

LO QUE NADIE VE, ESCUCHA NI HABLA

¿Y QUÉ PASÓ
CON ESE ROLLO
DE LA ABSTINENCIA
Y EL ABC?

En 2009, los
embarazos en
adolescentes
pasaron de 17%
a 21%.
Fuente MSPAS

SEGÚN EL
MSPAS,
HAY NIÑAS TENIENDO
HIJOS A LOS
10 AÑOS.

43.08% de
personas en
etapa avanzada
de sida son
menores de 29
años.
Fuente MSPAS



LO QUE NADIE VE, ESCUCHA NI HABLA

El acceso a educación integral en sexualidad y servicios de salud amigables para jóvenes en Guatemala

Lo que nadie ve, escucha ni habla

El acceso a educación integral en sexualidad y servicios de salud amigables para jóvenes en Guatemala.

Autores:

Luna Manzanero, José Roberto y
Hurtado Recinos, María Olga

Diseño de portada:

Tritón imagen & Comunicaciones

Revisión de texto:

Magna terra editores

Diseño y diagramación:

Helber García

Derechos reservados por:

Incidejoven, Red de Jóvenes para la Incidencia Política.

Se permite su reproducción total o parcial siempre
y cuando se cite la fuente.

Magna Terra editores S.A



Oficinas: 5a. ave. 4-75 Z.2
Talleres: 5a. ave. 4-66 Z.2 Guatemala
Tels: 2238-0175 / 2250-1031 / 2251-4298
Fax: 22514048
www.magnaterraeditores.com
magnaterraeditores@yahoo.com



Índice

Agradecimientos.....	7
Prólogo	9
Introducción	11
Siglas.....	13

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. LA SEXUALIDAD	19
1.1) Definiciones	19
1.1.1) Subjetividades.....	19
1.1.2) Cuerpo	20
1.1.3) Sexo	21
1.1.4) Sexualidad	22
1.1.5) Género	24
1.1.6) La sexualidad y las relaciones de poder.....	26
1.1.7) Educación sexual o educación de la sexualidad.....	26
1.1.8) Salud sexual.....	27
1.1.9) Derechos sexuales y Derechos Reproductivos de las y los jóvenes.....	28
1.1.10) Perspectiva juvenil	33

2. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN GUATEMALA

2.1) Educación sexual como un derecho humano	36
2.1.1) Una aproximación histórica a la educación sexual en Guatemala avances y retrocesos	40



2.1.2) De la educación basada en abstinencia sexual hacia la educación sexual integral.....	59
2.1.2.1) Educación basada únicamente en la abstinencia sexual	59
2.1.2.2) Educación sexual desde la Iglesia Católica.....	66
2.1.2.3.) Educación sexual formal en el Ministerio de Educación.....	72
2.1.2.3.1) Los programas institucionales	74
2.1.2.3.2) Los enfoques de abordaje de la educación sexual.....	78
2.1.2.3.3) Los materiales oficiales producidos	78
2.1.3) El Plan Salud Educación una propuesta de articulación biministerial	88
2.1.4) Más allá del conservadurismo: La Educación sexual integral.....	89
2.1.4.1) Prevenir con Educación: Una Declaración Internacional de Ministros de Salud y Educación.....	92

3. ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

3.1) Definiciones	100
3.2) Atención a la salud para adolescentes y jóvenes como un derecho humano	101
3.3) Una aproximación histórica a la Atención Integral y Diferenciada para adolescentes y jóvenes.....	110
3.3.1) Intervenciones por nivel para la atención a la salud para adolescentes y jóvenes en el Ministerio de Salud.....	116
3.3.2) Las normas de atención en salud.....	117
3.3.3) Las estrategias generales para la implementación del Plan de atención integral y diferenciada para las y los adolescentes.....	118



3.3.4) Los enfoques de la atención en salud	120
3.3.5) Los materiales producidos.....	121
3.3.6) El Plan Salud Educación una propuesta de articulación biministerial	122
3.3.7) Prevenir con Educación: Una Declaración Internacional de Ministros de Salud y Educación	122

2. CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1) Justificación	125
2.2) Objetivos	126
2.3) Metodología	127
2.3.1) Diseño	127
2.3.2) Muestra	127
2.3.3) Técnicas de recolección de información.....	128
2.3.4) Instrumentos de recolección de información.....	128
2.3.5) Personal.....	129
2.3.6) Procesamiento de datos.....	129
2.3.7) Limitaciones.....	129

3. CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1) Resultados	132
3.2) Análisis e interpretación de resultados.....	153
3.3) Conclusiones	165
3.4) Recomendaciones.....	169
 Bibliografía.....	 175





Agradecimientos

¡Es bueno agradecer!, por eso reconocemos a diversas personas, grupos y organizaciones nacionales e internacionales que confían en el proyecto político de Incidejoven y creen que las juventudes en Guatemala son sujetas de derechos, lo cual permitió realizar este documento.

Agradecemos al Servicio Judío Americano Mundial AJWS, especialmente a Diego Merino y Ángela Martínez quienes siempre han estado cerca apoyando nuestro trabajo en la promoción y defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las y los jóvenes.

Gracias a Ana Cecilia Escobar y su equipo en la Organización Panamericana de la Salud quienes confían en las acciones realizadas desde la participación juvenil y con su apoyo han permitido lograr más impacto en nuestras propuestas.

A las juventudes que realizaron el trabajo de campo en este proceso de auditoría social, en las comunidades a nivel departamental: Rebeca Orellana Herberth, Rutilia Jiatz, Gustavo E. Méndez, Edy Rolando Cruz, Salvador Arias, Jacqueline Vivar y María Olga Hurtado.

A las organizaciones que apoyaron la investigación a nivel local: Alas de Guatemala en Chimaltenango, Asociación Ademkan en Sololá, Aprofam en Petén, PASMO en Guatemala y PPIVS USAC en Escuintla.

A las y los jóvenes que como puntos focales de la Red Incidejoven facilitaron el trabajo de campo en Huehuetenango, San Marcos a Hellen Rojas en Quiché, Osiris Sánchez en Guatemala, Jessica Vázquez en Sololá y César Arriola en Escuintla.

A las personas entrevistadas que colaboraron con información importante para este documento: Eugenia Monterroso, Gloria Cospín, María Dolores Yoc, Mirna Montenegro, Dalila de la Cruz, Edilzar Castro y Esther Corona Vargas.



A Esther Corona Vargas, de la Asociación Mundial de Sexología WAS quien aportó a la historia de la educación sexual en Guatemala.

A Nora Soto, Bertha Chete, María Dolores Yoc quienes leyeron y retroalimentaron la historia de la educación sexual en Guatemala.

A Emma Sunderland y Angelina González, de Alas de Guatemala y Olivia Cáceres del PPIVS USAC quienes participaron desde el inicio en este proceso.

A Perla Sofía Vázquez, de Elige México y parte del equipo coordinador de la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos REDLAC quien aportó al análisis y brindó su apoyo en la Ciudad de México para continuar con este trabajo.

A las y los jóvenes de los colectivos juveniles que apoya Incidejoven y de la Escuela de Formación Juvenil Feminista especialmente a Gabriela Meléndez, Marco Antonio Juárez y Alejandro Quiñonez quienes apoyaron este proceso.

A las y los jóvenes de las comunidades donde se realizó el trabajo de campo por la confianza y la fuerza de sus ideas, las cuales nos permiten construir propuestas políticas basadas en la evidencia científica.

A las organizaciones aliadas, que nos apoyaron en todo momento y forman parte de la Campaña Nacional por la Educación Sexual: Organización de Mujeres Tierra Viva, Ademkan, Asociación Tan Ux'íl, Alas de Guatemala, Red Mujeres Positivas en Acción, AGMM, ISDM, PPIVS USAC, APROFAM y Colectivo El Tercer Ojo.

A Xiomara Campos de Tritón Imagen & Comunicaciones, quien con su equipo construye en imágenes los sueños de Incidejoven.

Al equipo de Incidejoven, quienes estuvieron en todo momento colaborando en diversas secciones de este documento: Rebeca Orellana y Rutilia Jiatz.

Y a todas aquellas personas, que desde el anonimato han contribuido a que este documento sea una realidad palpable al tacto, a la vista, al corazón y a las acciones, para lograr que en Guatemala las leyes se cumplan y el acceso a la educación en sexualidad y los servicios de salud para las juventudes sean un hecho.



Prólogo

La firma de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación en la Ciudad de México, previa a la XVII Conferencia Mundial de VIH/sida marcó el inicio de una serie de acciones concertadas entre los gobiernos de los países de Latinoamérica y El Caribe, el Sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil, para llevar a cabo el cumplimiento de las metas suscritas en la declaración.

En este marco, el manual *Lo que nadie ve, escucha ni habla El acceso a educación integral en sexualidad y servicios de salud amigables para Guatemala* es un documento, que al tener dentro de sus objetivos, ser una herramienta para un proceso de auditoría social a los Ministerios de Salud y Educación, sobre el acceso a la educación sexual y a los servicios de educación integrales, se convierte de inmediato en una oportunidad para el seguimiento, desde la sociedad civil, de las acciones gubernamentales en favor de los compromisos pactados en la Declaración.

Este manual nos permite tener una panorámica sobre el tema de educación sexual en Guatemala, que va desde, el marco teórico, un recorrido histórico de la educación sexual, una descripción de acciones realizadas por los servicios en salud integral para adolescentes, hasta un recuento de los tratados, convenciones y leyes que apoyan los temas de educación y salud sexual.



Lo que nadie ve, escucha ni habla, curiosamente, visibiliza, da voz y oídos a los protagonistas principales: las y los jóvenes guatemaltecos sobre sus percepciones en temas como: el inicio del ejercicio de la sexualidad, el embarazo no planeado, el VIH y el sida, la violencia sexual y el incesto, el aborto, y el acceso a la información y los servicios de salud, en especial a los métodos anticonceptivos, así como la importancia de la difusión los derechos sexuales juveniles.

No cabe duda que Incidejoven brinda, con este manual, un aporte valioso a profesionales, activistas, autoridades gubernamentales, representantes de medios, entre otros, para que realicen acciones inmediatas en el tema de educación y salud sexual, y se logren las metas para el año 2015, de haber reducido en 75% el número de escuelas que no imparten educación sexual integral, en las escuelas administradas por el Ministerio de Educación y de haber reducido en 50% el número de adolescentes y personas jóvenes que no están cubiertas por servicios de salud que atienden apropiadamente sus necesidades en salud sexual y reproductiva.

Tengo la certeza de que *Lo que nadie ve, escucha ni habla El acceso a educación integral en sexualidad y servicios de salud amigables para Guatemala*, producido por Incidejoven, será de mucha utilidad para todas y todos aquellos que deseamos contribuir a un futuro más saludable, autónomo y responsable para las nuevas generaciones .

Dr. José Ángel Aguilar Gil.

Coordinador Nacional Red Democracia y Sexualidad A. C. México.



Introducción

Guatemala es un país con un alto crecimiento poblacional, del cual el 33% es población adolescente y joven (10 a 24 años). Entre 13 y 30 años conforma aproximadamente el 30% por ciento del total de la población guatemalteca, 51% por ciento son mujeres, 60% por ciento son jóvenes indígenas y más del 60% por ciento viven en el área rural.

Datos recientes del MSPAS indican que el 21% de la distribución de partos corresponde a adolescentes menores de 20 años. También indican que en lo que va del año han reportado 6 casos de embarazos de niñas de 10 años en todo el país.

Según las estadísticas reportadas por este ministerio, de enero a junio de 2009 se reportan 145 muertes maternas, de las cuales el 16.55% son de menores de 20 años.

Lo anterior es un reflejo de la realidad alarmante que se vive en el país, por lo que Incidejoven se propuso realizar un proceso de auditoría social a los Ministerios de Salud y Educación sobre el acceso a la educación sexual y a los servicios de salud integrales y diferenciados para adolescentes y jóvenes para fiscalizar la implementación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los métodos de Planificación Familiar, Decreto 87-2005.

Dicho proceso tuvo como objetivos específicos: 1. Identificar el cumplimiento del Ministerio de Educación en la implementación del Decreto 87-2005 a través del desarrollo de programas de educación sexual para adolescentes en el ámbito de la educación formal. 2. Determinar el cumplimiento del Ministerio



de Salud en la implementación de los Decretos 27-2000, Ley de VIH; Decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social y Decreto 87-2005, Ley de Planificación Familiar, a través de los servicios integrales y diferenciados para jóvenes, los cuales brinden información y educación sexual en el ámbito de la educación no formal. 3. Conocer las actitudes, creencias, exigencias y propuestas ciudadanas de las y los jóvenes, respecto a la educación sexual, el acceso a los servicios de salud integrales y diferenciados para adolescentes y el reconocimiento de sus derechos sexuales como derechos humanos.

Esta investigación fue concebida como una investigación cualitativa-formativa, que diera respuestas a la etiología de los problemas sociales relacionados con el ejercicio de la sexualidad de las y los jóvenes contenidos en diversos estudios cuantitativos realizados previamente.

El presente trabajo contiene un marco teórico basado en evidencia científica de fuentes reconocidas en materia de sexualidad desde un enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos, el cual vincula y analiza marcos legales nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, valorando el conocimiento de la historia como un punto de partida para la transformación de las realidades. También se presenta un marco metodológico que permitirá a los lectores la visualización de el proceso y el contexto en que los datos fueron obtenidos en el trabajo de campo con las y los jóvenes, para presentar posteriormente un análisis de los mismo desde una perspectiva juvenil basada en el reconocimiento de las diversidades, la no discriminación y el respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos como Derechos Humanos.

Finalmente, se presentan una serie de conclusiones y recomendaciones de carácter técnico-político, las cuales buscan, a partir de los resultados, orientar las tareas pendientes del Estado para garantizar el acceso a la educación integral en sexualidad y a los servicios de salud amigables de atención integral y diferenciada para las y los jóvenes de Guatemala, considerando que el abordaje preventivo es estratégico para el desarrollo humano y político del país.



SIGLAS

AGES	Asociación Guatemalteca de Educación Sexual
AGMM	Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas
AID	Asociación Interamericana para el Desarrollo
AJWS	Servicio Judío Americano Mundial (por sus siglas en inglés)
AMES	Asociación Mexicana de Educación Sexual
AMES	Asociación de Mujeres en Solidaridad
APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia
ASDI	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
CDH	Centro de Desarrollo Humano
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEG	Conferencia Episcopal de Guatemala
CIEP	Comisión Intersectorial de Educación en Población
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CNB	Currículum Nacional Base
COEPSIDA	Comité de Educadores para la Prevención del VIH y Sida
CONAD	Comisión Nacional del Adolescente



CRESALC	Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe
DICADE	Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo
DIGECADE	Dirección General de Calidad Educativa
DRPAP	Dirección de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
DRACES	Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud
EIS	Educación Integral en Sexualidad
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ESI	Educación Sexual Integral
IEC	Información, educación y comunicación
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres de México
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ISDM	Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA



OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Plataforma de Acción Mundial sobre la Mujer
PNS	Programa Nacional de Sida
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PROEDUSA	Promoción y Educación en Salud
REDLAC	Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIMAC	Sistema de Mejoramiento de los Recursos Humanos y Adecuación Curricular
SIMNA	Programa de Salud Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URL	Universidad Rafael Landívar
USAC	Universidad San Carlos de Guatemala
USME	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WAS	Asociación Mundial de Sexología





APÍTULO I

Marco Teórico



1. LA SEXUALIDAD

1.1) Definiciones

Históricamente, diversas culturas y sociedades han asociado al sexo y la sexualidad una gran variedad de significados, que se transmiten, modifican y mantienen.

En muchas culturas el sexo y la sexualidad siguen siendo temas que no se discuten abiertamente, por lo que se ha generado una gran desinformación, mitos y tabúes en cuanto al conocimiento científico y significados de los mismos. (Martínez y Cabria, 2003).

1.1.1 Subjetividades

Se acota el término subjetividades como un concepto pluralizado desde el que se advierte la existencia de múltiples formas de percibir el mundo y existir en él, según parámetros culturales específicos, sus usos y costumbres, normatividades y obediencias, no excluyentes de las expresiones contraculturales y sus resistencias.

Partiendo del concepto subjetividad:

Proceso psíquico cronológico y lógico por el cual un sujeto se convierte en tal, desde los primeros años de su vida (De Greef, 2009).

Las configuraciones subjetivas, representan sistemas dinámicos y en desarrollo, pero que expresan la expresión de la subjetividad en su devenir histórico. La subjetividad social es la forma en la que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social concreto,



como familia, escuela, grupo informal, etc. Está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales (González, 2008).

Encontramos diversas posturas respecto a la subjetividad, desde la psicología, la antropología, y la filosofía, entre otras. Aquí la abordamos desde la perspectiva sociohistórica derivada de los trabajos de Vygotsky, la cual involucra los procesos subjetivos individuales analizados en su contexto cultural, ya que estos se complementan, refuerzan, realimentan y legitiman.

1.1.2) El Cuerpo

Al hablar de la sexualidad es necesario referirnos al cuerpo ya que los significados, prácticas y discursos culturales se construyen a partir de sus representaciones sociales. A continuación encontramos diversas definiciones:

El cuerpo es la primera evidencia de la diferencia humana. Pero el cuerpo sólo es una parte de la persona, sólo tiene sentido a partir de su relación con su entorno, es decir, a través del proceso de socialización del ser humano. Este aprendizaje se lleva a cabo en cada una de nuestras interacciones cotidianas con nuestra familia, amigos/os, y en general con todas las personas de nuestro entorno y con las instituciones sociales existentes. (Martínez y Cabria, 2003).

El cuerpo es el territorio donde aterrizan los significados culturales (Foucault, 1978).

El cuerpo, es el principal espacio de poder y ejercicio de derechos humanos (Vázquez, 2008).

Es así como el cuerpo se constituye como el principal espacio de ciudadanía y es allí donde se experimentan las relaciones de poder. Por ello, es importante nombrarlo, pues es el espacio donde cada ser humano y cada ser humana podrá ejercer su sexualidad ya sea de forma informada, saludable y placentera o desinformada y con riesgos.



A través de la historia el cuerpo ha sido objeto de normatividad, regulaciones y legislaciones que indican cómo se puede vivir el deseo, el bienestar y el placer y también por qué se habrá de sentir dolor, pecado, miedo, culpa, sufrimiento, flagelaciones y violencias.

Es a través del cuerpo que se legitiman el uso de los placeres o las restricciones, establecidas socialmente mediante cánones dogmáticos y conservadores.

1.1.3) Sexo

Según Katchadurian al sexo se le han asignado diversos significados. Es común escuchar publicidad, canciones, chistes y una serie de elementos en el lenguaje que nos hacen sobreentender el significado de la palabra sexo, la cual proviene del latín *sexus* que significa “cortar o separar”. Las siguientes definiciones nos brindan un acercamiento a los conceptos científicos.

Conjunto de características anatomofisiológicas que colocan a los seres de la misma especie en algún punto de un continuo cuyos extremos son personas reproductivamente complementarias (Corona, 1993).

El sexo se refiere al conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas), que diferencia a hombres y mujeres. En términos más simples, el sexo tiene que ver con las características y la forma que tiene nuestro cuerpo y la manera como funciona, que nos diferencia, en el caso de los seres humanos, como hombres y mujeres (Martínez y Cabria, 2003).

Son las diferencias y las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres. Se nace con esas características y son universales (INMUJERES, 2004).

Podemos observar que el punto en común de las definiciones antes descritas está en que el sexo se refiere únicamente a las características biológicas, es decir, corporales que diferencian a



los seres humanos, es universal, estático e innato. Nadie elige nacer hombre, mujer o intersexual.¹

1.1.4) Sexualidad

Al hablar de sexualidad nos referimos a un aspecto intrínseco de seres humanos y seres humanas de forma amplia. La sexualidad abarca toda nuestra vida como seres sexuados y puede ser vivida para ejercer el Derecho a existir, a sentir placer y ser felices o puede significar culpa, miedo y dolor. Por ello, nombrar la sexualidad como inherente a la condición humana es hablar de Derechos Humanos Universales. Diversos autores postulan:

La sexualidad se refiere al conjunto de características biológicas (corporalidad), psicológicas –pensar, sentir y actuar–, y sociales. En otras palabras, la sexualidad es la manera de pensar, de sentir y de actuar de hombres y mujeres en una sociedad o grupo determinado. Por lo tanto, la sexualidad se relaciona con nuestras ideas, palabras, deseos, fantasías, emociones, valores y comportamientos, es decir, con todo nuestro ser, con nuestra humanidad (Martínez y Cabria, 2003).

Conjunto de características anatómicas, psicológicas y sociales que diferencian a los seres humanos:

- *Es aprendida.*
- *Dinámica.*
- *Varia de cultura a cultura, de grupo a grupo y de persona a persona.*
- *Varia de momento histórico a momento histórico,*
- *Requiere de un enfoque de estudio multidisciplinario (Martínez, 2007).*

¹ Esther Corona nos remite a considerar que las diferencias biológicas “colocan a seres humanos de la misma especie en algún punto de un continuo cuyos extremos son reproductivamente complementarios”, lo cual nos indica que las y los humanos en nuestro desarrollo genético pasamos por estados intersexuales, así que hace ver que no existen sólo sexos de hombre o mujer, sino también personas intersexuales (biológicamente tienen las características de ambos sexos).



Según Martínez, la sexualidad está “organizada por varios ejes que interactúan, se combinan, adquieren primacía en diversos momentos del desarrollo individual dentro de contextos sociales específicos”, tales como:

- La corporalidad.
- Los sistemas afectivos.
- El erotismo.
- La identidad sexual.
- El contexto cultural.

Es común que se asignen atributos de la sexualidad al sexo, ya que éste es un concepto más cercano en la vida cotidiana. Sin embargo, la sexualidad es más amplia que el sexo, por ello es importante que reconozcamos las diferencias planteadas por Martínez y Cabria:

Sexo	Sexualidad
Corporalidad (forma y funcionamiento del cuerpo) Innato (se trae antes de nacer) Biológica Universal Cambia de forma y funcionamiento Es la diferencia corporal entre hombres y mujeres	Pensamientos, sentimientos y comportamientos expresados dentro de un grupo particular. Aprendida Social Varía dependiendo la cultura, persona, tiempo y persona. Dinámica (cambiante), depende de la etapa del desarrollo y momento histórico. Su finalidad es la armonía, el bienestar y el placer.

Esto significa que la sexualidad aunque hace referencia al cuerpo, no está determinada biológicamente, sino que es algo que aprendemos. Este aprendizaje es diferente dependiendo del grupo donde nos desarrollemos. Por lo tanto, la sexualidad no es universal, sino al contrario, varía dependiendo en la cultura, grupo y persona. Además, la sexualidad está presente desde que nacemos hasta que morimos y varía de acuerdo con la etapa de desarrollo en que nos encontremos.



Asimismo, el conjunto de ideas, preceptos morales y significados que se construyen en torno a la expresión, comportamientos y prácticas de la sexualidad, también varían entre culturas y momentos históricos. La finalidad de la sexualidad no es la reproducción sino el placer, es decir, el bienestar de la persona.

1.1.5) Género

El género es una construcción social basada en marcas corporales, que define en cada sociedad y cultura lo que significa ser hombre o mujer de acuerdo a la época y los acontecimientos históricos que rijan el contexto cultural. Y aunque las cosas cambian a través del tiempo, en ocasiones evolucionando y en otras retrocediendo, en la historia de la humanidad, los modos de vida asignados a hombres y a mujeres han sido distintos, y permanecen todavía, dejando como consecuencia del patriarcado² secuelas históricas de desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres, dónde las mujeres han sido excluidas, discriminadas y valorizadas como seres humanos de segunda categoría.

