

Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país.¹ En Guatemala, donde los recursos muy limitados moldean las vidas de muchas personas jóvenes aún sin la carga adicional de la paternidad, es imperativo abordar las consecuencias sociales y en salud de los altos niveles de maternidad adolescente.

Por varios motivos, es crucial comprender el contexto y las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. Por ejemplo, la gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca: aproximadamente una cuarta parte de los guatemaltecos está entre los 10 y 19 años.² Las consecuencias de la escogencia de vida que esta gente adopte seguirán repercutiendo en la sociedad guatemalteca por muchos años. Asimismo, el momento de la unión y de la maternidad tiene implicaciones para toda la vida de las jóvenes y para el desarrollo económico y social del país. Si las jóvenes guatemaltecas han de desempeñar un papel activo en ese desarrollo y si han de prepararse adecuadamente para el futuro, necesitan educación y capacitación—necesidades que con frecuencia no son satisfechas si asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana.

Cada año, 114 de cada 1.000 mujeres guatemaltecas entre 15 y 19 años

dan a luz.³ Aunque esta representa un ligero descenso de la tasa de 126 por cada 1.000 registrada en 1995,⁴ sigue siendo la tercera más alta de América Central, después de Honduras (137)⁵ y de Nicaragua (119).⁶ La tasa de Guatemala excede las de El Salvador (104),⁷ Belice (95),⁸ Panamá (89)⁹ y Costa Rica (78).¹⁰ Como es el caso en muchos otros países, en Guatemala la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las adolescentes urbanas (133 por 1.000 versus 85 por 1.000).¹¹ Además, la fecundidad adolescente disminuyó a un ritmo más lento que la fecundidad general: la tasa de fecundidad adolescente bajó en sólo un 10% de 1995 a 2002, mientras que la tasa entre todas las mujeres en edad reproductiva descendió en un 20%.¹²

La información obtenida de encuestas nacionales realizadas en Guatemala (ver recuadro) permite examinar de cerca el tema de la maternidad y las conductas asociadas en las adolescentes

Puntos Clave

- Guatemala tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América—114 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año.
- La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión (formal o consensual) antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años.
- El 44% de las mujeres de 20 a 24 años eran madres antes de los 20; la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%).
- La gran mayoría de las mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes—el 83%, con poca variación por lugar de residencia o por pertenencia étnica. Sin embargo, sólo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo.
- Aunque el 70% de las mujeres de 15 a 24 años que dio a luz recientemente realizó al menos una visita de control prenatal, casi la mitad de las mujeres menos educadas y de las indígenas no realizó ninguna. Además, sólo la mitad de las madres de 15 a 24 años contó con asistencia médica profesional en su último parto; la proporción es aún más baja en las mujeres con menos escolaridad y en las indígenas (una cuarta parte).

guatemaltecas.* Este informe proporciona una visión de las experiencias sexuales, de uniones y de maternidad en las jóvenes guatemaltecas, y explora los factores asociados con el nivel moderadamente alto de maternidad adolescente del país. También

*Debido a restricciones en la disponibilidad de datos, en este informe las mujeres adolescentes son aquellas entre 15 y 19 años de edad; muchos expertos, sin embargo, consideran que un rango mayor (entre 10 y 19, por ejemplo) es más pertinente en la sociedad actual.

examina las relaciones entre la maternidad temprana y una situación de desventaja prolongada, e identifica los servicios educativos y de salud reproductiva que las mujeres guatemaltecas necesitan para evitar los nacimientos tempranos y a menudo no planeados.

El contexto de la maternidad adolescente es clave.

Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y poner en peligro su salud y la de su recién nacido. Para abordar el asunto de manera efectiva, es importante comprender el contexto en el cual tiene lugar la maternidad temprana. Por ejemplo, las mujeres que dan a luz siendo adolescentes probablemente son pobres y la maternidad temprana puede crear una mayor situación de desventaja económica y social. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza.¹³ Además, la maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo.¹⁴ En contraste, dado que la educación se relaciona cada vez más con el mejoramiento de las perspectivas de vida, las mujeres que aplazan su primer nacimiento hasta después de la adolescencia pueden permanecer más tiempo en la

escuela, lo cual les permite jugar un papel más directo en la determinación de su propio futuro y el de sus hijos.¹⁵

Además, la maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas son ya deficientes. Por ejemplo, dar a luz antes de la completa madurez física (es decir, a la edad de 16 años o menos) puede poner en peligro la salud de la joven y aumentar el riesgo de que su hijo contraiga una enfermedad o muera en la infancia;¹⁶ estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica.

Guatemala es un país pobre con una alta fecundidad.

Guatemala es, por mucho, el país más populoso de América Central; su población estimada de 13,2 millones de habitantes casi duplica la del segundo país más populoso de la región, la vecina Honduras.¹⁷ También se destaca por ser un país en gran parte rural (el 54% de los guatemaltecos vive en áreas rurales, comparado con el 31% de los Centroamericanos en general¹⁸) y por tener una población indígena excepcionalmente grande y diversa (los grupos indígenas constituyen el 43% de la población total¹⁹ y hablan 22 idiomas).

El país, que crece a una tasa anual del 2,6%,²⁰ tiene una de las tasas globales de fecundidad más altas de toda América Latina—4,4 nacimientos por mujer²¹—y una de las tasas más bajas de uso anticonceptivo (43%

de las mujeres en unión en edad reproductiva).²² Guatemala tiene también uno de los niveles más altos de desigualdad social y económica de las Américas. Aunque un “dividendo de paz” después de casi cuatro décadas de conflicto civil que culminó en 1996 ha comenzado a mostrar reducciones graduales de la pobreza, la mayoría de los guatemaltecos—el 56% en 2000—todavía subsiste por debajo de la línea de pobreza (es decir, no tienen los recursos necesarios para proveerse de bienes y servicios básicos).²³ El segmento más vulnerable de la población—la población indígena—es aún más indigente: tres cuartas partes viven en la pobreza, y una cuarta parte en la pobreza extrema (es decir, incapacidad de comprar la canasta básica de alimentos).²⁴ Los indígenas guatemaltecos permanecen rezagados en todos los indicadores de desarrollo socioeconómico, educativos y de salud.

Las mujeres guatemaltecas tienen una deficiente salud reproductiva.

La población guatemalteca tiene varios problemas serios de salud, muchos de los cuales están ligados a una deficiente salud reproductiva.

- Las bajas tasas de atención prenatal y del parto y el precario estado general de salud de las mujeres pobres contribuyen a la razón de mortalidad materna de 153 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, una de las más altas en la región.²⁵ Las mujeres indígenas sufren de manera desproporcionada, dado que su razón de mortalidad

materna es casi el triple que la de las mujeres no indígenas (211 versus 70). La razón entre las mujeres adolescentes en 2000 era de 110 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

- La tasa de mortalidad infantil en 2002, de 39 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, está entre las más altas en América Central.²⁶
- El aborto inducido es ilegal en Guatemala excepto en el caso necesario para salvar la vida de una mujer embarazada;²⁷ sin embargo, aproximadamente 27.000 mujeres son hospitalizadas cada año para ser tratadas por complicaciones postaborto.²⁸ Aunque éstas son complicaciones de abortos espontáneos e inducidos, la mayoría de las pacientes de postaborto en América Latina que declara haber tenido un aborto espontáneo en realidad se ha sometido a un aborto inducido realizado en condiciones de riesgo.²⁹ Según la limitada información disponible sobre las características de las mujeres hospitalizadas por tales complicaciones, una quinta parte tiene entre 15 y 19 años, lo cual sugiere que un número importante de adolescentes guatemaltecas recurre cada año al aborto inseguro.³⁰

El nivel educativo de las adolescentes es muy bajo.

