

Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca

La juventud guatemalteca, al igual que la gente joven de todas partes, enfrenta muchos retos en su salud sexual y reproductiva a medida que se hace adulta, inicia su actividad sexual, forma uniones e inicia familias. Un reto fundamental es la negociación de los riesgos paralelos del embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual (ITS). El nivel de riesgo de la gente joven depende de muchos factores, incluyendo el momento en que inicia su actividad sexual, si esto ocurre dentro de una unión, el número de parejas y si usa protección para prevenir el embarazo y la infección.

Para diseñar políticas y programas efectivos, los tomadores de decisiones necesitan información precisa sobre sí las y los adolescentes (de 15 a 19 años) y la juventud en general (adolescentes y jóvenes entre 20 y 24 años) están debidamente protegidos de las serias consecuencias sociales y para la salud que conlleva la conducta sexual de riesgo. La información de las encuestas nacionales realizadas en 2002 sobre la conducta sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes,¹ y por primera vez de los hombres jóvenes (ver recuadro, página 7),² hace posible analizar de cerca la situación y evaluar lo que necesita hacer para mejorar la salud de la gente joven.

Abordar adecuadamente las necesidades de la gente joven es una tarea formidable, teniendo en cuenta que la juventud guatemalteca de hoy en día es parte de

la cohorte de jóvenes más grande que ha tenido el país. Aunque la proporción de jóvenes de 15 a 24 en la población total ha estado estable en la última década (un quinto del total), el número de personas jóvenes aumentó en 30% (de 1.7 a 2.2 millones) entre 1990 y 2002^{3,4} debido a la muy alta fecundidad reciente en el país. Invertir en esta enorme cohorte como estrategia de desarrollo es indiscutible; las decisiones que toman estas personas durante su transición hacia la adultez, afectarán directamente el capital humano en los años por venir.⁵

La desventaja socioeconómica afecta las conductas y decisiones de la gente joven.

La salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca está en peligro debido a un conjunto de factores socioeconómicos interrelacionados,

Puntos Clave

- Los jóvenes guatemaltecos comienzan su actividad sexual antes que las jóvenes: un 83% de los hombres de 20 a 24 años tiene relaciones sexuales durante la adolescencia, en comparación con 58% de las mujeres jóvenes. El diferencial de género en la proporción de personas que tiene experiencia sexual antes de los 20 años de edad es más amplio en áreas urbanas y más reducido entre la juventud indígena.
- Aunque cerca de cuatro de cada 10 mujeres y hombres de 15 a 24 años son sexualmente activos, si dicha actividad ocurre dentro o fuera de la unión difiere ampliamente según el género. Aproximadamente las mismas proporciones de hombres sexualmente activos son solteros y viven en unión, pero prácticamente todas las mujeres sexualmente activas viven en unión.
- La mayoría de jóvenes sexualmente activos—cerca de siete de cada 10 mujeres y seis de cada 10 hombres—tiene relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo, y por consiguiente están expuestos al riesgo de embarazo no planeado y a ITS.
- La juventud guatemalteca está pobremente informada sobre el VIH/SIDA. Entre las personas que han oído hablar del VIH/SIDA, la mitad de los jóvenes y un tercio de las jóvenes mencionan espontáneamente el uso del condón como una forma de prevenir la transmisión del VIH. Las proporciones son extremadamente bajas entre la juventud indígena (10% de las mujeres y 28% de los hombres).

incluyendo la pobreza arraigada, poco acceso a la educación y la marginación étnica. Más de la mitad (56%) de la población vive en condiciones de pobreza, incluyendo un 16% en pobreza extrema.⁶ Adicionalmente, más

*Pobreza es la incapacidad económica de adquirir una canasta de bienes y servicios básicos, estimada en 4,318 quetzales por persona por año (US\$1,278 en 2000, ajustada por paridad de poder adquisitivo); pobreza extrema se refiere a la incapacidad económica de adquirir una canasta de alimentos, estimada en 1,912 quetzales por persona por año (US\$566 en 2000, ajustada por paridad de poder adquisitivo; fuente: ver referencia 6).

de la mitad (54%) vive en áreas rurales.⁷ Además, una gran proporción de la población total de Guatemala es indígena (41%)⁷ y en todas las medidas de bienestar socioeconómico, la población indígena registra niveles peores que los de la población no indígena.⁴

En general, el nivel educativo de las mujeres guatemaltecas es bajo pero los niveles son mucho más bajos entre las mujeres indígenas y las rurales: mientras 51% de las mujeres no indígenas de 20 a 24 años ha tenido al menos alguna educación secundaria, la proporción entre las jóvenes indígenas es sustancialmente menor—11%.⁸

Adicionalmente, 24% de las mujeres jóvenes rurales y 40% de las jóvenes indígenas no han tenido ninguna instrucción escolar. Este bajo logro educativo presenta obstáculos importantes para la salud reproductiva: se aumenta la probabilidad de que las mujeres jóvenes estén desinformadas o pobremente informadas sobre temas reproductivos y sexuales.⁹ Además, la tasa actual de matrícula en las escuelas y el desempeño académico están asociados a una edad más tardía de la primera relación sexual y a una mayor probabilidad de uso anticonceptivo; asimismo, el uso del condón parece aumentar—y las tasas de infección por VIH parecen disminuir—al elevarse el nivel educativo.⁹ Por otra parte, un

bajo nivel educativo priva a las mujeres jóvenes de los recursos y habilidades personales que necesitan para trabajar fuera de su hogar y las deja económicamente dependientes.

Las normas culturales promueven la iniciación sexual temprana y la maternidad.

