

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Enrique Antonio Degenhart Asturias

Ministro de Gobernación

Ana Patricia Contreras Mejía

Secretaria de Bienestar Social de la Presidencia

Edgar Chin

Director General Consejo Nacional de la Juventud

Índice

Presentación.....	8
1. Introducción.....	9
2. Objetivos.....	10
2.1 Objetivo general.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. Antecedentes.....	11
4. Ámbito de aplicación.....	11
5. Situación del embarazo en adolescentes en Guatemala	12
6. Contexto y situación de salud de la adolescencia y juventud en Guatemala.....	18
7. Marco legal y político.....	27
8. Marco conceptual.....	31
9. Marco estratégico.....	42
9.1 Desarrollo de destrezas y habilidades para la vida.....	43
9.2 Servicios integrales y diferenciados de salud.....	43
9.3 Participación juvenil, ciudadana y multisectorial.....	45
9.4 Eje transversal de PLANEA.....	46
10. Marco de resultados.....	48
10.1 Resultado general.....	48
10.2 Indicadores de impacto.....	48
10.3 Implementación.....	48
11. Monitoreo y evaluación	54
11.1 Monitoreo.....	54
11.2 Evaluación.....	54
12. Difusión de la información.....	56
13. Presupuesto.....	57
14. Bibliografía.....	58
15. Anexo 1.....	60
16. Equipo técnico	61

Siglas y acrónimos

CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés)
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNB	Currículum Nacional Base
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo Urbano y Rural
COEPSIDA	Comité de Educadores de Prevención del Sida
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
DEMI	Defensoría de la Mujer Indígena
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENJU	Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala
EIS	Educación Integral en Sexualidad
ES	Educación en Sexualidad
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
GEJ	Gabinete Específico de la Juventud
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MCD	Ministerio de Cultura y Deportes
MEF	Mujeres en edad fértil
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINECO	Ministerio de Economía
MINEDUC	Ministerio de Educación

MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MINGOB	Ministerio de Gobernación
MINTRAB	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización no gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PLANEA	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes
PNJ	Política Nacional de Juventud 2012-2020
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RedLAC	Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos
RMM	Razón de mortalidad materna
RENAP	Registro Nacional de las Personas
SBS	Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNU	Sistema de Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UPCV	Unidad para la Prevención Comunitaria de la Violencia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WAS	Asociación Mundial de Salud Sexual (por sus siglas en inglés)

Presentación

Durante los últimos años se han incrementado los esfuerzos de cara a la reducción de los embarazos en adolescentes en Guatemala, los cuales son reconocidos como un problema de inequidad, de desigualdad y de género, que trascienden la dimensión de la salud pública. Esto debido a sus implicaciones en el desarrollo social, económico y político.

Por medio de esta propuesta, el plan incluye intervenciones a ser ejecutadas y apoyadas desde las diversas instancias de carácter público, incluso las instancias gubernamentales responsables de la coordinación en materia de juventud como CONJUVE y organismos de cooperación internacional. Se reconoce que el trabajo en conjunto contribuye a optimizar recursos, evitar la duplicación de esfuerzos y lograr un mayor impacto en término de resultados. Por ello, se establece una alianza que permitirá continuar impulsando el PLANEA en el país.

En el marco de esta alianza, se constituye la mesa técnica interinstitucional conformada por el MSPAS, MINEDUC, MINGOB, MIDES y la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, los cuales asumen el reto de coordinar estrategias dirigidas al desarrollo de intervenciones concertadas entre todas las instituciones involucradas para enfrentar

la problemática del embarazo en adolescentes. Asimismo, se invita a otras entidades del Estado, sociedad civil y de la comunidad internacional a sumarse a este esfuerzo.

La mesa técnica interinstitucional presenta PLANEA 2018–2022, con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos, como una respuesta integral, multisectorial y de participación social encaminada a la reducción del embarazo en adolescentes en el país. El plan será liderado por el MSPAS y CONJUVE como ente acompañante en el proceso.


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
Vicepresidente
República de Guatemala

1. Introducción

A nivel mundial, el 11% de los nacimientos proceden de madres adolescentes, de los cuales el 95% ocurre en países en desarrollo (OMS, 2012). La región de América Latina tiene la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes del mundo (75.67 por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años).

En Guatemala se ha reportado un registro de embarazo en mujeres menores de 20 años desde el 2009, que correspondía al 18%, y que presentó un incremento en el 2012 al ubicarse en 22%. Estas cifras, que para el 2016 continúan aún en un 18% (INE, 2016b), se sitúan en la media establecida de la región (18%).

Para algunas madres jóvenes, el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. Sin embargo, para muchas otras, no. Son múltiples los factores que contribuyen a esta situación: las adolescentes pueden encontrar presión para casarse y tener hijos temprano, las perspectivas educativas o de trabajo pueden ser limitadas, existe desconocimiento sobre cómo evitar un embarazo u obtener métodos anticonceptivos, limitadas capacidades para rehusar relaciones sexuales no deseadas, o la resistencia al sexo bajo coacción.

Adicionalmente, las adolescentes tienen menos posibilidades que una mujer adulta para acceder a cuidados calificados prenatales, de parto y postparto. En países de bajos y medianos ingresos se presentan más complicaciones durante el embarazo y el parto, que incluso llegan a producir la muerte.

El presente Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2018 - 2022 busca definir un modelo de intervención interinstitucional, que toma las recomendaciones internacionales y propone una forma de abordar algunas de ellas con el fin de formular una acción integrada para resolver esta problemática.

Entre las líneas de acción intersectorial destacan: asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, asegurar la prestación de los servicios de salud, garantizar procesos de formación y capacitación al profesorado, al personal de salud, y desde luego, fortalecer el liderazgo juvenil.

Los integrantes de la mesa interinstitucional invitan al resto de actores gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil y otras entidades civiles o religiosas a sumarse a este esfuerzo, que busca garantizar la salud y el bienestar de la población adolescente en el país.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Contribuir al desarrollo integral de niñas y adolescentes de Guatemala, mediante la reducción de embarazos en estas etapas de la vida, bajo un marco de cumplimiento de los derechos humanos.

2.2 Objetivos específicos

1. Reforzar la respuesta gubernamental e intersectorial para garantizar el desarrollo equitativo de las adolescentes, el acceso al derecho a la educación y su permanencia en la escuela.
2. Fortalecimiento de la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en las escuelas y comunidades, acorde a la edad y a estándares internacionales.
3. Fortalecer los servicios de salud para facilitar el acceso a la atención integral y diferenciada que incluye salud sexual reproductiva y el acceso a anticonceptivos basado en decisiones libres e informadas.
4. Promover la sólida participación de adolescentes y jóvenes, fortaleciendo sus capacidades de incidencia y auditoría social, desde un enfoque de construcción de ciudadanía plena.

3. Antecedentes

Durante el período 2013 – 2017 se implementó el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes, PLANEA 2013 – 2017, con intervenciones de los actores del Estado pero también con la actividad de la sociedad civil. Como respuesta de los actores del Estado, se puede mencionar algunos aportes:

- En el ámbito de la salud se han implementado servicios de promoción para la prevención y atención de la salud dirigida a adolescentes, con base a la normativa, con enfoque integral y diferenciado en la red de servicios de salud.

- Se tuvo una ampliación de la oferta con 368 espacios amigables, 6 clínicas de adolescentes e intervenciones de promoción de la salud en las instituciones educativas en el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional «Prevenir con Educación» con el Ministerio de Educación (MINEDUC).

Ello permitió el fortalecimiento de las estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad, promoción de la salud sexual y reproductiva, la cual incluye la prevención de embarazos en adolescentes, virus de

inmunodeficiencia humana, infecciones de transmisión sexual y violencia sexual.

- En lo concerniente al aspecto educativo, se realizaron acciones de promoción a través del Comité de Educadores de Prevención del Sida (COEPSIDA) y Educación Integral en Sexualidad para docentes.

- Enfocados en el eje de participación juvenil y ciudadanía plena, el Ministerio de Gobernación (MINGOB) ha desarrollado por medio de la Unidad de Prevención Comunitaria de la Violencia (UPCV), las Juntas de Participación Juvenil.

- Con respecto a proyectos de Servicio Cívico, se implementaron los siguientes: por parte de la Secretaría de Bienestar Social (SBS), «Protagonismo Juvenil en la Prevención de la Violencia y otras Problemáticas Sociales en la Áreas Vulnerables donde Residen»; por parte del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), «Jóvenes Protagonistas»; por parte del Ministerio de Cultura y Deportes, «Jóvenes en acción por un país en movimiento»; y, por el Consejo Nacional de Juventud (CONJUVE), «Joven Formador de Formadores».

4. Ámbito de aplicación

El presente Plan es de aplicación y alcance nacional, debido a que el embarazo en adolescentes constituye una barrera para el desarrollo integral de las y los adolescentes, lo que demanda una intervención multisectorial por diferentes instancias del Estado, con apoyo de la sociedad civil y organismos no gubernamentales.

5. Situación del embarazo en adolescentes en Guatemala

El embarazo en las adolescentes es una problemática de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud.

Según la Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI 2014-2015), una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha tenido hijos o ha estado embarazada. Del total de mujeres adolescentes que alguna vez ha estado embarazada (21%), el 16% son mujeres que ya han sido madres y el 5% están embarazadas actualmente (MSPAS, INE, & ICF, 2017) (ver tabla 1).



Tabla no.1: Embarazo y maternidad de las adolescentes según características generales: porcentaje de mujeres entre 15-19 años que han tenido un nacido vivo o que están embarazadas por primera vez; y porcentaje que ha empezado la maternidad, según características generales, Guatemala 2014-2015

Porcentaje de mujeres de 15-19 años quienes:				
Características	Han tenido un nacido vivo	Embarazadas con la primera hija o hijo	Porcentaje que ha empezado la maternidad	Número de mujeres
Edad				
15	3.2	2.6	5.8	1,218
16	8.2	2.8	11.0	1,240
17	14.3	5.5	19.8	1,188
18	24.1	5.8	29.9	1,097
19	34.5	6.1	40.6	1,051
Estado civil				
Nunca casada o unida	2.6	0.9	3.5	4,538
Casada	65.7	18.9	84.5	341
Unida	64.2	18.1	82.3	806
Divorciada, separada/ Viuda	74.3	7.9	82.1	107
Etnia por autoidentificación				
Indígena	16.8	4.4	21.2	2,780
No indígena	15.6	4.6	20.2	3,013
Etnia por concepto tradicional¹				
Indígena	16.8	4.9	21.7	2,441
No Indígena	15.7	4.2	19.8	3,349
Educación				
Sin educación	34.4	10.5	45.0	174
Primaria incompleta	27.6	6.2	33.8	1,211
Primaria completa	17.9	5.9	23.8	1,334
Secundaria	10.0	2.9	12.8	3,013
Superior	4.2	2.1	6.3	61
Quintil de riqueza				
Inferior	23.3	5.1	28.4	1,060
Segundo	20.3	6.4	26.7	1,231
Intermedio	16.8	4.9	21.7	1,210
Cuarto	11.9	3.3	15.2	1,233
Superior	8.6	2.5	11.1	1,059
Total²	16.2	4.5	20.7	5,793



¹ El concepto tradicional de etnia por observación se utiliza únicamente para fines estadísticos de comparabilidad con las anteriores ENSMI.

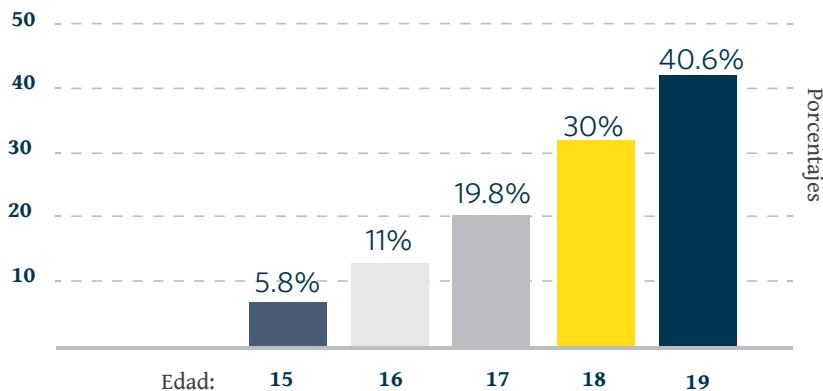
² El total incluye dos casos de mujeres sin ponderar con información desconocida en etnia por concepto tradicional.

Fuente: ENSMI 2014-2015. Pág. 124

Según la ENSMI 2014-2015, el 5% de las adolescentes de 15 años ya había iniciado la maternidad; para las adolescentes de 19 años dicha cifra se incrementa a 40.6% (ver gráfica 1).

Gráfica 1:
Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han empezado la maternidad.

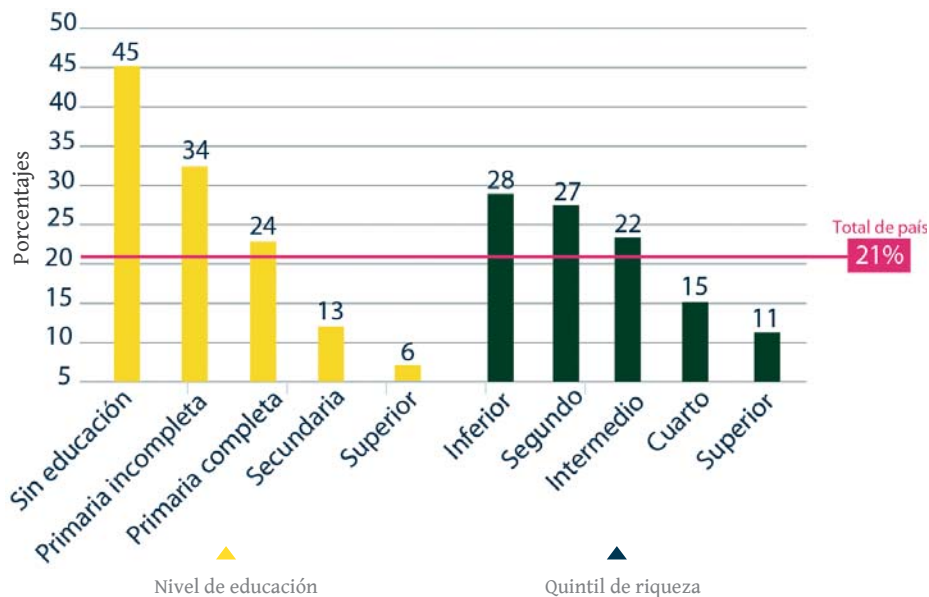
Fuente:
ENSMI 2014-2015



La maternidad en la adolescencia también se asocia directamente con el nivel de pobreza y la educación (ver gráfica 2). El riesgo que tiene una adolescente de quedar embarazada es siete veces superior en las mujeres sin educación, en comparación con aquellas que tienen educación superior; y de tres veces superior cuando se relacionan las mujeres del quintil inferior de riqueza con las del quintil superior.