La salud reproductiva y general de las jóvenes tiende a mejorar conforme aumentan los niveles de escolaridad. Lamentablemente, el objetivo de lograr la educación primaria universal entre las mujeres guatemaltecas sigue siendo difícil de alcanzar. Aunque la

Indicadores Demográficos y Reproductivos Seleccionados

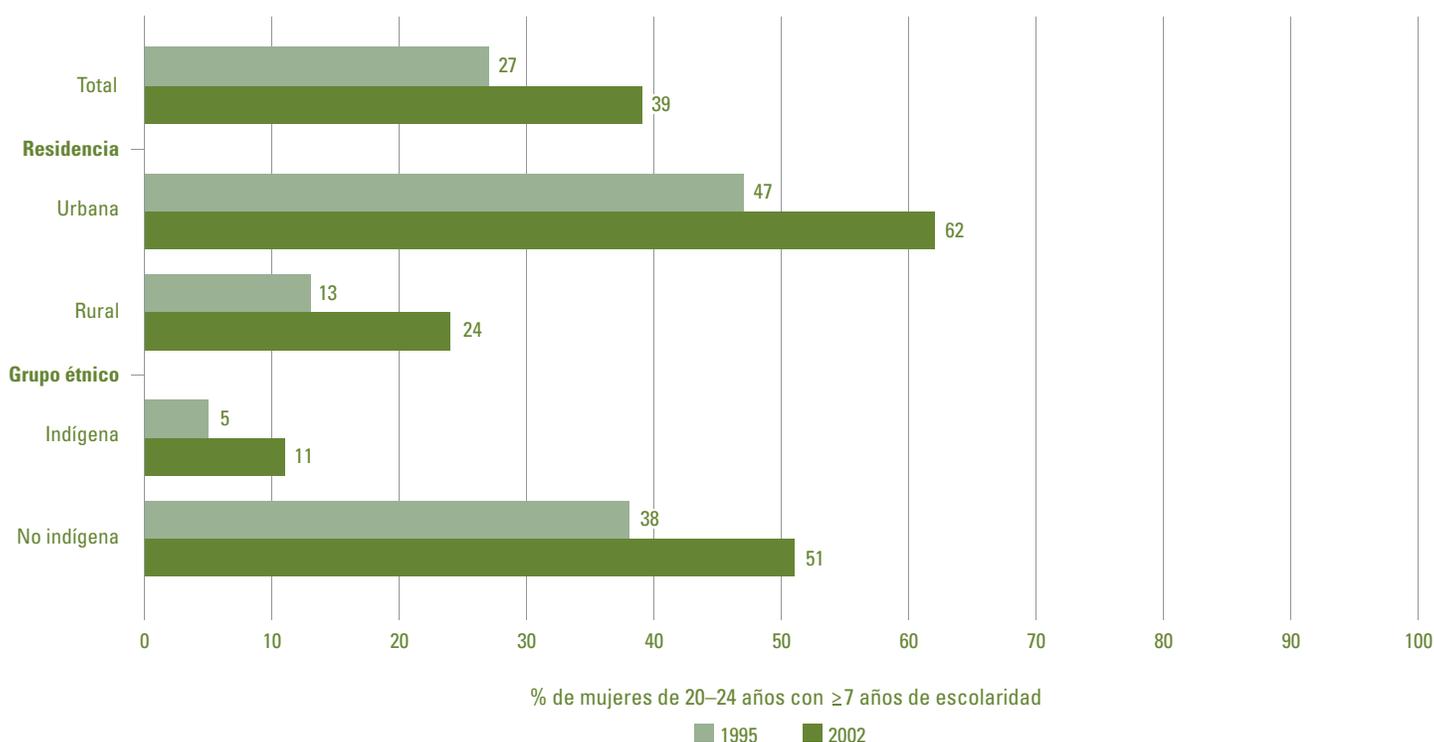
La experiencia de las mujeres guatemaltecas a menudo varía con su residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico.

Indicador	Total		Residencia				Años de escolaridad						Grupo étnico			
			Urbana		Rural		0		1-6		≥7		Indígena		No indígena	
	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002
Ns no ponderados																
Mujeres 15-19	2.949	1.601	917	533	2.032	1.068	660	259	1.610	914	679	428	1.282	704	1.653	897
Mujeres 20-24	2.272	1.757	689	548	1.583	1.209	678	455	1.157	873	437	429	945	753	1.314	1.003
(1) % de mujeres de 20-24 años con ≥7 años de escolaridad	27,3	39,4	47,3	61,8	12,6	24,4	na	na	na	na	na	na	5,1	11,0	37,6	51,3
(2) % de mujeres de 20-24 años en unión* antes de los 20 años	56,1	50,3	47,2	40,8	62,7	56,8	74,5	77,1	61,9	61,1	29,5	26,3	67,6	63,7	50,8	44,7
(3) % de mujeres de 20-24 años que tuvo relaciones sexuales antes de la unión y antes de los 20 años	14,4	17,7	16,5	19,3	13,0	16,7	15,7	12,5	15,1	19,0	12,2	18,9	11,1	13,9	16,0	19,4
(4) % de mujeres de 20-24 años que tuvo un hijo antes de la unión y antes de los 20 años	1,5	3,9	1,3	4,8	1,7	3,4	1,3	3,7	1,8	4,3	1,1	3,7	1,1	4,4	1,7	3,8
% de mujeres de 20-24 años que dio a luz antes de edad específica																
(5) 20 años	46,7	43,5	35,6	35,0	55,0	49,2	64,6	67,9	52,0	53,3	21,2	21,7	56,4	54,3	42,2	39,0
(6) 18 años	26,4	24,4	19,6	18,6	31,4	28,3	42,1	42,8	28,9	30,5	7,7	9,2	35,5	33,7	22,1	20,5
(7) 15 años	4,0	2,6	1,5	1,7	5,9	3,3	10,5	6,1	2,9	2,8	0,2	0,9	6,7	4,4	2,8	1,9
(8) % de mujeres de 15-19 años que ha dado a luz o está embarazada	21,1	19,2	14,7	14,7	26,1	22,3	35,9	36,4	24,7	24,2	7,7	6,6	26,0	21,9	18,5	17,8
(9) % de nacimientos de adolescentes no planeados†	23,6	29,3	33,4	26,6	18,8	30,4	17,8	26,0	22,9	30,9	43,7	29,2	13,9	25,4	30,0	31,6
% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas‡ que no desea un hijo pronto§																
(10) Total	84,8	84,4	86,5	83,2	83,9	84,7	82,2	76,5	84,2	86,9	95,4	87,5**	83,2	83,5	86,2	85,0
(11) En unión	84,4	83,3	85,6	80,3	83,9	84,2	81,7	76,2	83,6	86,1	96,6	83,7**	83,0	82,6	85,6	83,8
(12) No en unión	92,7**	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††
(13) % de mujeres de 15-19 años que conoce algún método anticonceptivo moderno‡‡	67,5	84,8	80,5	90,1	57,3	81,1	34,2	59,9	61,4	81,2	94,8	98,0	41,9	69,5	80,3	92,5
% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas‡ que usa un método moderno																
(14) Total	10,4	18,2	25,3	29,4	4,1	12,8	1,0	7,8	11,6	19,5	32,3	32,1**	1,1	7,6	17,3	25,6
(15) En unión	10,2	18,3	25,4	30,8	4,2	13,3	1,0	7,9	10,9	19,0	35,6	39,5**	1,1	8,1	17,6	25,5
(16) No en unión	13,6**	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††
% de mujeres de 15-19 años y sexualmente activas que tiene necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva§§																
(17) Total	57,9	51,9	50,0	41,2	61,2	57,1	64,9	55,3	56,3	51,7	45,5	46,4**	66,3	66,7	52,2	42,1
(18) En unión	57,0	50,0	47,4	35,0	60,6	56,1	64,5	55,4	55,7	50,4	40,7	34,1**	66,1	65,2	50,0	39,6
(19) No en unión	76,3**	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††	††
(20) % de mujeres de 15-24 años que recibió atención prenatal profesional***	52,8	69,9	70,6	81,0	42,8	64,0	30,1	50,6	57,1	72,4	82,7	86,1	35,8	54,0	63,1	79,2
(21) % de mujeres de 15-24 años que recibió atención profesional en el parto***	39,0	50,9	63,8	72,1	25,0	39,5	15,9	25,4	40,3	48,2	80,1	86,5	12,4	23,3	55,0	66,9

*En todos los indicadores que se refieren al estado civil, en unión incluye uniones legales y consensuales. †El denominador consiste en todos los nacimientos en los cinco años anteriores a la entrevista, en mujeres menores de 20. ‡Todas las mujeres en unión, así como las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores. §No desean hijos o desean esperar dos o más años antes de su próximo nacimiento. **El N no ponderado es pequeño (25-49). ††Omitido porque el N no ponderado es menor de 25. ‡‡La píldora, los inyectables, los implantes, la esterilización masculina y femenina, el DIU, el diafragma, los espermicidas, el condón y la esponja. §§Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción si son sexualmente activas, no desean un hijo en los siguientes dos años y no usan un método efectivo. ***Se refiere al nacimiento más reciente dentro de los cinco años anteriores. Atención profesional es la atención proporcionada por médicos y enfermeras en hospitales del sector privado y público y en clínicas. Nota: na=no aplicable. Fuentes: ENSMI 1995 y 2002.