El concepto de género se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia entre los sexos, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas, y los atributos de las personas a partir de sus cuerpos (Martínez y Cabria, 2003).

El conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales construidas por cada cultura en diferentes momentos históricos, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se construyen los conceptos de ‘masculinidad’ y ‘feminidad’, los cuales determinan el funcionamiento, oportunidades, valoración, y las relaciones entre hombres y mujeres (INMUJERES, 2004).

² El patriarcado “es un orden de poder, un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Y está basado en la supremacía de los hombres y lo masculino, sobre la interiorización de las mujeres y lo femenino. Es el mundo dominado por los hombres.” (Las Dignas, 1998: 238).



Más allá de las características biológicas del sexo existe el género: se trata de un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas, y psicológicas, es decir culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre, o ser cualquier otra categoría genérica. Los géneros son históricos, y en ese sentido son producto de la relación entre biología, sociedad y cultura, y por ser históricos devienen y presentan una enorme diversidad. Los atributos sociales y psicológicos de los sujetos, las formas de comportamiento, las actitudes, las relaciones, las actividades, así como el lugar que ocupan en relación con el poder, y todo lo que se atribuye al sexo es presentado por el fenómeno del etnocentrismo, como universal. De tal manera que cada cultura, y en ella cada grupo dominante consensualizan sus estereotipos de hombre y de mujer como únicas formas de ser hombres y mujeres; como si siempre hubiera sido así, y como si siempre fuera a ser así. En nuestra cultura, las formas de ser hombres y mujeres son calificadas como características sexuales, y esta consideración forma parte de la ideología que analiza lo humano, como parte de una naturaleza humana (Lagarde, 1990).

Es a través del proceso de socialización como aprendemos los atributos genéricos asociados a nuestros cuerpos y así se determinan las formas de existir. De esta manera, si consideramos que el género es una construcción social, también podremos asegurar que las relaciones genéricas pueden ser transformadas y establecer formas más equitativas de existir entre hombres y mujeres. En este proceso es vital transformar las estructuras socializadoras como las familias y las escuelas para fomentar educación libre de sexismo.³

³ El sexismo es un término utilizado para referirnos a “una teoría que defiende que un sexo es superior a otro y que el superior tiene unos derechos, prerrogativas y privilegios mayores que los del sexo inferior. Es el conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener en situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado: el femenino” (Las Dignas, 1998: 238).



1.1.6) La sexualidad y las relaciones de poder

Cuando hablamos de sexualidad es inevitable referirnos a ella como algo aislado del poder, ya que la sexualidad tiene y siempre ha tenido poder. Es gracias al trabajo de Foucault y al feminismo que ahora nombramos la sexualidad desde el análisis del poder. Así, la historia de la sexualidad es una historia en la cual los discursos se han traducido en significados y prácticas culturales, las cuales a su vez se constituyen en relaciones de poder.

Cuando analizamos por qué existen tanto maltrato y discriminación, vemos que la explicación está en las relaciones de poder y dominio, que permiten que unos grupos impongan su control sobre otros, dominándolos y gobernándoles su vida (Ross, 2001)

1.1.7) Educación sexual o educación de la sexualidad

Existen diversas definiciones acerca de la educación de la sexualidad humana, nombrada desde diversas perspectivas y propuestas como: educación sexual, educación de la sexualidad, educación sexual integral (ESI), educación afectiva desde las instituciones religiosas y recientemente con el nivel mundial, nombrándose según parámetros de UNESCO como Educación Integral en Sexualidad (EIS), introduciremos con algunas, tales como:

El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso (Corona, 1993).

El proceso constante de formación e intercambio de valores, conocimientos, comportamientos, que incorporan y transforman las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto social y cultural determinado (Rodríguez y colaboradores, 1992).

Es un proceso de enseñanza aprendizaje de la sexualidad, que forma parte de la educación integral de la persona. En este pro-



ceso asumen un lugar relevante factores tales como expectativas sociales, aprendizajes anteriores sobre la sexualidad, experiencias sexuales propias, conductas, intereses, preferencias sexuales personales y el aprendizaje social. (Castellanos, 1995).

La educación en la sexualidad es un Derecho Humano y un fenómeno formativo, parte de la dimensión estructural de seres humanos, puede ser sistemática en la educación general o bien ocurrir de forma asistemática en la educación no formal mediante distintas estrategias o expresiones culturales. En la educación formal deberá basarse en la evidencia científica y la laicidad abordando de forma integral las dimensiones de la sexualidad, tales como: la corporalidad, los sistemas afectivos, el erotismo, la identidad sexual, las relaciones de poder y el contexto cultural con la finalidad de brindar habilidades para la vida en el ejercicio de una sexualidad placentera, libre de prejuicios, riesgos y temores. (Luna, 2009)

1.1.8) Salud sexual

En 1975 la Organización Mundial de la Salud OMS, acuñó el término al reconocer que el conocimiento y la evidencia científica indicaba que en muchas culturas existen problemas relacionados con la sexualidad humana ocasionados por la ignorancia sexual y malas interpretaciones. Por ejemplo, los problemas de salud son dañinos e importantes para el bienestar y la calidad de vida de la humanidad. Aunque las definiciones han venido evolucionando, citaremos únicamente la primera y la última por ser complementarias.

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales de ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor. Fundamental en este concepto es el derecho a la información sexual y el derecho para el placer. (OMS, 1975).

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud



sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. (OMS, 2002).

1.1.9) Derechos sexuales y Derechos Reproductivos de las y los jóvenes

Según la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDLAC, 2008), los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos son una expresión de los Derechos Humanos. Los Derechos Humanos son las libertades fundamentales propias de los seres humanos a los cuales no se puede renunciar y que cuando tenemos un ejercicio efectivo fortalece al desarrollo integral de las personas.

Así pues, los Derechos Sexuales son libertades en el ámbito de la sexualidad que fortalecen el desarrollo integral de las y los jóvenes. Su reconocimiento depende de los marcos: internacional, regional y nacional de los Derechos Humanos. Los principales documentos son los tratados internacionales, la constitución de cada país y las leyes nacionales.

En el nivel internacional, los Derechos Humanos se reconocen en un sistema multilateral que agrupa a todos los países del mundo dentro de lo que llamamos Sistema de Naciones Unidas o mejor conocido como ONU. Con el nivel regional también contamos con el Sistema Interamericano de los Derechos Humanos, el cual funciona en el marco de la Organización de los Estados Americanos conocido como OEA.

Los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos que protegen el ejercicio de la sexualidad juvenil son:

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.
- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.
- Plataforma de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994).
- Plataforma de Acción Mundial sobre la Mujer PAM (Beijing, 1995)
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes.

En el nivel nacional también se cuenta con marcos legales que protegen el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:

- Constitución Política de la República de Guatemala.
- Decreto 7-99, Ley de Dignificación y Promoción de la Mujer.
- Decreto 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.
- Decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social.
- Decreto 27-2003, Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.
- Decreto 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Métodos de Planificación Familiar y su incorporación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Decreto 22-2008, Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer.
- Decreto 9-2009, Ley de Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.

Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de las y los jóvenes son:

1. Derecho a vivir y decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad

Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Las y los jóvenes tienen derecho a que se respeten las decisiones que toman so-



bre su cuerpo y su vida sexual. Son responsables de sus decisiones y sus actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que deciden vivir su sexualidad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual

El disfrute pleno de su sexualidad es fundamental para su salud y bienestar físico, mental y social. Las y los jóvenes tienen derecho a vivir cualquier experiencia y expresión sexual o erótica que elijan, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena, saludable y placentera. Nadie puede presionarles, discriminarles, inducirles al remordimiento o castigarles por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de su cuerpo y su vida sexual.

3. Derecho a decidir con quien compartir su vida y su sexualidad

Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social y sexual. Las y los jóvenes tienen derecho a decidir libremente con quien compartir su vida, su sexualidad, sus emociones y sus afectos. Ninguna de sus garantías individuales debe ser limitada por sus decisiones. Nadie debe obligares a contraer matrimonio, uniones o a compartir su vida y sexualidad con alguien que no quieran.

4. Derecho a la libertad reproductiva

Las decisiones sobre su vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de su sexualidad. Como mujeres u hombres jóvenes tienen derecho a decidir de acuerdo con sus deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién. El Estado debe respetar y apoyar sus decisiones sobre su vida reproductiva, brindándoles la información y servicios de salud que requieran para hacer así efectivo este derecho.

5. Derecho a la protección por la explotación y abusos sexuales y violencia sexual

Cualquier forma de violencia sexual hacia una persona afecta el disfrute pleno de su sexualidad. Las y los jóvenes tienen de-



recho a la libertad, a la seguridad jurídica, a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe acosar, hostigar, abusar o explotar sexualmente a las personas jóvenes. El Estado debe garantizarles el no ser abusadas/os, torturadas/os ni sometidas/os a maltrato físico y psicológico o explotación sexual.

6. Derecho a vivir libre de toda discriminación

Las y los jóvenes son diversos y, por tanto, tienen diferentes formas de expresar sus identidades. Tienen derecho a que no se les discriminen por edad, género, sexo, orientación sexual, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física, capacidades diferentes o por cualquier otra condición personal. Cualquier discriminación atenta contra su dignidad humana. El Estado debe garantizarles la protección contra cualquier forma de discriminación.

7. Derecho al respeto de su intimidad y su vida privada

Su cuerpo, sus espacios, pertenencias y la forma de relacionarse con las y los demás son partes de su identidad y privacidad. Tienen derecho al respeto de sus espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de su vida, incluyendo el sexual. Sin su consentimiento ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de su vida.

8. Derecho a manifestar públicamente sus afectos

Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica, efectiva y de respeto a las diversidades sexuales. Tienen derecho a ejercer sus libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidades sexuales de género y culturales independientemente de cualquier prejuicio. Pueden expresar sus ideas y afectos sin que por ello se les discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal y físicamente.

9. Derecho a la igualdad de condiciones, oportunidades y a la equidad

Las mujeres y los hombres jóvenes aunque son diferentes, son iguales ante la ley. Como jóvenes tienen derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de de-



sarrollo personal e integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos sus derechos individuales, colectivos y sociales.

10. Derecho a recibir información científica y laica sobre la sexualidad

Para decidir libremente sobre su vida sexual, las personas jóvenes necesitan información. Tienen derecho a recibir información veraz sin manipulaciones y sesgos. Los temas relativos con la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta, tales como el género, el placer, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y las diversidades. El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo a las necesidades particulares de las y los jóvenes.

11. Derecho a la educación laica sobre la sexualidad

La Educación Sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social que comprende el desarrollo humano de allí su importancia para las y los jóvenes. Tienen derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura del respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados con las diferentes etapas de la juventud y contribuir al fomento del respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

12. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad

Como jóvenes pueden tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre sus derechos sexuales y a emitir su opinión sobre los mismos. Tienen derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para su participación, así como a asociarse con otras y otros jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a



su salud y bienestar. Ninguna autoridad o funcionario público debe negar o limitar de manera injustificada la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

Es importante promover los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos como Derechos Humanos universales e inalienables, que permitan a las y los jóvenes ejercer su sexualidad y su ciudadanía de forma plena y placentera, libre de riesgos, prejuicios y violencias. Es necesario que cada persona joven defienda y ejerza sus Derechos Sexuales y sus Derechos Reproductivos para contribuir a la construcción de una cultura plural y laica en Guatemala.

1.1.10) La perspectiva juvenil

Según Alpízar y Bernal⁴ al hablar de las juventudes, se habla de una construcción social, en la cual las instituciones como la iglesia, el estado, la familia, la escuela y los medios de comunicación son fuentes importantes de producción y reproducción de discursos sobre la juventud, los cuales posteriormente se traducen en expectativas, valoraciones y prácticas, políticas públicas y leyes, sobre lo que es o debe ser la juventud, e intentan regular los comportamientos de la población considerada joven. Estos discursos se caracterizan porque;

Ninguna institución social produce un discurso neutro sobre la juventud, todos llevan implícitos diversos elementos valorativos sobre la población joven. Todos estos discursos institucionales se disputan el privilegio de definir a la juventud, a través de establecer criterios del “deber ser” de la gente joven. Los discursos de las diferentes instituciones se cruzan, se complementan y frecuentemente, se contradicen unos a otros. Estas contradicciones están presentes también en la forma en que las personas jóvenes concretas viven su juventud y se ven a sí mismas (REDLAC, 2002).

⁴ *Lydia Alpízar y Marina Bernal son autoras del Manual de Derechos Humanos de las Mujeres Jóvenes y la CEDAW, fundadoras de la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos REDLAC y Elige, AC en México.*



Estos discursos además tienen implicaciones en la vida de la gente joven, y son diferentes por cuestiones de género, tales como:

El ser víctimas de violencia como un método correctivo. El abuso en el ámbito laboral al ser subcontratadas o mal pagadas. La limitación en la definición de sus estilos de vida. Las limitaciones en el ejercicio de sus derechos. La limitación en su participación en los procesos de toma de decisiones. La intolerancia e incomprensión ante las diferentes expresiones de lo juvenil pues son interpretadas como amenaza. La discriminación y la violencia son legitimados como mecanismos “necesarios” de control hacia la gente joven. Los discursos sobre la juventud presentan mensaje e implicaciones diferenciadas para hombres y mujeres jóvenes, distinciones que se construyen a partir de los roles y estereotipos de género. Cuando los discursos más tradicionales sobre la juventud hacen referencia a las mujeres jóvenes no las empodera, las anula, invisibiliza, las cosifica...y las ubica como sujetas pasivas. Por lo tanto, ser mujer joven, implica estar en un lugar social donde confluyen discursos y prácticas que desvalorizan y ponen posiciones de desventaja a las jóvenes.⁵

Estas posiciones están permeadas por diversas perspectivas sobre lo juvenil, tales como:

- Juventud como etapa del desarrollo psicobiológico humano.
- Como momento clave para la integración social.
- Como dato sociodemográfico.
- Como agentes de cambio.
- Como problema de desarrollo.
- Como grupo generacional.

Estos discursos se construyen y realimentan a partir de diversas perspectivas sobre lo juvenil, las cuales regularmente son homogenizantes, estigmatizantes, invisibilizan a mucha gente

⁵ Idem, pág. 58.



joven: mujeres, etnia, idioma, etc., desvalorizan lo femenino, niegan las subjetividades y son adultocéntricas.⁶

Ante las implicaciones que los discursos tienen en la vida de la gente joven y el ejercicio de sus derechos desde la Perspectiva de la Construcción Social, se plantea que *la juventud es producto de la interacción entre las condiciones sociales y las imágenes culturales que cada sociedad elabora en cada momento histórico, sobre este grupo* (REDLAC, 2002). Esta perspectiva tiene como ideas centrales:

- Que la juventud no es algo natural o estático, sino una construcción social.
- Que cada sociedad la define según sus parámetros culturales, sociales, políticos y económicos.
- Que no hay una definición única, por eso los discursos institucionales y sociales sobre lo juvenil, pueden cambiar y ser transformados.
- No hay juventud sino juventudes, considerando su diversidad y como un grupo social el cual puede ser categorizado desde distintas variables.
- Lo juvenil o culturas juveniles, son producciones culturales y contraculturales que estos grupos sociales despliegan o inhiben en su cotidianidad.
- Las identidades juveniles, son marcos simbólicos de adscripción que permiten a las y los jóvenes reconocerse y hacerse reconocer como distintas a otros. Estas identidades tienen una duración acotada en el tiempo y el espacio y varía en cada cultura y cada época.

De esta forma la perspectiva juvenil implica mirar a las y los jóvenes como sujetos de derechos, ciudadanas/os y protagonistas de su historia en una cultura basada en relaciones de poder adultocéntricas.

⁶ En una cultura adultocéntrica el poder y muchos recursos relacionados con la conducción de la vida social están centrados en las personas adultas medias, pues éstas son el paradigma de personas; por esta razón están en una situación de dominación respecto a las demás personas: niños, niñas, jóvenes e incluso personas adultas mayores (REDLAC, 2002:61)



2. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN GUATEMALA

2.1) Educación sexual como un derecho humano

La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes.

Las y los jóvenes tienen derecho a una educación sexual sin prejuicios, que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura del respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.

Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

El marco legal en materia de Derechos Humanos a nivel internacional está contenido en la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de la Población y Desarrollo, que reza:

Párrafo 7.46. Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.

El marco legal nacional se encuentra contenido en la Constitución Política de la República de Guatemala y algunos decretos, así:

Constitución Política de la República de Guatemala

Artículo 36. Libertad de Religión. El ejercicio de todas las religiones es libre. Toda persona tiene derecho a practicar su religión o creencia, tanto en público como en privado, por medio de la enseñanza, el culto y la observancia, sin más límites que el orden público y el respeto debido a la dignidad de la jerarquía y a los fieles de otros credos.



Artículo 71. Derecho a la Educación. Se garantiza la libertad de enseñanza y de criterio docente. Es obligación del Estado proporcionar y facilitar la educación a sus habitantes sin discriminación alguna. Se declarará de utilidad y necesidad públicas la fundación y mantenimiento de centros educativos culturales y museos.

Artículo 72. Fines de la Educación. La educación tiene como fin primordial el desarrollo integral de la persona humana, el conocimiento de la realidad y cultura nacional y universal.

Se declara de interés nacional la educación, la instrucción, formación social y la enseñanza sistemática de la Constitución de la República y de los derechos humanos.

Artículo 73. Libertad de educación y asistencia económica estatal.

Inciso dos. La enseñanza religiosa es optativa en los establecimientos oficiales y podrá impartirse dentro de los horarios ordinarios, sin discriminación alguna.

Decreto 27-2000. Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida- y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida.

Artículo 8. del capítulo III del establece que las acciones de promoción e IEC sobre ITS, VIH y SIDA “estarán bajo la coordinación y supervisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del PNS y del Ministerio de Educación”.

Artículo 9. El Ministerio de Educación en coordinación con el PNS “deberá incluir dentro del contenido curricular una unidad educativa, durante el ciclo escolar, sobre la educación formal e informal para prevenir ITS y el VIH/SIDA, a nivel primario, a partir del Quinto Grado, Ciclo Básico y Diversificado, tanto a nivel público como privado”. Y el artículo 10 fija la responsabilidad del Programa de SIDA junto con el Ministerio de Educación para implementar talleres de capacitación para los educadores



“que tendrán a su cargo la educación preventiva de los estudiantes de los diferentes niveles...”

Acuerdo Gubernativo 317-2002. Ley y Reglamento de la Ley para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida– y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida.

Artículo 7. El Ministerio de Educación con asistencia técnica del Programa Nacional de SIDA “elaborará los contenidos curriculares de las unidades relacionadas con ITS/VIH/SIDA a ser incorporados en el pensum de estudios...”

Artículo 10. El Programa Nacional del SIDA conjuntamente con el Ministerio de Educación elaborará el programa de actividades que contendrá la calendarización de talleres de capacitación para los educadores de los diferentes niveles y regiones del país, que permita trasladarles la información que ellos deberán impartir a sus alumnos...” También indica que estos programas deberán realizarse en la red nacional de salud, para que de ahí se “multipliquen estos conocimientos en sus respectivas comunidades”.

Artículo 14. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantiza el fácil acceso a los métodos de prevención de ITS/VIH/SIDA científicamente comprobados, por medio de todas sus unidades de salud en los distintos niveles de atención del sistema de salud.

Decreto 42-2001 Ley de Desarrollo Social.

Artículo 26. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está obligado a “garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, promoción y provisión de servicios de planificación familiar (...), diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente”



Artículo 29. El Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social incorporará en sus políticas educativas y de desarrollo las medidas y previsiones necesarias para incluir la materia de población en las temáticas de “... maternidad y paternidad responsable y salud reproductiva...” Además, “diseñar, impulsar y hacer accesible a todas las personas, programas específicos de información y educación sexual para fomentar estilos de vida saludables de las personas y de las familias, orientados a la prevención de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y la prevención de infecciones de transmisión sexual, en todos los centros y niveles del país”.

Decreto 87-2005. Ley de Acceso Universal y Equitativo a los métodos de planificación familiar y su incorporación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Artículo 10. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales *deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y autocuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbimortalidad materno infantil.*

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS como rector de la salud debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que las ayude a seleccionar un método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario. Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido.

El marco legal citado anteriormente demuestra que la Educación Sexual integral, científica y laica es un Derecho Humano de las y los jóvenes en Guatemala, el cual debe ser implementado por el Estado para garantizar el ejercicio pleno de una sexualidad sana y responsable.



2.1.1) Una aproximación histórica a la educación sexual en Guatemala avances y retrocesos

Al referirnos a la Educación Sexual en Guatemala como un fenómeno sociohistórico, nos remontamos a una época reciente; finales de los años 60s. Según Esther Corona,⁷ en México se inició a hablar de la Educación Sexual en 1916 en el Primer Encuentro Feminista Mexicano y en los años 70s lograron la institucionalización de la Educación Sexual. En Guatemala durante este período, apenas se iniciaban los primeros pasos, a cargo de personas pioneras y visionarias de esa época, tales como Odette Alarcón, Eugenia Monterroso, Elvira Ariano Jerez, María Antonieta Rosales de Ralón, Gloria Cospín, Gustavo Castellanos entre otros.

En 1968 inició la educación sexual formal en la Universidad del Valle de Guatemala (UVG), a través del Programa de Educación para el Desarrollo Humano coordinado por Odette Alarcón⁸, el cual tuvo una vigencia de cinco años; durante este tiempo desarrollaron una guía curricular que contenía una unidad de sexualidad humana, diseñada para los ciclos del nivel preprimario, primario, básico y diversificado. A través de este programa capacitaron a tres mil maestros/as en las escuelas, monitorearon la aplicación de los conocimientos de las y los maestros/as en el aula y diseñaron materiales tales como el Conócete a ti mismo y Conócete a ti misma,⁹ dirigidos a jóvenes.

⁷ Esther Corona, psicóloga clínica, fundadora y actual presidenta de la Asociación Mexicana de Educación Sexual, AC AMES. Ha trabajado en educación sexual y salud reproductiva tanto en instituciones gubernamentales como organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales. Consultora en Educación Sexual y Género de Organismo Nacionales e Internacionales.

⁸ Odeth Alarcón, es médica, psicóloga y especialista en Psiquiatría de Adolescentes graduada de la Universidad de Harvard, precursora de la educación sexual en Guatemala.

⁹ Los contenidos de estos materiales son de avanzada, ya que incluyen un fuerte componente sexológico como la respuesta sexual humana, la higiene, el autoerotismo y promueve la capacidad de decidir.



Durante este mismo tiempo surgió el Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC) y fue esta iniciativa regional la que impulsó la educación sexual aplicada con una mirada integral trascendiendo la mirada biologicista.

Es a partir de la fusión del programa de Educación para el Desarrollo Humano de la Universidad de Valle de Guatemala y del Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC) y con apoyo de la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) que surgió en Guatemala la Organización de Profesionales en Sexualidad (OPS), fundada por profesionales de distintas disciplinas, la cual se convirtió en 1978 en la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES), legalizada un año más tarde. Fue así como se inició a trabajar la educación de la sexualidad humana en nuestro país, que al igual que en el resto de América Latina, el inicio de los programas de Educación Sexual, fueron iniciativas de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y la academia.

En 1979 la Asociación Pro Bienestar de la Familia (Aprofam), inició a impartir la Educación Sexual en Guatemala a través del Centro para Adolescentes “El Camino”, el cual brindaba diversos servicios clínicos y de información a través de charlas sobre problemáticas juveniles.

Ya en 1980 AGES logró capacitar a las y los dirigentes de la Asociación con apoyo del CRESALC, en un taller centroamericano desarrollado en la República Dominicana. Así, iniciaron un programa de Educación Sexual del Adolescente el cual para 1983 había capacitado a 300 adolescentes.