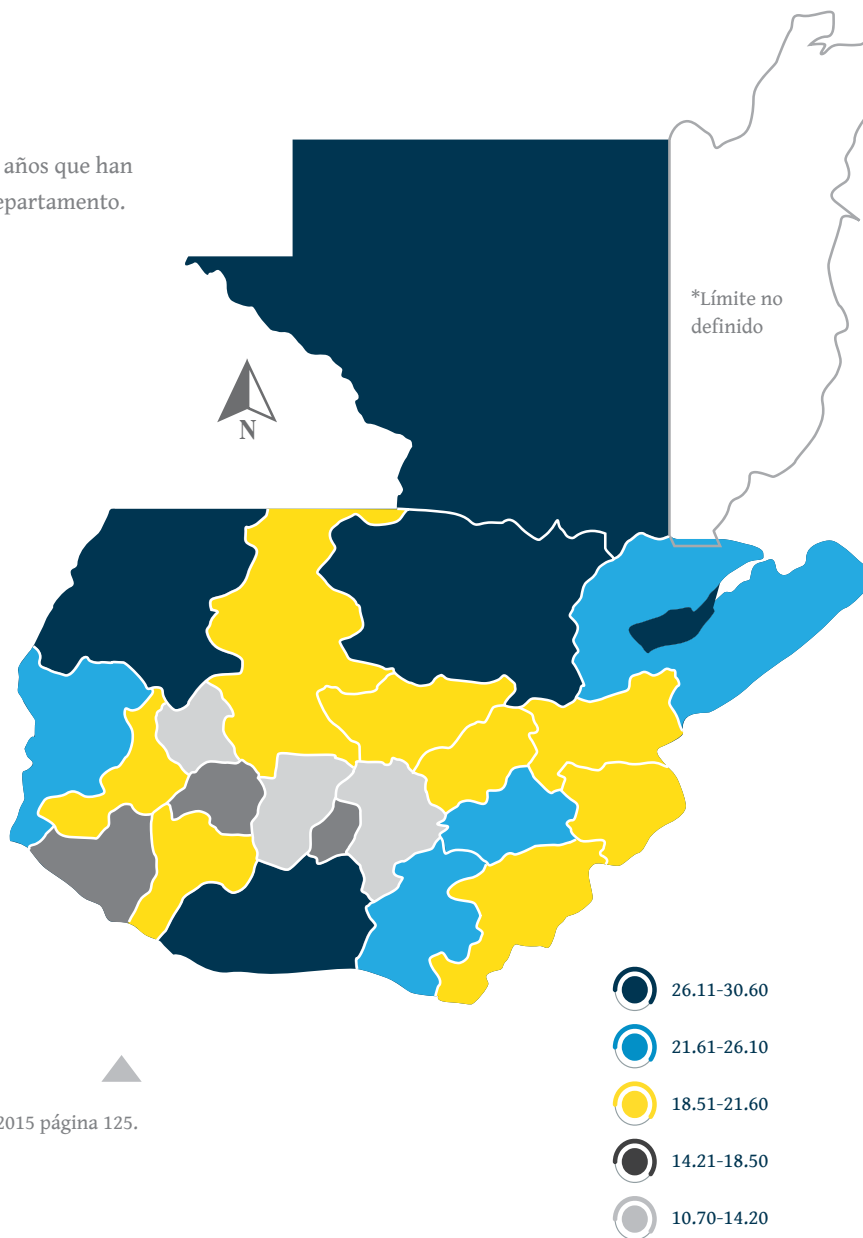
Gráfica 2:
Porcentaje de mujeres de 15-19 años que han empezado la maternidad, según nivel de educación y quintil de riqueza.

Fuente:
ENSMI 2014-2015 página 123



Respecto al área geográfica, en tanto el 16% de población adolescente ha iniciado la maternidad en el área urbana, el 24% lo ha hecho en el área rural. Por departamento, las diferencias son notables. En los extremos, se sitúan el departamento de Petén (31% de adolescentes alguna vez embarazadas) y Guatemala (11%). En seis departamentos, una de cada cuatro adolescentes ha estado embarazada alguna vez, bien sea madre o que esté actualmente embarazada. Estos son: Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos (véase figura 1).

Figura 1:
Porcentaje de mujeres de 15-19 años que han empezado la maternidad por departamento.

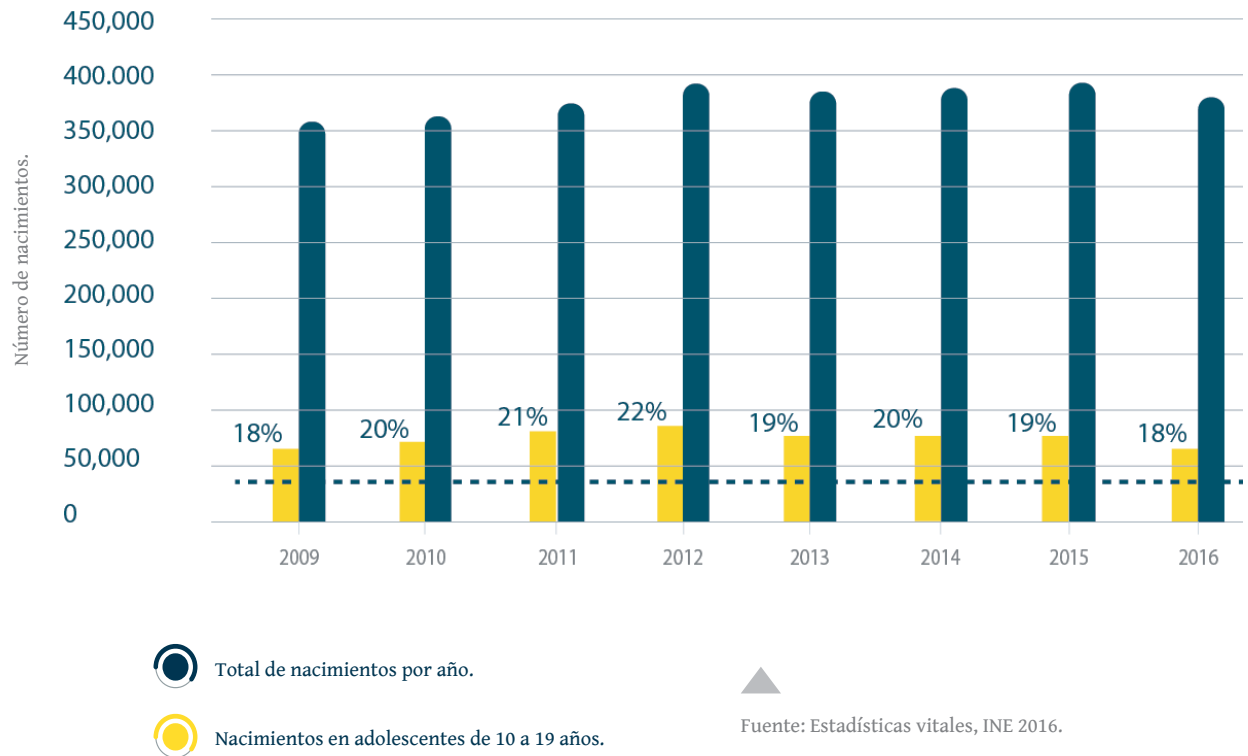


Fuente: ENSMI 2014-2015 página 125.

Históricamente, en el país los nacimientos en madres adolescentes entre 10 y 19 años han tenido un incremento desde el año 2009, con un punto máximo en el 2012, con un 22% del total de nacimientos. En la actualidad, el país reporta un 18% de nacimientos en madres adolescentes para 2016 (ver gráfica 3) (INE, 2016b).

Gráfica 3:

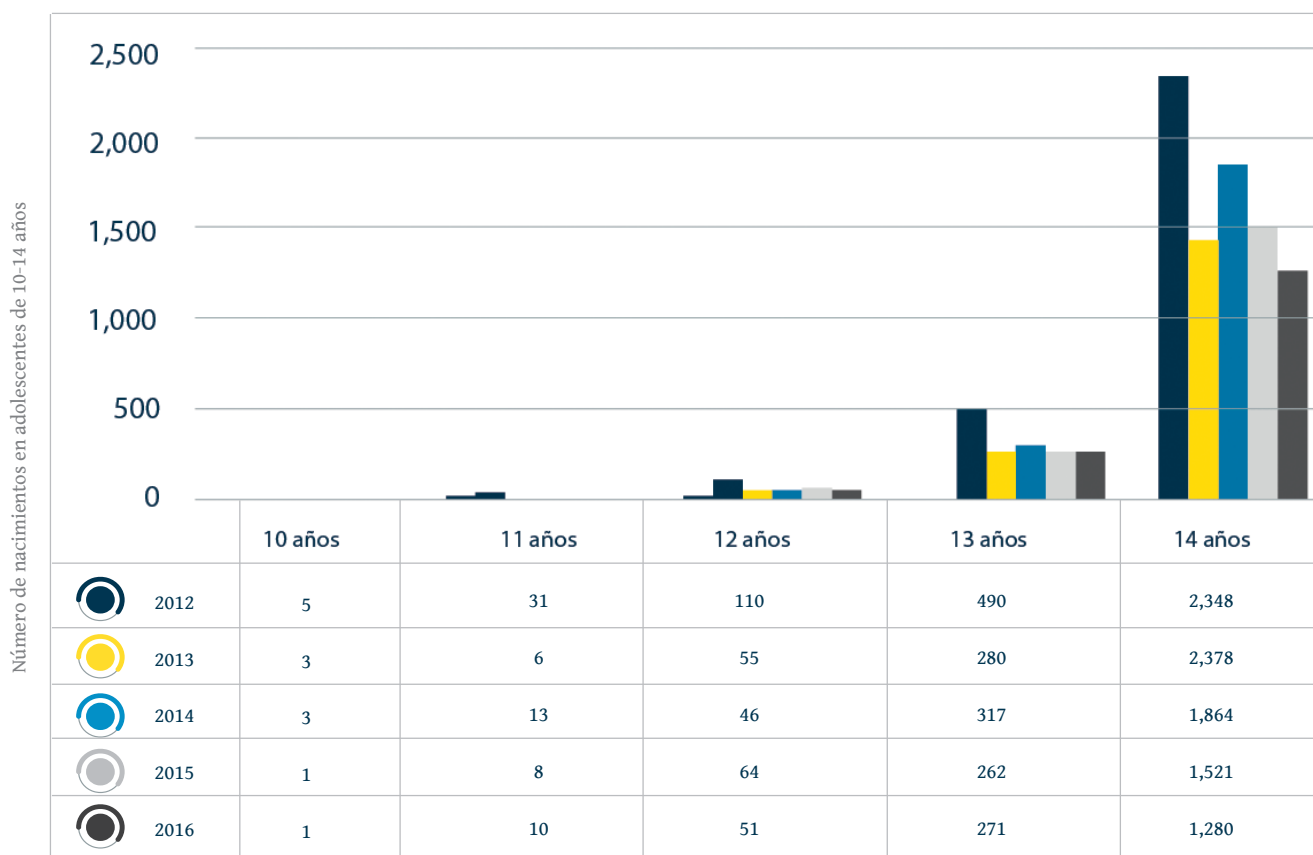
Prevalencia de nacimientos en adolescentes, 2009-2016



5.1 Embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años

Para el año 2015, se registraron 1,856 nacimientos en madres entre 10 y 14 años (INE, 2016). Todos los casos de embarazos en menores de 14 años en Guatemala, representan casos de violencia sexual. El número total de nacimientos en madres entre 10 y 14 años reportado en 2016 es de 1.613 casos, lo que evidencia que la situación aún sigue siendo preocupante. (ver gráfica 4).

Gráfica 4: Total de nacimientos en adolescentes de 10-14 años, Gutemala, período 2012-2016



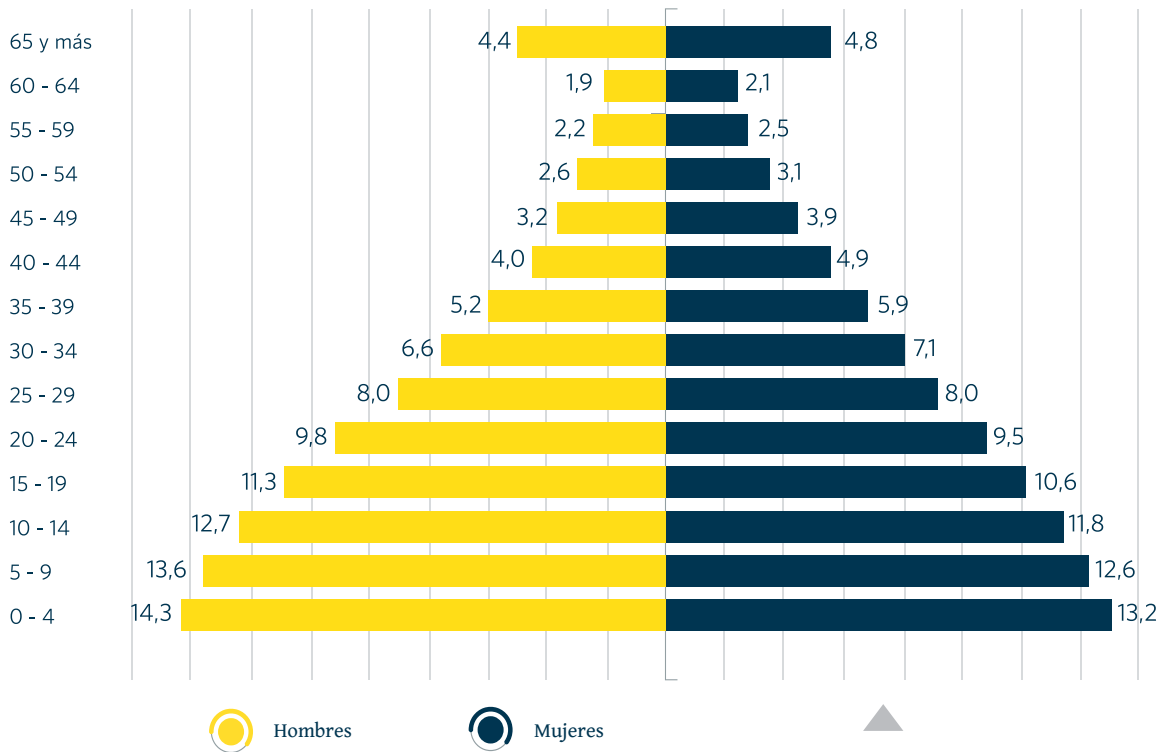
Fuente: Estadísticas vitales, INE 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

6. Contexto y situación de la salud de la adolescencia y juventud en Guatemala

Guatemala es un país con una población joven. Con base en las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística, para el 2016 Guatemala contaba con una población total de 16,229,896 habitantes, de los cuales el 43% estaba constituido por personas entre 10 y 29 años de edad. El 24% corresponde a población adolescente entre 10 y 19 años de edad y el 19% a jóvenes entre 20 y 29 años (ver gráfica 5).

Gráfica 5:

República de Guatemala: Pirámide poblacional 2016. Distribución proporcional.



Fuente: Proyecciones INE 2016

Según los datos de la primera Encuesta Nacional de Juventud (ENJU 2011), basados en el censo del 2002, el 49.5% de la población joven entre 15 y 29 años vive en el área rural y el 50.5% en el área urbana. Con mayor desagregación, el 18.3% de esta población se localiza en el área urbana metropolitana, el 31.7% en el resto urbano, y el 50% en el área rural. En cuanto a autoidentificación étnica, el 31.3% se identificó como indígena y el 63.8% como no indígena.

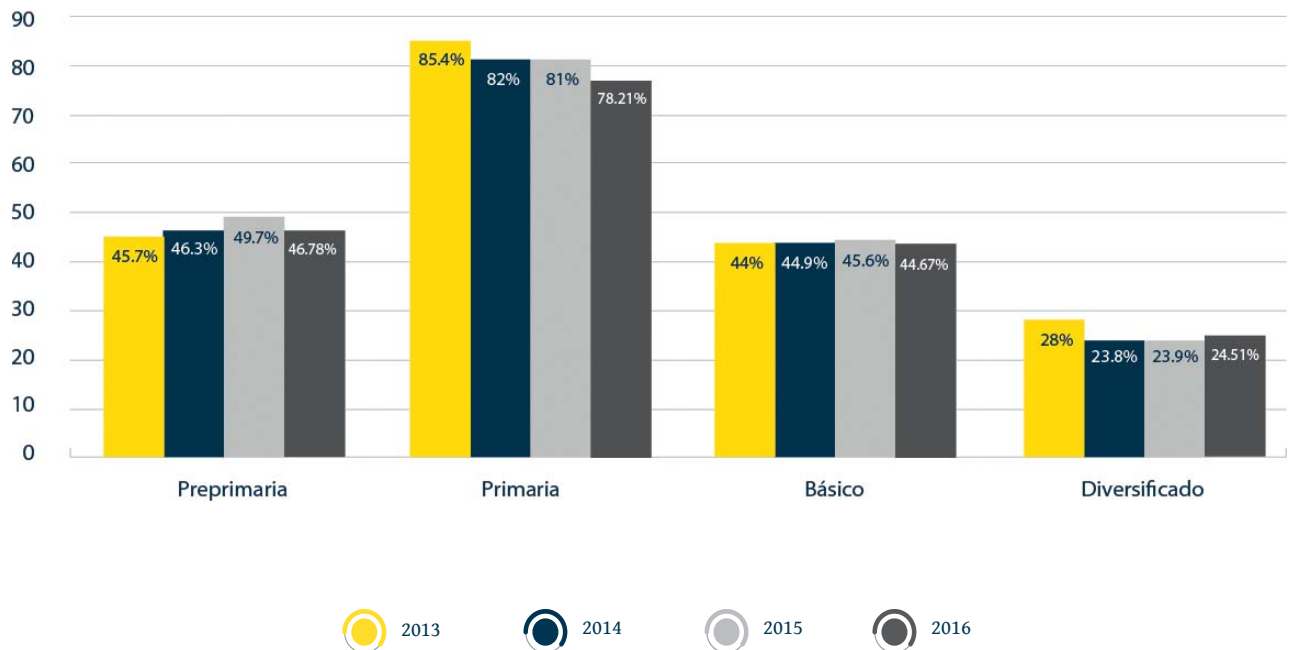
6.1 Educación

Si bien el país ha hecho esfuerzos por aumentar el acceso a la educación primaria, los avances en el acceso a los niveles secundario y diversificado son menores.