Las mujeres guatemaltecas forman uniones* muy temprano en sus vidas e inician sus familias poco después: la mitad de las mujeres de 20 a 24 años inició una unión legal o consensual antes de cumplir los 20 años y 44% dio a luz por primera vez siendo adolescente.¹⁰ La proporción que dio a luz siendo adolescente es más alta entre las mujeres sin educación (68%), las mujeres indígenas (54%) y las mujeres rurales (49%).¹⁰ Guatemala tiene una de las más altas tasas de embarazo adolescente en América Central—114 nacimientos por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años en 2002.¹

Las desigualdades de género en la socialización pueden promover conductas sexuales de riesgo entre los hombres adolescentes, quienes con frecuencia son alentados a demostrar su masculinidad a través de la iniciación sexual temprana.^{11,12} Y las costumbres sociales que toleran la actividad sexual extramarital entre los hombres jóvenes (pero no entre las mujeres jóvenes), deja a ambos cónyuges expuestos al riesgo

de ITS, incluyendo el VIH, puesto que los condones son rara vez utilizados dentro del matrimonio por la asociación del método con la infidelidad.¹³ La desaprobación generalizada de los grupos conservadores sociales y religiosos respecto al uso de anticonceptivos modernos por las y los jóvenes solteros, los desanima aún más para protegerse adecuadamente contra el embarazo no deseado y las ITS.¹⁴

La gente joven sexualmente activa enfrenta dos tipos de riesgo.

Tan pronto como las personas jóvenes inician su vida sexual, están expuestas a los riesgos tanto de embarazos no planeados como de ITS, incluyendo el VIH, a menos que se protejan adecuadamente. Aunque varios métodos anticonceptivos apropiados para su edad les proporcionan una protección efectiva contra el embarazo, el condón es el único método que les ofrece también protección efectiva contra el VIH y otras ITS.

Muchas mujeres jóvenes guatemaltecas son madres antes de lo que ellas desean: tres de cada 10 nacimientos recientes de adolescentes fueron o no deseados o imprevistos.¹⁰ Además, el marcado estigma asociado al embarazo fuera del matrimonio obliga a algunas jóvenes guatemaltecas solteras a buscar abortos inducidos. Debido a severas restricciones legales,¹⁵ estos procedimientos se realizan clandestinamente y usualmente de manera insegura. Se estima que 59% de los abortos realizados en el país causan complicaciones que requieren tratamiento médico.¹⁶

A nivel nacional, se estima que ocurren 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva,¹⁷ pero no se cuenta con estimaciones específicas de las tasas en adolescentes y mujeres jóvenes.

La gente joven también está en riesgo de infección por ITS, incluyendo el VIH. Aunque los datos sobre el número de personas jóvenes infectadas del VIH en Guatemala son escasos, las estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) sugieren que 61,000 adultos, niñas y niños estaban viviendo con VIH en 2005, en comparación con 55,000 en 2003.¹⁸ Es probable que la prevalencia real sea considerablemente más alta, dado que aproximadamente la mitad de todos los casos de SIDA no se reporta.¹⁹ Estimaciones adicionales de UNUSIDA indican que 0.9% de las personas entre 15 y 49 años estaban infectadas con VIH en 2005; la prevalencia de VIH en Guatemala es la tercera más alta en América Central (después de Belice y Honduras).¹⁸ Además, aun cuando la prevalencia en Guatemala es menor que en la vecina Honduras, ambos países tienen aproximadamente el mismo número absoluto de personas infectadas¹⁸ debido a que la población de Guatemala es, por mucho, la más grande del istmo (i.e., casi el doble de la de Honduras, la siguiente nación más poblada²⁰).

Actualmente la epidemia en Guatemala tiene un perfil predominantemente masculino (tres cuartas partes de las personas infectadas son hombres¹⁹), pero las mujeres

*En Guatemala, las adolescentes tienen una probabilidad ligeramente mayor de vivir en unión consensual que en unión formal (11% versus 7%), mientras que las mujeres de 20 a 24 años tienen una mayor probabilidad de estar casadas formalmente que estar en unión consensual (33% versus 24%). Aunque las proporciones de hombres jóvenes en cualquier tipo de unión son menores, las uniones de hombres de 15 a 24 años tienen casi la misma probabilidad de ser consensuales o formales (fuente: ver referencias 1, Cuadro 4.7, y 2, Cuadro 6.1).

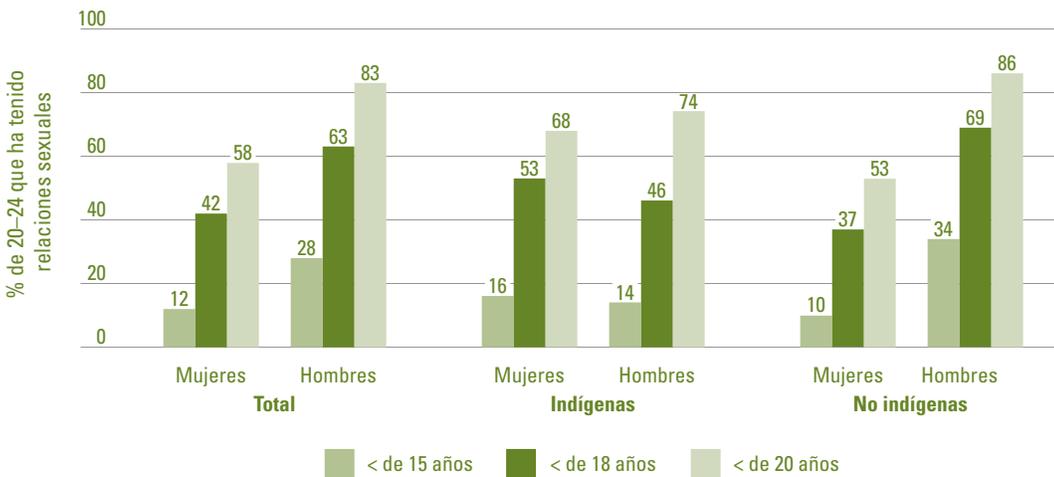
Indicadores demográficos y reproductivos seleccionados entre las personas jóvenes, Guatemala, 2002