De igual forma de 1984 a 1985 continuaron trabajando el Programa de Educación Sexual del Adolescente e iniciaron un Programa Educativo Materno Infantil en Chimaltenango, beneficiando a 200 familias de ese departamento.

Posteriormente, AGES empezó a expandir su trabajo al interior de la República, y fue así como de 1986 a 1992, la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual contó con sedes en 6 depar-



tamentos de Guatemala, San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Chimaltenango, Alta Verapaz y Guatemala. Tiempo en el que continuaron con el Programa de Educación Sexual para Adolescentes, Bolsas de Estudio para niñas mayas como estrategia para llevar educación sexual a las comunidades desde el enfoque de salud y así lograr aceptación en la comunidad, la Educación Materno Infantil y ya realizaban abordaje de sensibilización a padres y madres, maestros y maestras a través del Programa Educación Sexual para Todos, capacitando en esa época a cerca de 400 maestros y maestras. Sin embargo, este programa sólo lo desarrollaron en escuelas privadas y otras instituciones, ya que no tuvieron ingreso al sector oficial del Ministerio de Educación.

Iniciaron además programas de Animadores Juveniles, avanzando en la Educación Sexual para jóvenes, realizaron producciones de material de Información, Educación y Comunicación (IEC), entre ellos los manuales para animadores juveniles como un curso dosificado en tres niveles: básico, intermedio y avanzado, pioneros de la educación de pares. Realizaron investigaciones sobre la Sexualidad Mayense y la Sexualidad del Adolescente. AGES se dedicó a trabajar con jóvenes porque la experiencia del trabajo con maestros/as y padres les dejó pocos resultados de cambio, ya que para lograr cambios en el comportamiento de las personas se hace necesaria una educación que empodere desde los primeros años.

Fue hasta 1984 que se inició a trabajar la Educación en Población en el Sistema de Mejoramiento de los Recursos Humanos y Adecuación Curricular (SIMAC) . Cabe mencionar que la Educación Sexual en Guatemala inició sin marcos legales regulatorios específicos que otorgaran obligatoriedad al Estado de impartir la Educación Sexual como un Derecho Humano. Esto ocurrió antes del surgimiento de la perspectiva de género y de la aparición pública del primer caso de infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) del cual se conoció por primera vez un caso en 1984, por lo que a partir de 1986 AGES inició un programa piloto de Prevención de VIH en hombres homosexuales. En



1987 AGES sufrió persecución política por el entonces Ministro de Salud; Geller Mata, quien prohibió un folleto educativo, argumentando que era de contenido explícito. Si este programa hubiese continuado sin presiones políticas por fundamentalismos religiosos, culturales y conservadurismo, probablemente el rumbo de la epidemia de sida en Guatemala sería distinto.

En 1992 inició en Guatemala a trabajarse a favor de incluir en el currículum de la educación formal la educación en población, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), fortaleciendo la institucionalidad del Ministerio de Educación en la adecuación curricular y en la elaboración de materiales educativos para los distintos niveles y modalidades, a través del proyecto de Educación en Población, orientado hacia:

La formación de actitudes, principios y valores en niños, niñas, adolescentes y jóvenes que coadyuven a fomentar el respeto propio y hacia los demás, desarrollar un sentimiento de autoestima personal y familiar que les permita crecer con una auto imagen positiva; fortalecer la convicción acerca de la posibilidad e importancia de hacer planes de vida y tomar decisiones que les permita hacerse cargo de sus actos con responsabilidad. Alienta la investigación y el análisis crítico de distintas opciones en relación con las cuestiones de población. (UNFPA, 2009)

En este contexto, en 1993 se conformó la Comisión Intersectorial de Educación en Población (CIEP), integrada por 15 instituciones de alta representatividad social, entre ellas las iglesias Católica, Evangélica, Universidades de San Carlos de Guatemala (USAC), Universidad Rafael Landívar (URL), Universidad del Valle de Guatemala (UVG), Academia de las Lenguas Mayas, Procurador de los Derechos Humanos, Asociación de Periodistas de Guatemala, FUNDAZUCAR, federaciones sindicales, Unión Sindical de Trabajadores de Guatemala (UNSITRAGUA), Central General de Trabajadores de Guatemala (CGTG), Federación Nacional de Sindicatos de Trabajadores del Estado de Guatemala (FENASTEG) y Asamblea Nacional del Magisterio (ANM).



Esta Comisión decidió por consenso y en acuerdo con el Ministerio de Educación los contenidos y metodologías de la Educación en Población para el nivel de preprimaria, primaria y escuelas normales. Como parte de los compromisos, delegación y potestad por parte del Ministerio de Educación en el Acuerdo Ministerial No. 26 del 27 de enero de 1993 y ratificado por el Acuerdo Gubernativo 198-96 del 12 de junio de 1996. Ya entre 1998 y 1999 habían logrado realizar 1,000 talleres con padres y madres de familia, con la asistencia de poco más de 50 mil personas, los asistentes en el 96% opinaron a favor que sus hijos reciban en las aulas la Educación en Población.

Según el UNFPA en Guatemala, la Educación en Población contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población en tanto que sus objetivos y contenidos están orientados a promover la participación responsable de cada persona en la solución de los problemas que pueda plantear la interacción de las variables de población. Estos problemas pueden manifestarse tanto en la estructura misma de la sociedad como en el ambiente y al interior de las estructuras familiares y culturales. Todos los comportamientos humanos están en relación estrecha con el tipo de sociedad, sus valores, los aspectos culturales y los niveles educativos de la población.

La Educación en Población planteada por la CIEPS, desarrolla 10 temas a saber: Población y Desarrollo, Elementos Sociodemográficos, Familia y Calidad de Vida, Derechos Humanos, Salud y Población, Sexualidad Humana, Mujer Desarrollo y Población, Etnia y Población, Ecología Población y Ética y Medios de Comunicación y Población.

El trabajo técnico y político de la CIEP, logró institucionalizar la educación en población, que se encuentra transversalizada en el Currículo Nacional Base construido como resultado de la Reforma Educativa y los Acuerdos de Paz, el cual está actualmente en fase de expansión. Además elaboraron en 1995 un módulo educativo, como parte de los Materiales de Apoyo Técnico de Educación en Población para docentes de Preprimaria y Primaria, que tuvo una segunda edición y reimpresión de 60,000



ejemplares en el 2003. Sin embargo los retos son evidentes, ya que a pesar de la aceptación de padres de familia y maestros muchos de éstos módulos no se entregaron a nivel departamental, tal es el caso de Petén donde dejaron los materiales en bodega y se arruinaron.

Otro hito en la historia que vino a reforzar la educación sexual en Guatemala fue la realización de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), realizada en el Cairo, Egipto en 1994 la cual reconoce internacionalmente y en el seno de las Naciones Unidas que la educación sexual es un Derecho Humano y un medio estratégico para el desarrollo humano de los países. Como resultado de la CIPD los países ratificaron un plan de acción que inicia en una época reciente el reconocimiento de los Derechos Reproductivos.

Un año más tarde se realizó en Beijing, China enero 1995 la Conferencia Internacional sobre la Mujer, en la cual se reconocen los Derechos Sexuales como Derechos Humanos, incluidos en el Plan de Acción Mundial sobre la Mujer (PAM).

Así, con el nivel mundial inició el reconocimiento de diversas necesidades problemáticas tales como la desigualdad entre los géneros, la mortalidad materna, la epidemia de sida y las violaciones ejercidas en la sexualidad y esto se tradujo en derechos humanos ratificados por el Estado de Guatemala.

En este contexto de cambios globales y reconocimiento de derechos, en 2005 inició el Programa COEPSIDA¹⁰ adscrito al Ministerio de Educación, según Resolución Ministerial No. 4357 del 11 de julio de 1995, para trabajar en la prevención de ITS, VIH y sida como resultado de la participación de docentes en un curso de formación en Israel quienes de iniciaron de manera voluntaria entre ellas Ileana Rivera.

Estos derechos humanos reconocidos internacionalmente influyeron en el surgimiento de distintos marcos legales naciona-

¹⁰ Comité de educadores para la prevención del VIH/SIDA.



les, la mayoría iniciativas de mujeres diputadas del Congreso de la República de Guatemala, tal es el caso del Decreto 27-2000 Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida– y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida propuesta por la diputada Zury Ríos Montt, la cual crea el Programa Nacional de Sida en el Ministerio de Salud, y refuerza las acciones del Comité de Educadores para la Prevención del Sida (COEPSIDA), en el Ministerio de Educación para hacer accesible la atención, educación e información sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el sida y otorga Derechos Humanos en el derecho interno a las personas con VIH o sida.

De esta manera, a partir del 2 de junio del 2000 el COEPSIDA se fortaleció con este marco legal y a partir de allí bajo la coordinación de Ana María Rodas Rosa, trabajaron por incluir la prevención de ITS, VIH y sida en el currículum del MINEDUC y una serie de textos paratextuales de apoyo como los módulos y rotafolios “Sí a la vida” el módulo “Conociéndonos cuidamos más nuestra salud”, el módulo para docentes “Contribuyamos a la prevención del VIH/Sida” y los módulos para el nivel primario “Tú y tu cuerpo” y el módulo “Crecemos y cambiamos” entre otros. Dicha Ley en el Capítulo III, Artículos 8, 9 y 10 especifica que la educación y la información para la prevención de ITS/VIH/SIDA estarán bajo la supervisión del Ministerios de Educación, así como la incorporación dentro del contenido curricular, en coordinación con el Programa Nacional del SIDA del Ministerio de Salud.

Un año más tarde, en el 2001 se aprobó el Decreto 42-2001 Ley de Desarrollo Social durante el Gobierno de Alfonso Portillo del Frente Republicano Guatemalteco (FRG) como resultado de la incidencia de las mujeres. Esta ley crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) en el Ministerio de Salud, con el cual se avanza la mirada maternoinfantil y se inicia a nombrar la salud reproductiva como un Derecho Humano de las Mujeres y se regula además la educación de la sexualidad desde el enfo-



que de Educación en Población, con lo cual se refuerza el trabajo iniciado por la CIEP años atrás.

En el 2004 por iniciativa de Médicos del Mundo, inició la creación de un programa de prevención de ITS, VIH y sida (PPIVS), en la universidad rectora de la educación superior la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual inició su trabajo en 2005, proyectando hacia cinco años contar con un programa de voluntarios/as institucionalizado en la Universidad a nivel central y en los centros universitarios, retomando así la educación en sexualidad en la educación superior 36 años después de sus orígenes en la Universidad del Valle de Guatemala.

Diversas iniciativas cobraron luz pública en 2005 durante el Gobierno de Oscar Berger de la Gran Alianza Nacional (GANAN), ya que por iniciativa del diputado por Petén el médico Armando Aragón del partido oficial, promovió el Decreto 87-2005 *Ley de Acceso Universal y Equitativo a los métodos de planificación familiar y su incorporación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, el cual causó polémica a nivel nacional y le costó la salida del partido oficial por conservadurismo y fundamentalismo religioso.

Esta ley marcó un momento histórico desde diversas perspectivas, por ejemplo, demostró la capacidad del movimiento feminista y de mujeres para la defensa de sus derechos tales como la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, la Organización de Mujeres Tierra Viva, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, La Cuerda y un centenar más de mujeres y organizaciones a nivel nacional que defendieron la ley; demostró además la capacidad de las diputadas del Congreso de la República tales como las diputadas Zury Ríos y Myrna Ponce quienes asumieron la ley y la defendieron y puso de manifiesto el poder de la ciudadanía cuando los medios de comunicación consultan e informan de manera veraz.

En este momento pudo advertirse como los sectores conservadores, especialmente los sectores religiosos, son la verdadera oposición, y no lo son los padres de familia y maestros como



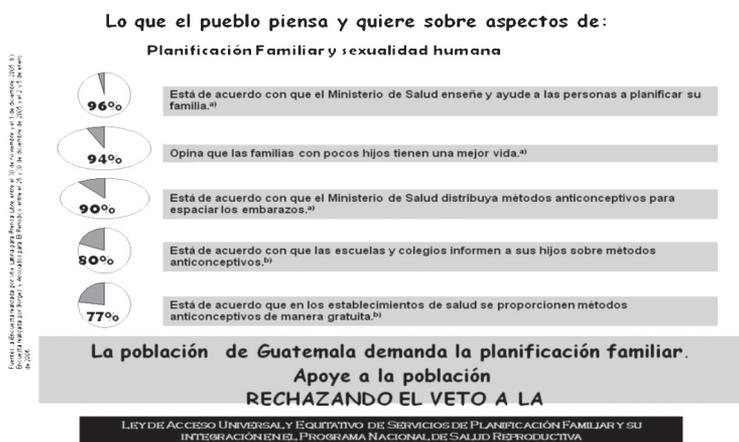
suele argumentarse. La ciudadanía conoció las formas poco éticas de desinformación utilizadas por el Cardenal Rodolfo Quezada Toruño, comparando en los anticonceptivos con balas, argumentando que “ambas matan igual”. Argumento totalmente infundado científicamente.

Cuando la prensa escrita consultó a la ciudadanía acerca de la ley las respuestas fueron favorables, según datos obtenidos por Prensa Libre y el El Periódico.

El 5 de diciembre de 2005 *Prensa Libre* publicó el titular ***Apoyan planificación” Encuesta evidencia opinión favorable a controvertida ley, sujeta a posible veto.*** Según una encuesta elaborada por “Vox Latina” a solicitud de Prensa Libre reveló que el 96% de 600 personas, está de acuerdo con que el Ministerio de Salud enseñe o ayude a las personas en la planificación familiar. El 89.7% se mostró favorable a que ese ministerio distribuya condones, píldoras y otros métodos anticonceptivos para que las familias puedan espaciar el número de embarazos. Según el 94.3%, las familias con pocos hijos tienen una mejor vida. En las cuatro preguntas el grupo femenino fue siempre el que más de acuerdo estuvo con la planificación. Mientras la Procuraduría de los Derechos Humanos habla de adversar un posible veto a la ley, anunciado por el Presidente Berger (Castellanos, 2005).

Otro titular rezaba ***Iglesia presiona mientras que el Gobierno medita.*** Antes de finalizar la misa de ayer en la catedral metropolitana, el Cardenal Rodolfo Quezada Toruño, leyó un comunicado de la Conferencia Episcopal de Guatemala, CEG, sobre la planificación familiar. La iglesia opina que “son los padres de familia quienes tienen el derecho y la obligación de educar a sus hijos... en el uso de la sexualidad y no el Estado...”. El Cardenal aclaró que no hay ningún enfrentamiento con el Presidente Berger, por el tema de la planificación. Berger confirmó que las relaciones con Quezada son buenas y que para esta semana tiene planificado reunirse con la CEG, para hablar del tema, y luego decidir. (Reynoso y Munaiz, 2005).

Las organizaciones civiles de mujeres como la ISDM¹¹ crearon mensajes para la promoción y defensa pública de la ley, tales como:



Fuente ISDM



Fuente Prensa Libre

Mientras tanto, el Presidente Oscar Berger violentó el Estado laico y vetó la Ley, sin embargo, lo hizo fuera de tiempo, lo cual dio potestad al Organismo Legislativo de aprobarla. Este decreto avanza en nombrar la educación sexual para jóvenes para promover el autocuidado de la salud, educación sobre sexualidad y prevenir embarazos precoces, en un marco de derechos y obligaciones.

Fue así como a raíz de la Ley de Planificación Familiar¹² en el 2006 surgieron diversas iniciativas a favor de la educación

¹¹ Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres.

¹² Decreto 87-2005.



Fuente Prensa Libre

sexual tal es el caso de la fundación de la Red Incidejoven en sociedad civil y en 2007 surgió el Plan Salud Educación como una propuesta de articulación biministerial entre los Ministerios de Salud y Educación al darse cuenta que no contaban con materiales

estandarizados como lo mandan distintos marcos legales. Esto surgió como iniciativa del Programa Nacional de Sida (PNS) del Ministerio de Salud (MSPAS) junto al Componente de Adolescentes del PNSR, coordinando con el Comité de Educadores para la Prevención del Sida COEPSIDA del Ministerio de Educación (MINEDUC) y con organizaciones de sociedad civil incluidas la Red Incidejoven, la Instancia por la Salud y Desarrollo de las Mujeres, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, APROFAM, con las cuales se formó un equipo técnico. Este plan buscaba llevar la educación sexual en el ámbito formal a través del MINEDUC y la educación sexual informal para quienes no acceden a la escuela a través del MSPAS. Fue así como se inició la elaboración de un manual de educación sexual para jóvenes para ambos ministerios desde un abordaje integral, laico y basado en evidencia científica. En este proceso participaron diversas personas técnicas como la sexóloga Melanie Monette de UNESCO, Lorena Pahor y Karina Arriaza del PNS, Ester Acevedo del MINEDUC, José Roberto Luna y Maira Sandoval del Componente de Adolescentes del PNSR, Thelma Miranda de PROEDUSA, Rossana Cifuentes de AGMM, Mirna Montenegro de la ISDM y Dalila de la Cruz de APROFAM.

Con el apoyo del UNFPA y UNESCO se trabajó un plan táctico y operativo para el plan salud educación con la participación de gobierno y sociedad civil realizado en Antigua Guatemala, el cual contiene líneas de acción para cada ministerio y sus compromisos.

Sin embargo, durante el proceso de elaboración técnica surgió la oposición, ya que al despacho del Ministerio de Salud presenta-



ron un borrador subrayando lo que no querían que se publicara, argumentando que era de contenido explícito,¹³ durante este mismo tiempo el Colegio Monte María, el cual se caracterizó en el pasado por su proyección social, lanzó una campaña negra a través de correos electrónicos por internet, sobre estos manuales alegando que el derecho de dar educación sexual es de los padres y no del Estado; mostrando su perfil fundamentalista y conservador.

Ante estos acontecimientos, surgió un fraccionamiento y el MINEDUC, a través de Herminia Reyes de Muralles, informó que no publicaría los manuales porque los padres de familia se estaban oponiendo. Al darse este hecho, las organizaciones civiles defendieron el proceso de elaboración de los manuales en el legislativo con apoyo de las diputadas Zury Ríos y Myrna Ponce, quienes facilitaron la firma del Plan Salud Educación y pidieron a ambos ministerios asignar recursos para la impresión y publicación de los manuales. Este plan fue firmado por la Ministra de Educación María del Carmen Aceña y el Ministro de Salud Alfredo Privado.

Fue así como el MINEDUC solicitó al Ministerio de Salud formar un equipo técnico para readecuar los contenidos de los “manuales”.¹⁴ Este equipo técnico se conformó por Ester Dilaudia Acevedo y Orlando Baldomero Escobar del MINEDUC y Patricia Ceballos Alburez y José Roberto Luna del MSPAS, quienes readecuaron los contenidos de educación sexual para el sistema educativo. Fue un proceso fuerte técnicamente debido al conservadurismo del MINEDUC, quienes perciben a las y los adolescentes como niños y niñas. Fue difícil incluir las temáticas de género, sexualidad, diversidades sexuales, uso de condones, el Dispositivo Intrauterino y la anticoncepción de emergencia ya

¹³ No querían que estuviera incluido el tema de las diversidades sexuales y las prácticas de sexo oral, anal, vaginal en la prevención de ITS, VIH y sida, censuraban el tema de género y los anticonceptivos.

¹⁴ Se tuvo que cambiar el nombre de manuales a módulo educativo, porque la palabra manual era una palabra sugestiva de masturbación o autoerotismo, lo cual denota el morbo alrededor del sistema educativo.



que conservan el mito de que los anticonceptivos son abortivos. De esta forma se redactó el módulo de educación sexual para adolescentes “Aprendo y valoro mi futuro”, el cual no imprimió la ministra Aceña aprovechando el cambio de Gobierno y paradójicamente en este mismo período suscribieron en Managua el compromiso internacional de impulsar la educación sexual en el país.

2007 fue año electoral, tiempo en el cual Incidejoven lanzó su campaña de incidencia política denominada “Ya no queremos ojos cerrados, bocas calladas ni brazos cruzados”, mediante la cual promovió el voto consciente entre las y los jóvenes y exigían a los partidos políticos incluir en sus planes la educación sexual y el acceso a salud integral. Establecieron una alianza con otras organizaciones la cual llamaron “Campaña nacional por la salud sexual y reproductiva” en alianza con Remupaz, la ISDM, y la Red de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, con quienes realizaron foros con presidenciables, audiencias con partidos, reuniones con esposas de presidenciables, reuniones con candidatos a diputados/as y trabajo con medios de comunicación.



De esta manera, lograron colocar en la agenda pública en el año electoral la educación sexual, ante lo cual Gema Palencia y Jessica Osorio de *Prensa Libre* preguntaron a los partidos que encabezaban las encuestas de popularidad acerca de las recetas para prevenir y reorganizar en salud y educación con la pregunta ¿Pondrá en marcha campañas educativas de salud sexual reproductiva, prevención de VIH y embarazos no deseados?

Las respuestas fueron publicadas el viernes 24 de agosto de 2007 en la sección nacionales de *Prensa Libre*:

“Álvaro Colom de la UNE: Educar en responsabilidad

La educación sobre salud sexual y reproductiva va más allá de la distribución de preservativos u otros métodos de planificación familiar. La UNE apuesta por la educación equilibrada, para que cada individuo decida cómo manejar su sexualidad.

Rafael Espada, vicepresidente, insiste en que los jóvenes deben ser educados en la responsabilidad, para que sean conscientes de lo que implica tener relaciones sexuales y procrear hijos. “El Estado tiene que educarlos, para que entiendan y decidan”, opina. De gobernar, facilitará métodos de planificación familiar, pero insiste en que no a modo de imposición.

Colom indica que el crecimiento poblacional se reducirá con el desarrollo, pero son necesarias las campañas de educación para frenar la transmisión del VIH. Se muestra favorable al uso del preservativo, pero insiste en que es una cuestión que cada pareja debe decidir. Reconoce que el tema es controvertido, pero no se dejará influenciar por grupos religiosos.

Otto Pérez Molina del Partido Patriota: Educación sexual

Hay que entrarles abiertamente a las campañas de educación sexual. “No hay por qué esconderlas”. El PP está a favor del fomento del uso del preservativo como método para evitar, además de los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el VIH. “Es una



irresponsabilidad no dar a los guatemaltecos la información necesaria que les permita prevenir enfermedades”, asegura el presidenciable.

Considera que el Gobierno tiene la responsabilidad social de ejecutar estas medidas, y por ello afirma que fortalecerá programas -que hayan funcionado hasta este momento- de educación para jóvenes, por lo que no cederá ante las presiones o críticas de grupos sociales y religiosos que tradicionalmente han mostrado oposición en este asunto. “Cada quien debe poder decidir cuántos hijos tiene y cuándo los quiere tener”.

Alejandro Giamattei de la Gran Alianza Nacional: Planes de prevención

La Gana programó impulsar un programa de educación en salud infantil, y la implementación de un modelo departamental, centrado en el desarrollo de los planes prioritarios: salud de la mujer e infantil.

Se estipula el fortalecimiento de la prevención de enfermedades, con especial atención en las infecciosas, emergentes y las que se pueden evitar por inmunización, entre otras.

En el plan de salud de la mujer se estipula la cobertura de educación en salud, con énfasis en programas nutricionales y de salud reproductiva.

Se promoverá un proceso de educación sexual que tenga como uno de sus ejes el uso del preservativo, basado en modelos exitosos de otros países. “Lo primero es educar a los padres y adolescentes en el uso del preservativo, como una de las distintas formas para prevenir enfermedades.

La medida fue calificada de urgente, debido a los altos índices de crecimiento en el país. “El año pasado hubo 42 mil nacimientos menos por programas como Creciendo Bien”.