Según lo reportado por el Ministerio de Educación para el año 2016, el porcentaje de estudiantes en edad escolar, según nivel educativo, fue: preprimaria 47%, primaria 78%, básico 45% y diversificado 25% (MINEDUC, 2016). Estos porcentajes han presentado un descenso significativo en los últimos cuatro años como se muestra en la gráfica 6.

Gráfica 6:

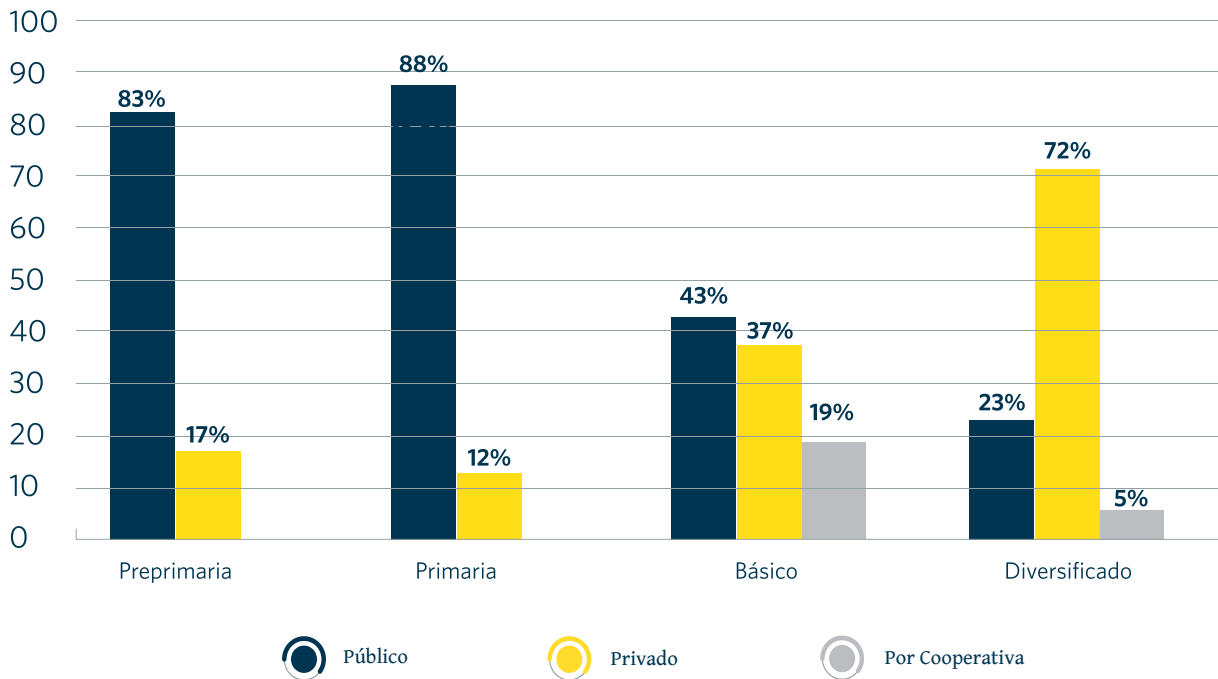
Tasa neta de escolaridad por nivel educativo, 2013-2016



Fuente: Portal de estadísticas educativas del MINEDUC
estadistica.mineduc.gob.gt

De todos los estudiantes inscritos en 2016, el 88% corresponde al sector público del ciclo primario y el 43% al ciclo básico. Este dato se contrasta con el nivel diversificado, en el cual un 72% está inscrito en el sector privado y un 5% en el sector por cooperativa.

Gráfica 7: Alumnos inscritos por sector educativo 2016



Fuente: Portal de estadísticas educativas del MINEDUC estadistica.mineduc.gob.gt

En este tema existen importantes desafíos por abordar para mejorar las condiciones y las oportunidades de desarrollo para la población adolescente y joven del país. La ENJU 2011 indica que el 6% de la población entre 15-29 años no tiene ningún nivel de estudios; el 33.6% ha completado el nivel primario; mientras que el 31.5% tiene estudios de nivel medio y el 23.4% de estudios en el nivel diversificado. Únicamente el 5.2% ha cursado estudios universitarios. Las brechas en general son significativas, no obstante es necesario hacer evidente que, a excepción del nivel primario, las mujeres son quienes tienen menos acceso a la educación.

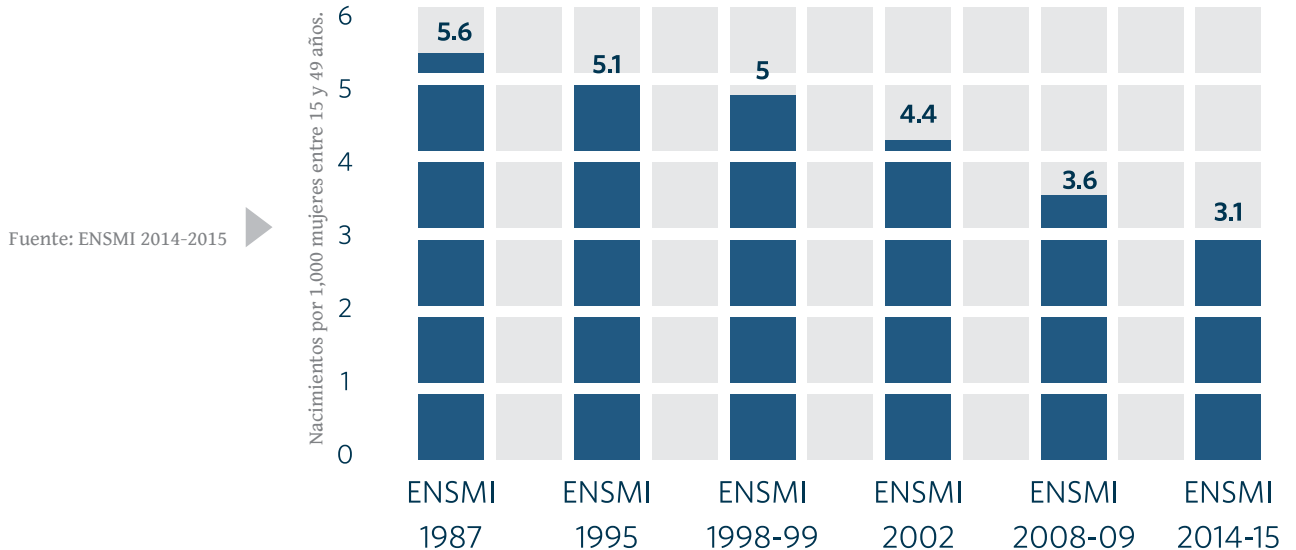
Según datos presentados en el Informe de Desarrollo Humano 2015/2016, con base en datos de la ENCOVI 2014, la población entre 15 y 24 años presenta un promedio de 7.2 años de escolaridad (INE, 2016a). Las mujeres y la población indígena son las que se encuentran en peores condiciones. La tasa de alfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años aumentó a 93.3% en el 2014. La exclusión del sistema educativo afecta a la población más pobre. La tasa neta de escolaridad para el 2016, según datos del Anuario Estadístico del MINEDUC, fue de 44.67% para el nivel básico y 24.51% para el nivel diversificado, lo que contrasta con el 78.21% registrado en el nivel primario.

6.2 Salud sexual y reproductiva

De acuerdo con los datos de la ENSMI 2014-2015, Guatemala se encuentra entre los países con mayor tasa global de fecundidad con 3.1 hijos por mujer (ver gráfica 8), en comparación con el resto de América Latina (2.38 hijos por mujer) (CEPAL, UNICEF, & TACRO, 2007).

Gráfica 8:

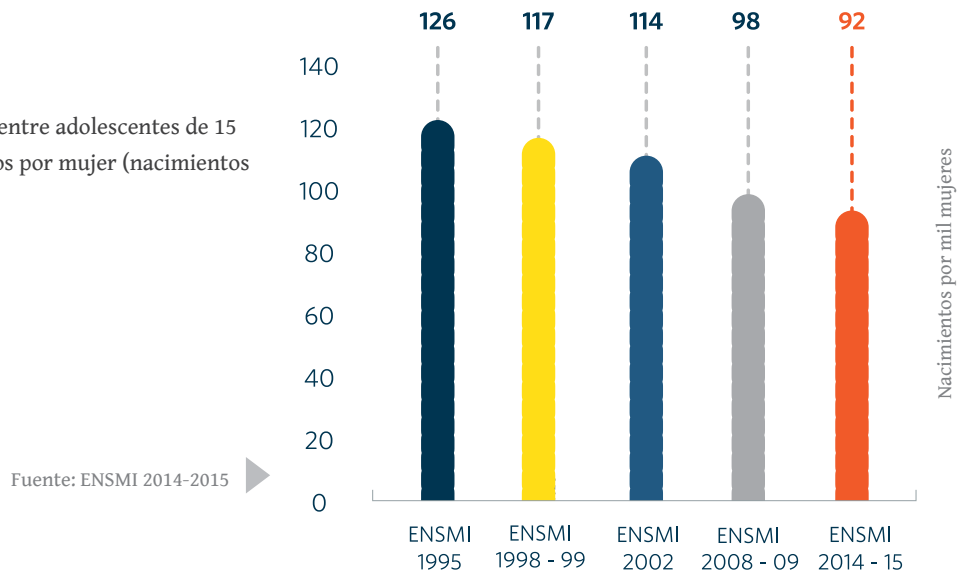
Tendencia de la tasa global de fecundidad. Hijas e hijos por mujer (nacimientos por 1,000 mujeres entre 15 y 49 años).



La tasa de fecundidad adolescente ha venido disminuyendo de 139 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 1987 (Monzón et al., 2015), hasta 92 en 2014 (MSPAS et al., 2017). Sin embargo, se mantiene por arriba del promedio de la región (76). El diferencial urbano/rural persiste con 65 nacimientos por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años en el área urbana, contra casi el doble (112 nacimientos por 1,000 mujeres) en el área rural (ver gráfica 9).

Gráfica 9:

Tasa de fecundidad entre adolescentes de 15 a 19 años hijas e hijos por mujer (nacimientos por 1,000 mujeres).



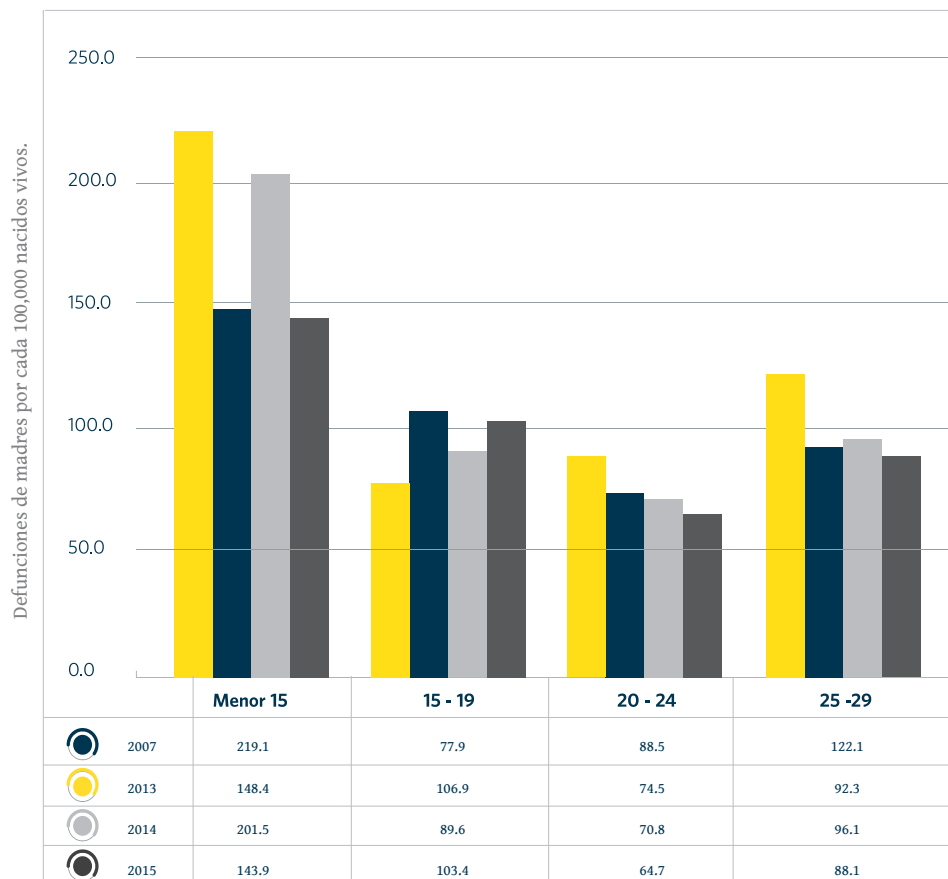
La alta tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes contribuye al bajo porcentaje de población en edad escolar de secundaria inscrita en planteles educativos (41% en secundaria frente a 88% en primaria) (Monzón & al., 2015).

Según la ENSMI 2014-2015, la edad mediana de la primera relación sexual es de 19.8 años en mujeres y de 22.3 años en hombres. La edad mediana de la primera unión en mujeres es de 18.7 años, comparado con 17.4 en hombres. Por otro lado, el número ideal de hijos en mujeres entre 15 a 19 años de edad es de 2.8 hijas e hijos, el cual tiende a incrementarse en población indígena, sin educación y quintil económico más bajo.

6.3 Mortalidad materna en adolescentes

Según el informe de Mortalidad Materna 2014-2015, (ver gráfica 10) a pesar de que en el grupo de adolescentes menores de 15 años, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) presenta una tendencia descendente desde el 2007 (219.1 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos); con un descenso pronunciado para el año 2015 (143.9 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos) que está por arriba de la RMM media nacional correspondiente a 108.3. Sin embargo, este grupo de edad sigue siendo uno de los más vulnerables con mayor riesgo de morir si ocurre un embarazo.

Gráfica 10:
Razón de Mortalidad Materna por grupos de edad, Guatemala 2007-2015



6.4 Planificación familiar

Según el informe de la ENSMI 2014-2015, únicamente el 10 % de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad utiliza algún método anticonceptivo y de éste, sólo el 8% utiliza algún método moderno (MSPAS et al., 2017). Este porcentaje tiene un incremento en el caso de los hombres, siendo el 23% y 21%, respectivamente. Esto significa que tanto hombres como mujeres sexualmente activos menores de 20 años (90%), se encuentran en mayor vulnerabilidad, con mayor riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o bien de quedar embarazada en el caso de las mujeres.

La prevalencia en el uso actual de métodos anticonceptivos es mayor en el grupo de mujeres adolescentes no unidas sexualmente activas (53% algún método anticonceptivo y 40% algún método moderno). Este dato es similar en proporción a otros grupos de edad.

Los métodos modernos más utilizados por las adolescentes son el inyectable (4.5%) y el condón masculino (1.6%). De los métodos tradicionales, el método del retiro es el más usado con 1.6%, que se incrementa en el grupo de mujeres no unidas y sexualmente activas (13 por ciento) (MSPAS et al., 2017).