Indicador	Total		Residencia				Grupo étnico			
	Mujeres	Hombres	Urbana		Rural		Indígena		No indígena	
			Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
ACTIVIDAD SEXUAL										
(1) % 15–19 que ha tenido relaciones sexuales	23.5	40.2	19.2	41.4	26.4	39.2	27.0	28.0	21.7	46.7
(2) % 20–24 que ha tenido relaciones sexuales	67.4	88.7	61.6	90.4	71.4	87.2	77.0	83.9	63.4	90.9
(3) % 15–24 que ha tenido relaciones sexuales	43.2	58.0	38.1	60.8	46.7	56.1	47.9	46.6	41.0	63.7
(4) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años	57.6	82.5	49.8	88.0	62.8	78.1	68.2	73.9	53.1	86.0
(5) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años	41.7	62.6	33.7	64.1	47.1	61.4	53.1	46.4	36.9	69.4
(6) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años	12.2	27.9	9.8	28.1	13.8	27.6	16.2	14.3	10.4	33.6
(7) % sexualmente activo*	37.8	40.6	32.0	44.1	41.8	38.1	42.9	33.8	35.5	43.9
(8) En unión	35.5	19.1	28.7	15.2	40.2	21.8	41.4	22.6	32.8	17.5
(9) No en unión	2.0	21.5	3.2	28.8	1.2	16.3	1.0	11.3	2.5	26.5
% sexualmente activo con ≥2 compañeros sexuales en el último año										
(10) En unión	nd	9.4	nd	3.1	nd	12.2	nd	3.9	nd	12.6
(11) No en unión	nd	31.6	nd	36.4	nd	26.2	nd	31.4	nd	31.7
(12) % que ha tenido relaciones sexuales forzadas†	5.6	0.8	7.2	0.9	4.5	0.8	5.3	0.3	5.7	1.0
PREVENCIÓN DE EMBARAZO										
(13) % que conoce un método moderno	87.7	91.7	92.4	94.8	84.5	89.7	73.0	83.7	94.6	95.6
% sexualmente activo que usa										
(14) Método moderno	25.3	32.0	37.1	38.7	19.2	26.2	10.1	14.0	33.8	38.7
(15) Método tradicional	6.7	7.4	7.8	8.6	6.2	6.5	5.2	8.8	7.6	6.6
(16) Ninguno	67.9	60.7	55.1	52.7	74.7	67.2	84.6	77.2	58.6	54.5
% solteros sexualmente activos que usa										
(17) Método moderno	33.9‡	38.3	31.4‡	45.9	§	29.3	§	26.3‡	40.3‡	40.7
(18) Método tradicional	9.0‡	5.1	14.0‡	6.6	§	3.1	§	7.9‡	7.5‡	4.4
(19) Ninguno	57.1‡	56.6	54.9‡	47.5	§	67.7	§	65.8‡	52.2‡	54.9
% en unión que usa										
(20) Método moderno	24.8	24.8	37.7	26.2	18.6	24.4	10.4	7.9	33.3	35.8
(21) Método tradicional	6.6	9.9	7.0	12.5	6.4	9.2	4.8	9.2	7.7	10.1
(22) Ninguno	68.6	65.3	55.1	62.5	75.1	67.2	84.6	82.9	59.1	54.2
(23) % con experiencia sexual que usó método a la primera relación sexual	7.9	34.8	14.9	44.0	4.0	27.8	1.5	21.0	11.4	39.8
CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ITS/VIH										
(24) % que ha oído sobre VIH/SIDA	84.4	93.4	92.8	95.7	78.7	91.7	64.5	86.1	93.7	96.9
(25) % que conoce otras ITS diferentes a VIH/SIDA	54.3	77.8	70.0	84.9	43.6	72.7	25.7	63.5	67.6	84.8
ENTRE LOS QUE HAN OÍDO HABLAR SOBRE VIH/SIDA										
% que identificó espontáneamente las siguientes formas de evitarlo										
(26) Usar condones	32.2	49.4	39.7	55.9	27.2	44.9	10.3	27.9	42.5	60.1
(27) Tener una sola pareja**	36.8	54.2	43.3	56.5	32.4	52.7	29.0	54.0	40.4	54.3
(28) Abstinencia	22.0	4.4	23.0	7.3	21.2	2.3	16.5	3.6	24.5	4.8
(29) % que cree que a una persona infectada con VIH se le debe permitir trabajar	48.7	45.7	58.4	53.8	41.0	39.7	25.0	26.6	56.3	54.0
(30) % que cree que a los adolescentes se les debe enseñar el uso del condón	80.2	91.4	86.7	97.3	75.0	87.1	63.8	84.1	85.4	94.6
% que usó condón en la última relación sexual										
(31) En unión	1.9	3.7	2.6	4.6	1.6	3.1	0.6	3.9	2.7	3.4
(32) No en unión, sexualmente activo en el último año	8.4	46.7	5.7	49.7	12.3	43.3	0.0‡	35.7‡	10.3	49.6
Ns no ponderados										
15–19 años	1,601	461	533	160	1,068	301	704	203	897	258
20–24 años	1,757	344	548	121	1,209	223	753	132	1,003	212
Entre los de 15–24 años										
Con experiencia sexual	1,946	506	538	183	1,408	323	878	190	1,067	316
Sexualmente activos	1,764	395	471	138	1,293	257	810	155	953	240
En unión	1,718	239	444	57	1,274	182	798	118	919	121
No en unión	46	156	27	81	19	75	12	37	34	119