Rigoberta Menchú de Encuentro por Guatemala: Prevención

EG planifica el fortalecimiento de los programas de prevención y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana y del SIDA.



En el país, la doble moral es muy fuerte, hay temas que no se hablan... pero se practican". La propuesta busca impulsar una política sobre información ciudadana, para iniciar con una educación familiar, como aprendizaje previo al tema de planificación familiar.

La campaña incluye el desarrollo de programas de medicina curativa, a fin de que sean efectivos los programas de medicina preventiva. Para erradicar la pobreza, el equipo propone prevenir casos como los acontecidos en Camotán, Chiquimula, y disminuir los indicadores de desnutrición infantil.

El partido está de acuerdo con la cooperación de médicos cubanos, que han llegado a regiones rurales y fomentado la creación de un sistema nacional de salud, dividido en cuatro etapas: mejoramiento de las medicinas general, comunitaria y familiar, y el mantenimiento e innovación del sistema.

Eduardo Suger de CASA: No se puede forzar

La formación en materia de salud sexual y reproductiva es un asunto que no se puede imponer a la población. Hay que dejar que las cosas penetren culturalmente a través del tiempo, y respetar las costumbres de los pueblos indígenas. No se puede forzar a la población a utilizar métodos de planificación familiar que, en muchas ocasiones, no conocen ni entienden.

No está previsto iniciar grandes campañas informativas abiertas en este sentido; la población irá formando su opinión por medio de la capacitación en las escuelas, en las cuales se incluirá la asignatura de Salud como parte del currículo. Con estas acciones, la población estaría capacitada para prevenir embarazos no deseados, además del contagio del virus de inmunodeficiencia humana y de otras infecciones de transmisión sexual."

Fue así como la ciudadanía conoció las posturas de sus presideciables durante el año electoral, posturas intermedias en general, aunque la UNE quien ganó las elecciones mencionó que a pesar de que el tema es controvertido no se dejará influenciar por presiones religiosas, durante la misma campaña se opuso



públicamente a las diversidades sexuales diciendo en un foro convocado por la Iglesia Evangélica que estaba en contra de las relaciones homosexuales porque eran contranatura y contra el aborto diciendo “Dios hizo a Adán y Eva y no a Adán y Esteban”, lo cual generó controversias en la opinión pública y reacciones sociales, por ejemplo el Centro Cultural de España en 4 Grados Norte puso un banner al ingreso que decía: “Aquí son bienvenidos Adán, Eva y Esteban”. Este mismo Gobierno incluyó en su gabinete a Eusebio del Cid como Ministro de Salud y Ana Ordóñez de Molina como Ministra de Educación, ambos miembros del Opus Dei, la rama más conservadora y poderosa económicamente de la Iglesia Católica.

En el 2008 Incidejoven continuó fiscalizando al gobierno entrante; el Gobierno de la UNE con Álvaro Colom Caballeros como Presidente de la República y Sandra Torres de Colom como Primera Dama de la Nación, sin embargo, durante el primer año hubo poca claridad de los programas y se estaba gestando el Consejo de Cohesión Social quien quitó poderes directos a los Ministerios de Salud y Educación.

Este Gobierno, quien lanzó su lema como “Tiempos de solidaridad”, tenía en las bodegas del Ministerio de Salud, el material impreso de IEC para la prevención del VIH, el cual no podía ser distribuido porque no tenía el logo de su administración. Ante ello las organizaciones civiles lo denunciaron a los medios de comunicación y el material fue liberado.

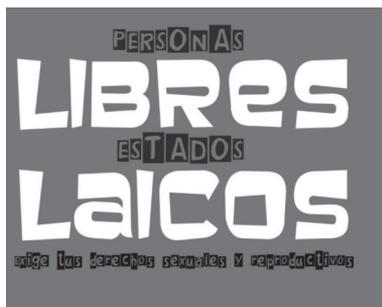
Incidejoven y otras organizaciones como Tierra Viva, AGMM y la ISDM continuaron fiscalizando y presionando al gobierno para la publicación del módulo “Aprendo y valoro mi futuro” el cual fue publicado este año por la Ministra Ana Ordóñez de Molina, con un enfoque conservador que viola los Derechos Humanos y el Estado laico, cuya introducción se asemeja considerablemente a los manuales de la Conferencia Episcopal de Guatemala elaborados con a la Universidad del Istmo.

Este año, Guatemala vuelve a sumarse a compromisos internacionales con la Declaración Ministerial Prevenir con Educación

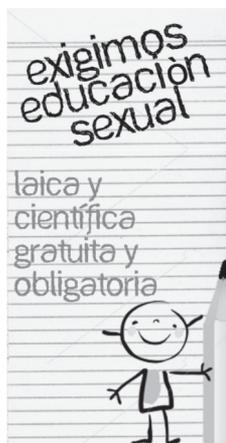


la cual fue ratificada en la 1ª. Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe el 1 de agosto de 2008 en la Ciudad de México, DF. En esta reunión firmaron Mariel Castro por el MSPAS y Ester Acevedo por el MINE-

DUC. Vemos así como Guatemala se había adelantado a esa declaración al plantearse el Plan Salud Educación con una lógica de articulación biministerial. Ahora a Guatemala le compete cumplir con el marco legal internacional y nacional para lograr brechas certeras de desarrollo, ejercicio de derechos y construcción de un estado laico y plural en el cual la ciudadanía pueda participar, fiscalizar y proponer y quienes trabajan en Gobierno se reconozcan como funcionarios públicos que deben rendir cuentas al pueblo de Guatemala.



Guatemala es un Estado democrático, republicano y representativo: es un Estado laico. Tomando como base este principio Incidejoven como parte de la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos REDLAC lanzó una campaña de laicismo con el lema “Personas



libres, Estados laicos; exige y defiende tus derechos sexuales y reproductivos”. Esta campaña generó muchas reacciones en la gente joven quienes desconocían acerca de la laicidad como un principio de Estado democrático y republicano. Esta campaña se diseminó entre jóvenes, adultos y en el organismo ejecutivo y legislativo con resultados impactantes.

El 2009 llegó con cambios importantes como la claridad del rumbo político del Gobierno de Guatemala y la Ley de Acceso



a la Información Pública la cual marcó un hito en la transparencia y la conciencia de funcionarios públicos y sus funciones. Además de los avances y cambios internacionales y el rol trascendental de las agencias de Naciones Unidas como la UNESCO, UNFPA y organizaciones internacionales como IPPF en plantear las “Directrices internacionales sobre educación sexual” basadas en el trabajo científico del Dr. Douglas Kirby evaluando más de 80 programas a nivel mundial.

Ya el 28 de mayo Día de Acción Mundial por la Salud de las Mujeres y el 21 de junio el Día de la Educación sin Sexismo, las organizaciones Tierra Viva e Incidejoven demandaron al Ministerio de Educación, una educación sexual laica, científica, gratuita y obligatoria. Y el 12 de agosto Día Internacional de la Juventud Incidejoven reiteraba la petición exigiendo educación sexual y acceso a servicios de salud integrales y diferenciados para jóvenes.

Otro elemento histórico importante es una campaña de comunicación social lanzada por la Red Nacional de Diversidad Sexual y VIH de Guatemala, promoviendo la igualdad de derechos para las personas gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, desde una perspectiva constitucional.

Este año vino con la oportunidad de lograr una articulación entre organizaciones de sociedad civil para promover la educación sexual como un derecho humano de las y los jóvenes. Fue así como Incidejoven inició la formación de alianzas con organizaciones feministas, de mujeres y juveniles a favor de la educación sexual con quienes lanzarán la campaña nacional por la educación sexual entre ellas, la Organización de Mujeres Tierra Viva, Asociación Alas de Guatemala, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, Ademkan, Asociación Tan Ux´il, APROFAM, la Red Mujeres Positivas en Acción, Colectivo El Tercer Ojo y el Programa de Prevención de VIH de la Universidad de San Carlos de Guatemala.



Así que la historia reta a construir una realidad distinta para que en Guatemala las decisiones públicas que benefician a las mayorías como el acceso a educación integral en sexualidad sean efectivas más allá del conservadurismo, los fundamentalismos religiosos y culturales desde una perspectiva laica, científica e integral y construyamos una subjetividad de derechos y ciudadanía en las niñas, los niños y las personas jóvenes.

Para concluir, cabe mencionar que esta recopilación sociohistórica se centró en la educación sexual formal, sin embargo, es necesario reconocer y nombrar el trabajo que organizaciones civiles han realizado durante años trabajando educación sexual en el ámbito no formal, a través de diversas estrategias entre ellas la educación de pares, tales como la Asociación Tan Ux'íl en Petén, Cruz Roja Guatemalteca, el Proyecto Payaso a través del arte, Asociación Fesirgua, El Population Council, Asociación Ak Tenamit, Asociación Ixquiq, OASIS, Asociación de Salud Integral, Asociación Gente Positiva, Asociación de Mujeres en Solidaridad (AMES), y otras a través de la comunicación como la Asociación LaCuerda y Cerigua.

Al Centro de Desarrollo Humano (CDH) y la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES) quienes clausuraron su trabajo, y a todas aquellas organizaciones y personas que dejamos sin nombrar por no conocerles y, a quienes la historia nombrará, ya que ésta continua...

2.1.2) De la educación basada en abstinencia sexual hacia la educación sexual integral

La Educación sexual puede ser concebida desde dos perspectivas: la primera basada en la abstinencia sexual y la segunda desde una visión integral, laica y basada en la evidencia científica de los aspectos psicobiosociales de las y los jóvenes. Aquí se abordará sus enfoques, justificaciones y resultados.

2.1.2.1) *Educación basada únicamente en la abstinencia sexual*

La abstinencia sexual se refiere a la ausencia de relaciones sexuales de manera voluntaria. Esta práctica implica la libertad



de decidir, sin embargo, se ha constituido como el estandarte de diversas corrientes conservadoras que consideran la sexualidad como pecado y un elemento vital asociado únicamente a la reproducción.

Se ha constituido, además, en una estrategia coercitiva a la sexualidad juvenil, negando el ejercicio de sus derechos sexuales al considerar a las y los jóvenes incapaces de tomar decisiones informadas, placenteras, responsables y seguras. Estudios demuestran que las y los jóvenes asumen la abstinencia como la omisión del coito¹⁵ ligadas a la idea biologicista de la virginidad, lo cual ha ocasionado en diversos contextos que sostengan relaciones anales u orales las cuales implican riesgos a su salud sexual.

Dentro de la educación basada en la abstinencia sexual se encuentra la Campaña del ABC, A: abstinencia sexual hasta el matrimonio para las y los jóvenes, B: ser fiel para las parejas casadas y C: condón para la población en alto riesgo. Este enfoque promueve las relaciones sexuales hasta el matrimonio, ve la homosexualidad como antinatural, promueve la no utilización de los métodos anticonceptivos, está en contra de la despenalización del aborto y el derecho absoluto de los padres sobre los hijos.

En Guatemala, además del ABC los gobiernos influenciados por las políticas conservadoras lanzadas durante el período de gobierno de George Bush en los Estados Unidos, han agregado un elemento más como estrategia de prevención; “el retraso en el inicio de las relaciones sexogenitales entre las y los jóvenes”. Basados en la evidencia científica esto es un absurdo, ya que el retraso del inicio de las relaciones sexogenitales es el resultado inmediato de una educación sexual integral que brinde habilidades para la vida, como: la capacidad de decidir, negociar y planear su vida. Por lo tanto, el retraso en el inicio de las rela-

¹⁵ Se refiere a la penetración pene vagina en las relaciones heterosexuales.



ciones sexogenitales no debe ser visto como una estrategia de prevención.

De acuerdo con un estudio elaborado por Alice M. Miller y Rebecca Scheleifer denominado “Abstinence-Only-Until-Marriage Programs and their impact in Adolescent Human Rights” (Miller y Scheleifer, 2008), los programas basados únicamente en la abstinencia violan el derecho humano de la gente joven, incluyendo su habilidad para la tomar decisiones para proteger su salud.

Según el informe “Programas de educación sexual y sobre VIH: su impacto sobre las conductas sexuales en jóvenes en el mundo” elaborado por Douglas Kirby y Lori Roller, los programas basados en la abstinencia muestran poca evidencia de impacto positivo y algunos no son efectivos a excepción del caso Uganda.

En este sentido, organizaciones como Connections for International Health y Visión Mundial Internacional, promueven el ABC como estrategia para la prevención del VIH con argumentos tales como que:

Se ha mostrado que el enfoque ABC es eficaz en epidemias generalizadas, es decir, en epidemias en las cuales la mayoría de las infecciones ocurren en la población general, en vez de estar limitadas a grupos expuestos a alto riesgo tales como los usuarios de drogas intravenosas (IVDU) o trabajadores del sexo. La prevalencia de VIH sida disminuyó 10 % en diez años en Uganda, y durante ese período, la abstinencia y la edad del inicio sexual subieron entre los jóvenes y aumentó el uso de preservativos. Lo que es más crucial, las conductas B (fidelidad y reducción en el número de parejas sexuales) aumentaron y la disminución en las relaciones sexuales con múltiples parejas y redes parece haber sido el determinante más importante de la reducción en la incidencia del VIH.

Según una declaración del 2004 publicada en The Lancet y respaldada por 150 expertos en salud pública, todos los ele-



mentos del enfoque ABC son necesarios, “aunque el énfasis que se ponga en elementos individuales necesita variar según la población meta”. Para los jóvenes, la primera prioridad debería ser el alentar la abstinencia o el retraso del inicio sexual. Para los adultos [sexualmente activos], la primera prioridad debe ser promover la fidelidad mutua con una pareja no infectada. Finalmente, para personas expuestas a alto riesgo de transmitir o infectarse con VIH, la primera prioridad debe ser promover el uso consistente del preservativo.

Muchos factores pueden limitar o eliminar la capacidad de una persona para practicar la abstinencia, la fidelidad o el uso consistente del preservativo. Estos factores incluyen la pobreza, el analfabetismo, la inestabilidad, desplazamiento y la desigualdad de género.

La transmisión sexual del VIH se puede prevenir directamente solo en tres formas: evitando la exposición al riesgo por medio de la abstinencia sexual; reduciendo el riesgo de exposición mediante la fidelidad a la pareja y la reducción en el número de compañeros(as) sexuales; y obstaculizando la eficiencia de la transmisión por medio de una barrera como el preservativo. En otras palabras, practicando A, B ó C. (Green & Herling, 2007).

Esto es grave para el contexto de Guatemala, ya que Visión Mundial ha jugado un papel importante en la epidemia de VIH y SIDA en el país, al recibir como administrador los recursos del Fondo Global, lo cual coloca el ABC como estrategia de prevención, el cual no es efectivo según demuestra la evidencia científica, tomando en cuenta que es la abstinencia sexual y el mal llamado retraso de las relaciones sexuales el enfoque para las y los jóvenes y no se habla abiertamente del uso de condones, ni de una serie de habilidades para la vida que les permitan tomar decisiones sin violentar sus derechos sexuales.

De esta manera, estudios del Allan Guttmacher Institute de muestran que para lograr la prevención del VIH y mejorar la salud sexual es necesario ir más allá de políticas conservadoras



lanzadas por Estados Unidos en los años ochentas a partir del Gobierno de Ronald Reagan y asumidas con fuerza durante el gobierno de George Bush. De esta forma, Cohen nos plantea que los programas basados en el ABC:

Descartan la efectividad de estrategias de reducción de riesgos, tales como aquellas que promueven el uso correcto y consistente del condón. Los conservadores aseveran que la disponibilidad de condones tiene el efecto de desinhibir el comportamiento sexual de las personas. (Cohen, 2003)

La investigadora plantea además la pregunta sobre qué tan útil o relevante es el enfoque ABC para la amplia gama de condiciones relacionadas con la salud reproductiva que las personas enfrentan en la vida diaria, especialmente tratándose de un enfoque segmentado que envía diferentes mensajes a diferentes grupos de gente en vez de reconocer que las mismas personas pueden necesitar diferentes mensajes en diferentes etapas de la vida.

Ella refiere que: Lo sucedido en Uganda fue en un lugar, tiempo y bajo circunstancias específicas. Hay que aprender de ello, pero la simplicidad de un solo modelo de programa para ser reproducido puede tener implicaciones limitadas en otros países en otros tiempos y bajo otras condiciones. No se puede hacer un vínculo directo y simple entre los cambios que se dieron en Uganda y las políticas o programas que pueden haber causado esos cambios. Los mensajes fueron comunicados en diferentes formas y a través de múltiples enfoques, programas y organizaciones y fue apuntalado por un alto nivel de compromiso político para enfrentar de manera franca la crisis del SIDA, lo cual fue único entre los gobiernos africanos.

A pesar de la evidencia de Uganda y estos otros países, la política de prevención de los EE.UU está centrada en promover la abstinencia. De hecho, el Coordinador Global contra el SIDA, Randall Tobias, personalmente avaló una disposición promulgada recientemente en una ley que requiere que al menos un tercio del total de la ayuda de los EE.UU. para prevenir el VIH/



SIDA a nivel mundial esté reservada para programas de “abstinencia hasta el matrimonio”. En realidad, esto hace que la promoción de “abstinencia hasta el matrimonio” sea la más importante intervención del gobierno de los EE.UU. para prevenir el VIH/SIDA (Cohen, 2003).

De esta forma la evidencia científica demuestra que: “Los programas basados en abstinencia no ayudan a que los adolescentes retrasen la edad en que inician sus relaciones sexuales, no existe evidencia científica que respalde esto. Y estos programas constituyen una violación a los Derechos humanos de las y los jóvenes al no darles la oportunidad de hacer sus propias elecciones respecto a su salud sexual y reproductiva”. (Whidden, 2008).

Según Paula del Cid, en su artículo en *LaCuerda* No. 71 del 2004 “*Con las jóvenes para que vivamos sin sida*” refiere que “*La receta de abstinencia, fidelidad y uso del condón, que es promovida a nivel mundial por el actual gobierno de los Estados Unidos con énfasis en los dos primeros componentes, es el contenido primordial de los programas de prevención del VIH. Este mensaje cae en saco roto cuando se dirige a personas con poco poder, entre ellas las jóvenes que viven en contextos culturales conservadores, violentos y con doble parámetro sobre la moral y la sexualidad, como ocurre en Guatemala*”. (Del Cid, 2004)

Refiere además, en su columna:

que existe una creencia de que es peligroso educar a las jóvenes sobre su cuerpo y su sexualidad y esta puede inhibir a las jóvenes sexualmente activas a solicitar información preventiva e impide ver la realidad y actuar en consecuencia. La normativa sexual dicta que las jóvenes dejen al hombre la responsabilidad del encuentro sexual, entregando la seguridad de su cuerpo y su placer a otro más ignorante. La fidelidad no es una garantía, pues en la cultura sexual guatemalteca la identidad masculina se asocia a la virilidad que se demuestra teniendo múltiples



parejas. Las mujeres con relaciones estables presentan tasas más altas de VIH que las solteras, debido a que contrajeron el virus de sus maridos; es decir, por el comportamiento riesgoso de otros. Las mujeres tienen serias dificultades para negociar medidas de protección, como el uso del condón, ya que generalmente existen barreras económicas y culturales. La vulnerabilidad también está definida por la ausencia de políticas que se concreten en un conocimiento adecuado sobre el sida, acceso a servicios preventivos, divulgación y acceso a métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres, como los microbicidas.

Otra modalidad en la cual diversos grupos que promueven la prevención desde el enfoque del ABC utilizan son las “Promesas de virginidad”. Estos programas promueven entre las y los jóvenes las promesas o juramentos de virginidad hasta el matrimonio, hacen pactos con Dios de no tener relaciones sexogenitales antes del matrimonio, incluso usando anillos como recordatorios, tal como lo pedía el estoico cristiano Justiniano en el siglo I de nuestra era. Estas promesas algunos jóvenes las realizan como una forma para prevenir las ITS y el VIH, sin embargo, la evidencia científica demuestra que las promesas no son muy efectivas.

En un estudio realizado por la Universidad de Yale descubrieron que “el impacto de las ITS es similar tanto en jóvenes que hicieron las promesas como en aquellos que no” (OPS, 2005).

Descubrieron, además, que las y los jóvenes que habían hecho la promesa solían aplazar sus relaciones hasta 18 meses más tarde que los demás, tenían más probabilidades de casarse temprano, tener menos parejas y parejas monógamas. Y aunque pocos jóvenes utilizaron condones en su primera relación sexual, los que hicieron la promesa tenían menos probabilidad de usarlos durante la primera vez y eran mayoría entre los que sólo habían tenido sexo oral o anal. Además, era menos probable que los que habían jurado supieran su estado respecto a las ITS, y de haber consultado con un médico sobre los síntomas de ITS.



En Estados Unidos, los programas de abstinencia han sido evaluados y han documentado su poca efectividad para modificar los comportamientos sexuales a fin de postergar las relaciones sexuales hasta el matrimonio, y esto sólo lo han logrado los programas que brindan educación integral en sexualidad.

Los programas de abstinencia muestran poca evidencia de impacto positivo. Algunos no son efectivos (Kirby, 2007).

2.1.2.2) Educación sexual desde la Iglesia Católica

La Iglesia Católica lanzó en Guatemala en el 2007 un programa denominado “Educación para el Amor. Propuesta de la Educación Afectiva y Sexual de la Iglesia Católica de Guatemala”, elaborado por la Comisión de Pastoral Educativa de la CEG¹⁶ en colaboración con la Facultad de Educación de la Universidad del Istmo. El programa incluye una serie de Guías Didácticas tanto para profesores como para los padres. En el caso de los profesores estas guías se encuentra divididas por grados (1º, 2º y 3º de educación primaria en una sola guía y de 4º, 5º, 6º primaria y 1º, 2º y 3º básico en una sola guía) y para cada grado se incluye las características de los niños a la edad que corresponde el grado de estudio, así como una serie de temas a desarrollar durante el año, con sus respectivos objetivos, contenido, sugerencia didáctica y observaciones.

De acuerdo con los lineamientos del programa, el propósito de la formación para el amor, es conocer la importancia de la sexualidad y del desarrollo armónico e integral de la persona y la madurez psicológica de la misma.

En este programa afirman que la educación sexual se orienta únicamente a la parte biológica del hombre, ignorando la dignidad de la persona humana. La formación sexual en cambio, se basa en la concepción de la persona como unidad biológica, psicológica, social y espiritual, como una unidad del alma y cuerpo, orientadas a la plenitud de la vida social, ética, moral, y espiritual.

¹⁶ Conferencia Episcopal de Guatemala



“Dentro de esta óptica, cuando se intenta ofrecer lineamientos para la formación de la sexualidad (impropiamente denominada “educación sexual”) no se va más allá de ofrecer un elenco de “instrucciones” para el uso y ejercicio de una sexualidad aislada, desconectada, de la persona entera, vivida irresponsablemente (CEG, 2007”).

La educación sexual científica, laica e integral aborda a toda la condición humana en sus múltiples dimensiones, tal y como lo propone Esther Corona en su definición de educación sexual, la cual incluye no solo los aspectos biológicos sino todo aquello relacionado con el erotismo, identidad y representaciones sociales. Asimismo, Rodríguez y colaboradores brindan un concepto de Educación Sexual que considera el intercambio de valores, conocimientos y comportamientos, por lo que resulta reduccionista el mencionar que la Educación Sexual puede ser únicamente un conjunto de instrucciones para vivir una sexualidad aislada, desconectada y vivida de forma irresponsable. Queda claro que la educación sexual es un componente de la educación integral de la persona y no un evento aislado que promueva el ejercicio de una sexualidad sin responsabilidad y de forma egoísta, tal y como insisten en mencionar.