El grupo de mujeres entre 15 a 19 años presenta la mayor demanda insatisfecha en planificación familiar. Esta es del 21.9%, porcentaje que es hasta cuatro puntos mayor comparado con la población total de mujeres en edad fértil (MEF) que es de 14%. El 19.3% de las mujeres los utiliza para espaciar los embarazos y el 2.6% para limitarlos. Esta demanda insatisfecha equivale al porcentaje que tenían todas las MEF en el año 2008-2009, lo cual representa un rezago de aproximadamente nueve años para este grupo.



6.5 Actitudes, conocimientos y comportamiento sexual en adolescentes y jóvenes

En Guatemala, son motivo de gran preocupación los precarios índices de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, la persistencia y la tendencia al incremento de la iniciación sexual temprana sin información o por violencia, los embarazos no planificados, los nacimientos en niñas menores de 14 años, la violencia sexual contra las niñas, las muertes maternas y la creciente actividad sexual sin protección.

Según el informe de la ENSMI 2014-2015, únicamente el 22% de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años tienen conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA. El porcentaje de mujeres y hombres con menor conocimiento comprensivo se encuentra en los rangos de edad de 15 a 17 años (19 y 15% respectivamente) (MSPAS et al., 2017) Estos datos reflejan que el 81% de las mujeres y el 85% de los hombres adolescentes y los jóvenes no saben que el uso consistente del condón durante las relaciones sexuales puede reducir el riesgo de adquirir el VIH/SIDA.

Es necesario resaltar la importancia de la educación integral en sexualidad en los adolescentes y jóvenes para que tengan elementos que les permitan reducir los factores de riesgo e identificar las formas correctas de prevención y transmisión del VIH/SIDA.

Una de las formas de prevención de ITS y VIH, específicamente en adolescentes y jóvenes, es el retraso de la primera relación sexual. Se considera que la falta de educación integral en sexualidad expone a adolescentes y jóvenes al riesgo de ITS, VIH, embarazos no planificados y situaciones de violencia.

La ENSMI 2014-2015 reporta que el 8% de las jóvenes y el 13 % de los jóvenes tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. El 39% de las mujeres y el 55% de los hombres tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años de edad (MSPAS et al., 2017).

Existe asociación entre la primera relación sexual y la unión temprana. El 18 % de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, alguna vez estuvieron casadas o unidas. Ser mujer indígena no determina una diferencia importante en este indicador, pero sí en el caso de los hombres. El 17% de hombres no indígenas tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, mientras que en hombres indígenas esta cifra es del 9 por ciento.

El 18% de las mujeres y el 45% de los hombres entre 15 y 19 años de edad ya han tenido relaciones sexuales (MSPAS et al., 2017).

El 12% de las mujeres y el 36% de los hombres de 15 a 24 años, nunca unidos ni casados, tuvieron relaciones sexuales prematrimoniales en los últimos 12 meses. De estos, el 35% de las mujeres y 69% de los hombres usó condón en la última relación sexual.

El 8% de hombres no casados ni unidos tuvo dos o más de una pareja en los últimos 12 meses. Este porcentaje se incrementa en hombres no indígenas (11%), con mayor nivel de educación (16%) y quintil de riqueza superior (12%) (MSPAS et al., 2017).

6.6 Violencia y embarazo

La violencia intrafamiliar y la violencia de pareja aumentan la vulnerabilidad de las adolescentes de tener un embarazo, dado que aumenta el riesgo de violencia sexual, muchas veces sin protección, que debido a su corta edad la mayoría de las adolescentes no tienen la capacidad de evitar. Según la ENSMI 2014-2015, el 10% de mujeres entre 15 y 19 años de edad tuvieron relaciones sexuales con un hombre 10 años mayor o más (MSPAS et al., 2017).

Más del 3% de adolescentes de 15-19 años reportan haber sido víctima de violencia sexual (Monzón & al., 2015), pero es probable que esta cifra muestre un sub registro. EL MSPAS reportó 3,815 casos de violencia en el 2014 (MSPAS, FLACSO, & UNFPA, 2015), sobre todo abuso sexual, agresión por medios no especificados y violencia física, en niños y adolescentes. El 79% de las víctimas eran mujeres, la mayoría entre 10 y 19 años. El número de embarazos producto de una violación sexual en niñas de 10 a 14 años (12,683 casos, en el período 2010 - 2014) evidencia la gravedad de la situación.

Según la evidencia, se ha avanzado en el marco legal preceptuando en el Artículo 173 del Código Penal de Guatemala, Decreto 17-73, del Congreso de la República de Guatemala lo siguiente:

“Violación. Quien, con violencia física o psicológica tenga acceso carnal, vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona introducirselos a sí misma, será sancionado con pena de prisión de 8 a 12 años. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de 14 años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva aun cuando no medie violencia física o psicológica. La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.”

6.7 Relación embarazo-unión

Según el estudio “Me cambió la vida”, la edad de 15 años es el promedio en que las mujeres adolescentes han tenido su primera relación sexogenital; 16 años la del primer embarazo, tanto en ladinas/mestizas como indígenas (MSPAS et al., 2015). En la mayoría de los casos es esposa/compañera (70%) o novia (27%) del padre de su hijo/a. El 91.89% ha estado casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo.

Del total de adolescentes que participaron en este estudio, el 43.53% indicó haber recibido información sobre cómo prevenir el embarazo mientras que el 56.47% indicó no haber recibido dicha información. Al hacer un desglose según la condición étnica se hacen visibles algunas diferencias. El 54.7% de adolescentes ladinas/mestizas afirma haber recibido información sobre cómo prevenir el embarazo mientras que el 67.8% de adolescentes indígenas respondieron que no. Más del 60% afirman que no utilizó ningún tipo de protección y que esa fue la razón del embarazo. El 56% sí recibió información sobre métodos de planificación familiar. La fuente de información son principalmente los establecimientos de salud (68.9%) cuando acuden por embarazo, seguidos por las escuelas o colegios (23.8%). Como consecuencia, la educación es interrumpida, ya que 9 de cada 10 mujeres encuestadas dejó de estudiar debido al embarazo (MSPAS et al., 2015).

La Educación Integral en Sexualidad (EIS) es un derecho humano que permite generar capacidad de toma de decisiones para una vida digna y sin riesgos de la niñez, adolescencia y juventud. Sin embargo, al analizar las condiciones del Ministerio de Educación a nivel primario puede identificarse que el 99% de los docentes reconoce que la EIS es importante en la formación de los estudiantes, pero el 89% refiere que debería ser un experto en la materia quien imparta la clase, en tanto que el 15% dijo no tener problema con impartirla. De nueve preguntas de conocimientos sobre cuerpo humano, reproducción, anatomía y fisiología humana, basada en el Currículo Nacional Base (CNB) de primaria, los docentes pudieron responder correctamente, en promedio, cinco preguntas (56%).

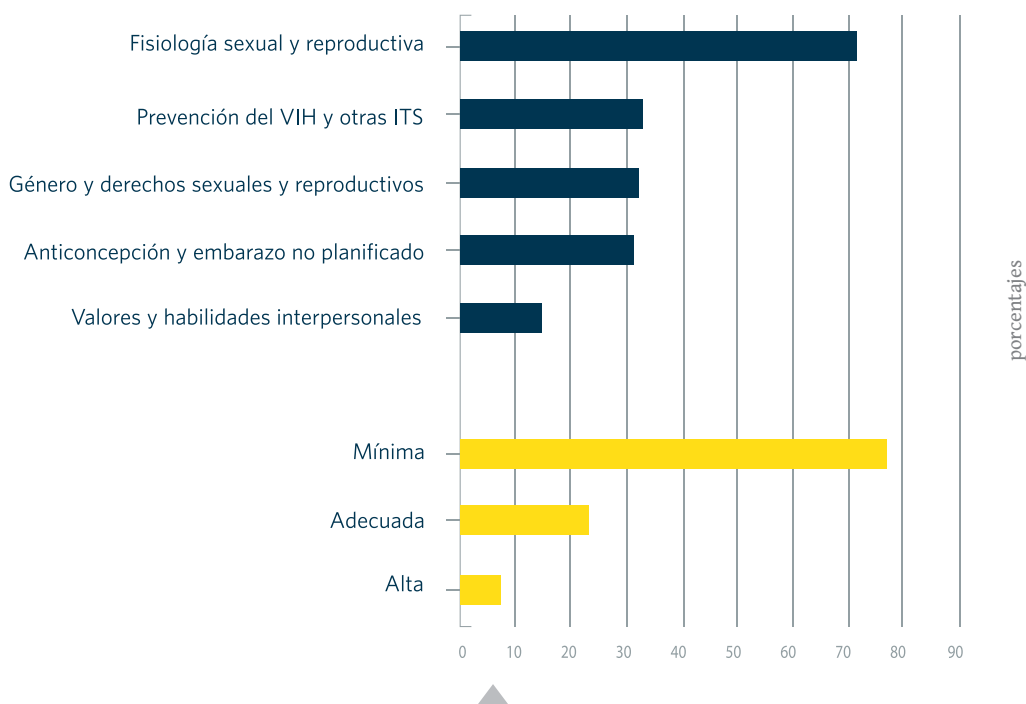
La formación y capacitación en EIS sigue siendo insuficiente, ya que, de acuerdo a lo reportado por los docentes, menos del 20% ha sido proporcionada por el MINEDUC, un poco más del 25% por el MSPAS, y en porcentajes menores por ONG.

(DIGEDUCA, 2012). Los datos del estudio realizado en el país sobre educación en sexualidad, reportan que: casi la totalidad de estudiantes, maestros y directores encuestados considera que la EIS se debe impartir en las escuelas. La gran mayoría (89%) de los estudiantes que informan haber recibido Educación en Sexualidad (ES) la considera útil o muy útil en sus vidas personales. Sin embargo, la ES con frecuencia se inicia de manera tardía. Según datos, el 40% de los estudiantes la recibieron por primera vez en el ciclo básico (escuela secundaria) (Monzón & al., 2015).

El 76% de las escuelas cubre cada uno de los 18 temas identificados por los investigadores como parte de un currículo integral. No obstante, menos del 7% de los estudiantes reporta haber aprendido sobre todos los temas. Los estudiantes aseguran que se da más énfasis en fisiología reproductiva que en derechos sexuales y reproductivos, género, valores y habilidades para la prevención de embarazos (FLACSO & Guttmacher, 2017). Ver gráfica 11.

Grafica 11:

Reporte de aprendizaje sobre temas relacionados con valores, habilidades interpersonales, anticoncepción y embarazo no deseado.



Fuente: Educación en sexualidad en Guatemala: Nueva evidencia de tres departamentos, FLACSO Guatemala, Guttmacher Institute, 2017.

Mientras que la mayoría de maestros reconoce que los adolescentes tienen derecho a información amplia, 41% de ellos reporta enseñar que tener relaciones sexuales es peligroso; y más de la mitad, que las relaciones se deben evitar antes del matrimonio. Siete de cada diez maestros enfatiza que la abstinencia es el mejor o único método para prevenir ITS y embarazos.

Solo uno de cada dos maestros reporta haber recibido capacitación previa en ES, y 55% no había recibido ninguna en los tres años previos a la encuesta. Solo la mitad de maestros percibe que su capacitación en ES fue adecuada y 59% solicita más capacitación.

7. Marco legal y político

Tan inherente a las personas adolescentes y jóvenes son los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como los derechos sexuales y reproductivos. La forma de convivir con ellos desde siempre y su arraigo en nuestras culturas nos impide a veces reflexionar sobre lo que representan, cómo influyen en nuestras vidas y cómo luchar por que se cumplan en lugares donde la toma de decisiones escapa al control de los directamente implicados.

Las acciones encaminadas a la prevención de embarazos en adolescentes en Guatemala se sustentan en un amplio marco internacional y nacional en materia de derechos humanos, que garantiza su desarrollo integral. Este marco internacional y nacional, se enlista en la tabla N° 2.

Los derechos sexuales y reproductivos ocupan un lugar importante en la agenda del Sistema de Naciones Unidas (SNU). No por nada tienen una especial presencia en La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), que prestó una atención sin precedentes a las diversas necesidades de jóvenes con respecto a la salud sexual y reproductiva como prioridad de derechos humanos y, al mismo tiempo, como necesidad práctica para el desarrollo de ciudadanía juvenil. La CIPD abordó las cuestiones de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, entre ellas el embarazo no deseado, la respuesta a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH y el SIDA, mediante la promoción de comportamientos responsables y saludables y la provisión de servicios apropiados y asesoramiento concretamente adaptado a ese grupo de edades. La CIPD también propuso reducir sustancialmente el número total de embarazos en la adolescencia.

En la Tablas N° 3 y 4, se detallan los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como las fechas en que han sido adoptados y ratificados por el gobierno de Guatemala. Ver tabla N°. 3 y N°. 4 (MSPAS & PNSR, 2011).

Tabla 2: Marco internacional y nacional en materia de derechos humanos.

Marco internacional	Marco nacional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaración Universal de Derechos Humanos. 2. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. 3. Pacto Internacional de Derecho Civiles y Políticos. 4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 5. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. 6. Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. 7. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). 8. Convención sobre los Derechos del Niño. 9. Convención Americana de Derechos Humanos. 10. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de “Belem do Pará”). 11. Programa de Acción del Cairo (1994): Conferencia Internacional sobre la población y desarrollo. 12. Declaración de Beijing y Plataforma de Acción (1995): Conferencia Mundial sobre la Mujer. 13. Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes. 14. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 15. Pacto Iberoamericano de Juventud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política de la República de Guatemala. 2. Código de Salud (Decreto 90-97). 3. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer (Decreto 7-99). 4. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. 5. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer. 6. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. 7. Ley para el Combate del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y de la Promoción, Defensa y Protección de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida. (Decreto 27-2000). 8. Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001). 9. Política de Desarrollo Social y Población. 10. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005). 11. Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas, su Reglamento y la Ley Seca. 12. Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32-2010). 13. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Decreto 27-2003). 14. Política Salud para la Adolescencia y la Juventud. 15. Política Nacional de Juventud 2012-2020 (Acuerdo Gubernativo 173-2012). 16. Convenio de cooperación interinstitucional - “Prevenir con Educación” 2016-2020. 17. Leyes para la Descentralización del Poder Público que fortalecen la Atención de la Salud. 18. Ley General de Descentralización. 19. Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. 20. Código Municipal (Decreto 12-2002). 21. Plan Nacional de Desarrollo K’atun Nuestra Guatemala 2032. 22. Ley de Atención a las personas con Discapacidad (Decreto 135-96).