Escolaridad

El nivel educativo entre las mujeres jóvenes está creciendo lentamente, pero sigue siendo bajo.



Fuentes: ENSMI 1995 y 2002.

proporción de todas las mujeres entre 20 y 24 años que había completado al menos siete años de escolaridad (es decir, había comenzado la secundaria) aumentó dramáticamente de 1995 a 2002—del 27% al 39% (Cuadro 1, fila 1)—dicho nivel de estudios sigue siendo poco común entre las mujeres indígenas (11%) y entre las mujeres de áreas rurales (24%).

El nivel educativo varía ampliamente según grupo étnico y área de residencia (Gráfico 1). Por ejemplo, la proporción con al menos siete años de escolaridad es casi cinco veces mayor entre las jóvenes no indígenas que entre las indígenas (51% versus 11%) y 2,5 veces mayor entre las adolescentes urbanas que las rurales (62% versus 24%). Aunque la pobreza es la principal razón de estas diferencias, la

situación se agrava por el hecho de que se ofrezca la instrucción sólo en español (a pesar de que una tercera parte de la población indígena habla sólo un idioma indígena³¹) y por la dificultad de llenar puestos de enseñanza en áreas rurales poco accesibles. Todos estos factores reducen la motivación de los padres indígenas y rurales a enviar a sus hijos a la escuela, especialmente a sus hijas que a menudo son necesarias en el hogar.

La formación de uniones y la iniciación sexual ocurren en forma temprana.

Las uniones tempranas siguen siendo una norma predominante. Una cuarta parte de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 había iniciado una unión formal o consensual antes de los 17 años (Gráfico 2) y la mitad lo había hecho

antes de llegar a los 20. (Las adolescentes guatemaltecas tienen una mayor probabilidad de formar uniones consensuales que formales. En 2002, el 11% de las mujeres de 15 a 19 años estaba en una unión consensual, mientras que el 7% estaba en una unión formal.³²) La tasa de uniones durante la adolescencia ha disminuido poco en los últimos años—sólo en un 10% desde 1995 a 2002 (Cuadro 1, fila 2).

Como es el caso en la mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión: sólo una cuarta parte de las mujeres con al menos siete años de escolaridad ha establecido una unión antes de los 20, comparado con tres cuartas partes de las que no han

asistido a la escuela (Cuadro 1, fila 2). Este diferencial es mucho mayor que el que se da por área de residencia o por pertenencia étnica.

Sin embargo, no toda la actividad sexual adolescente tiene lugar dentro de una unión y aunque sigue siendo duramente censurada, la prevalencia de dicha actividad ha aumentado moderadamente en los últimos años. Mientras que el 14% de las mujeres entre 20 y 24 años en 1995 había tenido relaciones sexuales prematrimoniales siendo adolescentes, en 2002 el 18% lo había hecho, un aumento del 25% durante un período de siete años (Cuadro 1, fila 3).

Aunque Guatemala es en esencia una sociedad conservadora, no es inmune a

Transiciones hacia la Adulthood

La primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento ocurren muy temprano entre las mujeres guatemaltecas.

las influencias de los rápidos cambios del mundo moderno. El nivel de la actividad sexual prematrimonial ha aumentado en casi todos los subgrupos de mujeres con la notable excepción de las mujeres sin ninguna escolaridad, entre las cuales ha disminuido (Cuadro 1, fila 3). Cuando estos aumentos en la actividad sexual antes de la unión se combinan con la incipiente tendencia a posponer la formación de uniones, el período de exposición al riesgo de un embarazo no planeado puede extenderse y el riesgo de las jóvenes de recurrir a un aborto inseguro podría aumentarse como resultado.

Una quinta parte de todas las mujeres guatemaltecas entre 20 y 24 años tuvo relaciones sexuales antes de los 16 años, dos quintas partes antes de los 18, y casi tres quintas partes antes de los 20 (Gráfico 2). Si las adolescentes sexualmente activas no usan métodos anticonceptivos, muchas están en riesgo de quedar embarazadas.

La maternidad durante la adolescencia es muy común en Guatemala.

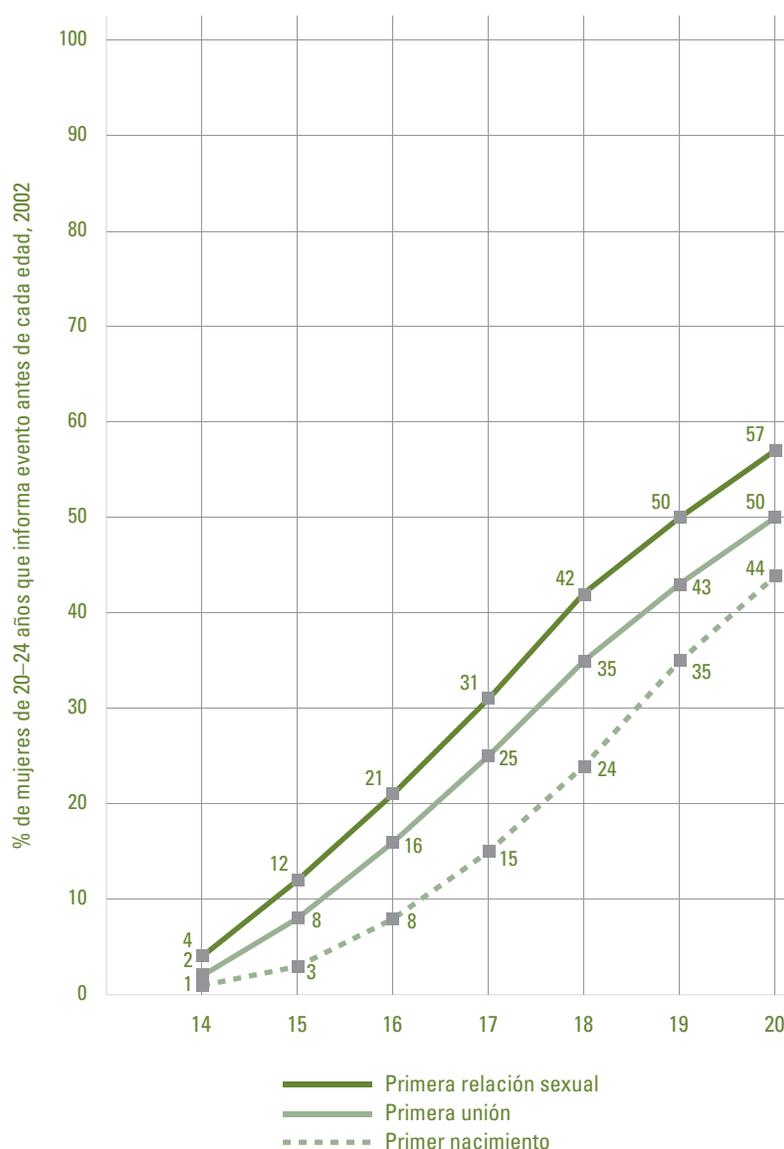
En Guatemala, como en la mayor parte del mundo en desarrollo, cuando las mujeres establecen uniones tempranamente, también tienden a comenzar la maternidad a una corta edad. En general, el 44% de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 había tenido un bebé antes de los 20; esta proporción había disminuido sólo en un 7% desde 1995 (Cuadro 1, fila 5). Sin embargo, la ya de por sí baja proporción que daba a luz antes de los 15 disminuyó en un tercio entre

1995 y 2002, del 4% a menos del 3% (Cuadro 1, fila 7).