*A menos que se especifique algo distinto, sexualmente activo se refiere a haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. †Basado en respuestas afirmativas a cualquiera de las siguientes preguntas: "Antes de que usted cumpliera los 12 años, ¿recuerda usted si alguna persona mayor que usted lo/la tocó sexualmente o le hizo algún acto sexual?" y, sólo para mujeres, "Después de que usted cumplió 12 años hasta hoy, ¿recuerda usted si alguien la forzó físicamente a tener relaciones sexuales o a hacer un acto sexual que usted no quería?" #N=25–49. §Menos de 25 casos. **Incluye las siguientes respuestas: tener una sola pareja, no tener relaciones sexuales con compañero/a infiel (o con mujeres que tienen otras parejas, en el cuestionario para hombres), no tener relaciones sexuales con desconocidos/as y reducir el número de parejas. *Notas:* A menos que se especifique algo diferente, los datos se refieren a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los indicadores están basados en datos ponderados. Los métodos modernos comprenden la píldora, inyección, implante, condones (masculino y femenino), DIU, métodos vaginales (diafragma y espermicidas) y esterilización (masculina y femenina). Los métodos tradicionales son abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos. nd=no disponible. *Fuentes:* ENSMI 2002 y ENSM 2002.

Actividad sexual temprana

Aunque los hombres inician las relaciones sexuales más temprano, la mayoría de los hombres y de las mujeres ha tenido relaciones sexuales antes de los 20 años.



Fuentes: ENSMI 2002 y ENSM 2002.

están representando una creciente proporción de personas seropositivas. En 2004, la razón hombre-mujer de casos de nuevos infectados era de dos a uno; una década atrás era de tres a uno.²¹

Además, dado que muchos años pasan después de la infección con el virus y el desarrollo del síndrome y que una ligera mayoría (52%) de los casos notificados de SIDA tiene entre 24 y 34 años,²² es evidente que un gran número de infecciones está ocurriendo tempranamente en la vida sexual de las personas.

Los jóvenes tienen mayor probabilidad que las jóvenes de tener experiencia sexual.

¿Cuáles características de la actividad sexual durante la adolescencia y principios de la vida adulta ponen en riesgo a las y los guatemaltecos?

- La proporción de jóvenes guatemaltecos que alguna vez ha tenido relaciones sexuales aumenta marcadamente con la edad: entre los de 15 a 19

años, 40% de los hombres y 24% de las mujeres han tenido relaciones sexuales alguna vez; entre los de 20 a 24 años, las proporciones llegan a 89% y 67%, respectivamente (Cuadro 1, filas 1 y 2).

- Las mujeres jóvenes rurales tienen mayor probabilidad de haber tenido relaciones sexuales (26% entre las de 15 a 19 años y 71% entre las de 20 a 24 años) que las jóvenes urbanas (19% y 62%, respectivamente). Sin embargo, la probabilidad de que un hombre joven haya iniciado su actividad sexual difiere poco en función del lugar en donde vive.

- Las diferencias étnicas en los niveles de experiencia sexual varían según el género: los hombres indígenas tienen menor probabilidad que los no indígenas de haber tenido relaciones sexuales (28% versus 47% entre los de 15 a 19 años y 84% versus 91% entre los de 20 a 24 años); sin embargo, las mujeres indígenas tienen mayor probabilidad que

las no indígenas de haberlas tenido (27% versus 22% en las adolescentes y 77% versus 63% entre las de 20 a 24 años).

- Los jóvenes inician su actividad sexual más pronto que las jóvenes. En general, 28% de los hombres jóvenes entre 20 y 24 años tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, 63% antes de cumplir los 18 años y 83% antes de llegar a los 20 años. Las proporciones correspondientes en mujeres son 12%, 42% y 58%, respectivamente (filas 4 a 6).

- El diferencial de género en la proporción de personas que ha tenido relaciones sexuales antes de los 20 años es amplio (38 puntos porcentuales) entre jóvenes del área urbana, pero más reducido (15 puntos porcentuales) en áreas rurales en donde reside la mayoría de indígenas.^{7(Gráfico 13)} Notablemente, la brecha entre jóvenes indígenas en general es bastante pequeña (seis puntos porcentuales), porque las mujeres indígenas tienen mayor probabilidad que otras mujeres,

y los hombres indígenas tienen menor probabilidad que otros hombres, de iniciar su actividad sexual siendo adolescentes (Gráfico 1).

Los jóvenes varones tienen mayor probabilidad de iniciar relaciones sexuales por fuera de una unión.

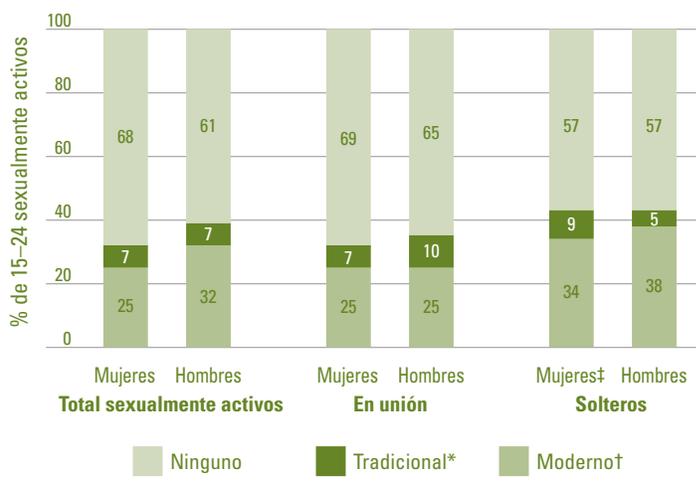
- En general, la proporción de jóvenes de 20 a 24 años que ha tenido relaciones sexuales premaritales antes de los 20 años es más de cuatro veces mayor entre los hombres que entre las mujeres (74% versus 18%),^{8,23} diferencia que puede explicarse en función de las normas culturales que toleran las relaciones sexuales premaritales en los hombres pero no en las mujeres.