De acuerdo con la Iglesia, la formación de la afectividad y sexualidad, es responsabilidad de los padres de familia, la escuela participa de forma complementaria, no se debe sustituir lo que a los padres de familia les corresponde hacer en el seno del hogar. Los docentes tienen la obligación de corroborar que los padres de familia, hayan abordado del tema de la sexualidad en casa.

Es bien sabido que esta formación corresponde, en primer lugar a los padres, y su ámbito propio es la intimidad del hogar. Sin embargo hemos visto que en varios países el Estado ha recabado para sí esta tarea.

En la actualidad vemos cómo se intenta dar luz verde a políticas contrarias al bien común de la familia, y por tanto contrarias al bien de la persona y de la sociedad. Sin embargo, la verdad no



*depende de votaciones o plebiscitos. La verdad sobre el hombre y sobre todo lo humano está impresa en su misma naturaleza, y ésta no se reduce a la sola materia. La conducta humana no obedece al solo instinto –como el de los animales–.*¹⁷

En este sentido, es deber de Estado garantizar el bien común y el ejercicio de los derechos humanos de las personas, los cuales aumentan la calidad de vida de las mismas, todo esto se encuentra establecido en diversos los marcos legales. Guatemala es un estado laico, y por lo mismo, la iglesia no puede ni debe meterse en decisiones del Estado. Otro aspecto es que la iglesia invalida la ciudadanía y el pleno ejercicio de derechos civiles y políticos; derechos humanos.

La Educación Sexual es un derecho humano que mejora la calidad de vida de las personas y es una obligación del Estado. Es necesario conocer que cuando se habla de Estado no se habla únicamente del gobierno, sino de la sociedad civil y los distintos poderes, es decir que se incluye al pueblo y al gobierno, lo cual implica que es una responsabilidad tanto de la educación y salud pública como de los padres. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que los padres no están en condiciones de hablar el tema de sexualidad con los hijos, porque es un tema que sigue siendo tabú. Además se debe recordar que en Guatemala existe un alto índice de violaciones que ocurren en el seno familiar, y que son precisamente de padres hacia hijas e hijos, por lo que resulta necesario cuestionarse sobre la capacidad que tienen los padres para hablar con los hijos de forma clara, directa, sin prejuicios, tabúes e imposiciones y de brindar información científica y precisa sobre el tema.

Guatemala es un Estado republicano, democrático y representativo; es un estado laico. El laicismo implica una doble obligación: obliga al Estado a no interferir en la libertad de religiones y obliga a las religiones a no interferir en las decisiones públicas

¹⁷ CEG, *Ibid.*



del Estado que afectan a toda la ciudadanía. La ciudadanía es diversa y plural.

En estos manuales se aborda la sexualidad únicamente con fines reproductivos y dentro del matrimonio, lo cual es una violación a los derechos sexuales y reproductivos: una clara violación a los derechos humanos.

De acuerdo con lo descrito en los manuales, *el hacer uso del cuerpo por placer trae consecuencias psicológicas y espirituales en la vida, se debe esperar y guardar el cuerpo para el futuro o la futura esposa/o. La sexualidad se vive dentro del matrimonio, por la tanto, las personas que no contraen matrimonio deben renunciar al placer (CEG, 2007).*

Esta es una mirada estoica que se remonta a la época precristiana y medieval. En el siglo I de nuestra era Justiniano era quien proponía que debía renunciarse al placer que no fuera dentro del marco del matrimonio.

De acuerdo con los manuales, *el exceso de información tanto oral, como escrita y visual, no ha evitado que los jóvenes vivan dificultades sexuales, sino que ha propiciado la curiosidad y ha motivado para hacer lo contrario a lo sugerido.* Queda claro que el manejo de información respecto al tema puede ser variado y provenir de diversas fuentes y en algún momento presentarse de forma poco científica, debido principalmente al acceso indiscriminado a la tecnología de la cual se puede hacer uso, sin embargo, existe evidencia acerca de que la información presentada de manera científica elimina el morbo, retrasa el inicio de la actividad sexual y promueve un ejercicio de la sexualidad responsable porque al tener información veraz y científica las y los jóvenes toman mejores decisiones.

Los manuales motivan a que los niños practiquen las virtudes del pudor, castidad, generosidad y afirman según la CEG que *La masturbación perturba el desarrollo de su personalidad, que los puede llevar a buscar el placer sexual estéril como compensación a ciertos fracasos en relación social y profesional. La masturbación es moral-*



mente grave. Esto es totalmente falso y refutable científicamente, lo cual se convierte en violencia ideológica al desinformar.

Por otra parte se hace énfasis en la pureza que es *guardar el cuerpo y el alma limpios evitando el uso ilícito de los órganos sexuales: tocamientos, masturbaciones, uso fuera del matrimonio*.¹⁸

El cuerpo no está siendo visto como algo natural e intrínseco de la condición humana lo cual denota desconocimiento científico ya que desde la época griega la masturbación era considerada “mala” porque se pensaba que las y los jóvenes se perturbaban con la mano y que esto les iba a causar enfermedades, lo cual es un mito. Actualmente la sexología y otras ciencias de la salud, consideran el autoerotismo¹⁹ como una conducta sexual humana y una alternativa *sana* para el ejercicio de la sexualidad la cual permite a las y los jóvenes el autoconocimiento del cuerpo.

Para estudiar el misterio de la vida los manuales recurren a las ciencias naturales, utilizando como ejemplo las plantas y los animales que nacen y mueren. Las plantas y los animales se reproducen y en el caso del hombre se habla de la procreación.²⁰ Aborda los órganos reproductores de las plantas (polen) y la reproducción de animales y de los hombres.

En todos los módulos se aborda el tema del matrimonio y su importancia en la sociedad así como sus características éticas, morales y sobrenaturales. Este sólo puede realizarse una vez en la vida, salvo que uno de los dos cónyuges fallezca y se hace énfasis en que un esposo solo tiene que tener una esposa y viceversa. Los fines únicos del matrimonio son: la plenitud del amor y la procreación y educación de los hijos.

De acuerdo a los manuales, el ser humano solo tienen dos posibilidades de existir, hombre o mujer, ambos siempre nece-

¹⁸ CEG: *Ibíd.*

¹⁹ Antes llamado de forma incorrecta masturbación.

²⁰ Este término es utilizado por la Ministra Ana Ordóñez de Molina y está incluido en el Módulo Aprendo y valoro mi futuro, colocado en lugar de la palabra reproducción.



sitan una familia que se apoyará en la unión matrimonial de un hombre y de una mujer. La sociedad no puede subsistir sin la familia. Si la familia de desintegra o se corrompe, el mismo destino correrá la sociedad entera. No consideran que ningún momento la existencia de distintos tipos de familia ni pueden asegurar que la familia, planteada desde su concepto, posean un contexto sano.

En ningún momento reconocen la diversidad sexual, sino hace referencia a la homosexualidad como *una enfermedad o una anormalidad que es delito que castigan las leyes*. En un párrafo del manual para padres se lee *“También ahora es el momento de explicar si el hijo no lo pregunta, lo que es un “marica”: Una posible explicación podría ser: hay hombres enfermos a los que les gusta tocar “la colita” a otros hombres y a los niños. Esto es grave y un delito que castigan las leyes* (CEG, 2007).

Este es un claro ejemplo del fomento de la homofobia y de la desinformación que están brindando respecto al tema. El DSM IV (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*) dejó de incluir a la homosexualidad como un Trastorno de Mental desde 1990, así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) suprimió la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales el 17 de mayo del mismo año, hecho que acabó con casi un siglo de homofobia médica. Por otra parte, el término “marica” es un término despectivo y discriminatorio, así como la palabra “colita” es un término que no se utiliza dentro del contexto guatemalteco para referirse al pene tal y como ellos lo exponen, lo cual fomenta el morbo al nombrar de manera incorrecta los órganos sexuales; un elemento básico de la educación sexual.

Cabe mencionar que llama la atención las recomendaciones a los docentes en los casos que se encuentran con una familia inestable, o conceptos machistas o feministas sobre el tema del sexo. En estos casos les obliga abordar el tema con cada uno de ellos, en forma individual, para poder corregir ideas erróneas formadas en los alumnos. En las escuelas mixtas han de sepa-



rarse a los niños de las niñas y se recomienda que sea un educador que atienda a los niños y una educadora a las niñas.

Por último, los manuales proponen que deben brindarse una información que sea “veraz, oportuna, personal y con disposición a través del diálogo”, este planteamiento lleva a formularse la siguiente interrogante: ¿Está la Iglesia Católica brindando información veraz, oportuna y personal en cuanto al tema de la sexualidad y se encuentra con disposición a través del diálogo para tratar los diversos componentes del tema?

¿Desinformar es violencia?, ¿Existe acaso sólo un tipo de familia?, ¿Debe la iglesia involucrarse en las decisiones del Estado como en la inquisición?, ¿Será el papel de la iglesia orientar la educación pública?

Ojalá Guatemala se cuestione cómo la injerencia de las iglesias, especialmente la jerarquía católica, viola el Estado laico y las libertades laicas de la ciudadanía y transforme los dogmatismos, fundamentalismos religiosos, conservadurismos y la doble moral que mantienen y sostienen altos indicadores de muerte materna, violencia sexual, prevalencia de ITS, VIH y sida, cáncer cervicouterino, embarazos en la adolescencia y explotación sexual, por callar las verdades.

2.1.2.3.) *Educación sexual formal en el Ministerio de Educación.*

Desde el inicio de la educación en sexualidad en 1979, AGES intentó incluir contenidos en el currículum nacional de educación formal sin resultados positivos. Fue hasta 1984 que se inició a trabajar la Educación en Población en el Sistema de Mejoramiento de los Recursos Humanos y Adecuación Curricular (SIMAC) y en 1992 que se inició a incluir sus contenidos en el currículum con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), fortaleciendo la institucionalidad del Ministerio de Educación en la adecuación curricular y en la elaboración de materiales educativos para los distintos niveles y modalidades. Esto se reforzó con la Reforma Educativa a partir de la firma de los Acuerdos de Paz del 2006 y actualmente la educación



en población está transversalizada en los ejes del Currículum Nacional Base.

Otro avance en la inclusión de contenidos curriculares sobre educación en sexualidad inició en el 2000 a partir del Decreto 27-2000 el cual norma la incorporación de contenidos con énfasis en prevención de ITS, VIH y sida. Podemos observar que éstos contenidos han sido incluidos en los ejes Vida ciudadana y Equidad de género, etnia y social.

EJE DE LA REFORMA EDUCATIVA	EJES DEL CURRÍCULO	COMPONENTES DE LOS EJES	SUB COMPONENTES DE LOS EJES
	Equidad de género, de etnia y social	<ul style="list-style-type: none"> • Equidad e igualdad • Género y autoestima • Educación sexual: VIH-SIDA • Equidad laboral • Equidad social • Género y clase 	
	Educación en valores	<ul style="list-style-type: none"> • Personales • Sociales y cívicos • Éticos • Culturales 	
	Vida familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Organización y economía familiar • Deberes y derechos en la familia • Deberes y derechos de la niñez y la juventud • Educación para la salud • Prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar 	
	Vida ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • Educación en población • Educación en Derechos Humanos, Democracia y Cultura de Paz 	Cultura jurídica



Una tarea pendiente para garantizar el acceso a educación integral en sexualidad como un Derecho Humano, es urgente que el Ministerio de Educación incluya en el Curriculum Nacional Base, contenidos normados en el Decreto 87-2005 Ley de Acceso Universal y Equitativo a Métodos de Planificación Familiar y su incorporación en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Ya que actualmente sólo se cuenta con textos paratextuales²¹ para apoyo de los docentes tales como: *Tú y tu cuerpo*, *Creemos y cambiamos* y los módulos para docentes y estudiantes *Aprendo y valoro mi futuro*.

2.1.2.3.1) *Los programas institucionales*

El Ministerio de Educación inició en 1984 la elaboración de Guías de Educación en Población en el entonces Sistema de Mejoramiento de los Recursos Humanos y Adecuación Curricular (SIMAC) y posteriormente estableció el Comité de Educadores para la Prevención del VIH y Sida (COEPSIDA) adscrito al Ministerio de Educación, según Resolución Ministerial No. 4357 del 11 de julio de 1995, para trabajar en la prevención de ITS/VIH/SIDA.

Este programa se estableció inicialmente en la Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo (DICADE), la cual actualmente se constituye como la Dirección General de Calidad Educativa (DIGECADE).

A partir del 2 de junio del 2000 sustenta su trabajo en la Ley de VIH, según Decreto Ley 27-2000 del Congreso de la República.

Según datos obtenidos en la página web del Ministerio de Educación la *Política Educativa y Objetivos y Metas del programa* se basan en:

Objetivo Estratégico

Garantizar una educación con estándares nacionales de calidad, a nivel de estándares internacionales, que permitan a las y los egresados del sistema, ingresar al mundo competitivo actual.

²¹ Textos de uso paralelo al currículum.



Política

Fortalecimiento de un sistema nacional de educación que responda a estándares nacionales e internacionales de calidad educativa.

Objetivos

- Sensibilizar e informar a la Comunidad Educativa Nacional sobre Educación Sexual y la problemática y prevención de ITS/VIH/SIDA.
- Desarrollar programas de educación y prevención dirigidos a líderes estudiantiles y juveniles para formar agentes multiplicadores.
- Desarrollar un programa permanente de educación sexual, prevención de VIH/SIDA e ITS, dirigido a estudiantes de nivel primario, básico y diversificado.
- Desarrollar un programa permanente de distribución de materiales educativos a los facilitadores que apoyan los procesos de capacitación y sensibilización en prevención de ITS/VIH/SIDA.
- Realizar talleres de información dirigidos a madres y padres de familia y otros grupos poblacionales, tomando en cuenta la cultura e idiomas de cada región del país a fin de promover la educación en prevención del VIH/SIDA en forma objetiva y científica.

Metas

Cumplir con lo establecido en el decreto Ley 27-2000: LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA, especialmente en los artículos en donde compete al Ministerio de Educación el proceso de sensibilización, capacitación e información, así como la inclusión en el currículo de la prevención de ITS/VIH/SIDA a los niños y niñas, jóvenes, maestras (os), futuras (os) docentes y personas de la comunidad educativa en general.



Fuente financiera:

La fuente de financiamiento del programa es: Presupuesto Nacional.

La duración del programa:

Indefinida.

Impacto esperado:

Toda la población estudiantil y comunidad educativa del sistema educativo nacional y privado sensibilizado, capacitado e informado sobre la prevención de las ITS/VIH/SIDA.

Dependencia del Ministerio que ejecuta el programa.

Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo –DICADE–

Materiales con los que se desarrolla el programa

El programa se desarrolla a través de dos proyectos:

- *Proyecto EDUCATE III, con estudiantes de quinto magisterio bilingües e interculturales.*
- *Proyecto práctica supervisada con estudiantes de quinto y sexto magisterio de primaria.*

Proyecto EDUCATE III, estudiantes de quinto magisterio bilingüe e Intercultural

El programa EDUCATE III, dirigido a estudiantes de quinto magisterio de Escuelas Bilingües Interculturales, tiene 4 fases.

Primera fase:

Se capacita y sensibiliza a jóvenes de quinto magisterio con un kit que contiene 3 documentos:

- Rotafolio dile sí a la vida...
- Guía para utilizar el rotafolio
- “Dile sí a la vida”... protégete del SIDA, *Manual del Educador*
- “Dile sí a la vida”... protégete del SIDA, *Manual del Alumno*



Segunda fase:

En esta fase los estudiantes de quinto magisterio realizan una pre práctica o práctica inicial y es aquí donde replican el taller con estudiantes de escuela primaria. Utilizan materiales en idiomas mayas: Kiché, Kéqchi, Mam y Kaqchikel.

Tercera fase:

En la tercera fase los futuros maestros bilingües interculturales replican también con estudiantes de primero, segundo y tercero básico de institutos privados o públicos de su comunidad.

Cuarta fase:

Esta es una fase de seguimiento y monitoreo a la ejecución de los procesos de réplica.

Proyecto Práctica supervisada con estudiantes de sexto magisterio de Educación Primaria.

El proyecto PRACTICA SUPERVISADA, dirigido a estudiantes de sexto magisterio de Escuelas Normales de Primaria, se desarrolla con los siguientes materiales:

Para 4º, 5º. y 6º. Primaria:

- Conociéndonos cuidamos más nuestra salud
- Informémonos y Prevengamos el SIDA
- Contribuyamos a la Prevención del VIH / SIDA
- Practiquemos la empatía con las personas afectadas por el VIH/SIDA

Para estudiantes de primero, segundo y tercero los materiales:

- “Tú y tu cuerpo”.
- Actividades para la iniciación para la prevención del VIH – SIDA

El COEPSIDA cuenta con una persona delegada por cada departamento de Guatemala. Estas personas delegadas trabajan en las Direcciones Departamentales de Educación, sin embargo, no están contratadas como personal específico para las acciones del COEPSIDA sino que realizan una serie de actividades más. Por lo tanto la institucionalidad en el Ministerio de Educación



es débil e insuficiente para el abordaje de la educación integral en sexualidad desde un marco de Derechos Humanos y leyes nacionales como el Decreto 42-2001 Ley de Desarrollo Social y el Decreto 87-2005 Ley de Planificación Familiar.

2.1.2.3.2) *Los enfoques de abordaje de la educación sexual*

Pese a que los contenidos de educación sexual incluidos en la materia de ciencias naturales muestran un alto nivel técnico aunque marcadamente biologicista y contenidos demográficos en ciencias sociales del ciclo básico del nivel medio.

El enfoque con el que el Ministerio de Educación ha abordado el tema de la educación sexual en Guatemala es a todas luces, un enfoque conservador y religioso, el cual coincide en muchos aspectos con la forma en que la Conferencia Episcopal de Guatemala ha elaborado sus manuales, haciendo énfasis en dos aspectos básicos: el primero que la familia debe ser el marco en donde debe impartirse la “educación para la afectividad” y el segundo que toda relación debe estar contemplada dentro del marco del “matrimonio y entre esposos”.

En los manuales elaborados por el Ministerio de Educación se aborda la educación sexual como una necesidad de respetar a la dignidad humana como criterio para el desarrollo y progreso de la familia y la sociedad, que incluye la formación gradual para una positiva ética sexual. La sexualidad abraza todos los aspectos de la persona humana en la unidad de su cuerpo y de su espíritu. Se trata de una educación sexual *para el amor y la sexualidad humana que anime la existencia y un humanismo nuevo libertado del erotismo de civilización moderna.*

Los manuales hacen énfasis que todos los seres humanos provienen de una familia y que esta es la primera y principal educadora de los hijos y que los padres de familia tienen el derecho a elegir la educación que deben recibir los hijos. *El Estado no puede legítimamente suplantar la iniciativa de los esposos, primero responsables de la procreación de sus hijos.*

Cada hombre y mujer debe conocer y aceptar su identidad sexual. El hombre y la mujer existen como complementariedad y existe la



necesidad de un apoyo mutuo. De acuerdo con los manuales, sólo hay dos formas de “ser personas”: Ser mujer y ser hombre y la diferencia sexual corresponde a la complementariedad en función del matrimonio y la procreación, y responde también al equilibrio que los hijos necesitan para desarrollar su personalidad.

El manual afirma que los órganos masculinos y femeninos son complementarios, en función de la procreación, alimentación y educación de los hijos dentro del matrimonio.

De acuerdo con el Ministerio de Educación, la educación de la abstinencia es la que mejores resultados ha dado en todos los programas de salud para prevención del sida. Hace referencia que en la región existe un movimiento de jóvenes cada vez más generalizada, que tiene como finalidad garantizar la virginidad del hombre y de la mujer hasta el matrimonio. Ellos recomiendan para la prevención de VIH e infecciones de transmisión sexual: la abstinencia en primera instancia (otro punto similar a la doctrina de la Iglesia), la fidelidad, el retraso en las relaciones sexuales y el condón, mencionado como última opción.

Los contenidos carecen de evidencia científica y un nivel técnico de conocimientos sobre sexología y didáctica en educación de la sexualidad, sus mensajes se han centrado en la prevención del VIH y han dejado fuera la integralidad de la sexualidad desde un modelo holónico de la sexualidad humana.²²

2.1.2.3.3) *Los materiales oficiales producidos*

El Ministerio de Educación ha elaborado una serie de materiales educativos como material de apoyo para docentes²³ para los ciclos y niveles de educación preprimaria, primaria y básica, con las siguientes características:

²² “La sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal” (Rubio, 1994).

²³ Textos paratextuales o paralelos al Currículum Nacional Base.



Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
<p>Materiales de apoyo técnico de Educación en Población para docentes de preprimaria y primaria.</p>	<p>Preprimaria y primaria.</p>	<p>Población y Desarrollo, Elementos Sociodemográficos, Familia y Calidad de Vida, Derechos Humanos, Salud y Población, Sexualidad Humana, Mujer Desarrollo y Población, Etnia y Población, Ecología Población y Ética y Medios de Comunicación y Población.</p>	<p>Se aborda desde un enfoque de derechos humanos, ciudadanía y un punto de vista demográfico.</p>	<p>Segunda edición 2003</p>
<p>Conociéndonos cuidamos más nuestra salud.</p>	<p>5to. y 6to. Primaria</p>	<p>VIH y sida, Sexualidad, drogas y VIH</p>	<p>Aborda desde la perspectiva intercultural y el enfoque conservador del ABC.</p>	<p>Primera edición 2003</p>
		<p>Guía 1 Noticias acerca del VIH/SIDA: ¿Cuál es su expansión en el mundo?, ¿Corre peligro Guatemala? Guía 2 Nuestros derechos: Decreto 27-2000, Un lugar para todos.</p>		

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
<p>Qojto' n Richin Man Nik' iy Ta Ri VIH/SIDA Contribuimos a la prevención del VIH/SIDA</p>	<p>Primaria.</p>	<p>Guía 3, Construimos un entorno amigable: Seamos solidarios, Ideas y realidades. Guía 4, Lo que el cariño puede lograr: Uno para todos, todos para uno, ¡Valores en práctica!, Por un mundo mejor.</p>	<p>Aborda la temática del VIH desde un enfoque de derechos fomentando la solidaridad y la no discriminación, fomentando la autoestima y valores para la convivencia pacífica.</p>	<p>Primera edición 2004</p>
<p>Tú y tu cuerpo</p>	<p>1ro., 2do. y 3ro. Primaria.</p>	<p>Cambios corporales, hábitos e higiene, sentimientos, prevención de violencia sexual, diferencias genéricas entre hombres y mujeres.</p>	<p>Desde un enfoque biopsicosocial, aunque con una carga biologicista, abordaje dicotómico (bueno-malo), dogmático y desde el parámetro de "normalidad", busca prevenir la violencia sexual.</p>	<p>Tercera edición 2007</p>

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
Crecemos y cambiamos	4to., 5to. y 6to. Primaria	Crecemos y cambiamos, nuestro asombroso cuerpo, nuestras diferencias, conociéndonos, así es nuestro cuerpo, ¿cómo referirnos al cuerpo?, ¿cómo es el cuerpo?, ¿qué cambia mientras crecemos?, espacio propio, mitos y realidades sobre la sexualidad.	Desde un enfoque biopsicosocial, aunque con una carga biologicista, aborda formas correctas de nombrar los órganos sexuales, aborda mitos y realidades para deconstruir la ignorancia sexual, carece de mensajes de prevención de ITS, VIH y sida.	Tercera edición 2007
		Adolescencia y sexualidad: Adolescencia, Los cambios físicos y emocionales, Sexualidad y sexo, Identidad y diversidad sexual, Mitos y verdades en torno a la sexualidad. El VIH y el SIDA: El VIH y el SIDA, Mecanismos de		

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
La sexualidad responsable, una actitud ante el VIH	Medio.	<p>transmisión del VIH, Síntomas e infecciones oportunistas, La prueba del VIH, Las decisiones responsables, Evitemos el estigma y la discriminación, Verdades en torno al VIH y al sida.</p> <p>Las ITS: Las infecciones de transmisión sexual, Mecanismos de transmisión, Síntomas y signos de las ITS, La prevención de las ITS.</p> <p>Primera Unidad, Educación para la sexualidad y la afectividad: La educación como medio del perfeccionamiento de la persona, Concepto integral de la sexualidad humana,</p>	<p>Es uno de los materiales más certeros que existen en el Ministerio de Educación, ya que aborda la sexualidad, la orientación sexual sin prejuicios y se enfoca en la transformación de mitos y tabúes. El enfoque de prevención de VIH es el ABC.</p>	Primera edición 2007

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
		<p>Ser hombre y ser mujer, El sentido humano de la sexualidad, El proceso de identificación sexual.</p> <p>Segunda Unidad, Mi cuerpo cambia, yo cambio: Mi cuerpo cambia, yo cambio, Reconozcamos los órganos sexuales, Proceso reproductivo: la fertilidad masculina y femenina, Fecundación y embarazo, La salud sexual y reproductiva.</p> <p>Tercera Unidad, Soy Adolescente, Soy Adolescente: Soy adolescente, Sexualidad y adolescencia, Género, Crezco y me relaciono, El amor y el placer sexual, Me reconozco y me quiero, ¿Por qué son importantes las decisiones?</p>		

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
		<p>Cuarta Unidad, Embarazos en la adolescencia: Embarazos en la adolescencia, ¿Qué te puede llevar a un embarazo en la adolescencia?, ¿Cómo evitar un embarazo? Aprendamos acerca de los métodos de control de la natalidad o anticoncepción.</p> <p>Quinta Unidad, Protejo mi cuerpo: Protejo mi cuerpo, La violencia sexual, ¿Qué es la violencia sexual?, ¿Cómo reconoces la violencia sexual?, ¿Qué hacer en caso de violencia sexual?, ¿Por qué es importante denunciar la violencia sexual?, ¿Dónde y cómo buscar</p>		

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
		<p>ayuda en caso de violencia sexual?, Cómo prevenir la violencia sexual.</p> <p>Sexta Unidad, Prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS): Prevención de las ITS, ¿Cuáles son las ITS más comunes en Guatemala?, Conozcamos las consecuencias de las ITS, Prevengamos las ITS, ¿Qué podemos hacer en caso de adquirir una ITS?</p> <p>Séptima Unidad, Prevención del VIH: Prevención del VIH, ¿Cómo me mantengo seguro o segura frente al VIH?, ¿Cómo afecta el VIH al sistema inmunológico?, ¿Cuáles son las</p>	<p>Con este material el Ministerio de Educación retrocedió a la época medieval. Pese a que la propuesta es más integradora en contenidos, a nivel de abordaje es conservador, dogmático, dicotómico, carece de los enfoques de género, de derechos humanos y está basado en fundamentalismos religiosos católicos. Ubica a la sexualidad como un asunto privado, nombra procreación en lugar de reproducción y control de la natalidad en lugar de anticoncepción. Promueve el ABC y las promesas de virginidad entre jóvenes (ambas no funcionan según la</p>	

Texto	Nivel Educativo	Contenidos	Abordaje	Año de publicación
<p>Aprendo y valoro mi futuro: orientaciones para la educación de mi persona.</p>	<p>Medio</p>	<p>formas de transmisión del VIH?, El VIH se transmite, El VIH no se transmite por, ¿Cómo se detecta el VIH. Octava Unidad Construyamos relaciones sin estigma y discriminación: ¿Qué es un estigma?, ¿Qué es la discriminación?, Cómo se manifiestan el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH o sida, El poder y el valor de las palabras, Legislación acerca de estigma y discriminación.</p>	<p>evidencia científica) y el matrimonio como opción para lograr la procreación o reproducción. El enfoque es adultocéntrico y carece de sustento científico en los conceptos de sexualidad, salud sexual, anticoncepción (colocan al DIU como abortivo, lo cual es falso). No reconoce las diversidades sexuales, los diversos tipos de familias y coloca al género como resultado de la biología y no como construcción social. El contenido es ambivalente y poco consistente.</p>	<p>Primera edición 2008</p>

2.1.3) El Plan Salud Educación una propuesta de articulación biministerial

En 2007 surgió el Plan Salud Educación como una propuesta de articulación biministerial entre los Ministerios de Salud y Educación y una oportunidad para lograr las metas internacionales en materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y dar cumplimiento a marcos legales nacionales.

Surgió con el objetivo de fortalecer las intervenciones de información, educación y comunicación para la promoción de prácticas deseables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva –con énfasis en la prevención de ITS, VIH y sida– en la gente joven de espacios educativos formales y no formales, con el fin de incidir en la reducción de las prácticas de riesgo.

Esto al analizar que no contaban con materiales estandarizados como lo mandan distintos marcos legales y al evaluar que los materiales de educación para ITS, VIH y sida no trataban la problemática de forma integral. No había conexiones entre sexualidad, factores de riesgo, problemática cultural y de género e ITS, VIH y sida. Existía escasez de materiales de sexualidad, salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes. Los materiales existentes tenían falta de actualización de los contenidos y lenguaje de los materiales publicados anteriormente por las organizaciones participantes en este Plan. Las metodologías partían de una mera exposición de contenidos teóricos, lo cual no garantiza un cambio de los comportamientos sexuales de riesgo en los jóvenes.

Esto fue iniciativa del Programa Nacional de Sida (PNS) del Ministerio de Salud (MSPAS) junto al Componente de Adolescentes del PNSR, coordinando con el Comité de Educadores para la Prevención del Sida COEPSIDA del Ministerio de Educación (MINEDUC) y con organizaciones de sociedad civil incluidas la Red Incidejoven, la Instancia por la Salud y Desarrollo de las Mujeres, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, APROFAM, con las cuales se formó un equipo técnico. Este plan buscaba llevar la educación sexual en el ámbito formal a través



del MINEDUC y la educación sexual informal para quienes no acceden a la escuela a través del MSPAS.

En este marco se elaboraron manuales de educación sexual para jóvenes en los Ministerios de Salud y Educación, se elaboró un plan táctico y un plan operativo, el cual queda pendiente como una oportunidad de articulación, optimización de recursos técnicos, científicos y financieros para lograr la educación integral en sexualidad en Guatemala.

2.1.4) Más allá del conservadurismo: La Educación integral de la sexualidad

La educación integral en sexualidad busca un enfoque holístico basado en el marco de los derechos humanos. Reconoce que la información en sí misma es importante, si bien insuficiente, por lo que trata de vincular los conocimientos, las aptitudes esenciales para la vida, el desarrollo de actividades, actitudes y valores positivos, para el ejercicio de una sexualidad física y emocionalmente placentera, pero también responsable, sea que se refiera a una persona o a una colectividad. (CONASIDA, 2009).

Desde esta perspectiva se reconoce a las personas como seres sexuados que construyen su sexualidad de forma subjetiva, a partir de sus cuerpos, y viéndose influidos por factores sociales, culturales, económicos y políticos en determinado momento histórico, mediante canales en el proceso de enseñanza-aprendizaje tales como la escuela, los amigos, las instituciones de salud y de desarrollo social, los medios de comunicación, las iglesias y el Estado.

La educación integral en sexualidad considera la promoción de los derechos sexuales, la ciudadanía sexual, el impulso de la equidad entre hombre y mujeres, el fomento a la salud sexual, la responsabilidad ante la reproducción, el placer, el respeto a la diversidad, la eliminación de toda forma de violencia, e igualmente la necesidad de evitar la discriminación, el abuso sexual y las actitudes racistas y sexistas. La educación integral en sexualidad debe basarse en la evidencia científica, en el marco



de los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad democrática y pluralista en cuyo seno se desarrollan las familias y las comunidades, a fin de generar el respeto a las diferencias, el rechazo a cualquier forma de discriminación y la promoción de la toma de decisiones responsables e informadas acerca de la sexualidad (CONASIDA, 2009).

Al reconocer que la educación integral de la sexualidad se obtiene de diversos canales, formales y no formales, esta educación es una responsabilidad común que atañe a las familias, las escuelas, los profesionales, las organizaciones religiosas, las instituciones de salud, y los medios de comunicación.

La educación sexual integral que brinda a las personas jóvenes educación sexual científica, laica y abierta, promueve el respeto a la diversidad sexual, la promoción de los servicios de salud y acceso a anticonceptivos con énfasis en el uso del condón, el apoyo a la toma de decisiones personales y se basa en el marco de los derechos sexuales.

Existen evidencias científicas que se apoyan en diferentes investigaciones, las cuales han demostrado que la educación sexual integral, retrasa el inicio del coito, no aumenta la actividad sexual, reduce el número de parejas sexuales y aumenta el uso de anticonceptivos –condones–.

*Karen Katz y William Finger, en su artículo “La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes” afirman que *La educación sobre sexualidad basada en la escuela puede producir un retraso en la primera relación sexual o, si los jóvenes ya están sexualmente activos, en el uso de anticonceptivos. Aun así, tales programas son a menudo polémicos porque muchas personas piensan que la sexualidad es un asunto privado de las familias y que hablar de ello en la escuela puede conducir a que los jóvenes se vuelvan más activos sexualmente.**

Estos autores aseveran que *Los formuladores de políticas y los planificadores de programas generalmente están de acuerdo en*



que las y los jóvenes necesitan información precisa sobre sexualidad para poder tomar mejores decisiones estando informados. Los programas que tratan esta necesidad varían en gran medida y tienen de programas generalmente están de acuerdo en que los jóvenes necesitan información precisa sobre sexualidad para poder tomar mejores nombres tales como educación para la salud, educación sobre vida familiar, aptitudes de vida familiar o educación sobre sexualidad. Algunos de ellos sólo dan información biológica. Otros programas ponen a la sexualidad en un contexto de desarrollo más amplio que incluye temas tales como la autoestima, la fijación de metas y el respeto por los demás. Independientemente del tipo de programa, los investigadores han determinado que cambiar el conocimiento y las actitudes sobre comportamiento sexual es muchísimo más fácil que cambiar los comportamientos (Katz y Finger, 2008).

Los programas eficaces se pueden desarrollar por equipos de personas con formación en teoría psicosocial, conducta sexual adolescente, diseño de currículos, cultura comunitaria y/o enseñanza sobre la sexualidad y el VIH. El equipo examina los datos locales sobre la conducta sexual adolescente, las tasas de embarazo y de ITS, y muchas veces realiza grupos focales con jóvenes y entrevistas con adultos. También utiliza el marco de un modelo lógico para identificar las prácticas que desea modificar, los factores de riesgo y los factores protectores que las afectan, así como las actividades que las harían cambiar. Posteriormente, el equipo diseña actividades coherentes con los valores y recursos comunitarios. Finalmente el equipo realiza pruebas piloto y ajusta los currículos.

Los currículos eficaces incorporan actividades, métodos docentes y mensajes conductuales que reflejan la cultura, la edad madurativa, el género y la experiencia sexual de los jóvenes. Todos involucran activamente a los jóvenes para ayudarles a personalizar la información que contribuya a:

- **Aumentar los conocimientos básicos** sobre los riesgos que conlleva las prácticas sexuales en la adolescencia y sobre méto-



dos para evitar el coito o para usar protección, los programas eficaces pueden emplear: discursos breves, diálogos en clase, juegos competitivos, parodias o dramatizaciones breves, videos y rotafolios o folletos.

- **Aclarar los riesgos**, los programas pueden emplear datos sobre la incidencia o la prevalencia del embarazo o de ITS/VIH entre los jóvenes (junto con las consecuencias), diálogos en clase, oradores VIH+ y simulaciones.
- **Modificar los valores individuales y las normas entre pares** con respecto a la abstinencia y al uso del condón, los programas pueden emplear: mensajes conductuales nítidos, ejercicios de elección obligatoria de valores, encuestas o votación entre pares, de juegos de interpretación de roles, conversaciones sobre la eficacia de los condones y visitas a farmacias o clínicas que los venden o regalan.
- **Fomentar las habilidades** necesarias para evitar el sexo no deseado o desprotegido y para insistir en el uso de condones o anticonceptivos, se puede emplear juegos de rol que describan, demuestren y permitan que todos practiquen estas habilidades.
- Los jóvenes pueden practicar el **uso correcto del condón** abriendo el paquete y deslizando el condón sobre los dedos, o bien describiendo cada paso en el uso del condón.

2.1.4.1) *Prevenir con Educación: Una Declaración Internacional de Ministros de Salud y Educación*

El Estado de Guatemala está obligado a garantizar el derecho a la educación integral en sexualidad, según lo establece la Declaración ministerial “Prevenir con educación” signada por los representantes de las áreas de salud y educación junto a los gobiernos de 33 países de América Latina y el Caribe.

Esta Declaración obliga al personal de salud y los docentes a poner en marcha acciones que promuevan la educación integral en sexualidad en sus espacios de incidencia.



1. Preámbulo

Reunidos en la Ciudad de México, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal, los Ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe:

- 1.1 Afirmamos nuestro compromiso con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la educación, a la no discriminación, y al bienestar de las generaciones actuales y futuras.
- 1.2 Reiteramos nuestra convicción de que los sectores salud y educación son sinérgicos para la prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) actuando conjuntamente. La salud y la educación se refuerzan mutuamente, permitiendo el desarrollo integral de las personas.
- 1.3 Reconocemos la responsabilidad del Estado para la promoción del desarrollo humano, incluyendo la salud y la educación, así como la implementación de estrategias efectivas para educar y evitar la infección entre las nuevas generaciones y el combate a toda forma de discriminación,
- 1.4 Ratificamos nuestro compromiso para garantizar la plena observancia del derecho a la salud y otros derechos asociados a ésta, establecidos en los tratados y estándares internacionales sobre derechos humanos, y en particular a garantizar el acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en nuestros países, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación; esto requiere aumentar y fortalecer los esfuerzos para garantizar el acceso y permanencia en la escuela a aquellos afectados directamente por el VIH.
- 1.5 Renovamos los compromisos que nuestros gobiernos han contraído anteriormente con respecto a los Derechos Humanos, el VIH y SIDA, salud sexual y reproductiva, el bienestar de la niñez, adolescencia y juventud.



- 1.6 Reconocemos el rol decisivo de las familias en el bienestar y desarrollo de las presentes y futuras generaciones, así como la necesidad de asegurar que las acciones de prevención del VIH/ ITS incluyan a todos los agentes sociales involucrados.
- 1.7 Reconocemos la existencia de los documentos de consenso de expertos, desarrollados y publicados en el marco del Sistema de Naciones Unidas, los cuales reflejan, en gran parte, la evidencia científica disponible sobre el tema.

2. Considerando que:

- 2.1 El VIH es una epidemia que demanda una respuesta multisectorial coordinada y organizada para hacerle frente de forma inmediata y sostenida.
- 2.2 En América Latina y el Caribe, la principal vía de transmisión del VIH son las relaciones sexuales no protegidas, por lo que deben tomarse en cuenta las expresiones diversas de la sexualidad de la población y los contextos de vulnerabilidad en los que ésta se ejerce.
- 2.3 La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida. La niñez y adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y de los países, por lo que es necesario proporcionar una educación de calidad que incorpore la educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura.
- 2.4 Las relaciones desiguales de género y entre grupos de edad, las diferencias socioeconómicas y culturales, y las orientaciones e identidades sexuales individuales, al asociarse con factores de riesgo, propician situaciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por VIH/ITS.
- 2.5 Un porcentaje considerable de las personas jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas y en la mayoría de estos



encuentros sexuales no se utiliza protección para prevenir infecciones sexualmente transmisibles.

- 2.6 La educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva.
- 2.7 La evidencia científica ha demostrado que la educación integral en sexualidad, que incluye medidas de prevención de VIH/ITS – como el uso del condón masculino y femenino en forma correcta y consistente, el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento integral de ITS, y la disminución en el número de parejas sexuales –no acelera el inicio de actividad sexual, ni la frecuencia de las relaciones.
- 2.8 En quienes no han iniciado su actividad sexual, la evidencia científica demuestra que la educación integral en sexualidad, prevención y protección que incluye información clara sobre formas de, promueve la autonomía individual para decidir el momento en que se inicia la actividad sexual.
- 2.9 Una respuesta a la epidemia, efectiva a largo plazo, sólo será posible si las estrategias de prevención son exitosas. La única manera de sostener el compromiso global de acceso universal al tratamiento antiretroviral de personas con VIH, es a través del fortalecimiento de las estrategias de prevención que permitan reducir la extensión de la epidemia y la demanda futura de nuevos tratamientos.

3. *Con base en lo anterior, los Ministros de Salud y Educación de América Latina y El Caribe acordamos:*

- 3.1 Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven



- a cabo. Para que estos esfuerzos sean sustentables y sostenibles, se fortalecerá la cooperación entre ambos sectores mediante mecanismos formales de planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas, así como mediante la vinculación con otros sectores.
- 3.2 La educación integral en sexualidad tendrá una perspectiva amplia en el marco de los derechos humanos y el respeto a los valores de una sociedad democrática y pluralista en los que se desarrollan las familias y en las comunidades. Ésta incluirá aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales, de género, y sobre la diversidad de orientaciones e identidades sexuales, en el marco legal de cada país, para generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.
 - 3.3 Evaluar los programas de educación existentes en nuestros países durante 2009 y 2010, para identificar el grado en el cual se incorporan e implementan la educación integral en sexualidad en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas que sean competencia de los Ministerios de Educación.
 - 3.4 Actualizar antes del fin de 2010, los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, en colaboración con los Ministerios de Salud. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica disponible avalada por los Organismos Internacionales competentes en la materia y en consulta con expertos reconocidos. Asimismo, se tomará en cuenta a la sociedad civil y a las comunidades, incluyendo a las niñas y los niños, adolescentes, jóvenes, al personal docente, y a las familias.
 - 3.5 Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacita-



ción de los maestros en activo. Para el año 2015, todos los programas de formación y actualización magisterial bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación, habrán incorporado los contenidos del nuevo currículo de educación integral en sexualidad.

- 3.6 Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes y jóvenes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, así como de prevención de VIH y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.
- 3.7 Asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se presten con pleno respeto a la dignidad humana y que, en el marco de la legislación de cada país, atiendan necesidades y demandas específicas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes, considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. Asimismo, establecer los mecanismos adecuados de referencia dentro del sector salud.
- 3.8 Asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH; atención integral de ITS; condones y educación sobre su uso correcto y consistente; orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH, así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, para todas las personas, especialmente las y los adolescentes y jóvenes.
- 3.9 Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información y de los mensajes que se difunden y para que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual.
- 3.10 Trabajar en conjunto con las instancias relevantes de los poderes ejecutivo y legislativo, en aquellos países donde



sea el caso, para garantizar un marco legal apropiado, así como el presupuesto necesario para la implementación de la educación integral en sexualidad y de la promoción de la salud sexual.

- 3.11 Asegurar la existencia de mecanismos formales de referencia para reportar acciones de discriminación por parte de los servicios educativos y de salud gubernamentales y privados, y trabajar de forma proactiva para identificar y corregirlas, en instancias tanto de gobierno como de la comunidad, incluyendo a las Defensorías de Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil y otros órganos afines.
- 3.12 Destinar y/o movilizar recursos en cada uno de nuestros países para la evaluación rigurosa de impacto de cinco o más estrategias de educación integral en sexualidad, promoción de salud sexual, y prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, para el año 2015.
- 3.13 Recomendar la inclusión de estos acuerdos para su discusión y avances en: la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en San Salvador, El Salvador, en octubre de 2008; la V Cumbre de las Américas en Puerto España, Trinidad y Tobago en abril de 2009; el VI CONCASIDA en San José, Costa Rica, en octubre 2009, y el Foro Latinoamericano y del Caribe, en Lima, Perú en mayo 2009.
- 3.14 Reconocer la necesidad del acompañamiento técnico y financiero de las agencias multilaterales de cooperación y fondos de financiamiento internacional, a fin de lograr los compromisos adquiridos en esta declaración.
- 3.15 Para asegurar el cumplimiento de estos acuerdos, establecemos un Grupo de Trabajo Intersectorial para dar continuidad a los compromisos asumidos en esta Declaración y solicitamos a ONUSIDA y sus agencias copatrocinadoras participar en dicho grupo.



4. Para concretar estos compromisos, nos proponemos alcanzar las siguientes metas:

- 4.1 Para el año 2015, se habrá reducido en 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación.
- 4.2 Para el año 2015, se reducirá en 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Con la convicción de que estas acciones reflejan el compromiso de nuestros países con las niñas y los niños, adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, con nuestros países hermanos, y con la comunidad mundial, al hacer nuestra contribución a la estrategia global para hacer frente a la epidemia de VIH, aprobamos esta declaración comprometiéndonos con sus acuerdos, el día 1 del mes de agosto del año 2008, en la Ciudad de México.



3. ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

3.1) Definiciones.

Atención Integral de Adolescentes es concebida como el conjunto de conocimientos, habilidades, valores y convicciones de un equipo multidisciplinario orientados a prestar servicios diferenciados y de calidad a las y los adolescentes, para contribuir así a que alcancen un desarrollo humano pleno, especialmente a estilos de vida saludables. El abordaje integral incluye elementos bio-psico-sociales y espirituales (MSPAS, 1999).

Atención integral implica el abordaje de la adolescencia en su dimensión bio-psico-social, es decir a la y el joven en su contexto social y en el marco de las relaciones e interacciones que establece con los demás. Esto es importante ya que los estilos de vida saludables, o no saludables, obedecen a aprendizajes individuales, sociales y culturales que deben ser analizados en su complejidad (MSPAS, 2008).

Atención integral es poner en práctica los conocimientos, habilidades, valores y convicciones de un equipo multidisciplinario orientado a prestar servicios diferenciados y de calidad a las y los adolescentes, para contribuir así a que alcancen un desarrollo humano, pleno, especialmente estilos de vida saludables (MSPAS, 1999).

La atención diferenciada comprende la actitud de quien presta el servicio, pues lo individualiza de modo que toda persona que asista, salga satisfecha, acorde al nivel de resolución que se pueda ofrecer. Asimismo se espera que, desde el inicio brinde la atención adecuada, enfocándose en la comprensión e la otra persona y ofrezca las alternativas, para que ésta pueda tomar la decisión final (MSPAS,1999).



La atención diferenciada consiste en brindar a los adolescentes la atención integral de manera específica, tomando en cuenta las características propias de esta etapa, la que debe ser proporcionada tanto por un equipo multidisciplinario (biopsicosocial) capacitado, como en espacios físicos diseñados específicamente para las y los adolescentes, que garanticen la privacidad y la confidencialidad (MSPAS, 2008).

3.2) Atención a la salud para adolescentes y jóvenes como un derecho humano

La salud está definida como el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Las y los adolescentes tienen el derecho a recibir servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.

La atención en salud para adolescentes y jóvenes como un derecho humano se encuentra respaldado por el siguiente marco legal internacional y nacional:

Tratados y Convenciones

Pacto de derechos económicos, sociales y culturales

Artículo 10.2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto.

Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Artículo 12.2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;... (d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.



CEDAW

Artículo 10 (h). Los Estados Partes asegurarán acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Artículo 12.1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Artículo 12.2. Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Artículo 14.2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales y en particular le asegurarán el derecho a:(b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

Convención del niño

Artículo 24.1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Artículo 24.2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; (d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada



a las madres;(f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Convención contra la discriminación racial

Artículo 5. Los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar [a] toda persona (e)(iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Documentos de Conferencias

Programa de acción de Viena

Párrafo 41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. [L]a Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.

Programa de acción de la CIPD

Principio 8. Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción.

Párrafo 7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad



para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y [a tener acceso a métodos] de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Párrafo 7.46. Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.