La proporción de mujeres que fueron madres adolescentes ha sido básicamente estable desde mediados de los años 90 en casi todos los subgrupos estudiados; la pequeña disminución general parece entonces haber resultado principalmente del descenso en las adolescentes rurales

(del 55% en 1995 al 49% en 2002). De nuevo, la brecha más grande tiene que ver con la educación: la proporción de mujeres que dio a luz siendo adolescente es tres veces mayor entre las mujeres sin educación que entre aquellas que tenían por lo menos siete años de escolaridad (68% versus 22%—Gráfico 3). Aunque es difícil llegar al fondo de la causa y el efecto, sabemos que

dar a luz antes de los 20 está estrechamente relacionado con una reducida probabilidad de haber comenzado la escuela secundaria: entre las mujeres de 20 a 24 años, sólo el 20% de las que eran madres adolescentes tenían por lo menos siete años de estudios, comparado con el 55% de las jóvenes que aplazaron la maternidad hasta después de los 20 años.³³



Fuente: ENSMI 2002.

Maternidad y Nivel Socioeconómico

La maternidad adolescente es más común entre las más desfavorecidas económicamente.

Nivel socioeconómico del hogar	% que dio a luz antes de los 20
Bajo	62,4
Medio	52,2
Alto	27,1

Nota: El nivel socioeconómico del hogar se basa en un índice de bienes y servicios y características del hogar. *Fuente:* Tabulaciones especiales de ENSMI de 2002.

Estos patrones básicos de maternidad se aplican en las ocho regiones geográficas de Guatemala;* las diferencias tanto en la maternidad adolescente como en educación alcanzan sus niveles más altos en la región escasamente poblada, subdesarrollada e indígena de Petén. En general, la proporción de jóvenes que dan a luz siendo adolescentes es la más alta en Petén (66%) y la más baja en la región Metropolitana (33%).³⁴

La pobreza, que va de la mano con muy poca escolaridad, es otro determinante importante de la maternidad adolescente. La proporción de mujeres de 20 a 24 años que es madre adolescente se reduce sostenidamente con el aumento del nivel socioeconómico (Cuadro 2). El 62% de las mujeres del más bajo nivel socioeconómico dio a luz siendo adolescente, comparado con el 52% de aquellas en el rango medio y el 27% de las del nivel más alto. Ya que las mujeres indígenas y rurales tienen una especial probabilidad de ser pobres, éstas corren el mayor riesgo de dar a luz a una edad muy temprana. En efecto, las indígenas tienen muchas

más probabilidades que sus contrapartes no indígenas de haber sido madres adolescentes (54% versus 39%—Gráfico 3) y las mujeres rurales tienen mayor probabilidad que las mujeres urbanas de haber dado a luz antes de los 20 (49% versus 35%).

Se pueden observar diferencias similares en las proporciones de mujeres que dieron a luz aún más temprano—antes de los 18 (Cuadro 1, fila 6) o antes de los 15 años (Cuadro 1, fila 7). La diferencia educativa en la maternidad muy temprana—antes de los 15 años, una edad que trae el mayor riesgo de consecuencias desfavorables—es particularmente alarmante: el 6% de las mujeres de 20 a 24 años sin escolaridad tuvo un hijo antes de cumplir los 15 años, comparado con el 1% de aquellas que habían iniciado la escuela secundaria. En general, el 19% de las que actualmente tienen entre 15 y 19 años ha dado a luz o están embarazadas (Cuadro 1, fila 8); la proporción llega al 36% entre aquellas que nunca han asistido a la escuela.

La tasa de fecundidad entre adolescentes ha disminuido durante las últimas décadas (aunque no tanto como la tasa

de fecundidad entre todas las mujeres); sin embargo, el número de mujeres jóvenes que dan a luz siendo adolescentes sigue en aumento debido al dinamismo demográfico incorporado a la muy joven población de Guatemala. Mientras que unos 57.000 nacimientos en 1987 fueron de mujeres entre 15 y 19 años, ese número había aumentado a 72.000 para 2002 (Cuadro 3). Además, las adolescentes fueron responsables de aproximadamente la misma proporción de todos los nacimientos en 2002 que en 1987, cerca de una quinta parte.

La maternidad fuera de la unión es poco frecuente.

En términos generales, la maternidad adolescente en Guatemala tiene lugar dentro de la unión. Sin embargo, conforme el país se moderniza, es probable que esto cambie y entonces el hecho de ser madre soltera puede exacerbar aún más la carga de ser madre a una edad muy temprana. En efecto, la maternidad fuera del matrimonio se ha hecho más común entre las adolescentes: la proporción de mujeres que dio a luz antes de los 20 y fuera de la unión se duplicó entre 1995 y 2002, de menos del 2% a casi el 4% (Cuadro 1, fila 4). Esto varía poco entre los subgrupos, y dicha uniformidad está relacionada con los efectos generalizados de la modernización en el país.

Con todo y esto, persiste en toda la sociedad guatemalteca un fuerte estigma alrededor de las madres solteras. Es posible que algunas jóvenes sexualmente activas utilicen algún método anticonceptivo para evitar un embarazo. Es

posible también que si llegan a quedar embarazadas, no declaren sus nacimientos o que inicien una unión para legitimar el embarazo, o que recurran a un aborto inseguro.

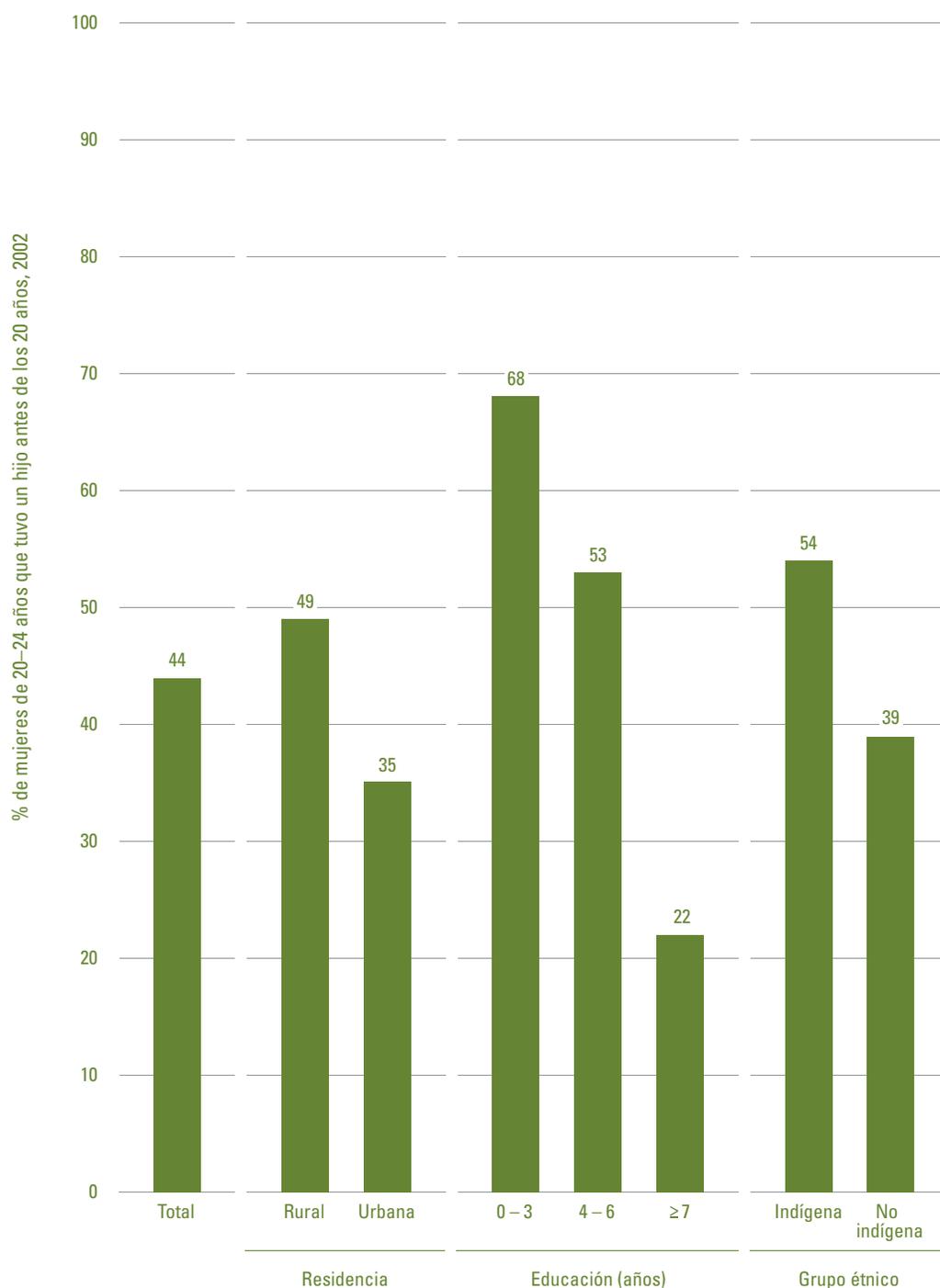
Muchas mujeres consideran inevitable la unión temprana y la maternidad precoz.