- Además, esta medida se ve afectada por la edad mediana a la unión debido a que toma en conjunto las proporciones de quienes han tenido relaciones sexuales antes de la unión y antes de una edad específica. Dado que la edad mediana a la unión en los hombres es más alta que la de las mujeres, 22.7 versus 19.9,^{1,2} por definición los hombres están expuestos a un mayor riesgo de haber tenido relaciones sexuales premaritales antes de los 20 años.

- Cuarenta y uno por ciento de los hombres entre 15 y 24 años de edad son sexualmente activos (i.e., han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses—fila 7). Este grupo está dividido casi por igual entre jóvenes en unión y solteros (filas 8 y 9). De manera similar, 38% de las mujeres jóvenes son sexualmente activas. Sin embargo, esta proporción está constituida casi en su totalidad por mujeres en unión.

Uso anticonceptivo

La mayoría de la gente joven sexualmente activa no usa métodos anticonceptivos.



*Abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos.
†Píldora, inyección, implante, condones (masculino y femenino), DIU, diafragma, espermicidas y esterilización (masculina y femenina). ‡Los datos deben ser interpretados con precaución debido a que el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño (N=46). Fuentes: ENSMI 2002 y ENSM 2002.

jóvenes indígenas y jóvenes rurales (alcanzando 67–85%).

• El uso de métodos efectivos es más común en solteros que en los que están en unión—34–38% versus 25% (filas 17 y 20); no obstante, la proporción para mujeres solteras está basada en una muestra relativamente pequeña, por lo que este resultado debe interpretarse con cautela.

• Las mujeres jóvenes tienen menos probabilidades que los hombres jóvenes de usar un método anticonceptivo la primera vez que tienen relaciones sexuales: sólo 8% de las jóvenes con experiencia sexual lo usó, en comparación con 35% de los hombres jóvenes (fila 23). Esta diferencia refleja parcialmente el contexto de la primera relación sexual, debido a que las mujeres tienen mucho más probabilidad que los hombres de que su primera relación sexual ocurra dentro de una unión.

Las mujeres jóvenes tienen una alta necesidad insatisfecha en anticoncepción.

• Cincuenta y tres por ciento del total de mujeres sexualmente activas entre 15 y 24 años tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna.‡ Los niveles de necesidad insatisfecha son más altos en las mujeres jóvenes que nunca han asistido a la escuela (68%), en mujeres indígenas (67%) y en las que viven en áreas rurales (57%).⁸

• ¿Por qué las mujeres jóvenes no están usando anticonceptivos? Entre las mujeres sexualmente activas que no desean un hijo pronto y no usan anticonceptivos, 25% menciona barreras de conocimiento o acceso (mayormente desconocimiento de los métodos o de lugares dónde conseguirlos) y 20% expresa temores de salud o de efectos secundarios como la principal razón para no usarlos.

Muchos hombres tienen múltiples parejas y es probable que haya subregistro de las relaciones forzadas.

Otra norma social en Guatemala que eleva el riesgo sexual y reproductivo es la tolerancia de las parejas sexuales múltiples en los hombres. (Para mujeres ni siquiera se indagó el dato).

• Un tercio de los hombres solteros sexualmente activos de 15 a 24 años ha tenido dos o más parejas en los últimos 12 meses. La proporción es similar en los hombres urbanos, indígenas y no indígenas, pero es menor (un cuarto) en los hombres rurales (fila 11). Los hombres jóvenes en unión, especialmente los indígenas,* tienen mucho menos probabilidad que los hombres solteros de haber tenido múltiples parejas (fila 10).

• Las relaciones sexuales forzadas pueden tener consecuencias devastadoras. Aunque la proporción de gente joven que reporta haber tenido relaciones sexuales forzadas es relativamente pequeña, la proporción es más alta entre mujeres que entre hombres—6% versus 1% (fila 12). Debido a la vergüenza y el temor a represalias asociados con la violencia sexual, es probable que los datos de la

encuesta subestimen de manera sustancial su ocurrencia real.

Pese a los altos niveles de conocimiento sobre anticoncepción, su uso es poco frecuente.

Una gran mayoría de mujeres y hombres de 15 a 24 años sexualmente activos no desea tener hijos pronto (89–91% de las mujeres y 81–86% de los hombres, dependiendo de si están en unión o no).^{8,23} Dado este dato, ¿qué proporciones de la juventud usan un método anticonceptivo para lograr sus preferencias reproductivas?

• Nueve de cada 10 jóvenes conocen un método anticonceptivo moderno.† El conocimiento es casi universal entre hombres y mujeres no indígenas, así como entre hombres urbanos, pero es especialmente bajo entre mujeres indígenas—73% (fila 13).