Tabla 3: Derechos humanos relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Pactos, Convenciones y Declaraciones (y sus artículos referentes)										
Derechos Humanos	Declaración Universal ⁱ	Pacto Político ⁱⁱ	Pacto Económico ⁱⁱⁱ	Discriminación Racial ^{iv}	CEDAW ^v	Derechos del Niño ^{vi}	Convención Americana ^{vii}	Violencia contra la mujer ^{viii}	El Cairo ^{ix}	Beijing ^x
Vida, sobrevivencia, sexualidad:										
Derecho a la vida y la sobrevivencia	3	6				6	4	4(a)	Prin. 1,8,21-8,27	89-111,210-33
Derecho a la libertad y seguridad de la persona	3	9		5(b)		37(b)-(d)	7	4(c)	Prin. 1,8,21-8,11	89-130,210-33
Derecho a estar libre de tortura, trato o castigo cruel, inhumano y degradante.	5	7				1,2,3,4,5 37(a) Protocolo 1,2,3,4,5	5	3,4(d)	Prin. 4,4,9,4,10,4,22,4,23	112-30
Autodeterminación reproductiva y libre elección de la maternidad:										
Derecho a la protección de la maternidad	25(2)		10(2)		5(b),12(2)	24(d)	26, Prot.15 3(a)(b)		8,19-8,24	94-5,97 110-11 92
Derecho a casarse y fundar una familia	16	23	10	5(d)(iv)	16		17	5	Prin.9,4,21 7,23	274(e), 275(b), 210-33
Derecho a una vida privada y familiar	12	17	10		16	16	11	4(e)	Prin.9,Ch.V 7,12-7-26	210-33
Salud y los beneficios del progreso científico:										
Derecho al más alto nivel de salud	25		12	5(e)(iv)	11(1-f),12,14(2b)	24, prot.9 (3)10(2)	26, Protocolo 9,10,11,26, Protocolo 9,10	5	Prin. 8, Chs. VII,VIII	89-111
Derecho a beneficios del progreso	27		15					5	Chs. VII, VIII	89-111
No discriminación y respeto a las diferencias:										
Sexo y género	1,2,7	2(1),3,2,6	2(2),3		1,2,3,4,1	2(1)	1,24,Prot.3	4(f),6	4,24-4,29	97,277(c)
Estado civil	1,2,7	2(1),26	2(2)				1,24,Prot.3	4(f),6	7,3,7,7	89-111
Edad	1,2,7	2(1),26	2(2)	1,2,3,4,		2(2)	1,24,Prot.3	4(f),6	Chs.IV,VII	259-285
Raza y Etnia	1,2,6	2(1),26 2(1)	2(2)			2(2)	1,24,Prot.3 1,24	4(f),6	6,21-6,27 7,34-7,40	89-111 99,108
Información, Educación y toma de decisión:										
Derecho a recibir y brindar información	19	19	13,14	5(d-viii)	10(h),14(2)	12,13,17	13	5	8,26, Ch.XI	69-111, 21-33
Derecho a la educación	26	18		5(e-v),7	-h),16(1-e)	28,29	26	5,6(b)	Prin. 10,4.2	69-88,210-33
Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión	18			5(d)(vii)	10,14(2-d)		14,30	4(i),5	Chs. VII,VIII,XI	

Fuente: Compendio del Marco legal de la Salud Sexual y Reproductiva para Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 61 (Modificada)

Fuente: Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics and Law. Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens and Mahmoud F. Fathalla. Issues in Biomedical Ethics. Oxford University Press, Great Britain 2003

ⁱ Declaración Universal de Derechos Humanos

ⁱⁱ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

ⁱⁱⁱ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

^{iv} Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial

^v Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer

^{vi} Convención sobre los Derechos del Niño

^{vii} Convención Americana de Derechos Humanos

^{viii} Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de "Belem do Pará")

^{ix} Programa de Acción de El Cairo (1994): Conferencia Internacional sobre la población y desarrollo

^x Declaración de Beijing y Plataforma de Acción (1995): Carata conferencia Mundial sobre la Mujer

Tabla 4: Tratados Internacionales de Derechos Humanos adoptados por el Estado de Guatemala, Sistema de Naciones Unidas.

Tratado Internacional	Entrada en vigor del Tratado después de la firma, ratificación o adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas	Firma del Tratado por el Estado de Guatemala	Ratificación del Tratado por el Estado de Guatemala
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Marzo 23 de 1976	Septiembre 30 de 1987	5 de mayo de 1992
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Enero 3 de 1976	Septiembre 8 de 1967	19 de mayo de 1988
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Enero 4 de 1969	Junio 8 de 1981	18 de enero de 1983
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Septiembre 3 de 1981	Enero 26 de 1990	12 de agosto de 1982
Convención sobre los Derechos del Niño	Septiembre 2 de 1990		6 de junio de 1990
Convención contra la Tortura y Trato o Castigo Cruel, inhumano o Degradante	Junio 26 de 1987		5 de enero de 1990

Fuente: Compendio del Marco legal de la Salud Sexual y Reproductiva para Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 61 (Modificada)

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW), entre sus Recomendaciones Generales (CEDAW General Recommendation No.24: Article 12 of the Convention (Women and Health), 1999) indica que:

En particular, los Estados deben asegurar los derechos de mujeres y hombres adolescentes a educación en salud sexual y reproductiva por personal debidamente capacitado mediante programas diseñados para respetar sus derechos a la privacidad y la confidencialidad.” (Pt. III, Ch. 6, Sect. 2, para.18).

Los Estados deben “priorizar la prevención de embarazos no deseados a través de la planificación familiar y la educación sexual, y reducir las tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad segura.” (Pt.III, Ch.6, Sect.2, para.31c).

8. Marco conceptual

8.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (OMS, 2017).

8.2 Juventud

Es la etapa de la vida comprendida entre los 15-24 años, según la Asamblea General de las Naciones Unidas. (UN, 1996).

8.3 Derechos sexuales

Aunque no existe una definición formal de derechos sexuales consensuada internacionalmente, ni documentos legales como los que existen sobre los derechos reproductivos, los derechos sexuales surgen de los derechos humanos ya establecidos y protegidos por las normas nacionales e internacionales de derechos humanos (Ahumada & Kowalski-Morton, 2006). Estos incluyen los derechos a (CONJUVE & UNFPA, 2015):

- Derecho a vivir y decidir de forma libre sobre su cuerpo y sexualidad
- Derecho a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual
- Derecho a decidir con quien compartir su vida y su sexualidad
- Derecho a la libertad reproductiva
- Derecho a la protección por la explotación, abusos sexuales y violencia sexual
- Derecho a vivir libre de toda discriminación
- Derecho al respeto de su intimidad y su vida privada
- Derecho a manifestar públicamente sus afectos
- Derecho a la igualdad de condiciones, oportunidades y a la equidad
- Derecho a recibir información científica y laica sobre la sexualidad
- Derecho a la educación laica, científica e integral sobre la sexualidad
- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad

Es importante resaltar que el programa de acción de la CIPD reconoce que la salud sexual y los derechos reproductivos no son solo para los adultos, sino también importantes para los y las jóvenes. La declaración exhorta a los Gobiernos para que provean a los adolescentes el acceso a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva.

El programa de acción de la CIPD fue construido con base en los principios y conceptos de derechos humanos desarrollados durante varias décadas, empezando con la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948. Más aún, el programa de acción de la CIPD señala en su definición de derechos reproductivos que estos se derivan de los derechos humanos ya protegidos por los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Los derechos humanos que protegen los derechos sexuales y reproductivos se presentan a continuación. Ver figura 2.

Figura 2. **Derechos humanos que protegen los derechos sexuales y reproductivos**



Fuente: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Guía para Activistas Jóvenes. Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, The Youth Coalition. 2006. Pág.12 (Modificada.)

8.4 Derechos reproductivos

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo -El Cairo, 1994- enfatizó la necesidad de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, lo cual fue reafirmado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). El tema fue también objeto de especial atención en la Cumbre del Milenio de 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.

8.5 Salud sexual

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (OPS-OMS/WAS, 2002).

8.6 Sexualidad

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana presente a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales (UNICEF, 2013).

8.7 Salud reproductiva

En Guatemala, la salud reproductiva se define, según la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001), como un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.

En consecuencia, la salud reproductiva permite la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia según su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que sean legales, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (PAHO, OPS, & WAS, 2000).

8.8 Educación integral en sexualidad

La educación integral en sexualidad se ha definido como un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. Esta brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes, así como desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y de reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad. (UNESCO, 2010).

8.9 Enfoque de género

Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el enfoque de género es una herramienta de trabajo, una categoría de análisis con base en las variables sexo y género, que permite identificar la condición de género de hombres y las mujeres en una sociedad, así como las asimetrías y las relaciones de poder e inequidades. Además, ayuda a reconocer las causas que las producen y propician la formulación de mecanismos para superar estas brechas, ya que no ubica la problemática en las mujeres o los hombres, sino en las relaciones socialmente construidas sobre el poder y la exclusión (PNUD,2014).

Analizar la realidad desde un enfoque de género nos permite elaborar una mirada más profunda sobre los procesos de desarrollo y contribuir a la transformación de las inequidades. El enfoque de género es una categoría:

- Descriptiva: da visibilidad a las desigualdades entre hombres y mujeres.
- Analítica: permite señalar e interpretar las diferencias y las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en una sociedad determinada.
- Política: es una opción política que nos compromete con la transformación de las inequidades.

8.10 Habilidades para la vida

Según la UNESCO (2004), el marco de Acción de Dakar para la Educación para Todos establece un marco para el enfoque de habilidades para la vida, que promueve la adquisición de conocimientos, valores, actitudes y habilidades a través de los pilares del aprendizaje, declarando que cada niño, niña, joven o persona adulta tiene el derecho humano a una educación que enseñe el saber, el hacer, el convivir y el ser.

Las habilidades para la vida son esencialmente habilidades psicológicas, que contribuyen al desarrollo personal y social, la prevención de problemas de salud y la protección de los derechos humanos (OMS, 1999).

Entre las habilidades para la vida más reconocidas a nivel global se encuentran:

- Autoconocimiento
- Empatía
- Comunicación asertiva
- Relaciones interpersonales
- Toma de decisiones
- Manejo de problemas y conflictos
- Pensamiento creativo
- Pensamiento crítico
- Manejo de emociones y sentimientos
- Manejo de tensiones y estrés
- Compromiso y participación

8.11 Medios de vida sostenibles

Aunque existen muchas definiciones, la más utilizada es la que comprende como medios de vida sostenible, las capacidades, los activos (que incluyen recursos materiales y sociales) y las actividades necesarias para la subsistencia (PNUD, 2011). Un medio de vida es sostenible cuando puede abordar y recuperarse de tensiones y crisis y mantener o mejorar sus capacidades y activos, tanto ahora como en el futuro, sin socavar por ello la base de recursos naturales. Algunos de los activos fundamentales en la vida de las personas para alcanzar sus medios de vida son:

- Capital social: los recursos sociales, incluidas las redes, las relaciones sociales y las afiliaciones a asociaciones, que se basan en la confianza, el entendimiento mutuo y los valores compartidos a los que recurren las personas cuando es necesario cooperar.
- Capital humano: las habilidades, los conocimientos, la capacidad de trabajar y el buen estado de salud.
- Capital natural: la tierra, el agua, los bosques y otros recursos naturales.
- Capital físico: las infraestructuras básicas, como la vivienda, las carreteras, el agua y saneamiento, el riego, las escuelas, los centros sanitarios, la energía, herramientas y equipamiento.
- Capital financiero: los ahorros, el crédito, los ingresos derivados del empleo, el comercio y las remesas.
- Capital político: la conciencia y la participación en los procesos ciudadanos, políticos, comunitarios entre otros.

8.12 Planes de vida

Todo plan de vida representa un complejo proceso de toma de decisiones en torno al logro de determinadas metas y aspiraciones futuras. Fomentar la toma de decisiones desde la niñez ayuda a lograr en un futuro mejores ciudadanos. Los planes de vida se construyen mediante un proceso permanente de toma de decisiones y proyecciones basadas en la reflexión, las aspiraciones y las capacidades acordes a la edad y condiciones que tienen para concretar sus metas (UNFPA, 2013) (CONJUVE & UNFPA, 2015).

Para la construcción de planes de vida, la toma de decisiones debe basarse principalmente en los siguientes elementos:

1. La información, que permite decidir entre varias opciones.
2. Analizar las ventajas, las desventajas y las posibles consecuencias de cada opción.
3. Poner en práctica aciertos y errores de experiencias anteriores.
4. Prestar atención a los propios valores y sentimientos y detectar si la decisión se toma de manera voluntaria, por imposición de la familia, presión de pares o por otras circunstancias ajenas a una o uno misma o mismo.

5. Tomar decisiones en el marco del respeto de los derechos humanos haciendo valer sus derechos y respetando los derechos de las demás personas.
6. Aprender a negociar, si las decisiones involucran a otras personas. Es importante negociar, ya que esto implica ceder y que ambas partes obtengan el mayor beneficio posible.
7. Proponerse metas de corto, mediano y largo plazo.
8. Trazar planes de vida que incluyan las esferas personales, sociales, emocionales, comunitarias y los recursos que se disponen para alcanzar sus metas.

8.13 Participación juvenil

Aunque existen diversas definiciones sobre participación juvenil, todas coinciden en reconocer el derecho de las personas jóvenes a participar en la toma de decisiones que les afecten (UNFPA, 2007).

8.14 Embarazo en adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo en adolescentes es el que ocurre a las adolescentes entre los 10-19 años (OMS, 2000). La población adolescente es un grupo muy heterogéneo, con capacidades y necesidades que varían de acuerdo con la edad, sexo, entorno en el que viven (condiciones de vida), nivel educativo, estado civil, empleo y si tienen hijos o no. Estas diferencias sumadas al contexto cultural y social de cada lugar son necesarias para tomar en cuenta, cuando se pretende mejorar el desarrollo de este grupo poblacional.

Las y los adolescentes más pobres tienen menos posibilidades de finalizar sus estudios. Por lo tanto, reducen las posibilidades de acceso a información en salud. La información disponible indica que las adolescentes en el quintil económico más pobre pueden tener cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas que las del quintil más rico. Las niñas y adolescentes rurales, indígenas o quienes viven en pobreza o pobreza extrema son más vulnerables a quedar embarazadas en edades tempranas derivado de la falta de oportunidades para alcanzar planes de vida que les permitan tener mejores ingresos económicos, planificar su familia y aportar al desarrollo de sus comunidades y país.

El embarazo adolescente es resultado de la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que incluya la provisión de anticonceptivos, baja escolaridad, dificultades para el acceso a educación integral en sexualidad adecuada a la edad (en la escuela y comunidad), opiniones y valoraciones negativas sobre las niñas, adolescentes y las mujeres.

El modelo ecológico propuesto por Bromfrembrener (1987) permite entender la influencia que tienen los diferentes ambientes que rodean a las y los adolescentes y jóvenes en su proceso de desarrollo. En primer lugar, considera a la persona como una entidad dinámica que va reestructurando el medio en que vive.

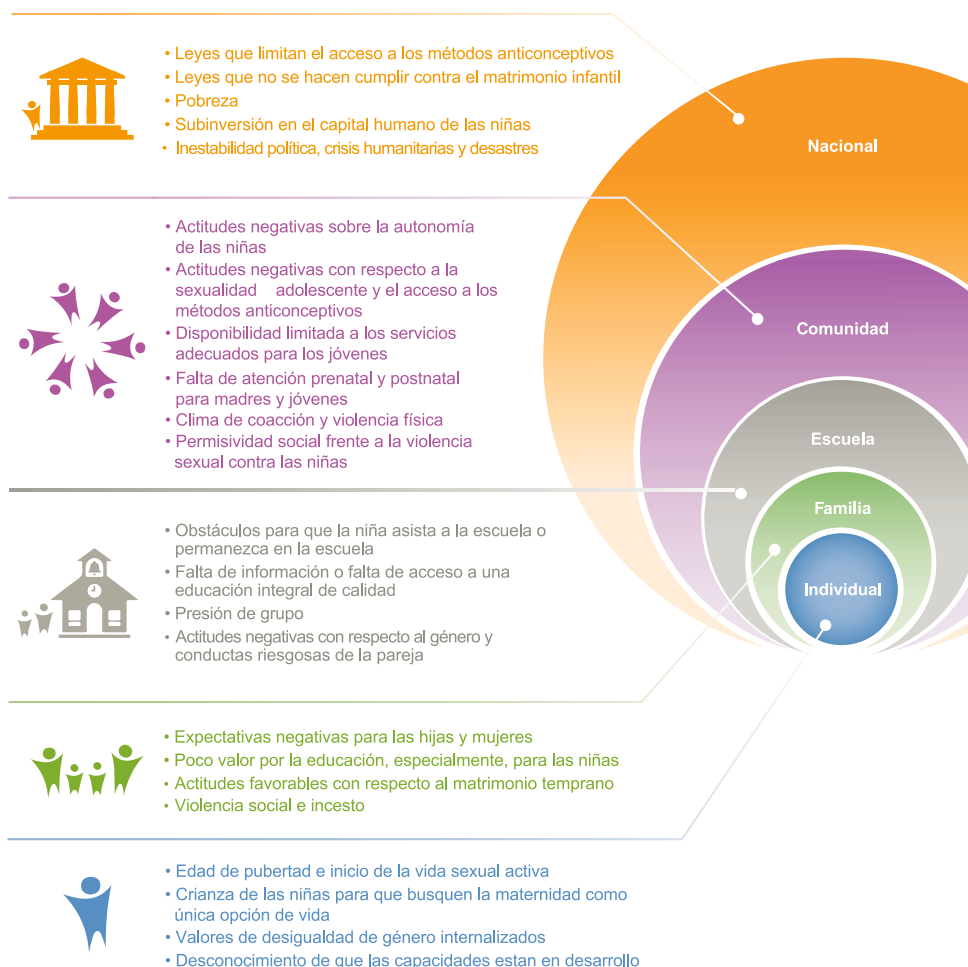
En segundo lugar, como el ambiente incluye y requiere un proceso de acomodación mutua, se considera que la interacción de la persona con el ambiente es bidireccional. En tercer lugar, el ambiente no se limita a un último entorno inmediato, sino que se extiende para incluir a los demás entornos, como son:

- **Microsistema:** Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado. Ejemplo: hogar.
- **Mesosistema:** Comprende las interrelaciones de dos o más entornos, en los que una persona en desarrollo participa activamente. Ejemplo: hogar, amigos y escuela.
- **Exosistema:** Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno de la persona. Ejemplo: para un hijo, el trabajo de sus padres.
- **Macrosistema:** Se refiere a las correspondencias entre los tres anteriores sistemas, al nivel de la cultura.