Una comparación de las proporciones de mujeres en unión antes de los 20 años con las que han tenido un hijo antes de esa edad muestra cuán estrechamente se relacionan ambos comportamientos (Cuadro 1, filas 2 y 5). Para la mayoría de las adolescentes, incluso aquellas con más educación (es decir, las que tienen por lo menos siete años de escolaridad), la formación de una unión es seguida muy de cerca por la maternidad.

¿Hasta qué punto se considera la maternidad temprana una parte inevitable no sólo de vivir en unión, sino también de la vida? En muchas comunidades, las uniones de adolescentes, el embarazo y la maternidad pueden no ser percibidos como limitantes o negativos. Muchas áreas ofrecen a las mujeres pocas oportunidades educativas o de empleo y, dado que las normas culturales guatemaltecas apoyan fuertemente la maternidad temprana, las mujeres jóvenes pueden considerar el inicio de una unión y la maternidad como su mejor opción, ya que tienen pocas perspectivas para otras opciones de vida. Además, en muchas comunidades indígenas aisladas y rurales, la formación temprana de las uniones y de la maternidad son a menudo la única opción para la mujer joven, sobre todo

Maternidad Temprana

Las mujeres rurales, indígenas y de menor nivel educativo tienen mayor probabilidad de dar a luz siendo adolescentes.



Fuente: ENSMI 2002.

las adolescentes que no tienen hijos usa un método moderno, comparado con el 25% de las que ya han tenido un hijo.³⁶

A pesar de la proporción uniformemente alta de adolescentes en unión que no desea un hijo pronto, las jóvenes en condiciones relativamente mejores tienen

muchas más probabilidades de actuar conforme a esa preferencia que sus contrapartes en condiciones inferiores. Por ejemplo, la proporción que usa un método

considerando la carencia de autonomía de la mujer indígena y la creencia generalizada en ellas de que las mujeres están predestinadas para tener un número determinado de hijos.³⁵

Aunque una mayoría de adolescentes no desea un hijo pronto, pocas practican la anticoncepción.

Una proporción muy alta y prácticamente invariable de mujeres de 15 a 19 años en unión declara no desear un hijo en los siguientes dos años—84% en 1995 y 83% en 2002 (Cuadro 1, fila 11). Sin embargo, una proporción mucho más pequeña de esas mujeres—18%—utiliza un método moderno de anticoncepción* para lograr esta meta (Cuadro 1, fila 15). Este nivel de uso, aunque bajo, representa un aumento del 75% desde 1995.

El aumento entre 1995 y 2002 en la prevalencia de uso de un método moderno fue definitivamente sorprendente entre las adolescentes rurales (del 4% al 13%), las adolescentes sin escolaridad (del 1% al 8%) y las adolescentes indígenas (del 1% al 8%). Sin embargo, estos aumentos reflejan tanto la cambiante situación del país como el punto de partida extraordinariamente bajo. Y una clara ilustración de la generalizada expectativa cultural de que las mujeres jóvenes inicien sus familias poco tiempo después de empezar una unión, se refleja en que muy pocas adolescentes en unión practican la anticoncepción antes de ser madres: el 3% de

*La píldora, los implantes, la esterilización masculina y femenina, el DIU, el diafragma, los espermicidas, el condón y la esponja.

moderno es más del doble entre las mujeres urbanas que las rurales (31% versus 13%), tres veces mayor entre las adolescentes no indígenas que las indígenas (26% versus 8%) y cinco veces mayor entre las mujeres con un nivel superior de escolaridad que las menos instruidas (40%* versus 8%). Estas desigualdades reflejan el deficiente acceso a la atención, la escasez de servicios del sector público en áreas rurales y la resistencia a los anticonceptivos modernos, la cual es alimentada por creencias de que éstos son peligrosos para la salud.

Como lo sugieren los párrafos anteriores, aunque la necesidad insatisfecha en anticoncepción ha disminuido en casi todos los subgrupos de mujeres, todavía es inaceptablemente alta. Entre las adolescentes sexualmente activas—es decir, todas aquellas que viven en unión, junto con aquellas no unidas que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores—más de cinco de cada 10 que no desean tener un hijo pronto no usan ningún método anticonceptivo efectivo (Cuadro 1, fila 17). Sin embargo, es alentador que entre los grupos para los cuales disponemos de datos fiables, la necesidad insatisfecha disminuyó de 1995 a 2002 entre un 6% y un 19% en todos subgrupos excepto uno. Lamentablemente, las mujeres indígenas, que tienen el nivel más alto de

necesidad insatisfecha (67%) y por ende se encuentran en el mayor riesgo de embarazo no planeado, prácticamente no registraron ningún cambio durante el período.

¿Cuántos nacimientos de mujeres adolescentes son no planeados?

Cuando no se satisface la necesidad en anticoncepción, el resultado común es el de los nacimientos no planeados. Aunque la mayoría de los nacimientos de mujeres de 15 a 19 años en Guatemala son planeados, va en aumento la proporción de los que son inesperados (deseados no en ese momento sino para más tarde) o que no son deseados en absoluto. En general, en 2002, el 29% de los nacimientos adolescentes recientes (dentro de los cinco años anteriores) fueron no planeados, un aumento desde el 24% registrado en 1995 (Cuadro 1, fila 9). Es notable que esta tendencia ascendente refleja aumentos en los subgrupos más desfavorecidos: la proporción de embarazos no planeados aumentó entre las adolescentes rurales, las de menor educación y las indígenas, de niveles bastante bajos en 1995 (14–19%) a niveles cercanos al promedio en 2002 (25–30%). Los niveles de maternidad no planeada disminuyeron entre las adolescentes urbanas (del 33% al 27%) y entre las que empezaron sus estudios secundarios (del 44% al 29%).