• Sin embargo, el conocimiento de los métodos no conduce necesariamente a su uso. Entre las personas sexualmente activas de 15 a 24 años, casi siete de cada 10 mujeres y seis de cada 10 hombres no usan anticonceptivos (fila 16 y Gráfico 2). La proporción de personas sin protección anticonceptiva es especialmente alta entre

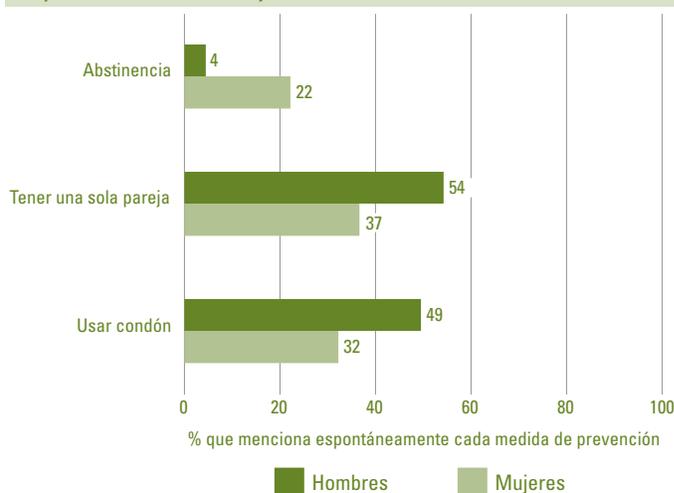
*El hallazgo inesperado de una mayor proporción de hombres rurales que urbanos con parejas múltiples no parece, a primera vista, coincidir con el hallazgo de una menor proporción de hombres indígenas que ha tenido parejas múltiples en comparación con los no indígenas, debido a que los indígenas usualmente tienen mayor probabilidad de vivir en áreas rurales que en áreas urbanas. Sin embargo, este dato indica que en la ENSM, el número no ponderado de hombres en unión en áreas urbanas fue mucho menor que el de áreas rurales (57 versus 182), y el desglose del número de hombres rurales con parejas múltiples por grupo étnico, muestra que estos hombres del medio rural tenían mucho más probabilidad de ser no indígenas que indígenas (12 versus tres).

†Los métodos modernos son la píldora, la inyección, los implantes, los condones (masculino y femenino), el DIU, el diafragma, los espermicidas y la esterilización (masculina y femenina).

‡Las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de un método efectivo si son fecundas y sexualmente activas, no desean un nacimiento en los próximos dos años y no están utilizando un método moderno.

Conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/SIDA

Muchas de las personas de 15–24 años que han oído hablar sobre VIH/SIDA no saben cómo prevenir la infección.



Fuentes: ENSMI 2002 y ENSM 2002.

Adicionalmente, 17% se opone al uso de anticonceptivos o tiene una pareja que se opone, 15% afirma tener relaciones sexuales muy infrecuentes para necesitar protección anticonceptiva moderna, 7% supone que está protegida por la lactancia o por amenorrea postparto, y 15% propone aún otras razones.

El conocimiento de la gente joven sobre VIH/SIDA es generalizado pero superficial.

- Una mayor proporción de hombres jóvenes (93%) que de mujeres jóvenes (84%) ha escuchado sobre VIH/SIDA (fila 24). El diferencial de género en cuanto al conocimiento acerca del tema se mantiene entre la juventud rural e indígena. La percepción sobre VIH/SIDA es más común entre las mujeres urbanas que en las rurales (93% versus 79%) y más prevalente entre mujeres no indígenas que entre indígenas (94% versus 65%).

- Proporciones mucho más pequeñas conocen otras ITS—en total 78% de los jóvenes y 54% de las jóvenes (fila 25). Diferenciales de género existen dentro de cada subgrupo y éstos son aún más amplios que los diferenciales de género en el conocimiento sobre VIH/SIDA (15–38 puntos porcentuales versus 3–22 puntos porcentuales).

- Entre quienes están familiarizados con el VIH/SIDA, una mayor proporción de hombres jóvenes que de mujeres jóvenes identifica espontáneamente el uso del condón como una forma de prevenir su transmisión (49% versus 32%, fila 26 y Gráfico 3). Las proporciones de tan importante conocimiento son

inquietantemente bajas entre mujeres y hombres jóvenes indígenas—28% y 10%, respectivamente.

- Proporciones más altas de hombres que de mujeres mencionan espontáneamente tener sólo una pareja como una forma específica de prevenir el VIH/SIDA (fila 27). En general, la abstinencia es mucho menos reconocida como una forma de prevención del VIH/SIDA y la dirección del diferencial de género se invierte (fila 28).

- En general, menos de la mitad de los hombres y mujeres jóvenes que han escuchado sobre el VIH/SIDA piensa que debe permitírsele a las personas seropositivas seguir trabajando (fila 29). La proporción varía poco por género, lo cual indica que la intolerancia hacia las personas infectadas con VIH es muy común. Las proporciones más bajas de quienes creen que debe permitírsele a las personas seropositivas mantener sus empleos son las de jóvenes indígenas (25–27%).

- La mayoría de las personas de 15 a 24 años que ha escuchado sobre el VIH/SIDA piensa que debe enseñarse a los adolescentes cómo usar un condón (fila 30). Los hombres son más proclives que las mujeres a aprobar ese tipo de instrucción (91% versus 80%).

Pocos jóvenes están tomando medidas para prevenir la infección.

- Entre la gente joven soltera y sexualmente activa, solamente 47% de los hombres y 8% de las mujeres usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales; este diferencial por género es especialmente amplio (44 puntos porcentuales) en áreas

urbanas (fila 32).

- El uso del condón en la última relación sexual fue aún menos común entre la gente joven en unión—solamente 4% entre hombres y 2% entre mujeres (fila 31).

Conclusiones

La gente joven en Guatemala necesita estar mejor informada sobre las formas de mejorar y proteger su salud sexual y reproductiva. Los hombres y mujeres jóvenes difieren en casi todas las medidas examinadas. La magnitud de estas diferencias varía ampliamente por subgrupo, como evidencia de la diversidad en el país, por medio de la cual los promedios nacionales encubren las enormes variaciones internas.