Párrafo 8.34. Los gobiernos deberían elaborar políticas y directrices para eliminar la discriminación contra las personas infectadas con el VIH y proteger sus derechos y los de sus familias. Deberían reforzarse los servicios para detectar la infección con el VIH y velar por que se asegure la confidencialidad.

Plataforma de acción de Beijing

Párrafo 89. La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social.

Párrafo 92. Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre.

Legislación Nacional

Constitución Política de la República de Guatemala

Artículo 93. Derecho a la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.



Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

DECRETO 27-2000 LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Artículo 46. La persona que viven con VIH/Sida tiene derecho a recibir información, consejería y servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar.

DECRETO NÚMERO 42-2001 LEY DE DESARROLLO SOCIAL

Artículo 24. Protección a la salud: todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes, estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la presentación de servicios integrados, respetando cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena.

Artículo 26. Programas de salud reproductiva: sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. El Programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones.



1. **Objetivo:** el Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.
2. **Servicios:** los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puestos de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente.
3. **Planificación familiar:** para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevaran a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir fundada en la naturaleza de las persona y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesible para todas las personas y parejas en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y uso de los métodos anticonceptivos tanto naturales como artificiales, ofrecidos en los servicios de salud.



4. Adolescentes: en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionara atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención de parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
5. Maternidad saludable: la vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional, se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:
 - a. Crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna y perinatal.
 - b. Considerar como urgencia médica de tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas, y fortalecer la presentación de los servicios preventivos, necesarios tendientes a evitarlas y prevenirlas.
 - c. Desarrollar e instrumentar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico enfermeras, auxiliares de enfermería y comadrona y otro personal, para promover y asegurar que las madres reciban cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia.



- d. Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.
 - e. Promover la lactancia materna mediante acciones de divulgación, educación e información sobre los beneficios nutricionales, inmunológicas y psicológicos para el recién nacido, en los casos en que clínicamente este indicado.
 - f. Divulgar los beneficios de pospone o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.
 - g. Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidado del recién nacido.
6. Capacitación: definir los lineamientos para diseñar y llevar a la práctica programas y cursos para capacitar adecuadamente a los funcionarios y servidores públicos para que estén en condiciones de impartir educación y/o prestar orientación y atención a las personas en forma correcta, oportunidad y veraz, sin discriminación alguna para alcanzar los objetivos previstos en esta Ley.

DECRETO NÚMERO 27-2003 LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Artículo 28. Del Sistema de Salud. Queda asegurada la atención médica al niño, niña y adolescente a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Los niños, niñas y adolescentes que sufran deficiencia diagnosticada recibirán atención especializada.

Artículo 30. Programas de asistencia médica y odontológica. El Estado a través de las autoridades de salud respectivas ejecutará y facilitará el desarrollo de programas de asistencia médica y odontológica para la prevención de las enfermedades que comúnmente afectan a la población infantil y campañas de edu-



cación sanitaria y sexualidad humana para padres, educadores y alumnos.

DECRETO 87-2005 LEY DE ACCESO UNIVERSAL A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Artículo 1. La presente ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar.

Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

Artículo 3. Destinatarios/as. Son destinatarios de la ley, la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.

Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, El MSPAS y el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos; el Ministerio de Educación y el Viceministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades.

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas.



3.3) Una aproximación histórica a la Atención Integral y Diferenciada para adolescentes y jóvenes

El trabajo en salud de adolescentes inició en 1990 con la formación de la Comisión Nacional del Adolescente CONAD, un espacio coordinado por el MSPAS, universidades y organizaciones para analizar la salud de adolescentes con lo cual se avanzaba en la visión maternoinfantil de la salud pública. En 1995 inició a nombrarse como Comisión Intersectorial de Adolescentes.

El Ministerio de Salud, a través del Programa Materno Infantil, inició distintas acciones a favor de las y los adolescentes a nivel central desde el 1997, en respuesta a los Acuerdos de paz, en la búsqueda de reducir brechas de inequidad de los servicios, elaboró un plan nacional de adolescencia en donde visualizaba a esta población con acciones a corto, mediano y largo plazo, que surgió como producto de foros multisectoriales y con la participación de adolescentes, quienes hicieron manifiestas las necesidades de ser atendidos en forma integral y diferenciada.

A partir de entonces, se iniciaron acciones de sensibilización en involucramiento del personal de áreas de salud, responsable de la promoción en salud (trabajadoras sociales) y la cooperación externa, quienes realizaron acciones puntuales a nivel técnico normativo, es decir la reproducción de materiales informativos y de abogacía. Se implementó una línea telefónica de atención “Cuenta Conmigo” la cual brindaba orientación y consejería según la demanda. En el 2006, se fortaleció y trasladó este servicio a la municipalidad capitalina, en el Centro Metropolitano (antiguo edificio de correos) coordinado por el componente de adolescentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva, quienes monitoreaban los procesos y resultados y además ofrecieron capacitación y actualización sistemáticamente a las psicólogas que brindan el servicio a las y los adolescentes para fortalecer el servicio y fomentar la referencia a la clínica de atención del adolescente del Hospital General San Juan de Dios.

En 1997 se publicó el Plan Nacional de Atención Integral a los y las Adolescentes diseñado por una comisión integrada por per-



sonal del MSPAS en coordinación con otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de adolescentes en respuesta a la carencia de políticas específicas para la atención de la adolescencia que permitieran un tratamiento integral a su salud, sobre un marco legal que incluye la Constitución Política de la República de Guatemala, los Acuerdos de Paz, y la Convención sobre los Derechos del Niño, así como el Código de Salud. Dicho Plan contenía los siguientes ejes temáticos: Crecimiento y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Salud Bucodental, Prevención de Mortalidad Prevalente y Estilos de vida. El Plan buscaba la integralidad en la atención de esta población con un enfoque biopsicosocial en la prevención y atención de sus necesidades a través de necesidades interdisciplinarias y un abordaje multidisciplinario, intersectorial, promoviendo la participación social, con un enfoque de género, con el fomento de la capacitación del recurso humano, cooperación técnica e información, educación y comunicación.

En 1999 el MSPAS publicó el *Manual de referencia para la aplicación de las Normas de Atención en Atención de Adolescentes*.

El Ministerio de Salud, durante el 2000, creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva, el cual tiene como objetivo prioritario disminuir la tasa de mortalidad materna y neo-natal, pero también posee otros componentes como lo son : Paternidad y Maternidad Responsable, Prevención de Cáncer cervicouterino, Adolescentes, Vigilancia epidemiológica y Planificación Familiar, a través de los cuales realiza acciones a favor de la salud reproductiva a nivel nacional.

En los años 2000 y 2001 surgieron algunas iniciativas por parte del entonces Programa de Salud Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia (SIMNA), las cuales fueron apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), intervenciones que fueron acompañadas y fortalecidas por la Comisión Intersectorial para Adolescentes que estaba conformada por personas e instituciones voluntarias, quienes motivadas por el interés de poner el tema de adolescentes en planes, acciones y programas



del Ministerio de Salud, elaboran un Plan Nacional en donde se definen objetivos, estrategias y ejes temáticos que promovieran la salud integral de la población adolescente, grupo altamente vulnerable a los riesgos no solamente en el campo de la salud, sino en aquellos problemas sociales y psicológicos que evitan y limitan su óptico crecimiento y desarrollo, debido a necesidades insatisfechas.

Ese mismo año, se implementó el Plan nacional de prevención y erradicación del trabajo infantil y adolescencia trabajadora, coordinado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, donde el MSPAS es responsable de velar por los riesgos ocasionados por el trabajo infantil y en la adolescencia.

En el 2001 se inició la descentralización de las acciones, a través de distintos proyectos (UNICEF, OPS, AID, Save The Children, SHARE Y ASDI, UNFPA) así como por la decisión de algunos distritos que con apoyo del Programa Nacional de Salud Reproductiva y su componente de Adolescentes iniciaron acciones a favor de las y los adolescentes.

En ese mismo año también se organizó una comisión de adolescentes en el Hospital General “San Juan De Dios” donde se involucró al personal de trabajo social, psicología, odontología y pediatras con el fin de crear un área específica para la atención de adolescentes, ya que era un espacio no cubierto y las y los adolescentes que acudían a recibir atención médica, eran vistos conjuntamente con pacientes adultos o con los niños según su edad. Para tal fin, la comisión consideró que lo más adecuado para la atención era la creación de un Modelo de Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes ATINA, fuera el área de pediatría, siendo hasta el 2003 que se inicia la primera clínica para atención integral y diferenciada del adolescente, ubicado en la consulta externa de Pediatría. Entre sus ejes se encuentran: Nutrición, Inmunizaciones, Infecciones de Transmisión Sexual, Salud Mental, Odontología, Salud Reproductiva, Orientación y Educación. La clínica cuenta con un grupo multidisciplinario constituido por 2 médicos pediatras, 2 ginecoobstetras, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 1 psiquiatra y un grupo de médicos



de referencia (cardiología, traumatólogo, hematólogo, dermatólogo, etc.).

El MSPAS ha coordinado con establecimientos educativos públicos y privados la promoción de la Clínica de Atención Integral, y la distribución de material en temas como Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, Métodos de anticoncepción, maltrato, etc. Asimismo, dicha clínica se ha constituido en el Centro de Capacitaciones a nivel institucional del MSPAS, desarrollando actividades con centros de salud del área Metropolitana y hospitales de la red nacional, abordando temas de salud reproductiva, planificación familiar, violencia y género, explotación sexual comercial, VIH y sida, Derechos de la niñez y adolescencia entre otros. Por otra parte, el MSPAS ha desarrollado un vínculo con la Universidad de San Carlos de Guatemala, promoviendo la capacitación de médicos residentes del post grado de Pediatría y estudiantes del pre grado de la carrera de Ciencias Médicas para fortalecer y apoyar los programas curriculares establecidos y se ha promovido la educación para la atención del adolescente con otras instancias extraministeriales, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

En el 2002, el Proyecto “Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes con énfasis en Salud Reproductiva” es aprobado para el período 2002-2006, con la donación del gobierno de Canadá y nombrando a UNICEF como la instancia responsable de brindar al MSPAS el acompañamiento técnico y administrativo de dichos fondos, priorizando 13 municipios definidos con base a los bajos niveles de desarrollo alcanzados.

En el 2003, el MSPAS creó el Programa de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia (SINA), que de manera conjunta con UNICEF contribuyó en la elaboración de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud.

El MSPAS ha implementado el Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS), con el objeto de extender la cobertura del componente básico de atención en salud en áreas geográficas y poblaciones postergadas, incluyendo dentro de esta estrategia el



“Plan Nacional de Atención Integral de el y la adolescente”, donde se desarrollan los siguientes ejes temáticos: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucodental, prevención de mortalidad prevalente, estilos de vida.

En el 2004, el MSPAS, actualizó las Normas de Atención las cuales se enfocan por ciclo de vida, visualizándose las prioridades de atención hacia las y los adolescentes de los diferentes programas de atención del Departamento de Regulación de los Programas de atención a las personas.

Durante ese mismo año se lanzó la Política “Salud para la Adolescencia y la Juventud”, dicha política se fortalece estratégicamente con la atención integral y diferenciada de abordaje interdisciplinario, intersectorial y participación social con enfoque de género, capacitación, cooperación técnica, información, educación y comunicación, derivados del Plan Nacional de Salud 2000-2004 del MSPAS, que dentro de su marco propone mejorar las condiciones de salud de los guatemaltecos, ampliar las coberturas, aumentar el gasto público en salud, descentralizar y modernizar la conducción de los distintos nivel de atención, lo que estratégicamente permite acomodar los ejes y acciones de la Política. Esta política tiene como objetivos específicos: apropiar e insertar por medio de acciones de la misma, las necesidades y demandas de salud de los adolescentes y jóvenes dentro del marco de su cultura, territorialidad y capacidades, promover la inversión social y humana, procurar modelos de participación y organización de adolescentes y jóvenes, promover modelos de participación y organización de adolescentes y jóvenes, promover el respeto e interrelación de la cultura y la lengua de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos y procurar la viabilidad política, legal, técnica, ejecutiva, administrativa y presupuestaria de las acciones. Esta Política, además, posee dentro de sus Ejes Estratégicos el eje de Salud Reproductiva y Educación Sexual para los adolescentes y los jóvenes, cuyo objetivo es mejorar la salud reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes mediante la educación, promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, con equidad, enfoque de género, multicultural, étnico,



lingüístico, haciendo énfasis en población vulnerable y excluida registrada en los índices de desarrollo humanos y mapas de pobreza de SEGEPLAN y con las acciones siguientes: salud sexual y reproductiva, educación sexual, paternidad y maternidad responsable, planificación familiar, ITS, VIH/SIDA, atención integral diferenciada a la mujer adolescente, atención diferenciada del embarazo, atención del aborto y sus complicaciones y el mecanismo de control sobre dicha política giraba más sobre el interés de desarrollarla e implementarla, en un segundo momento deberá considerarse alianzas intersectoriales y en especial las interministeriales, principalmente con aquellos ministerios que ya cuentan con políticas para la Adolescencia y la Juventud.

En el 2006, el MSPAS capacita a 2300 proveedores de salud del II Nivel de Atención en el tema de Adolescentes a través del Diplomado de Normas de Atención en Salud, conducido y coordinado por el DRPAP y Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

En el 2007 se inician las acciones inter programáticas a favor de la adolescencia, sistematizándolo en un Modelo de Atención Integral, para ser operativizado en la red de servicios de salud, contando con el aval del viceministerio técnico y la integración de un equipo multidisciplinario del MSPAS y de recursos financieros provenientes de organismos internacionales. Este mismo año el Programa Nacional de Sida desarrolló una guía práctica para la participación juvenil local denominada “Éntrole a la acción” y un programa de capacitación a jóvenes líderes sobre educación de la sexualidad denominado “Liderando”.

El MSPAS se encuentra trabajando en 20 áreas de salud con diferentes intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes, tales como: Espacios Amigables, Centros Interactivos, organización juvenil, Clínicas integrales y multidisciplinarias en dos hospitales nacionales, Escuelas Saludables, entre otros.

En marzo de 2008, el MSPAS integró un equipo técnico multidisciplinario para la elaboración del Modelo de Atención Integral a los y las adolescentes, el cual está dirigido a los provee-



dores de la red de servicios de salud con la intención de generar acciones de bordaje intención a favor de la atención diferenciada de las y los adolescentes. Este modelo, está sustentado en el marco legal nacional. Su propósito es contribuir a la salud integral de las y los adolescentes y jóvenes en Guatemala, mediante la incorporación del abordaje integral y diferenciado a esta población en la red de servicios del MSPAS, orientándolos a la prevención a través de estilos de vida saludables y fomentando en el personal de salud la incorporación de estrategias amigables en la atención, facilitando de esa forma el mayor acercamiento de adolescentes a los servicios de salud tanto preventivos como asistenciales, donde ellos sean actores de su propio desarrollo, todo ello basado en la Política de Salud para la adolescencia y juventud. Este Modelo cuenta con objetivos específicos, metas y estrategias generales de acción, así como una descripción de las responsabilidades básicas por niveles de intervención y la forma de monitoreo, evaluación y supervisión.

3.3.1) Intervenciones por nivel para la atención a la salud para adolescentes y jóvenes en el Ministerio de Salud

Para poder brindar una atención en salud a las y los adolescentes y jóvenes el MSPAS incorporó en el primer y segundo nivel a partir de 2002 la estrategia de Espacios Amigables promovida en las Américas por OPS, bajo el concepto de ser un lugar físico o móvil, dentro y/o fuera del servicio de salud, donde se brindan distintas acciones de promoción de la salud, prevención hacia factores de riesgo, atención y rehabilitación de casos detectados, o a través de distintas metodologías: foros, encuentros juveniles, seminarios, talleres, actividades lúdicas, ferias de salud, centro interactivo, atención integral y diferenciada según resolución del servicio de salud o recursos locales, IEC/CC, etc. Creando un ambiente de confianza, entretenimiento, comodidad y en donde las y los adolescentes puedan asumir el auto cuidado de su salud con responsabilidad, sin presiones ni temores, y sean entes de cambio para su familia y su comunidad.

En el primer nivel hará esfuerzos preventivos y de promoción y en el segundo nivel la atención clínica en los servicios de salud.



Los Centros Interactivos surgieron a partir del año 2006, con fondos provenientes del impuesto a las bebidas alcohólicas asignados al Programa de Nacional de Salud Reproductiva y son espacios concebidos para proveer información a las y los jóvenes, cuentan con acceso a una biblioteca virtual a través de internet, así como brindan información, comunicación y educación.

La atención integral y diferenciada también se da en el tercer nivel (hospitales) a través del Modelo de Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes ATINA, el cual es atendido por personal multidisciplinario. El más completo se encuentra en el Hospital San Juan de Dios y se expande hacia otros hospitales del país.

El Programa Nacional de Sida promueve además campañas de comunicación para la prevención del VIH y el sida, materiales de IEC y capacitaciones, su enfoque predominante para las y los jóvenes ha sido el ABC incluido el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, lo cual no es efectivo según lo demuestra la evidencia científica.

Para todo ello, además, el MSPAS elabora normas de atención para el ciclo de vida de adolescentes.

3.3.2) Las normas de atención en salud

Las normas de atención en salud se encuentran contenidas en el *Manual de referencia para la aplicación de Normas de Atención a Adolescentes*, cuya última edición fue publicada por el MSPAS en el presente año.

La última referencia que se tenía en cuanto al tema es de 1999, y se encuentra una ampliación en la última publicación en cuanto a la descripción de los ítems y la consideración de temas más específicos referentes la salud biológica, psicológica y social en las y los adolescentes.

El MSPAS considera al adolescente en sus tres esferas: la biológica en temas como desarrollo físico, sexualidad, agudeza visual, ITS, SIDA, alimentación, salud bucal, enfermedades respi-



ratorias, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, por vectores y crónicas. Considera también la esfera psicológica en temas como trastornos de ansiedad, riesgo suicida, depresión, alcoholismo, tabaquismo, trastornos de alimentación y violencia y por último considera la esfera social al evaluar factores psicobiosociales familiares así como riesgos psicosociales en educación, drogas y sexualidad.

De acuerdo con el manual publicado en 1999: *la acción como personal de salud no debería dirigirse solamente a dar una vacuna para evitar que se enferme, no es dar un preservativo, sino favorecer que el adolescente desarrolle su autoestima y su juicio crítico para que cuando le digan que experimente el uso de drogas tenga la posibilidad de decir: Oiga no preciso de drogas para vivir, tengo mi propia droga, la cual es mi capacidad, mi integridad, etc* (MSPAS, 2009).

De acuerdo con el MSPAS, los adolescentes son seres integrales, individuales y únicos, por lo que merecen atención en cada una de las esferas que componen su ser, así como una atención diferenciada tomando en cuenta las características propias y que distinguen a un adolescente de otro, persiguiendo al final no solo el bienestar físico sino también emocional a través del fortalecimiento de la autoestima y autonomía.

3.3.3) *Las estrategias generales para la implementación del Plan de atención integral y diferenciada para las y los adolescentes.*

Las estrategias generales para trabajar el tema de salud con las y los jóvenes incluyen:

Coordinación multisectorial e interinstitucional para integración de intervenciones y acciones en base a criterios epidemiológicos y de necesidades de la población meta.

Esto consiste en el desarrollo de programas, planes, estrategias e intervenciones con el involucramiento de instituciones de gobierno, ONGs, sociedad civil y agencias de cooperación externa, que unen esfuerzos y recursos en beneficio de la salud las y los



adolescentes para mejorar las condiciones de vida, de vivienda, de saneamiento, de educación, proyectos de vida, valores éticos, hábitos y estilos de vida saludables, patrones de crianza sanos, etc., planteando un enfoque ecológico para el abordaje integral de las y los adolescentes que incluya las condiciones sociales, comunitarias, familiares e individuales.

Se realiza una coordinación multisectorial e interinstitucional tanto a nivel nacional como local.

Desarrollo y fortalecimiento de competencias del recurso humano y acreditación de los servicios de salud.

Esta estrategia incluye la implementación de un plan de capacitación y certificación de proveedores de servicios de salud y acreditación de los servicios de salud, permanente y sostenible con la participación de: Departamento de Recursos humanos del MSPAS, DRPAP, DRACES, SIAS, para el fortalecimiento en el tema de adolescentes y mejorar las competencias del personal de los servicios de salud para atención integral y diferenciada de las y los adolescentes.

Vigilancia de la salud y situación de las y los adolescentes.

Esta estrategia implica una serie de procesos para la recolección, procesamiento y análisis de datos relacionados con la situación de salud integral del adolescente, en base a la cual se realizan acciones para mejorar la situación de la salud de los mismos.

Se desarrolla en el ámbito de los servicios de salud, como un espacio gerencial en el cual se presentan indicadores biopsicosociales, trazadores que nos ayudan en el análisis y toma de decisiones en los distintos niveles. Para luego ser socializada con los distintos actores sociales, tanto locales como nacionales. Para ello es necesario contar con indicadores que permitan medir el estado de salud de las y los adolescentes para conocer la situación y ser la base para el desarrollo de intervenciones conjuntas de promoción, prevención, atención y rehabilitación a favor de las y los adolescentes.



Fortalecimiento de las organizaciones de adolescentes, jóvenes y participación comunitaria.

Esta estrategia pretende lograr, a través del involucramiento de adolescentes, jóvenes y actores sociales, el fortalecimiento de los esfuerzos de la organización juvenil en beneficio de cambios de comportamiento y prácticas saludables en las y los adolescentes, familia y comunidad.

Con esta estrategia se promueve la realización de actividades dentro y fuera de los espacios amigables en donde participen adolescentes y jóvenes, maestros, promotores, otros actores comunitarios, padres y madres de familia utilizando materiales educativos y metodologías participativas, que partan de los conocimientos, actitudes y prácticas individuales, sociales y culturales locales con el fin de promover estilos de vida saludables. Todas estas actividades son facilitadas por el personal responsable de las direcciones de área, servicios de salud y otras instituciones con enfoque de género e interculturalidad.

Esta estrategia promueve la incorporación de las y los adolescentes, la familia y la comunidad, para el auto cuidado de la salud y la prevención de enfermedades en lo individual.

Investigación.

Esta estrategia pretende adquirir conocimientos a nivel nacional o local a través de procesos científicos que se utilizan para evaluar los problemas y fenómenos relacionados a las y los adolescentes o al modelo de atención integral y diferenciado, con la finalidad de obtener información que fortalezca la toma de decisiones en las distintas intervenciones del Modelo de Atención.

3.3.4) Los enfoques de la atención en salud

El enfoque con el cual el MSPAS ha abordado el tema de salud han sido Integral y Diferenciado, el cual pretende generar en los servicios de salud espacios de promoción, prevención, atención y rehabilitación desde un perspectiva biopsicosocial, es decir tomando en cuenta a las personas jóvenes en su contexto social y en el marco de las interacciones que establece con su entorno.



Por otra parte, para lograr la atención integral es importante considerar el enfoque clínico epidemiológico, sin olvidar el componente social así como el abordaje inter y multidisciplinario. Así mismo, la atención diferenciada comprende la actitud de quien presta el servicio, pues lo individualiza de modo que toda persona que asista, salga satisfecha, acorde con el nivel de resolución que se pueda ofrecer y se espera que desde el inicio, brinde la atención adecuada, enfocándose en la comprensión de la otra persona y ofrezca alternativas para que se ella la que pueda tomar la decisión final.

Todo esto se encuentra dentro de la política, la norma y el modelo de atención que el MSPAS ha creado en relación con la atención de las y los adolescentes de Guatemala.