Estas tendencias en la maternidad no planeada en parte reflejan brechas en el conocimiento sobre los anticonceptivos efectivos que permiten a las mujeres alcanzar sus preferencias reproductivas. La proporción de mujeres entre 15 y 19 años que tiene conocimiento sobre algún método anticonceptivo moderno aumentó entre 1995 y 2002 (Cuadro 1, fila 13) y en general es bastante alta en la actualidad (85%). Sin embargo, dicho nivel es bastante inferior entre las mujeres sin escolaridad y las indígenas (60% y 70%, respectivamente). La carencia de conocimientos básicos sobre anticonceptivos modernos pone en peligro la salud de las adolescentes guatemaltecas, ya que aumenta su riesgo tanto de embarazos no planeados como de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. En efecto, la calidad y la cobertura de la educación sexual son lamentablemente inadecuadas: sólo una de cada cuatro mujeres guatemaltecas entre 15 y 24 años ha recibido alguna instrucción sobre anticoncepción por medio de charlas o cursos; además, menos de tres de cada 10 han aprendido algo sobre unos siete temas de salud reproductiva—incluyendo la menstruación y el VIH/SIDA.³⁷

La atención prenatal y del parto es inadecuada entre las adolescentes.

Independientemente del estado de planificación de un embarazo, las adolescentes necesitan servicios de calidad para asegurarles un embarazo y un parto seguros. Debido a una extensa variedad de motivos, incluyendo la dominante

pobreza, una inadecuada infraestructura de salud, la inaccesibilidad geográfica y una preferencia cultural por las comadronas tradicionales, no todas las adolescentes obtienen la atención integral prenatal y del parto que necesitan para evitar complicaciones y dar a luz a bebés sanos.

En general, el 70% de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años[†] recibe algún tipo de atención prenatal profesional (Cuadro 1, fila 20). La proporción de las que acuden al menos a una visita prenatal alcanza a ocho de cada 10 jóvenes con más escolaridad y las no indígenas, pero entre las adolescentes con menor escolaridad y las indígenas, es casi la mitad. (Aunque no contamos con información más relevante referente al número de visitas realizadas, las normas del Programa Nacional de Salud Reproductiva recomiendan un mínimo de cuatro, incluyendo dos durante el último mes de gestación).³⁸ Pese a que son bajas las tasas de cobertura mínima en los subgrupos de mujeres con la mayor necesidad de un mejor atención prenatal, reflejan sin embargo un excelente progreso alcanzado recientemente—aumentos de casi un 50% desde 1995.

Una proporción aún más baja de jóvenes guatemaltecas da a luz en instituciones médicas comparada con la que recibe algún cuidado prenatal. En general, la mitad de las mujeres embarazadas de 15 a 24 años cuenta con la asistencia de un profesional en el parto en instituciones médicas públicas o privadas (Cuadro 1, fila 21). Las mujeres jóvenes sin escolaridad y las indígenas

*Aunque esta proporción está basada en 41 casos no ponderados, la enorme diferencia absoluta por escolaridad sugiere que la ventaja socioeconómica dada por la educación está relacionada con un mayor uso de anticonceptivos.

†Para asegurar tener una muestra lo suficientemente grande, se incluyeron datos sobre mujeres de 20 a 24 años que han dado a luz; sin embargo, esperamos que los asuntos relacionados con el acceso a la atención para las adolescentes sean similares a los de las mujeres de 20 a 24 años.

Tendencias de la Maternidad Adolescente

La tasa de fecundidad adolescente ha disminuido consistentemente desde finales de los años 80.

Año	Tasa de fecundidad por cada 1.000 mujeres 15–19 años	No. de nacimientos en mujeres 15–19 años (en 000s)	No. de mujeres 15–19 años (en 000s)	% de todos los nacimientos que son de adolescentes
1987	139*	57	407	18,5
1995	126†	69	550	18,8
2002	114†	72	635	18,6

*Tasa anual, basada en los nacimientos que ocurrieron cinco años antes de la encuesta. †Tasa anual, basada en los nacimientos que ocurrieron tres años antes de la encuesta. Fuentes: Tasa de fecundidad—ENSMI 1987, 1995 y 2002. Número de mujeres—Naciones Unidas, 2003 (ver referencia 18).

tienen particularmente pocas probabilidades de tener un parto atendido por profesionales médicos (25% y 23%, respectivamente), y por ende, es más probable que den a luz en su casa (donde ocurre el 54% de las muertes maternas³⁹). Es claro que aunque las mujeres jóvenes más desfavorecidas tienen una probabilidad elevada de quedar embarazadas, también tienen una mayor probabilidad de no contar con el acceso al cuidado que su embarazo requiere.

Algunas razones que existen desde hace mucho tiempo además de la carencia de acceso geográfico y económico a instituciones médicas, ayudan a explicar por qué las jóvenes indígenas optarían en primera instancia por la familiaridad cultural de las comadronas tradicionales y los nacimientos en el hogar. Por ejemplo, pueden desconfiar del sistema médico que es fundamentalmente no indígena y masculino, lo cual a menudo es percibido como insensible y ofensivo, y sus maridos y familias podrían preferir que no acudan a médicos masculinos debido a los estándares imperantes de recato.⁴⁰

Sin embargo, se ha hecho mucho progreso en la utilización de la atención profesional en el parto, sobre todo por las poblaciones con mayor necesidad (Cuadro 1, fila 21): entre 1995 y 2002, la proporción de nacimientos que fueron médicamente atendidos aumentó en un 60% entre las mujeres rurales (del 25% al 40%) y las mujeres sin escolaridad (del 16% al 25%), y casi se duplicó entre las mujeres indígenas (del 12% al 23%).

Se han adoptado políticas de juventud, pero aún no están en práctica.

Guatemala tiene mucho por hacer en términos de la actualización de las políticas en salud sexual y reproductiva adolescente. La buena noticia es que en la última década se ha visto mucha actividad. Los Acuerdos de Paz de 1996 comenzaron la tendencia positiva con su plan integral para la acción social, económica y política (incluyendo recomendaciones para que se lleven a cabo campañas de educación entre adolescentes que apuntan a la prevención de las ITS⁴¹). Los acuerdos fueron seguidos por el Plan Nacional de Atención Integral de los y las Adolescentes de 1999; sin embargo, aunque el plan tiene como tema central la salud sexual y reproductiva adolescente, no propone pasos específicos o programas para lograrlo. Dicho programa finalmente fue estructurado en 2001, en la trascendental Ley de Desarrollo Social, la cual, entre muchas otras disposiciones, creó el Programa de Salud Reproductiva del país y su Política Nacional de Desarrollo Social y Población.⁴²

El componente adolescente del Programa de Salud Reproductiva exige a entidades del sector público, tales como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a proveer servicios específicos y diferenciados a los y las adolescentes, incluyendo servicios para espaciar los embarazos y proveer atención prenatal y del parto, así como servicios para la prevención y el

tratamiento de las ITS. Además, la ley pide que la educación sexual “en todos los centros y niveles educativos del país” ayude a prevenir los embarazos no deseados y las ITS entre las adolescentes, y establece que éstas no pueden ser expulsadas de instituciones educativas formales e informales por causa del embarazo.

Lamentablemente, a pesar de estos encomiables objetivos, pocos programas para adolescentes se encuentran funcionando en la realidad. Por ejemplo, sólo dos organizaciones no gubernamentales—la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) y la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES)—proporcionan servicios “amigables” y suministros de salud reproductiva asequibles para los adolescentes, y el Ministerio de Salud ahora cuenta con cuatro clínicas dedicadas a los adolescentes a lo largo del país.⁴³ Dicha atención especializada o, como mínimo, una capacitación para los proveedores sobre cómo ofrecer servicios a los adolescentes, es esencial en un país donde el estigma

asociado con las relaciones sexuales fuera del matrimonio hace que los adolescentes estén particularmente reacios a usar servicios orientados a los adultos o a comprar abiertamente anticonceptivos en las farmacias. El miedo de los y las adolescentes a la crítica aumenta su probabilidad de tener sexo sin protección y, por ende, de sufrir las consecuencias negativas de una actividad sexual no protegida.