Figura 3:

Modelo ecológico aplicado al embarazo en adolescentes.

Factores determinantes del Embarazo en Adolescentes:



Este modelo ecológico aplicado al embarazo en adolescentes ha permitido demostrar con base en la evidencia que, las presiones para que las niñas y adolescentes queden embarazadas a edades tempranas provienen de muchas direcciones y niveles; desde los marcos nacionales –legales o políticas- cuando facilitan o restringen desde la legislación, marcos consuetudinarios, políticas públicas, hasta la comunidad, sus valores y restricciones, el sistema educativo, la familia, las y los adolescentes a nivel individual como sujetos de derechos.

La aplicación de este modelo implica tomar en consideración que la prevención del embarazo en adolescentes debe realizarse desde las edades más tempranas. Prevenir el embarazo en adolescentes, es un asunto de justicia social, que debe basarse en el desarrollo equitativo y la ampliación de medios de vida y oportunidades para las y los adolescentes y jóvenes. Asimismo, es necesaria la transformación de las masculinidades de los adolescentes varones, quienes deben aprender a valorar el autocuidado, la paternidad, el afecto y el cuidado.

8.15 Intervenciones efectivas

La experiencia internacional permite identificar intervenciones que han demostrado ser útiles. Esta experiencia, y el trabajo desarrollado en el país, sirven como referencia para la selección de estrategias e intervenciones del actual PLANEA.

En el 2011, la OMS y el UNFPA presentó las <<Directrices para la Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en Adolescentes de los Países en Desarrollo>>. Esta publicación señala como factores determinantes del embarazo adolescente: el matrimonio temprano, la coacción sexual y la falta de acceso y uso de anticonceptivos. Además, indica que las consecuencias del embarazo precoz pueden incluir la morbilidad y la mortalidad, que se derivan de la falta de acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, como también a los abortos inseguros. Se trata además, de un grupo en condición de vulnerabilidad, especialmente susceptible a las desigualdades estructurales y los entornos sociales que les coloca en riesgo de asumir conductas que limitan las posibilidades de una vida adulta saludable.

A continuación, se presenta un breve resumen de las recomendaciones para la acción e investigaciones futuras (Chandra-Mouli & al, 2013), (Ver tabla N° 5). Estas directrices se elaboraron sobre la base de una revisión sistemática de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones adoptadas en países de renta baja y mediana, junto con una consulta realizada a un panel de expertos externos (ver Anexo 1).

Tabla 5: Intervenciones dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes basados en evidencia.

Resultado	Factores que contribuyen	Recomendaciones para la acción	Recomendaciones para investigaciones futuras
Reducción del matrimonio en menores de 18 años	Normas, tradiciones y restricciones económicas que prevalecen. No existe prohibición legal o régimen legal inefectivo.	Prohibiciones legales claras y efectivas. Comprometer a líderes comunitarios para modificar normas. Mantener a niñas en la escuela.	Prohibiciones legales efectivas del matrimonio temprano Explorar el efecto de los incentivos económicos y programas de subsistencia Evaluar el impacto de la educación Desarrollar intervenciones a escala.

Resultado	Factores que contribuyen	Recomendaciones para la acción	Recomendaciones para investigaciones futuras
Reducción de los embarazos antes de los 20 años	<p>Falta de conocimiento y comprensión acerca de la sexualidad.</p> <p>Factores contextuales (p. ej. presión de pares)</p> <p>Reticencia cultural para abordar la sexualidad en adolescentes</p>	<p>Comprometer a líderes comunitarios para liderar esfuerzos para prevenir el embarazo temprano en maneras culturalmente aceptables.</p> <p>Currículos basados en Educación Integral en Sexualidad (EIS) vinculada a provisión de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Explorar el efecto de incrementar el empleo, la retención escolar y apoyo social.</p> <p>Desarrollar intervenciones a escala.</p>
Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado	<p>Falta de acceso.</p> <p>Conceptos erróneos</p> <p>Normas comunitarias se oponen a la provisión de anticonceptivos.</p> <p>Los servicios de entrega de métodos anticonceptivos no son amigables.</p>	<p>Respaldo legal para la provisión de anticonceptivos.</p> <p>Reducir barreras financieras/económicas.</p> <p>Fomentar el apoyo comunitario para la provisión de métodos anticonceptivos.</p> <p>Fomentar que los servicios de entrega de métodos anticonceptivos sean amigables a las y los adolescentes.</p> <p>Educación integral en sexualidad y uso de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Incremento del uso asociado a políticas que favorezcan el uso de métodos anticonceptivos, reducción de costo, apoyo comunitario, entre otros.</p> <p>Cambiar las normas de género en el uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>Desarrollar intervenciones a escala.</p>
Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes	<p>Sensación de impotencia.</p> <p>Falta una efectiva aplicación de la ley y protección.</p> <p>Vergüenza y estigma.</p>	<p>Promover normas comunitarias que no toleren la coacción.</p> <p>Desarrollar acciones que permitan que los hombres y los niños realicen una evaluación crítica de las normas de género y los comportamientos.</p> <p>Empoderar a las niñas para rechazar las relaciones sexuales no deseadas, al fortalecer su autoestima, sus habilidades para la vida y mejorar sus vínculos con redes sociales.</p>	<p>Mejorar la formulación y aplicación de leyes para prevenir el sexo bajo coacción con adolescentes (evaluación).</p>

Resultado	Factores que contribuyen	Recomendaciones para la acción	Recomendaciones para investigaciones futuras
Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes	Falta de conocimiento de cuándo y dónde buscar atención. Falta de acceso a atención calificada y sensible a las necesidades de las adolescentes.	Facilitar el acceso a atención calificada prenatal, durante el parto y post parto Proporcionar información sobre parto y preparación en caso de emergencias. Proporcionar información sobre la importancia de la utilización de atención calificada del parto.	Identificar los tipos de cambios en los servicios de salud que puedan mejorar el acceso y uso de la atención prenatal calificada por parte de las adolescentes. Identificar intervenciones que mejoren el acceso y uso de los servicios (importancia de una atención prenatal calificada y los cuidados perinatales de las adolescentes embarazadas). Adaptar la prestación de servicios a las necesidades de las adolescentes.

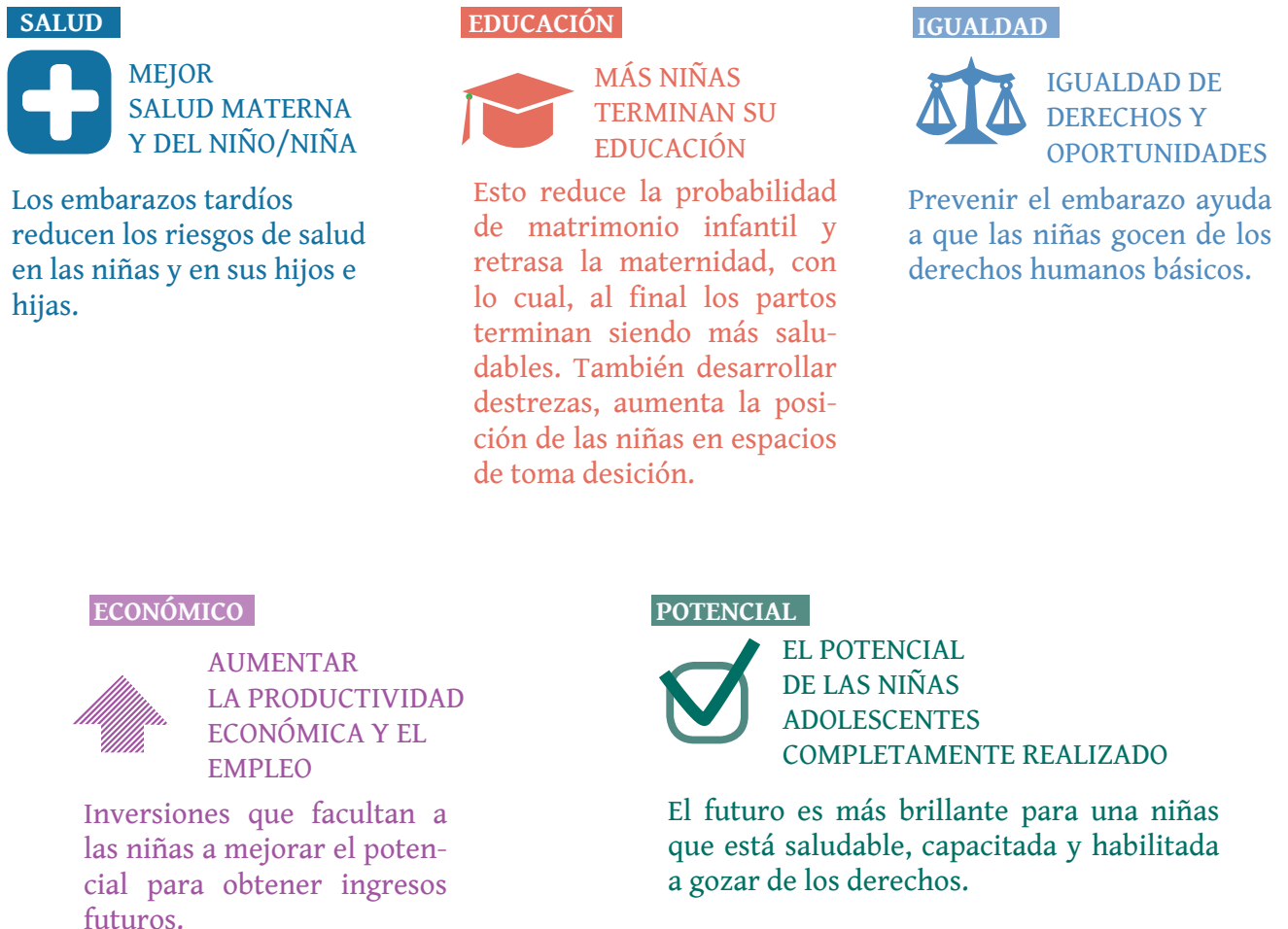


Fuente: Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517 (modificado, adaptación propia, traducción libre).

8.16 Beneficios de la prevención de embarazo en adolescentes

Los gobiernos, las comunidades, las familias, los líderes religiosos, la sociedad civil y las mismas adolescentes tienen una función importante para llevar a cabo el cambio y prevenir el embarazo en la adolescencia. Todos ganarán si se alimentan las oportunidades que representan estas niñas, llenas de vida y esperanza. Respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las adolescentes, tiene los siguientes beneficios (UNFPA, 2013):

Figura 4: Beneficios de la prevención de embarazos en adolescentes.



Fuente: Estado Mundial de la Población 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del Embarazo en Adolescentes.

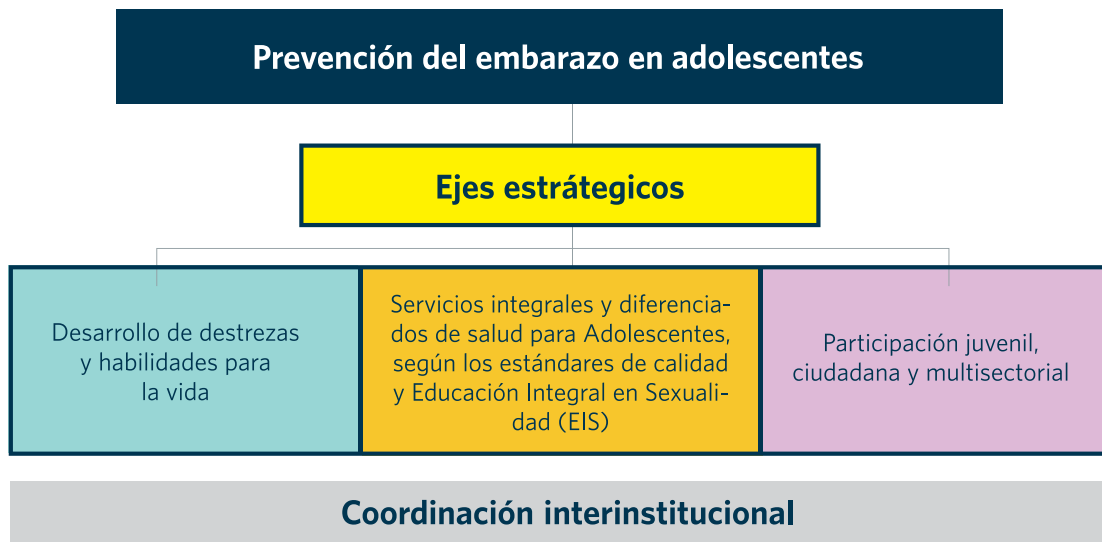
9. Marco estratégico

El propósito del PLANEA es coordinar la respuesta intersectorial y establecer las líneas de acción o intervenciones, que deberán cumplir las diferentes instancias involucradas del sector público a nivel nacional, para disminuir el embarazo en adolescentes en el país, tomando como base las recomendaciones sustentadas en evidencia científica.

Para el alcance de estos objetivos, Guatemala ha desarrollado un marco estratégico el cual está compuesto por tres ejes estratégicos:

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

Figura 5: Ejes estratégicos del PLANEA 2018-2022



9.1 Eje estratégico 1: Desarrollo de destrezas y habilidades para la vida

Las destrezas hacen referencia a los activos o capacidades ya sean materiales, sociales, culturales, políticas, relacionales, entre otros, que las personas poseen para sustentar sus necesidades físicas, económicas, espirituales y sociales. En este sentido, la respuesta de sectores como economía, trabajo, educación y desarrollo social son cruciales para generar oportunidades que permitan que las juventudes alcancen su pleno desarrollo.

Las habilidades para la vida constituyen una serie de capacidades psicológicas que permiten a las personas ser vitalmente efectivas y facilitan el alcance de sus planes de vida, fomentar una educación que empodere en el aprender a saber, a hacer, a convivir y a existir. El que adolescentes puedan disfrutar del derecho a la educación, constituye en sí mismo un factor protector para prevenir el embarazo en cada etapa.

Con base en lo anterior, El PLANEA 2018-2022 se plantea como objetivo específico reforzar la respuesta gubernamental para garantizar el desarrollo equitativo de las adolescentes, el acceso a la educación como un derecho y su permanencia en la escuela.

Los resultados esperados son dos:

1. Incremento en la cobertura de niñas y adolescentes en el ciclo de primaria y básico.
2. Disminución de la deserción escolar de niñas y adolescentes en el ciclo de primaria y básico.

En este componente participan:

- Ministerio de Educación (MINEDUC). Tiene la responsabilidad de aumentar la cobertura y disminuir las tasas de deserción escolar en el nivel primario y básico.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Es el encargado de aumentar la cobertura del Programa de Beca de Educación Media y Bono Seguro (transferencia monetaria condicionada).

9.2 Eje estratégico 2: Servicios integrales y diferenciados de salud para adolescentes, según los estándares de calidad y Educación Integral en Sexualidad (EIS).

La EIS es un derecho humano que garantiza a las personas la oportunidad de aprender conocimientos, habilidades, actitudes y valores favorables para la toma de decisiones asertivas en su vida y su sexualidad con base en los enfoques de género y derechos humanos.