- En Guatemala, los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales mucho antes que las jóvenes. Aunque es probable que el sesgo de conveniencia social esté contribuyendo a este resultado (esto es, los jóvenes tienden a exagerar y las jóvenes a minimizar

su experiencia sexual),²⁴ la robustez de la brecha de género sugiere que hay diferencias de género reales, aun si fueran algo menores que las reportadas. Este diferencial de género parece confirmar la persistencia de un doble estándar de moralidad en el cual a los hombres se les induce a ser sexualmente activos a temprana edad, mientras que a las mujeres se les condiciona a aplazar su iniciación sexual.

- Ese doble estándar también significa que la actividad sexual fuera de la unión es mejor tolerada en los hombres que en las mujeres. No obstante, la proporción de mujeres de 20 a 24 años que ha tenido relaciones sexuales premaritales durante la adolescencia aumentó entre 1995 y 2002 (de 14% a 18%).¹⁰ Si la velocidad del cambio de conducta sexual de las mujeres jóvenes es más rápida que la del cambio de las normas sociales que estigmatizan fuertemente el uso de anticonceptivos y la maternidad en las solteras, las mujeres jóvenes pueden recurrir

en forma creciente al aborto inseguro.

- El origen étnico parece estar asociado con diferentes patrones en las diferencias de género. Por ejemplo, el diferencial de género en la actividad sexual temprana es menor que el promedio entre los jóvenes indígenas.
- Las conductas sexuales que pueden aumentar el riesgo de VIH y otras ITS, como el de tener parejas múltiples y ser sexualmente activos fuera de la unión, son más bajas en la juventud indígena que en la no indígena. Sin embargo, las parejas indígenas jóvenes parecen estar en mayor riesgo de embarazo no planeado, puesto que las mujeres indígenas tienen un nivel mucho más alto de necesidad insatisfecha en anticoncepción efectiva que las mujeres no indígenas.
- El conocimiento sobre otras ITS diferentes al VIH/SIDA no es muy común entre la gente joven en Guatemala y el diferencial de género en este conocimiento es particularmente grande. Dado

que las ITS aumentan tanto la susceptibilidad de infección de las personas VIH-negativas, como la infectabilidad entre aquellos VIH-positivos,²⁵ la juventud guatemalteca necesita estar mejor informada acerca de todas las ITS.

- El uso extremadamente bajo del condón entre la gente joven en unión sugiere que su uso dentro de la unión sigue estando estigmatizado por la asociación con la infidelidad,¹³ lo cual limita la capacidad de los esposos para protegerse adecuadamente de las ITS, incluyendo el VIH. Aún más, el hecho de que una más alta proporción de hombres mencionara espontáneamente el tener relaciones sexuales con sólo una pareja como estrategia de prevención (54%) en comparación con no tener relaciones sexuales del todo (4%), sugiere que los hombres jóvenes probablemente ven a la abstinencia como una opción no viable. Ante estos resultados, es claro que más gente joven—en unión y solteros—necesita usar condones. Los condones son provistos gratuitamente a

través del Programa Nacional de Salud Reproductiva, pero las existencias y accesibilidad deben garantizarse, en particular en las tradicionalmente desatendidas áreas rurales. La disponibilidad no garantiza el uso, por lo cual se necesitan estrategias dirigidas y diferenciadas para superar las barreras sociales y culturales para el uso del condón entre la gente joven.

- Es preocupante el hecho de que entre las personas familiarizadas con el VIH/SIDA, menos de tres de cada 10 hombres jóvenes indígenas y sólo una de cada 10 mujeres indígenas mencionaron espontáneamente el condón como medio para evitar la infección. El ONUSIDA ha señalado a la población indígena como especialmente vulnerable, dada la explosiva mezcla de pobreza extrema, malas condiciones de salud, aislamiento geográfico y cultural, y un inadecuado acceso a la atención a la salud (con el esperado potencial de más coinfecciones, como la tuberculosis).²⁶ Esta situación requiere programas dirigidos a educar a la juventud indígena sobre los riesgos y prevención del VIH; para que sean más efectivos, tales esfuerzos deben ser sensibles a la cultura indígena y llevados a cabo en idiomas indígenas.

- Las mujeres jóvenes rurales e indígenas sexualmente activas están en particular desventaja en términos de su capacidad de lograr una adecuada salud reproductiva: sus niveles de uso de anticonceptivos modernos son bajos (19% y 10%, respectivamente) y sus niveles de necesidad insatisfecha en anticoncepción efectiva son muy altos

(57–67%, comparados con 44–45% entre sus contrapartes urbanas y no indígenas).⁸ Estas jóvenes mujeres también enfrentan el más alto nivel de riesgo obstétrico, dadas sus particularmente bajas tasas de atención prenatal y de atención médica en el parto.¹⁰

Para ayudar a la gente joven a evitar los embarazos no deseados y detener el aumento en los casos de VIH/SIDA, el gobierno necesita aumentar los bajos niveles de conocimiento en la juventud al mejorar la educación sexual en las escuelas e implementar estrategias educativas para jóvenes que estén fuera del sistema escolar. Aunque la ley de 2006, que garantiza el acceso universal a la planificación familiar, contiene disposiciones que respaldan la educación sexual, la ley todavía tiene que ser completamente implementada. Debe enseñarse a la gente joven la importancia de aplazar la iniciación sexual, reducir el número de sus parejas sexuales, ser fiel a una sola pareja y usar condones de manera correcta y consistente. Las políticas y programas efectivos para ayudar a que la gente joven comprenda y evite los riesgos que enfrenta, puede ser clave para brindarles una mejor protección tanto a ellos como al futuro de Guatemala.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
2. MSPAS, *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Masculina 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
3. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), *América Latina: proyecciones de*