Después de un difícil inicio, que incluyó un veto presidencial, una anulación del Congreso y un fallo de la Corte de Constitucionalidad, la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar fue finalmente aprobada por el Congreso en abril de 2006.⁴⁴ Esta ley establece por primera vez el acceso universal y gratuito a la anticoncepción, y asegura un rubro específico para los anticonceptivos dentro del presupuesto del MSPAS. Además de mencionar a los adolescentes como uno de varios grupos objetivo de mayor necesidad, la ley contiene dos artículos completamente dedicados a los y las adolescentes: el artículo

9 convoca a una coordinación de estrategias entre los ministerios para proveer servicios especializados, y el artículo 10 especifica que, iniciando en los dos últimos años de la escuela primaria, los planes de estudio de educación sexual de las escuelas deberán incluir contenidos adaptados a la edad sobre los “derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materna-infantil.”⁴⁵

El bajo nivel educativo, sobre todo en las mujeres, es un obstáculo fundamental.

Nunca será suficiente enfatizar la necesidad de mejorar el nivel educativo de las jóvenes guatemaltecas. El país está lejos de alcanzar el segundo

Objetivo de Desarrollo del Milenio: la educación primaria universal. Se necesitan programas innovadores para crear conciencia de la importancia de educar a las jóvenes y convencer a las familias cuyas hijas se necesitan para el trabajo del hogar y que creen inútil invertir en la educación de la mujer, ya que el futuro de las jóvenes será probablemente el de formar una unión y tener hijos.⁴⁶

Es importante recordar que en Guatemala la maternidad adolescente es ampliamente aceptada dentro de la unión, y que sólo una minoría de los nacimientos de adolescentes—el 29%, con poca variación entre los subgrupos—está clasificado como no planeado al momento de la entrevista. Hay muchas razones posibles por las cuales la maternidad temprana es tan común, incluyendo

normas culturales y sociales, la persistente pobreza, niveles educativos excepcionalmente bajos (en particular entre las jóvenes indígenas), limitadas o nulas perspectivas de empleo, un sentido de fatalismo, y arraigados roles de género que conducen a las mujeres jóvenes a demostrar su feminidad—y a los hombres jóvenes su masculinidad—conformando una familia tempranamente.

Todos los elementos de la sociedad guatemalteca probablemente apoyan acciones para asegurar y proteger la salud de las madres jóvenes y de sus bebés. A tal efecto, el gobierno tiene que educar de una mejor manera a todas las adolescentes, pero sobre todo a las adolescentes rurales e indígenas, sobre la importancia de una atención de calidad durante el embarazo y en el parto. Se deben ampliar los programas exitosos de capacitación de las comadronas tradicionales en el reconocimiento de emergencias obstétricas y en la referencia de mujeres a una adecuada atención;⁴⁷ al mismo tiempo, los proveedores de salud no indígenas deben ser más sensibles hacia las necesidades de las adolescentes indígenas embarazadas. Además, las adolescentes necesitan un mejor acceso a anticonceptivos efectivos para planear adecuadamente el espaciamiento de los nacimientos de sus hijos.

Afrontar la maternidad temprana requerirá la coordinación de muchos frentes.

Se están dando rápidos cambios positivos en muchos indicadores sociales y de salud

en la sociedad guatemalteca. Se puede hacer mucho para aprovechar ese impulso y trabajar hacia resultados aún mejores para las mujeres adolescentes en el futuro inmediato.

- Como mínimo, las leyes y políticas existentes orientadas a los y las adolescentes tienen que vincularse mejor a los programas—dirigidos por el gobierno o por organizaciones no gubernamentales locales o internacionales—para asegurar que los objetivos especificados en tales políticas tengan la posibilidad de realizarse.
- Los funcionarios educativos y las autoridades responsables de las políticas educativas tienen que aumentar sus esfuerzos para alentar a los adolescentes de ambos géneros a permanecer en la escuela tanto como sea posible. Este esfuerzo es particularmente necesario en las comunidades más pobres, ya que el estado de pobreza es aún más importante que la pertenencia étnica o el género en la explicación de los bajos niveles de matrícula escolar y de logro educativo de las adolescentes guatemaltecas.⁴⁸
- La alta proporción de mujeres jóvenes con una necesidad insatisfecha en anticoncepción moderna—el 52% de todas las jóvenes sexualmente activas, ya sea que estén en una unión o no—refleja la incapacidad de los servicios existentes de llegar a esta población. En Guatemala, los servicios amigables para adolescentes son extremadamente importantes; los pocos programas que satisfacen las necesidades de los y las adolescentes deben ser reproducidos y

Fuentes de Datos

Los datos presentados en este informe fueron extraídos principalmente de dos encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Guatemala—la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 1995¹ y la de 2002²—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 encuesta de 1995 entrevistó a 12.403 mujeres de 15 a 49 años, tanto casadas (incluyendo a aquellas en unión consensual) como solteras, y la encuesta del 2002 entrevistó a 9.155 mujeres con las mismas características. Ambas encuestas recolectaron información sobre actividad sexual, características del compañero, preferencias reproductivas, experiencias de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos y salud materno-infantil. Las encuestas tienen muestras lo suficientemente grandes para permitir el análisis de adolescentes por residencia urbana y rural, grupo étnico, nivel educativo y nivel socioeconómico del hogar. Este informe también utiliza la ENSMI de 1987.³ Las estimaciones de población provienen de la División de Población de las Naciones Unidas.

1. Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Macro International, *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 (ENSMI-1995)*, Calverton, MD, EEUU: Macro International; y Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 1996.

2. Stupp P et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI-2002)*, Volumen I: Mujeres, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle, 2003.

3. Lemus S et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987 (ENSMI-1987)*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 1989.

mejor financiados, y los proveedores en general deben tener un mejor conocimiento de las necesidades de los adolescentes.

- Dado que la mayor parte de la maternidad adolescente en Guatemala ocurre dentro de la unión, los esposos y compañeros de las madres jóvenes deben involucrarse en los esfuerzos por limitar las consecuencias sociales y de salud de la maternidad temprana. Para prevenir los efectos sociales, económicos y en la salud potencialmente más severos al tener un segundo nacimiento durante la adolescencia, es valioso proporcionar una educación integral que incluya anticoncepción, habilidades de comunicación de la pareja y la importancia de espaciar los nacimientos, incluso entre los y las adolescentes en unión.
- El gobierno tiene que dar una mejor educación a las jóvenes sobre la importancia de la atención profesional prenatal y del parto. También tiene que asegurar que estos servicios sean accesibles en áreas escasamente atendidas y que sean culturalmente aceptables para las poblaciones indígenas.
- La necesidad de planificación familiar de los adolescentes coincide con su necesidad de servicios para prevenir la transmisión de las ITS, incluyendo el VIH. Aunque la prevalencia de la infección por VIH de Guatemala es muy inferior a la de los países vecinos de Honduras y Belice, el tamaño de la población de Guatemala significa que el país tiene el mayor número absoluto de casos de infecciones anuales en la región.⁴⁹ Aunque se desconoce cuántas de estas

infecciones corresponden a adolescentes, se justifica una acción inmediata considerando que los niveles de actividad sexual no matrimonial están en aumento, que el uso del condón entre los adolescentes es poco común,⁵⁰ y que el 75% de los casos de VIH en Guatemala es transmitido a través de relaciones heterosexuales.⁵¹

- Dado que los medios de comunicación llegan cada vez a más guatemaltecos por año, deben ser utilizados para complementar la educación sexual. Por ejemplo, los medios pueden difundir mensajes de prevención e información sobre los nuevos servicios disponibles para adolescentes con el fin de captar especialmente a aquellos jóvenes que han abandonado la escuela o no se han matriculado. Es necesario desarrollar mensajes culturalmente apropiados, en idiomas indígenas, para las comunidades poco accesibles.
- Finalmente, el gobierno tiene que asignar más recursos para implementar el contenido y el espíritu de las políticas existentes que buscan proteger la salud del futuro de Guatemala—sus adolescentes.