La EIS constituye a la vez un enfoque para la enseñanza culturalmente relevante y apropiada a la edad del participante, que enseña sobre sexualidad y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. Esta brinda a la persona la oportunidad de explorar sus valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos con respecto a muchos aspectos de su vida y sexualidad.

De igual manera, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (UN, 2013), lo cual incluye el ejercicio de las libertades, de importancia creciente a medida que aumentan la capacidad y la madurez. Se hace mención al derecho de controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables. Esto implica el acceso a servicios de salud integrales y diferenciados que constituyen una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan la igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud y un ejercicio óptimo de sus derechos.

Para el desarrollo de este componente, el PLANEA 2018-2022, tiene dos objetivos específicos:

1. Aumentar el acceso a los servicios de salud integral, sexual y reproductiva y el acceso a anticonceptivos basado en decisiones libres e informadas.
2. Implementar la educación integral en sexualidad en las escuelas y comunidades acorde a la edad y a estándares internacionales.

Los resultados esperados son:

1. Niñas, niños y adolescentes con conocimientos y destrezas en educación integral en sexualidad para toma de decisiones libres e informadas.
2. Adolescentes tienen acceso a servicios de salud integral (que incluyen la salud sexual y reproductiva) con enfoque de género y pertinencia cultural.

En este componente participan las siguientes instituciones:

1. Ministerio de Educación (MINEDUC). Tiene a su cargo la capacitación de técnicos, docentes, y estudiantes del nivel primario, básico, y diversificado, cubriendo todos los centros educativos de cada uno de los municipios que forman parte de la intervención.
2. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Es responsable de brindar capacitaciones sobre la prevención del embarazo en niñez, adolescencia y juventud a través del Programa Jóvenes Protagonistas y el Proyecto de Servicio Cívico.
3. Ministerio de Gobernación. Es responsable de brindar capacitaciones sobre la prevención del embarazo en adolescencia y juventud, a través de la Unidad para la Prevención Comunitaria de la Violencia (UPCV).
4. Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia (SBS). Es responsable de proporcionar capacitaciones sobre el tema de prevención del embarazo en adolescencia y juventud a través del Programa de Servicio Cívico.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Es responsable de facilitar acceso a través de los servicios de salud integral y diferenciada a adolescentes; y asegura que los servicios de salud implementen las normativas para brindar atención de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.

9.3 Eje estratégico 3: Participación juvenil, ciudadana y multisectorial

La participación es un derecho humano, que permite a adolescentes y jóvenes formar parte de las decisiones en temas que les afecten. Desde un enfoque de derechos humanos, la participación implica considerarles ciudadanos parte del gobierno de su país.

Desde el enfoque de juventudes, adolescentes y jóvenes son considerados ciudadanos con derechos, quienes pueden participar y opinar, en asocio, como líderes y no como simples beneficiarios.

El PLANEA 2018-2022, en armonía con la línea de participación y ciudadanía contenidas en la Política Nacional de la Juventud, tiene como objetivo específico: Promover la participación juvenil desde el diseño, implementación, monitoreo de las acciones del PLANEA, fortaleciendo sus capacidades de participación, incidencia y auditoría social desde un enfoque de construcción de ciudadanía plena.

Los resultados esperados son:

1. Las organizaciones de jóvenes implementan acciones para la prevención del embarazo en adolescentes.
2. Se cuenta con un entorno propicio que incluye políticas, acuerdos, planes, y financiamiento para apoyar y sostener la educación sexual integral en el ámbito local.

En este componente participan:

1. Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE). Tiene a su cargo promover la participación de las organizaciones juveniles en la prevención del embarazo adolescente, así como el desarrollo de acciones para apoyar la apertura y fortalecimiento institucional de las de Oficinas Municipales de la Juventud en cada uno de los municipios que forman parte de la intervención.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Es responsable de promover la participación de los adolescentes en los servicios de salud.
3. Ministerio de Gobernación. Es responsable de brindar capacitaciones sobre la prevención del embarazo en adolescencia y juventud, a través de la Unidad para la Prevención Comunitaria de la Violencia (UPCV).

9.4 Eje transversal: Coordinación Interinstitucional

La prevención del embarazo en edades tempranas es multifactorial. Por lo tanto, demanda respuestas efectivas que requieren participación de diversos sectores de la población en distintos niveles dentro de un modelo ecológico, donde las políticas nacionales, departamentales, municipales, comunitarias, familiares e individuales influyen e interactúan.

Por lo tanto, resulta necesaria la integración y esfuerzos de todas las instituciones a nivel local para reunir a los diferentes actores del sector público, así como los sectores privado, empresarial, y comunitario, lo cual permitirá la participación de la población y su involucramiento en el tema de la prevención del embarazo en adolescentes.

Con el fin de garantizar el apoyo y la sostenibilidad del PLANEA se implementarán las siguientes acciones:

- Identificar a las contrapartes locales. En cada municipio se debe identificar y registrar en una base de datos a todas aquellas agrupaciones, asociaciones, u organizaciones sociales que desarrollen acciones en favor de la juventud o de la prevención del embarazo en adolescentes. Los representantes deben ser invitados a participar en una reunión para dar a conocer el PLANEA 2018-2022 y para que ellos den a conocer su trabajo. Derivado de estas reuniones se deben identificar áreas de trabajo en común que puedan potenciar el alcance de los resultados esperados del PLANEA.
- Establecer acuerdos de trabajo con las contrapartes locales. Las agrupaciones, asociaciones u organizaciones sociales que implementan acciones en favor de la juventud similares a las establecidas en el PLANEA (becas, acceso a servicios de salud, EIS, participación juvenil) deben ser invitadas a formar parte del Plan, oficializando la cooperación por medio de la firma de un acuerdo interinstitucional, idealmente con la Oficina Municipal de la Juventud. Para cada actor nuevo que se suma al PLANEA deberá firmarse un acuerdo de trabajo, además de un listado de las acciones que van a desarrollar para alcanzar los resultados y objetivos del PLANEA.

Tabla 6: Resumen del marco estratégico del PLANEA 2018-2022

Eje estratégico 1		
	Resultados esperados	Actividades estratégicas
Desarrollo de destrezas y habilidades para la vida.	<ol style="list-style-type: none"> Incremento en la cobertura de niños, niñas, y adolescentes en el ciclo de primaria, básico y diversificado. Disminución de la deserción escolar de niños, niñas, y adolescentes en el ciclo de primaria, básico y diversificado. 	<p>Establecimiento de una estrategia que permita incrementar la cobertura escolar de niños, niñas y adolescentes; así como disminuir la deserción escolar, prestando especial atención a aquellos casos que sean producto de embarazos en edades tempranas.</p> <p>Esta estrategia deberá incorporar un plan de monitoreo.</p>
Eje estratégico 2		
	Resultados esperados	Actividades estratégicas
Servicios integrales y diferenciados de salud según los estándares de calidad para adolescentes Educación Integral en Sexualidad.	<ol style="list-style-type: none"> Adolescentes tienen acceso a servicios de salud integral (que incluyen la salud sexual y reproductiva) con enfoque de género y pertinencia cultural. 	<p>Implementación de servicios integrales y diferenciados (espacios amigables) de salud para adolescentes en cada municipio que incorporen mecanismos de garantía de la calidad.</p> <p>Diseño e Implementación de una estrategia que garantice el acceso a servicios de anticoncepción para adolescentes.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> Niños, niñas y adolescentes con conocimientos y destrezas en educación integral en sexualidad para la toma de decisiones libres e informadas 	<p>Elaboración de una estrategia de comunicación para el desarrollo en pro de la salud de las y los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.</p> <p>Fortalecimiento de programas de educación integral en sexualidad e información sobre salud sexual y salud reproductiva a nivel del sistema escolar / extraescolar.</p>
Eje estratégico 3		
	Resultados esperados	Actividades estratégicas
Participación juvenil, ciudadana y multisectorial	<ol style="list-style-type: none"> Las organizaciones de jóvenes implementan acciones para la prevención del embarazo en adolescentes. 	<p>Fortalecimiento de capacidades a organizaciones juveniles para implementar acciones para la prevención de embarazo en adolescentes.</p> <p>Generación de espacios de diálogo y coordinación con organizaciones juveniles que implementan acciones para la prevención de embarazo en adolescentes.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> Se cuenta con un entorno propicio que incluye políticas, acuerdos, planes, y financiamiento para apoyar y sostener las acciones de prevención de embarazo en adolescentes en el ámbito local. 	<p>Implementación de una estrategia para el fortalecimiento de capacidades de distintos actores departamentales y municipales para la prevención del embarazo en adolescentes.</p> <p>Desarrollo e implementación de una estrategia de diálogo político en los distintos niveles de intervención para apoyar y sostener las acciones de prevención de embarazo en adolescentes.</p>

10. Marco de resultados

10.1 Resultado general

Reducir en 5 puntos porcentuales la cantidad de embarazos en adolescentes en Guatemala al 2022, en un marco de respeto a los derechos humanos, que permita contribuir al desarrollo integral de las y los adolescentes.

10.2 Indicadores de impacto

1. Tasa específica de fecundidad en la adolescencia, por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años.
2. Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 19 años, cualquier método.
3. Necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres de 15 a 19 años.
4. Tasa neta de escolaridad en niñas y adolescentes ciclo primario.

Tabla 7: Marco de resultados del PLANEA 2018-2022

		Indicador	Línea base año 2016	Meta año 2022	Fuente
Objetivo General:		Porcentaje de embarazos en adolescentes	18%	13%	Estadísticas vitales INE
		Tasa específica de fecundidad por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años	92 (2014-2015)	87	ENSMI
Ejes estratégicos	Resultados esperados	Indicador	Línea base	Meta	Fuente
Eje Estratégico 1. Desarrollo de Destrezas y habilidades para la vida.	1. Incremento en la cobertura de niños, niñas, y adolescentes en el ciclo de primaria, básico y diversificado.	Tasa neta de escolaridad en niñas y adolescentes ciclo primario.	77.28 %	82.21%	MINEDUC
		Tasa neta de escolaridad en niñas y adolescentes ciclo básico.	42.43 %	47.43%	MINEDUC
		Tasa neta de escolaridad en niñas y adolescentes de ciclo diversificado	25.65 %	30.66 %	MINEDUC
		Tasa de escolarización mujeres por edad específica (6 a 15 años) ciclo primario.	58.87 %	63.87%	MINEDUC
		Tasa de escolarización mujeres por edad específica (12 a 21 años) ciclo básico.	19.32 %	24.32%	MINEDUC
		Tasa neta de escolaridad mujeres en edad específica (12 a 21 años) ciclo diversificado.	15.14 %	20.14 %	MINEDUC
		Aportes otorgados a través de transferencias monetarias condiciones (Bono Seguro).	40 7,732 aportes	3,424,747 aportes otorgados	Dirección de Asistencia Social MIDES
	2. Disminución de la deserción escolar de niños, niñas, y adolescentes en el ciclo de primaria, básico y diversificado.	Tasa de deserción escolar ciclo primario	3.26 %	2.26%	Anuario estadístico de educación
		Tasa de deserción escolar ciclo básico.	5.20 %	4.20%	Anuario estadístico de educación
		Tasa de deserción escolar ciclo diversificado.	5.63%	3.63%	Anuario estadístico de educación
		Becas otorgadas a adolescentes en educación media (Beca media).	2,750 becas	17,456 Becas otorgadas	Dirección de previsión MIDES

Ejes estratégicos	Resultados esperados	Indicador	Línea base	Meta	Fuente
Eje Estratégico 2 Servicios integrales y diferenciados de salud según los estándares de calidad para adolescentes y Educación Integral en Sexualidad	1. Adolescentes tienen acceso a servicios de salud integral (e incluyen la salud sexual y reproductiva) con enfoque de género y pertinencia cultural.	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años, métodos modernos.	8% (2014 - 2015)	40 %	ENSMI
		Necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres de 15 a 19 años	21.9% (2014 - 2015)	18%	ENSMI
		Número de nacimientos en mujeres menores de 14 años	1,613	0	Estadísticas vitales INE
	2. Niños/as, y adolescentes con conocimientos y destrezas en educación integral en sexualidad para toma de decisiones libres e informadas	Número de docentes formados en el enfoque de la EIS.	0	1,710	MINEDUC / DIGECADE
		Número de niños, niñas y adolescentes capacitados en EIS	0	4,680	MINEDUC / DIGECADE
		Número de jóvenes que participaron en los talleres de Jóvenes protagonistas	40,000	192,457	Planificación MIDES
	Eje Estratégico 3 Participación juvenil, ciudadana y multisectorial	1. Las organizaciones de jóvenes implementan acciones para la prevención del embarazo en adolescentes.	Número de organizaciones juveniles que implementan acciones para la prevención del embarazo adolescente	N/A	100 %
2. Se cuenta con un entorno propicio que incluye políticas, acuerdos, planes, y financiamiento para apoyar y sostener la educación sexual integral en el ámbito local.		Número de Juntas de Participación Juvenil Municipal, incorporan acciones de prevención de embarazo en adolescentes dentro de los planes locales	0	50	MINGOB

Fuente: Construcción propia.

10.3 Implementación

Un elemento importante para el éxito del PLANEA es la focalización de actividades en diversas etapas con el fin de aumentar la efectividad de las acciones. Para la ejecución de las actividades contempladas en el PLANEA, así mismo es importante la coordinación con el sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural a nivel nacional, regional, departamental, municipal y comunitario (CONADUR, CODEDUR, CODEDE, COMUDE, COCODE); por ello, se establece conformar los mecanismos en tres niveles de ejecución, para los cuales deberá definirse lineamientos internos que establezcan la forma de actuación de los mismos.

Los mecanismos a conformar son:

A. Nivel central:

La Mesa Interinstitucional Nacional, establecida a nivel central, que tiene la finalidad de facilitar el cumplimiento de los objetivos que el PLANEA busca alcanzar, será liderada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con apoyo acompañante del Consejo Nacional de la Juventud.

El mecanismo de articulación que se propone prevé el acompañamiento y la asistencia técnica a los ámbitos departamentales y municipales, donde se ejecutarán las acciones. Esta instancia contará con un equipo técnico nombrado que representa las instituciones que la conforman. Establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación entre las distintas instituciones involucradas, siendo estas:

- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- Ministerio de Educación (MINEDUC)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Ministerio de Gobernación (MINGOB)
- Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia (SBS)

Como instancias asesoras la integran:

- Vicepresidencia de la República de Guatemala
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN)
- Secretaria contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET)
- Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE)
- Secretaria Presidencial de la Mujer (SEPREM)
- Organismos de cooperación internacional afines al tema.
- Organizaciones de la Sociedad Civil afines al Plan.

Se dará espacio a organizaciones civiles para que puedan ser integrantes de la misma. Esta mesa Interinstitucional-Nacional se reunirá una vez cada cuatrimestre para revisar el avance de las acciones desarrolladas.

B. Nivel departamental:

La mesa técnica departamental será la responsable de que las instituciones involucradas a nivel departamental elaboren una planificación anual y velará por el cumplimiento y ejecución de las mismas. La mesa departamental debe coordinar esfuerzos para la gestión y movilización de recursos a nivel departamental con el fin que las actividades que se plantean puedan ser sostenibles.

Esta mesa se reúne una vez al mes y está integrada por las autoridades locales y los representantes de las instituciones vinculadas al PLANEA a nivel departamental:

- Gobernador Departamental (Coordinador de la Mesa)
- Director/a del Área de Salud del Departamento
- Director/a de Educación departamental
- Delegado de la CONJUVE
- Delegado del MIDES
- Delegado de la SBS
- Delegado de la UPCV

C. Nivel municipal:

En la medida de lo posible, bajo el conocimiento de la autonomía de los Gobiernos municipales, y en las municipalidades que implemente el PLANEA 2018-2022, se deberá establecer coordinación municipal, es decir, un espacio de intercambio y coordinación conformado por los actores operativos de los Ministerios, Secretarías, y entidades vinculadas (nacionales e internacionales).

Dicha coordinación deberá llevarse a cabo cada bimestre por medio de una reunión para realizar la articulación interinstitucional de las acciones, monitoreo de productos y resultados de la implementación. Eventualmente, proveerá retroalimentación para la introducción de mejoras y, si fuera necesario, solicitará apoyo a la mesa técnica departamental para la implementación.