Fuentes de Datos

Los datos presentados en este informe provienen principalmente de dos encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Guatemala—la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil¹ (ENSMI) 2002 y la Encuesta Nacional de Salud Masculina² (ENSM) 2002. Las encuestas fueron llevadas a cabo por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Nacional de Estadística, en colaboración con otras organizaciones nacionales e internacionales. La ENSMI, tuvo un tamaño de muestra de 9,155 mujeres en edad reproductiva, incluyendo 1,601 mujeres de 15 a 19 años y 1,757 mujeres de 20 a 24 años, tanto casadas y en unión consensual como solteras. El tamaño de muestra de la ENSM fue de 2,538 hombres de 15 a 59 años, incluyendo 461 hombres de 15 a 19 años y 344 hombres de 20 a 24 años en cualquier estado civil. Estas encuestas tienen muestras lo suficientemente grandes para permitir análisis de jóvenes adultos por residencia rural o urbana y grupo étnico. Los datos presentados en el cuadro han sido ponderados para hacer que la muestra probabilística sea representativa a nivel nacional.

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
2. MSPAS, *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Masculina 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.

población 1970–2050, *Boletín Demográfico*, No. 62, 1998, <xml/7/5397/lcgdem180e.pdf>, consultado el 6 de julio, 2006.

4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: PNUD, 2006, <http://www.desarrollohumano.org.gt/INDH2005/capitulos/Anexo%20b.pdf>, consultado el 21 de septiembre, 2006.

5. Banco Mundial, *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*, Washington, DC: Banco Mundial, 2006.

6. PNUD, *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003*, San José, Costa Rica: PNUD, 2003.

7. Instituto Nacional de Estadística (INE), *XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2003, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 26 de junio, 2006.

8. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002.

9. Lloyd CB, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.

10. Figueroa W et al., Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, Serie 2006, No. 5.

11. Zelaya E et al., Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1):39–46.

12. Berglund S et al., The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(1):1–12.

13. Schieber B y Mata A, Educación reproductiva y paternidad responsable en Guatemala, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2001, <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/9517/494.pdf>, consultado el 3 de noviembre, 2006.

14. Paredes J y Castellanos A, Planificación familiar y salud sexual serán universales, *Prensa Libre*, 17 de noviembre, 2005, <http://www.prensalibre.com/pl/2005/noviembre/17/128046.html>, consultado el 3 de noviembre, 2006.

15. Código Penal de Guatemala, Decreto no. 17–73 (1973), artículos 133–140, <http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf>, consultado el 24 de mayo, 2006.

16. Prada E et al., *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, <http://www.guttmacher.org/pubs/GuatemalaUPIA.pdf>, consultado el 28 de marzo, 2007.

17. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(3):136–145, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>, consultado el 28 de marzo, 2007.

18. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *2006 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, Ginebra: ONUSIDA, 2006, <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_ANN2_es.pdf>, consultado el 28 de marzo, 2007.

19. Organización Panamericana de la Salud, Guatemala: resumen del análisis de situación y tendencias de salud, sin fecha, <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_320.htm>, consultado el 28 de marzo, 2007.

20. Centro Centroamericano de Población, Censoamericano poblacional, <http://ccp.ucr.ac.cr/>, consultado el 20 de febrero, 2007.

21. United States Agency for International Development, *Country Profile, HIV/AIDS: Guatemala*, 2004, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/guatemalabrief.pdf#search=%22sexually%20transmitted%20infections%20Guatemala%22>, consultado el 2 de octubre, 2006.

22. Hirschmann A, *Informe Sobre los Avances en la Declaración de UNGASS, Informe de País: Guatemala*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, 2005, <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_guatemala_es.pdf>, consultado el 18 de diciembre, 2006.

23. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Masculina 2002.

24. Fenton KA et al., Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77(2):84–92.

25. Rottingen JA, Cameron DW y Garnett GP, A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted infections and HIV: how much really is known? *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28(10):579–597.

26. ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA, 2006*, Ginebra: ONUSIDA, 2006, <http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf>, consultado el 28 de marzo, 2007.

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue escrito por Lisa Remez y Elena Prada, consultoras independientes; Werner Figueroa, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Felipe López, PROCONDE (Proyectos, Consultorías y Desarrollo); y Joanna Drescher, anteriormente del Guttmacher Institute. Los autores agradecen a Jennifer Catino, EngenderHealth; Annelise Hirschmann, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA; e Ilka Rondinelli, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, por sus comentarios y contribuciones a una versión preliminar del informe. Agradecen igualmente las observaciones hechas por los colegas del Guttmacher Institute: Akinrinola Bankole, Susheela Singh, Patricia Donovan y Leila Darabi. Dore Hollander, del Guttmacher Institute, realizó la edición del informe. Matilde Rosero, consultora independiente, estuvo a cargo del diseño y de la producción, y Xavier González-Alonso tradujo el informe.

La financiación para este proyecto fue proporcionada por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Cita sugerida: Remez L et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, Serie 2007, No. 1.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

New York

125 Maiden Lane, New York, NY 10038
Tel: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington DC

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

Se puede descargar el informe completo, Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca, *En Resumen*, del sitio www.guttmacher.org. También se pueden comprar ejemplares, con descuentos por pedidos en grandes cantidades. Para efectuar su pedido, llame 1-212-248-1111, o visite el sitio en la Web.

©Guttmacher Institute.

05/2007