REFERENCIAS

1. Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York: AGI, 1998.
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU), División de Población, *World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database*, <<http://esa.un.org/unpp>>, revisado el 1 de junio, 2006.
3. Stupp P et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI-2002), Volumen I: Mujeres*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle, 2003.
4. Instituto Nacional de Estadística

(INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Macro International, *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 (ENSMI-1995)*, Calverton, MD, EEUU: Macro International; y Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 1996.

5. Corrales G et al., *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-2001), Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002.
6. Blandón LF et al., *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA-2001), Informe Final*, Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2002.
7. Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y CDC, *Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002/03), Informe Final*, San Salvador, El Salvador: ADS, 2004.
8. Oficina Central de Estadísticas (CSO, por sus siglas en inglés), 1999 *Belize Family Health Survey, Females*, Ciudad de Belice, Belice: CSO, 2001.
9. ONU, 2004, op. cit. (ver referencia 2).
10. *Ibid.*
11. Stupp P et al., 2003, op. cit. (ver referencia 3).
12. *Ibid.*; e INE, MSPAS y Macro International, 1996, op. cit. (ver referencia 4).
13. AGI, 1998, op. cit. (ver referencia 1).
14. Lete Lasa I et al., Embarazo en la adolescencia, en: Grupo de Trabajo Sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia, Sociedad Española de Contracepción, *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos Básicos y Clínicos*, San Sebastián, España: Wyeth-Lederle, 2001, págs. 817-835.
15. AGI, 1998, op. cit. (ver referencia 1).
16. National Research Council and Institute of Medicine, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
17. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, *Calendario Poblacional*, <<http://ccp.ucr.ac.cr/>>, revisado el 3 de abril, 2006.
18. INE, *XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002*, <www.ine.gob.gt/content/consul_2/

pob/censo2002.pdf>, revisado el 26 de junio, 2006; y División de Población de las Naciones Unidas, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, Nueva York: ONU, 2004, pág. 166.

19. Gragnolati M y Marini A, *Health and Poverty in Guatemala*, Policy Research Working Paper, Washington, DC: The World Bank Latin America and the Caribbean Unit, 2003, No. 2966.
20. Rivadeneira L, *Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico sociodemográfico*, Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 2001.
21. Population Reference Bureau (PRB), *2005 World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2005, pág. 8.
22. Stupp P et al., 2003, op. cit. (ver referencia 3).
23. Gragnolati M y Marini A, 2003, op. cit. (ver referencia 19).
24. *Ibid.*
25. MSPAS, *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
26. U.S. Agency for International Development, *Guatemala: Health and Education*, <http://www.usaid.gov/gt/health_education.htm>, revisado el 7 de abril, 2006.
27. Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws*, 2005, <http://www.crlp.org/pub_fac_abortion_laws.html>, revisado el 20 de abril, 2006.
28. Prada E et al., Aborto y atención postaborto en Guatemala: informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, *Informe Ocasional*, Nueva York: AGI, 2005, No. 18.
29. Singh S y Wulf D, The likelihood of induced abortion among women hospitalized for abortion complications in four Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1993, (4):134-141.
30. Farfan O et al., Información y consejería en planificación familiar postaborto: experiencia en cuatro hospitales de Centro América, *Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia*, 1997, 7(2):46-56; y Programa Nacional de Atención Postaborto, Evaluando la calidad de la prestación de servicio en la atención postaborto (APA) en Guatemala, *Boletín del Programa*

Nacional de Atención Postaborto, 2005, 2(1).

31. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Health in the Americas: Guatemala*, Washington, DC: OPS, 1998.

32. Stupp P et al., 2003, op. cit. (ver referencia 3), pág. 51.

33. Tabulaciones especiales de datos de la ENSMI de 2002.

34. *Ibid.*

35. Santiso-Galvez R y Bertrand JT, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57-67; y Metz B, Politics, population, and family planning in Guatemala: Ch'orti' Maya experiences, *Human Organization*, 2001, 60(3):259-271.

36. Tabulaciones especiales de datos de la ENSMI de 2002.

37. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, *Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America: Trends and Challenges Facing Women and Children*, Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2005.

38. MSPAS, Programa Nacional de Salud Reproductiva, *Manual de Referencia para la Aplicación de las Normas de Atención*, <<http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/Normas/Primer%20Nivel/Salud%20Reproductiva.pdf>>, revisado el 8 de mayo, 2006.

39. Stupp P et al., 2003, op. cit. (ver referencia 3).

40. Santiso-Galvez R y Bertrand JT, 2004, op. cit. (ver referencia 35); y Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad, *Informe Ocasional*, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2006, No. 27.

41. MSPAS, Programa de Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia y OPS, Estudio analítico sobre el marco legal y político que afecta y protege a la población adolescente y joven en Guatemala: un análisis sobre sus derechos, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2000.

42. Congreso de la República de Guatemala, Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001, <<http://www.segeplan.gob.gt/docs/pdesa/document/LDS2001.pdf>>, revisado el 14 de abril, 2006.

43. MSPAS, Programa de Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia, y OPS, Estudio analítico sobre modelos de atención dirigidos a adolescentes y jóvenes en Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2001; y Figueroa W, MSPAS, Ciudad de Guatemala, comunicación personal, 22 de septiembre de 2006.

44. Congreso de la República de Guatemala, Congreso ordena la publicación del decreto 87-2005, <http://www.congreso.gob.gt/gt/ver_noticia.asp?id=2184>, revisado el 21 de abril, 2006.

45. Congreso de la República de Guatemala, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto Número 87-2005, <<http://www.infile.com/cms/myfiles/503.pdf>>, revisado el 13 de abril, 2006.

46. Hallman K y Peracca S, Causes of low educational attainment in Guatemala: ethnicity, gender or poverty? Ponencia presentada en la conferencia Estrategias Innovadoras para Satisfacer las Necesidades de

las Jóvenes Indígenas y Otras/os Adolescentes Vulnerables, Antigua, Guatemala, 1-2 de diciembre, 2005.

47. Gleit DA, Goldman N y Rodríguez G, Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter? *Social Science & Medicine*, 2003, 57(12):2447-2463; y Goldman N y Gleit DA, Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala, *Social Science & Medicine*, 2003, 56(4):685-700.

48. Hallman K y Peracca S, 2005, op. cit. (ver referencia 46); y Hallman K et al., Causas de bajos logros educacionales y transición temprana a la edad adulta en Guatemala, Population Council, sin fecha.

49. CDC, *Global AIDS Program: Program Profile—Central America Region FY2004*, <<http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/countries/docs/04profiles/FY04%20Central%20American%20Regional.Final.pdf>>, revisado el 13 de abril, 2006.

50. Stupp P et al., 2003, op. cit. (ver referencia 3).

51. Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Guatemala: 2004 Update, Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, <http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/EFS_PDFs/EFS2004_GT.pdf>, revisado el 17 de abril, 2006.

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue escrito por Werner Figueroa, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Felipe López, PROCONDE (Proyectos, Consultorías y Desarrollo); Lisa Remez y Elena Prada, consultoras independientes; y Joanna Drescher, Instituto Guttmacher. Los autores agradecen a Nadine Gasman, Fondo de Población de las Naciones Unidas; Kelly Hallman, Population Council; Richard Monteith, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; y Arodys Robles y Andrea Collado, Centro Centroamericano de Población, por sus comentarios y contribuciones a versiones preliminares del informe. Agradecen igualmente la orientación proporcionada por los colegas del Instituto Guttmacher: Susheela Singh, Akinrinola Bankole, Jennifer Nadeau, Suzette Audam y Patricia Donovan. Gracias, asimismo, a Telma Duarte, Cizel Zea y a la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM), por su participación en el taller de 2006 y por su colaboración en la difusión de este informe. Dore Hollander, del Instituto Guttmacher, realizó la edición del informe. RGF Traducciones tradujo el informe del inglés al español. Matilde Rosero, consultora independiente, estuvo a cargo del diseño y de la producción.

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

Cita sugerida: Figueroa W et al., Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2006 No.5.



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

120 Wall Street, New York, NY 10005
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, Maternidad Temprana en Guatemala: un desafío constante, *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.

11/2006