Idealmente, el grupo de coordinación estará integrado por representantes de las instituciones locales responsables de la implementación:

- Coordinador Municipal del Distrito de Salud
- Delegados o representantes de los ministerios vinculados al PLANEA donde tengan presencia.

Se invitará a ser parte de esta coordinación a las autoridades y representantes de la Oficina Municipal de la Juventud, cuando la hubiere.

Figura 6: Mecanismos de implementación del PLANEA 2018-2022



Fuente: Elaboración propia.



11. Monitoreo y evaluación

Para llevar a cabo el monitoreo del PLANEA se han definido un conjunto de indicadores de impacto y de resultado que corresponden a diferentes intervenciones y responsabilidades para cada una de las instituciones. El monitoreo y evaluación será coordinado de manera externa por parte de la Vicepresidencia de la República Guatemala.

11.1 Monitoreo

El proceso de monitoreo del PLANEA se desarrollará en sus distintos niveles de intervención. Este monitoreo y evaluación estará a cargo de las mesas interinstitucionales nacional, departamental y local. Para el desarrollo de este, los equipos técnicos de las distintas instituciones son los encargados de desarrollar la recolección y el análisis de la información.

Para el efecto, se definen temporalidades específicas. En el nivel nacional se desarrollará de forma cuatrimestral y se medirá el avance de los resultados y actividades estratégicas. El nivel departamental y municipal se desarrollará de forma mensual, midiendo en el espacio departamental los resultados y actividades estratégicas; y el espacio municipal medirá las actividades y tareas definidas en los planes operativos municipales.

El proceso se desarrollará a través de la recolección de información sistemática establecida por medio de las unidades específicas en las distintas instituciones, que se consolidarán en cada una de las mesas interinstitucionales, desarrollando un proceso de análisis y uso de la misma para tomar decisiones de mejora continua.

Adicionalmente, el proceso va acompañado de visitas de monitoreo y difusión de la información desarrollada por delegados de la mesa nacional y departamental a los municipios que implementan el PLANEA, lo que permitirá la observación de primera mano de los avances en la ejecución de las actividades, que servirán para complementar los reportes de las instituciones. En estas visitas es importante revisar instrumentos, compromisos de gestión, visitar los servicios de salud que prestan atención a los adolescentes, escuelas e institutos y sostener reuniones con las otras instituciones implementadoras y otros actores locales, incluyendo organizaciones de adolescentes y jóvenes y asociaciones de la sociedad civil que desarrollan trabajo en los municipios. De cada visita se derivará un reporte que es analizado localmente y se registrarán compromisos de mejora que deben ser verificados en los tiempos pactados.

11.2 Evaluación

Para el proceso de evaluación de resultados e impacto y alcance de los objetivos planteados se propone la realización de dos evaluaciones externas durante el período de implementación del PLANEA 2018-2022.

Estudio de término medio. El diseño y planificación se realizará en el último semestre del año 2 de la implementación y se desarrollará durante el primer trimestre del año 3, para que el segundo semestre del año 3 se obtenga el informe de evaluación. La metodología y bases de la convocatoria serán definidas por los integrantes

de la Mesa Interinstitucional Nacional del PLANEA. Esta evaluación debe promover el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas que permitan ilustrar los resultados alcanzados. Los resultados de este informe sirven como base para la identificación de lecciones aprendidas y la elaboración del nuevo PLANEA.

Evaluación de impacto. Aunque el alcance del impacto a 5 años puede ser poco, es importante desarrollar esta evaluación cuyo diseño y planificación se realizará en el último semestre del año 4. Es decir, cuando se esté finalizando la implementación y se desarrollará en el primer trimestre del año siguiente a la finalización de la intervención, para obtener los resultados para el segundo semestre de ese mismo año. La metodología y bases de la convocatoria serán definidas por los integrantes de la mesa interinstitucional nacional del PLANEA. Se debe promover el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas, que permitan ilustrar el impacto de la intervención.

Dado que el PLANEA está compuesto por actividades planificadas desde las diversas instituciones gubernamentales que lo integran, el Plan de Monitoreo y Evaluación del PLANEA 2018-2022 incluye el seguimiento de indicadores de resultados e impacto (ver tabla 7), así como planes locales que definen tareas específicas que deben ser monitoreadas y evaluadas.

Los resultados del monitoreo serán compartidos en dos niveles: a) a nivel local, con los encargados de la implementación en cada institución, y las organizaciones sociales presentes en los municipios piloto, b) a nivel central con los representantes de las instituciones que conforman el PLANEA y las agencias participantes del Sistema de Naciones Unidas. El objetivo de ambos procesos es la toma de decisiones para redireccionar o fortalecer las acciones que permitan alcanzar los resultados de los objetivos y las metas propuestas.



12. Difusión de la información

La información de las acciones y resultados del PLANEA serán difundidos de forma cuatrimestral y anualmente a través de los siguientes mecanismos:

A. Informes:

Para verificar la implementación del PLANEA se producirán 2 tipos de informes:

- **Informes de avances.** Cada cuatrimestre se elaborará un informe. Es decir, en los meses de abril, agosto y diciembre de cada año, la institución a cargo de la rectoría del PLANEA, presentará un informe con los datos reportados por cada una de las instituciones que participan en el PLANEA. La información para este informe se recoge durante la primera semana del mes, y el informe se presenta durante la última semana del mes. El informe presenta los datos con relación a las metas establecidas y señala las brechas existentes. Incluye además una sección de recomendaciones a las instituciones que se encuentran rezagadas en los productos.

- **Informes de resultado.** Estos deben ser elaborados una vez al año. En enero, se recogen los datos de los indicadores de resultado en cada una de las instituciones. El informe presenta los datos con relación a los resultados del PLANEA y examina los avances y brechas existentes. Incluye además una sección de recomendaciones a las instituciones que se encuentran rezagadas en el alcance de los resultados.

B. Envío de informes a instituciones que conforman el PLANEA y entidades socias:

Estos deben ser enviados, por la institución coordinadora del PLANEA a las diferentes instituciones cuatrimestralmente.

C. Presentación de avances a la Mesa Interinstitucional a nivel central, departamental y local:

Se convoca a una reunión cuatrimestral a nivel central y local para discutir las brechas, las limitaciones encontradas y promover acuerdos, si fuera necesario, para reorientar las acciones que garanticen el alcance de las metas anuales establecidas.

D. Publicación de los informes en el sitio web de la institución rectora del PLANEA:

Los informes de avances, de resultados y de impacto deben estar disponibles en el sitio web de la institución rectora del PLANEA (MSPAS) y del CONJUVE, para que las organizaciones sociales y la sociedad civil en general pueda dar seguimiento a la implementación del PLANEA.

13. Presupuesto

El presupuesto para la implementación del Plan Nacional de Embarazos en Adolescentes (Planea 2018-2022) provendrá de los presupuestos internos de cada institución gubernamental, para lo cual es necesario elaborar planes institucionales anuales, nacionales, departamentales y municipales que deberán reflejar las distintas acciones desarrolladas. Una acción que se debe cumplir, es el Clasificador Temático del gasto de juventud, en coordinación con el Ministerio de Finanzas Públicas.

Otra acción que se desarrollará es dar cumplimiento al Artículo 10 del Decreto Número 13-2013 del Congreso de la República, Ley Orgánica del Presupuesto, el cual adiciona el artículo 17 Quáter, que establece que el Ministerio de Finanzas Públicas a través de la Dirección Técnica del Presupuesto, debe incluir en el Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN), el clasificador presupuestario para la niñez y la juventud.

Además, se debe velar porque cada institución de Gobierno, ejecutora del PLANEA visibilice el ejercicio de presupuesto abierto como una oportunidad para la presentación de acciones y ejecución financiera en el cumplimiento del mismo y sus fuentes de financiamiento.

A nivel intersectorial se gestionarán recursos con organizaciones de la sociedad civil, academia y cooperación internacional.

14. Bibliografía

Ahumada, C., & Kowalski-Morton, S. (2006). Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Guía para activistas jóvenes. Ontario, Canada.

CEDAW General Recommendation No.24: Article 12 of the Convention (Women and Health). (1999). Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>

CEPAL, UNICEF, & TACRO. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. Desafíos(1816-7527).

Chandra-Mouli, V., & al, e. (2013). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. Journal of Adolescent Health, 52, 517.

CONJUVE, & UNFPA. (2015). Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes PLANEA Guatemala 2013 - 2017. Guatemala Recuperado de <http://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf>.

FLACSO, & Guttmacher. (2017). Educación en sexualidad en Guatemala: Nueva evidencia de tres departamentos. Recuperado de New York: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/politica-de-educacion-sexual-guatemala-fs_0.pdf.

Guatemala, C. d. l. R. d. (2001). Ley de Desarrollo Social (Decreto Número 42-2001). Guatemala Recuperado de <https://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyDesarrolloSocial.pdf>.

INE. (2016a). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida -ENCOVI- 2014. Guatemala: INE Recuperado de <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bWC7f6t7aSbEI4wmuExoNR0oScpSHKyB.pdf>.

INE. (2016b). Estadísticas Vitales.

MINEDUC. (2016). Sistema Nacional de Indicadores Educativos. Guatemala. Recuperado de <http://estadistica.mineduc.gob.gt/>

Monzón, A. S., & al., e. (2015). De la Normativa a la Práctica: la Política y el Currículo de Educación en Sexualidad y su Implementación en Guatemala. Recuperado de New York: <https://www.guttmacher.org/es/report/politica-de-educacion-sexual-guatemala>

MSPAS, FLACSO, & UNFPA. (2015). ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes. Recuperado de Guatemala:

MSPAS, INE, & ICF. (2017). VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2014-2015) Informe Final, Guatemala.

MSPAS, & PNSR. (2011). Compendio del Marco Legal de la Salud Reproductiva para Guatemala. Guatemala Recuperado de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=565-2011-compendio-marco-legal-de-la-salud-reproductiva-para-guatemala&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255.

OMS. (2000). Informe OMS, página 11. "La salud de los jóvenes y el desafío de la sociedad".

OMS, UNFPA. (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en los adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias., 1-8.

OMS. (2017). Desarrollo en la adolescencia. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

CDN (2013) Observación general del comité de los derechos del niño, Observación No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del mas alto nivel posible de salud (artículo 24), (2013).

PAHO, OPS, & WAS. (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Recuperado de Antigua Guatemala: http://www1.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf

UN. (1996). Resolución 50/81. Asamblea General de las Naciones Unidas. Página 7.

UNFPA. (2013). Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Recuperado de New York, USA: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

UNFPA. (2014). Documento de posición. UNFPA LACRO frente a la CIPD mas allá del 2014.

UNICEF (2013). Estudio. Revista sobre juventud. Un acercamiento a la construcción histórica de la Sexualidad Femenina y Masculina. Cuba, Julio - Diciembre. Retrived from: https://www.unicef.org/lac/revista_estudio_full.pdf

UNV, PNUD (2011) V Informe sobre el estado del voluntariado en el mundo. Valores universales para alcanzar el bienestar mundial. Reino Unido.

Anexo 1

Evidencia científica de la publicación “Directrices para la Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en Adolescentes de los Países en Desarrollo”:

1. Limitar el matrimonio antes de los 18 años. Evidencia: se basa en 21 estudios y reportes sin GRADE más recomendaciones del panel de experto en evidencia de Bangladesh, India, Egipto, Nepal, Kenia, Etiopía, Afganistán, Yemen y Senegal. Las intervenciones están destinadas a adolescentes, comunidad y otros interesados directos. Asimismo, la edad del matrimonio fue un resultado examinado ya sea primario o secundario.

2. Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años: Evidencia: basada en dos revisiones sistemáticas- con GRADE, 3 estudios sin GRADE más experiencia del panel de expertos y su juicio. Evidencia de México, Nigeria y segmentos de población pobre de países en desarrollo. Las intervenciones incluyeron educación para la sexualidad, esquemas de transferencia condicionada, educación temprana infantil, habilidades para la vida, y desarrollo juvenil.

3. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes: Evidencia: basado en 7 estudios GRADE con revisiones sistemáticas; 26 estudios evaluados, pero no con GRADE más experiencia del panel de expertos. Evidencia de Brazil, Sierra Leone, Mali, Nepal, Bahamas, India, Tanzania, Kenia, México, Sudáfrica, Belice, China, Camerún, Nicaragua, Chile, Madagascar, Ruanda y Tailandia. Dentro de las intervenciones se incluyó el mejoramiento de los sistemas de salud y el compromiso de distintos interesados directos. Los estudios examinaron el uso del condón, anticonceptivos hormonales y anticonceptivos de emergencia, así como conocimiento y actitudes.

4. Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes: Evidencia: 2 estudios con GRADE, 6 estudios no GRADE, más experiencia y juicio del panel de expertos. Evidencia de Kenia, Zimbabwe, Botsuana, India, Sudáfrica y Tanzania. Los resultados examinados incluyeron el efecto de las leyes así como el conocimiento y actitudes de adolescentes y miembros de la comunidad.

Prevenir los resultados reproductivos adversos:

5. Aumentar el uso de la atención calificada antes, en la atención prenatal, del parto y el postparto: Evidencia: 1 estudio con GRADE, 1 estudio no GRADE, otras guías de OMS más experiencia y juicio del panel de expertos. Existe la evidencia de Chile y de la India. Las intervenciones incluyeron visitas domiciliarias a madres adolescentes y esquemas de transferencia condicionada a madres que tuvieron el parto institucional.

Equipo técnico

- Dr. Israel Lemus, Asesor de la Vicepresidencia
- Lic. Héctor Canto, Viceministro técnico de Educación, MINEDUC
- Dr. Roberto Molina, Viceministro técnico de Salud, MSPAS
- Licda. Emma Menéndez, Jefa de Departamento de Monitoreo y Evaluación CONJUVE
- Dra. Ruth Menegazzo, Asesora Externa-CONJUVE
- Lic. José Javier García, Asesor Externo-CONJUVE
- Licda. Rachel de Morales, Técnico Normativo Componente EIS/PNSR
- Dra. Roxana Paiz, Técnico Normativo Componente Adolescentes/ PNSR/MSPAS
- Dra. Maira Sandoval, Coordinadora del Programa de Adolescencia y Juventud/MSPAS
- Dr. Gustavo Batres. MSPAS
- Dr. Sergio Martínez, MSPAS
- Dr. Luis Arturo Morales, MSPAS
- Dr. José Orlando Escobar, Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna/MSPAS
- Dr. Francisco Cerezo Marlar, PNSR/MSPAS
- Dra. Wendy Zambrano, MSPAS
- Licda. Pilar Said, MSPAS
- Dr. Juan Carlos Reyes, MSPAS
- Dra. Karla Rosales, MSPAS
- MSc. Mirna Elizabeth Flores González, PNSR/PyMR/MSPAS

- Licda. Magaly Zea, Proedusa/MSPAS
- Licda. Thelma Miranda, MINEDUC
- Licda. Edna Portales, Subdirectora de Programas y Proyectos, MINEDUC
- Licda. María Paula Monroy, MIDES
- Lic. Sergio René González Orozco, Evaluación Social/MIDES
- Licda. Gladys Martínez Herrera /MIDES
- Lic. José Ordoñez, Unidad para la Prevención Comunitaria de la Violencia UPCV/MINGOB
- Licda. Karina Barco, Unidad de Género/MINGOB
- Licda. Stefani Marroquín, MINGOB
- Lic. José Jaime Morales, MINGOB
- Licda. Rosa María Girón Balcázar, SBS
- Licda. Sindy Adriana Teleyón Meléndez/ SBS
- Licda. Sonia Aquino, Subdirectora DEEG/SEGEPLAN
- Dra. Hilda Rivas Pereira, Consultora Interagencial OPS/OMS-UNFPA-UNICEF
- MSc. Ana Cecilia Escobar, Consultora OPS/OMS
- Dr. Alejandro Silva, Oficial de Programa – Salud Reproductiva/UNFPA
- Lic. José Roberto Luna, Oficial de Educación y Juventud/UNFPA
- MSc. Alejandra Contreras, Oficial de Política Social/UNICEF