3.3.5) Los materiales producidos

Dentro de los materiales producidos por el MSPAS, se encuentran los siguientes:

- Plan Nacional de Atención Integral a los y las Adolescentes (1997).
- Atención a Adolescentes , Manual de Referencia para la aplicación de las normas de atención (1,999).
- Guía para capacitación de monitores Juveniles para la prevención de Infecciones de Transmisión sexual y VIH/sida. (2002).
- Política: Salud para la Adolescencia y la Juventud 2003-2012 (2004).
- Estudio de Inserción de Políticas de Atención Integral para las y los Adolescentes en la Reforma del Sector Salud (2005).
- Manual para facilitadores y facilitadoras: Todo lo que necesita para educar sobre salud sexual y reproductiva, especialmente ITS, VIH y SIDA (2008).
- Modelo de atención integral y diferenciada para los y las Adolescentes (2008).



3.3.6) *El Plan Salud Educación una propuesta de articulación biministerial*

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el Plan Salud Educación significaba la articulación biministerial con el Ministerio de Educación para estandarizar contenidos en sexualidad y prevención de sus factores de riesgo asociados. Y aunque no se logró lo planeado de manera conjunta sigue siendo una estrategia valiosa para lograr brindar información y educación no formal y para mejorar las condiciones de salud de la población joven a través de los espacios amigables, centros interactivos, redes de voluntariado juvenil y atención hospitalaria.

Durante 2009 se inició entre el Programa Nacional de Sida, el Eje de Adolescentes, Proedusa y organizaciones civiles como Incidejoven y Cruz Roja a reactivar el plan para lograr llevar la educación en el ámbito no formal en el Ministerio de Salud.

3.3.7) *Prevenir con Educación: Una Declaración Internacional de Ministros de Salud y Educación*

La Declaración ministerial vino a sellar en el MSPAS la iniciativa del Plan Salud Educación de llevar educación integral en sexualidad y servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Esta declaración añade primacía a las acciones iniciadas en 2007 por este ministerio.





APÍTULO II

Marco metodológico



2.1) Justificación

Guatemala es un país, con un alto crecimiento poblacional, de los cuales el 33% es población adolescente y joven (10 a 24 años). Entre 13 y 30 años conforma aproximadamente el 30% por ciento del total de la población guatemalteca, 51% por ciento son mujeres, 60% por ciento son jóvenes indígenas y más del 60% por ciento viven en el área rural.

La edad promedio para la primera relación sexual oscila entre los 15 y 19 años, calculando que a los 20 años el 70% de las mujeres ya experimentaron su primera relación sexual; de tal forma que a los 22 años más del 22% de las jóvenes ya están en unión conyugal. La ENSMI destaca que 12% de las jóvenes entre 15 y 17 años ya han tenido al menos un hijo. Se estima que a los 19 años, el 41% de las mujeres guatemaltecas ya son madres.

Datos recientes del MSPAS indican que el 21% de la distribución de partos corresponde a adolescentes menores de 20 años. También indican que en lo que va del año han reportado 6 casos de embarazos de niñas de 10 años en todo el país.

Según las estadísticas reportadas por este ministerio de enero a junio de 2009 se reportan 145 muertes maternas, de las cuales el 16.55% son de menores de 20 años.

Lo expuesto anteriormente refleja índices alarmantes respecto a las condiciones en que las y los jóvenes experimentan el ejercicio de su sexualidad. Esto, a pesar de que desde el 2000 Guatemala cuenta con leyes que promueven el acceso a educación de la sexualidad, acceso a servicios de salud, acceso a anticonceptivos desde un marco de Derechos Humanos. Por esta razón Incidejoven se propuso realizar un proceso de au-



ditoria social a los Ministerio de Salud y Educación sobre el acceso a la educación sexual y a los servicios de salud integrales y diferenciados para adolescentes y jóvenes para fiscalizar la implementación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los métodos de Planificación Familiar Decreto 87-2005.

2.2) Objetivos

El objetivo general de la investigación fue realizar un proceso de auditoría social a los Ministerios de Salud y Educación, desde el liderazgo juvenil sobre el acceso a la educación sexual y a los servicios de salud integrales y diferenciados para adolescentes como un proceso de rendición de cuentas de la implementación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los métodos de Planificación Familiar Decreto 87-2005.

Específicamente los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

- Identificar el cumplimiento del Ministerio de Educación en la implementación del Decreto 87-2005 a través del desarrollo de programas de educación sexual para adolescentes en el ámbito de la educación formal.
- Determinar el cumplimiento del Ministerio de Salud en la implementación de los Decretos 27-2000 Ley de VIH, Decreto 42-2001 Ley de Desarrollo Social y Decreto 87-2005 Ley de Planificación Familiar, a través de los servicios integrales y diferenciados para jóvenes los cuales brinden información y educación sexual en el ámbito de la educación no formal.
- Conocer las actitudes, creencias, exigencias y propuestas ciudadanas de las y los jóvenes, respecto a la educación sexual, el acceso a los servicios de salud integrales y diferenciados para adolescentes y el reconocimiento de sus derechos sexuales como derechos humanos.



2.3) Metodología

2.3.1) *Diseño*

La investigación se concibió como una investigación cualitativa formativa. Un estudio cualitativo trata de averiguar las percepciones, creencias, conocimientos y actitudes de los participantes sobre un fenómeno determinado, en sus propios términos. El discurso (expresiones) de los participantes son los datos primarios de la investigación. Esta investigación fue de carácter formativa porque los resultados han servido para el diseño de la estrategia de incidencia política para el acceso a educación sexual y los servicios integrales y diferenciados para adolescentes y jóvenes.

2.3.2) *Muestra*

Se incluyeron los departamentos de Guatemala que presentan los índices más altos de embarazo en adolescentes, mortalidad materna y prevalencia de casos de VIH, tomando como base la Sala Situacional 2007 del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), datos del Programa Nacional de Sida (PNS) y datos de la Encuesta Nacional Materno Infantil (ENSMI) así: Alta Verapaz, Petén, Quiché, Sololá, Totonicapán, Chimaltenango, Escuintla y Guatemala. Además, se realizó en lugares donde existen servicios de Salud para jóvenes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), tales como Espacios Amigables y Centros Interactivos para adolescentes

En cada departamento seleccionado se llevó a cabo un grupo focal con hombres y mujeres jóvenes, a excepción del departamento de Guatemala donde se realizaron dos grupos focales. Esto nos permitió realizar un total de 11 grupos focales con jóvenes con las siguientes características:

- Hombres jóvenes de 13 a 19 años que estén estudiando en establecimientos públicos.
- Mujeres jóvenes de 13 a 19 años que estén estudiando en establecimientos públicos.



- Mujeres jóvenes de 13 a 19 años que vivan en los lugares donde están los servicios integrales y diferenciados para adolescentes.
- Hombres jóvenes de 13 a 19 años que vivan en los lugares donde están los servicios integrales y diferenciados para adolescentes.

La muestra es intencionada, no representativa de la población en general. Se consideró esta diversidad en la muestra, no tanto para hacer comparaciones sistemáticas entre los grupos, sino para asegurarnos que las diferentes percepciones respecto a los temas de la investigación estuvieran representadas. Las y los jóvenes que participaron en los grupos focales fueron de distintos lugares de los departamentos, desde comunidades hasta las cabeceras departamentales. La muestra fue mayor a la planificada, ya que debido a la falta de participación en ciertos grupos focales, algunos se repitieron con diferentes participantes y fue necesario realizar más en los departamentos de Sololá y Guatemala para obtener información de calidad.

2.3.3) *Técnicas de recolección de información*

El estudio se llevó a cabo mediante técnicas complementarias:

1. Grupos focales de mujeres y hombres de 13 a 19 en la comunidad .
2. Entrevistas a profundidad dirigidas a personas con *expertís* técnica y política.

Para la selección de las y los jóvenes participantes, se desarrolló una guía de directrices que permitió realizar convocatorias exitosas.

2.3.4) *Instrumentos de recolección de información*

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Guía de discusión de grupos focales con hombres y mujeres jóvenes de 15 a 19 años.
2. Guía de entrevista a expertas y expertos técnicos y políticos.



2.3.5) *Personal*

Esta investigación se llevó a cabo de enero a julio de 2009 y estuvo a cargo de un coordinador, quien participó en todas las etapas del estudio. Además, se seleccionaron y contrataron cinco trabajadores de campo, quienes realizaron los grupos focales en los departamentos. Y se contrató a una consultora para el análisis de resultados y la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Después de seleccionar al personal de campo, se realizó una inducción acerca de aspectos metodológicos de la investigación, el conocimiento de los instrumentos para su aplicación, aspectos logísticos, el trabajo de campo y la transcripción de los datos.

2.3.6) *Procesamiento de datos*

Las y los trabajadores de campo tradujeron y transcribieron las discusiones de los grupos focales y el coordinador se reunió con el grupo en varias ocasiones para supervisar este proceso.

La consultora llevó a cabo la organización, tabulación y análisis de los datos. Así como la elaboración de conclusiones y recomendaciones en conjunto con el coordinador.

2.3.7) *Limitaciones*

Las limitaciones encontradas fueron básicamente las debidas al fundamentalismo cultural y religioso que impedía a las y los jóvenes hablar del tema con libertad, por existir prejuicios al respecto. Y por lo mismo se hizo necesario trabajar grupos focales adicionales para obtener información de calidad.

Asimismo, se encontraron limitaciones al abordar el tema de Derechos sexuales, debido a que la información obtenida fue escasa por carecer de conocimiento sobre el tema.

La metodología del grupo focal se tuvo que adaptar a las características comunitarias para obtener información veraz.





APÍTULO III

Resultados

3.1) Resultados

1. Situación de la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca

a. Percepción de la situación actual

La mayoría de las y los jóvenes opinan que la situación actual de la salud sexual y reproductiva está mal, debido a varios factores tales como:

- Inicio sexual temprano: de acuerdo a las y los jóvenes la mayoría de adolescentes inicia su vida sexual activa en edades tempranas con pocos o nulos conocimientos y sin capacidad de percepción sobre los riesgos y consecuencias que ello podría traer.
- Un alto índice de embarazos entre adolescentes: las y los jóvenes consideran como uno de los mayores problemas en el ejercicio de la sexualidad es el alto índice de embarazos, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH y el sida. Asimismo, ellas y ellos afirman que el alto índice de embarazos en adolescentes ocurre a causa de la violencia sexual.
- Altos índices de VIH: respecto a las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH y el sida, las y los jóvenes asocian esta problemática al desconocimiento sobre prácticas de sexo seguro y consideran que este es un factor determinante por el aumento de casos que se han dado en el país en los últimos años.
- La existencia de violencia sexual y el incesto: Las y los jóvenes centran su atención en la existencia de la violencia sexual y de casos de incesto como una realidad que se encuentra presente en su entorno y como una realidad crítica.

Lo que dice Guttmacher

La situación de la Salud Sexual y Reproductiva en los jóvenes se encuentra en peligro debido a un conjunto de factores socioeconómicos interrelacionados: pobreza, poco acceso a la educación y marginación étnica.

- Falta de información: la mayoría de las y los jóvenes consideran que hay falta de información acerca de la sexualidad, sin embargo, una minoría que ha recibido información refiere que a pesar de que se tenga acceso a la información la situación sigue siendo difícil.
- Falta de acceso a los métodos anticonceptivos: en relación con este tema las y los jóvenes dicen que hay poco acceso a servicios de salud, y anotan que es difícil acceder a los métodos anticonceptivos, tales como los condones y a la información acerca de su uso.
- Mencionan los abortos clandestinos como una de las problemáticas que más afecta la vida de las jóvenes, la cual pone en riesgo su vida, por las condiciones de falta de higiene en la que son realizados.
- Las y los jóvenes mencionan que existe una carga social y moral fuerte respecto a la sexualidad, la cual se encuentra inundada de mitos o ideas irreales sobre la situación, tales como enfermedades relacionadas al uso de condones y anticonceptivos y la asociación de la utilización de los mismos con el aborto. Dichos tabúes los limitan al hablar sobre las diversas problemáticas existentes en la vida de las personas. Asimismo ellas y ellos refieren frecuentemente que la “prostitución” se encuentra relacionada con la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida.
- Es importante señalar que las y los jóvenes de Guatemala consideran que la responsabilidad de mejorar esta situación es de ellos y de los padres. Ellos señalan sentirse “responsables de mejorar la situación”. Además de indicar que la “la situación no es como antes, porque las y los jóvenes ya no esperan al matrimonio para tener relaciones sexuales, sino que inician desde el noviazgo”.
- Las y los jóvenes señalan que un factor que contribuye a “empeorar la situación” es el fácil acceso a la pornografía, ya sea a



través de la televisión, de las revistas o del internet y ellas y ellos afirman que “eso es algo malo”.

- Existen también algunas y algunos jóvenes que señalan que la “responsabilidad es de la mujer” en cuanto a la decisión de tener o no relaciones sexuales con todas sus consecuencias, porque “es ella quien decide... el hombre es hombre y la carne es débil y el hombre llega hasta donde la mujer decide”.

b. Percepción acerca del inicio de la actividad sexual

La mayoría de las y los jóvenes coinciden en señalar que el inicio de la actividad sexual en las y los adolescentes se da entre las edades de 12 a 15 años. Sin embargo refieren que existen casos en los cuales el inicio de la vida sexual ocurre entre los 8 y los 10 años como consecuencia de violaciones sexuales, en la mayoría de los casos dentro de las mismas familias.

Respecto a este tema cabe destacar que las y los jóvenes de Petén refieren que “el cuerpo de las jóvenes cuando inician su actividad sexual no se encuentra preparado y que el tamaño del pene puede lastimar a una mujer si es muy joven”.

Otros destacan que “el cuerpo no está preparado y se pone en alto riesgo la vida”.

Las y los jóvenes de Totonicapán indican que “las relaciones inician a edad temprana porque los jóvenes van a bares de prostitución para iniciar su vida sexual y las mujeres empiezan sus relaciones porque se sienten presionadas, y muchas veces porque son violadas”.

Lo que dice Guttmacher

La edad del inicio sexual se da alrededor de los 15-19 años. Alrededor de los 20 a 24 años el 74% de hombres y el 18% de mujeres ya han tenido relaciones sexuales debido a normas culturales que toleran las relaciones premaritales en hombres, mas no en la mujer. El 41% de los hombres entre 15-24 años y el 38% de las mujeres son sexualmente activos.

Sin embargo, las y los jóvenes de Sololá, afirman que inician la actividad sexual debido a que los padres “dan libertad y es cuando las personas se sienten maduras, aunque ello no implica que lo estén”.

Las y los jóvenes coinciden en afirmar que en las comunidades rurales es más común el inicio temprano de las relaciones sexuales y que lo hacen sin tener mayor conocimiento.

Las y los jóvenes de Guatemala opinan que “las mujeres tardan más, porque ellas piensan más” ellas y ellos consideran que los hombres desde los 13 años “ya tienen la calentura” y eso los lleva a tener relaciones sexuales antes que la mujer.

c. Percepción acerca del uso del condón

Respecto a este tema las y los jóvenes refieren opiniones diversas tales como: “Es la mera tos” haciendo alusión a que es lo mejor, pero “que es importante saberlo usar”.

Asimismo las y los jóvenes refieren que “el condón es mal visto por la religión, porque lo asocian con el aborto y la infidelidad”. Consideran que debería ser usado en los prostíbulos. Las y los jóvenes de Guatemala afirman que “en salud está bien, pero la iglesia se queja de su uso porque con eso se detiene la vida del ser humano asociándolo con el aborto”, por lo que se infiere que existe una diferenciación entre sus prácticas sexuales y las creencias religiosas.

Lo que dice Gutmacher

El uso del condón es asociado a la infidelidad.

Es importante resaltar que se encontró la existencia de mitos alrededor del uso de los condones, tales como que “si se usa siempre va a causar problemas posteriores o enfermedades” y que “motiva las relaciones sexuales sin respeto ni fidelidad”. También mencionan mitos acerca de la efectividad de los mismos como el hecho de considerar que “funcionan únicamente en el 50% de los casos”. Adicionalmente, añaden que “a las

mujeres no les gusta usarlos porque se siente feo”, mientras que otros consideran que “no sirve para nada”.

Otro aspecto importante de resaltar es que ellas y ellos consideran que no tienen acceso a los mismos y que no es fácil obtenerlos, también refieren que las instituciones los regalan, pero no les enseñan como utilizarlo. Sin embargo “es un elemento que permite tener seguridad y preservar la salud”.

Algunas y algunos jóvenes de Totonicapán consideran “que no sirve para nada, sin embargo es aconsejable usarlo”. A ellos hablar de condones les causa mucha confusión, pero creen “que es algo que les conviene a los jóvenes”.

Las y los jóvenes coinciden en afirmar que “la mayoría de las y los jóvenes conocen sobre el condón, sin embargo no saben cómo utilizarlo correctamente”. Las y los jóvenes de Guatemala afirman que “un condón puede salvarte la vida” sin embargo ellas y ellos no tienen conocimiento sobre cómo utilizarlo correctamente, esto es particularmente importante en el caso de las jóvenes, quienes consideran en su mayoría que el que debe de conocer cómo utilizarlo es “el hombre”.

d. Percepción acerca de VIH/Sida

Las y los jóvenes refieren que el VIH y el sida ocurren por la irresponsabilidad de las personas y lo asocian con la muerte, en sus palabras “es algo mortal que se pega”. Opinan también que en las comunidades las personas no hablan de eso “porque existen cosas más importantes sobre las cuales hablar”. Indican que existen barreras médicas para poder acceder a los condones y que son pocas las personas que se hacen la prueba de VIH.

Un aspecto importante de resaltar es que algunas y algunos de las y los jóvenes refieren que es un asunto que afecta “únicamente a las mujeres”, les atribuyen la culpa de la propagación de la infección a los hombres porque los esposos infectan a sus esposas cuando las “han traicionado” y los jóvenes infectan a las jóvenes porque van con “prostitutas”.



La mayoría de las y los jóvenes afirman que la infección de VIH y el sida se encuentran asociados a las “prostitutas” o a la “prostitución”, y coinciden en reconocer que no tienen un conocimiento profundo sobre el tema.

Es importante resaltar que en el caso de las y los jóvenes de Escuintla y Guatemala, el desconocimiento sobre el tema se hace evidente: ellas y ellos han escuchado hablar sobre este tema de manera superficial, conocen que es una enfermedad mortal que no tiene cura, pero desconocen sobre los efectos del virus en el cuerpo y ellas y ellos afirman haber escuchado que la forma de evitar el contagio

es utilizando el condón, sin embargo, ellas y ellos afirman en su mayoría desconocer la “forma adecuada de utilizar un condón”. Por otra parte, las jóvenes de Escuintla compartieron la información del hallazgo de “una hierba para curar el VIH que ha sido encontrada en su localidad”, lo cual nos indica que las creencias culturales juegan un papel importante dentro del contagio y propagación de las infecciones de transmisión sexual.

e. Percepción acerca de la mortalidad materna

La mayoría de las y los jóvenes indicaron no saber que es eso, por lo que se hizo necesario que las y los pocos jóvenes que tenían conocimiento explicaran a sus grupos lo que ellas y ellos sabían sobre el tema, y a partir de esto fueron surgiendo di-

Lo que dice Guttmacher

Las y los jóvenes se encuentran pobremente informados sobre el tema de VIH/SIDA.

La mitad de los jóvenes y un tercio de las jóvenes han escuchado hablar del condón como medio para prevenirlo. 93% de hombres y 84% de mujeres han escuchado sobre VIH/SIDA.

49% de los jóvenes y 32% de las jóvenes identifican espontáneamente el uso del condón como una forma de prevenir su transmisión.

La mayoría de personas de 15-24 años que ha escuchado sobre VIH/SIDA piensa que hay que enseñarle a los adolescentes cómo usar un condón.

versas afirmaciones, siendo el común denominador de estas que esto ocurría porque “el cuerpo de la mujer no se encontraba preparado”.

Otras y otros afirman que esta era una situación que se daba más en las aldeas por la falta de asistencia médica. Culpaban a las mujeres porque ellas por temor o vergüenza no van a un hospital o porque el marido por celos no deja que las revise un médico.

Lo que dice Guttmacher

A nivel general se sabe que ocurren 24/1,000 abortos en total, pero no hay tasa para adolescentes.

Una mayoría asocia la mortalidad materna con los abortos clandestinos que se practican sin higiene a las mujeres que han sido violadas. Las y los jóvenes de Quiché mencionan que “las mujeres a los 18 años para abortar toman veneno y se mueren” y también refieren que “los maridos por no hacerse responsables de las mujeres dejan que se mueran o que ellas se suiciden después de realizarse un aborto”.

Las y los jóvenes de Escuintla, Huehuetenango y Guatemala reconocen su “total desconocimiento sobre el tema”. No entienden a qué se refiere el término de mortalidad materna y “por lógica empiezan a deducir que podría estar relacionado al aborto”. Al asociar el tema de la muerte de mujeres con el aborto, las y los jóvenes realizan las siguientes afirmaciones: “es un asesinato acabar con la vida de un ser”, “las mujeres no piensan cuando tienen relaciones, ellas no tienen derecho a quitar una vida y deben protegerse o no hacerlo”, “las mujeres no van a recibir atención sino que se introducen cualquier cosa”. Esto visibiliza la alta responsabilización que existe hacia la mujer en este tema.

f. Percepción acerca de la prevención del embarazo

La mayoría de las y los jóvenes coinciden en afirmar que los embarazos se previenen usando métodos anticonceptivos. Aunque también refieren que muchas mujeres quedan embarazadas porque no saben como prevenirlo “por irresponsabilidad”.



Las y los jóvenes de Guatemala asocian la falta de capacidad de prevenir un embarazo con el aborto y refieren que “el embarazo es una responsabilidad única de las mujeres, en el cual el hombre se ausenta”.

La mayoría de las y los jóvenes conocen algunos métodos anticonceptivos tales como el condón, pastillas o la inyección, sin embargo, es importante subrayar que no conocen todos los métodos existentes y en el caso de conocerlos, sólo saben sus nombres pero no la manera de utilizarse.

Las y los jóvenes de Chimaltenango, Escuintla y Guatemala refieren que la forma de evitar un embarazo es “no teniendo relaciones sexogenitales” “la abstinencia” y “aguantarse las ganas”.

Ellas y ellos afirman que “es importante pensar no sólo en el placer sino en lo que va a pasar después”. Las y los jóvenes de Chimaltenango hacen referencia a la importancia de la “comunicación en la pareja” para la prevención de un embarazo, porque “yo puedo estar de acuerdo pero mi pareja no”.

g. Percepción acerca del uso de anticonceptivos

Respecto al uso de los anticonceptivos las y los jóvenes refieren que consideran que es bueno utilizarlos, pero anotan que tienen efectos secundarios como una desventaja. Que siempre hay que usarlos, sin embargo ellas y ellos consideran que los métodos anticonceptivos son para “mujeres” y que solo son efectivos si “se saben usar”.

Las y los jóvenes refieren que “no son accesibles para los jóvenes”, algunos señalan que al momento de querer adquirirlos les “ven de forma rara porque piensan que ellos ya son activos sexual-

Lo que dice Guttmacher

7 de cada 10 mujeres jóvenes y 6 de cada 10 hombres jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo y por lo tanto están en riesgo de embarazo no deseado e ITS.

3 de cada 10 nacimientos en adolescentes fueron no deseados o imprevistos.



mente y que eso es malo”. La mayoría de las y los jóvenes conoce sobre el condón y es el que más mencionan, pero carecen de conocimiento sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, básicamente sobre el uso de los mismos. Mencionan el uso de métodos anticonceptivos naturales, aunque anotan que no conocen cuáles son, sólo los han escuchado.

Las y los jóvenes de Totonicapán refieren que existen muchos mitos acerca de que son dañinos, ellas y ellos creen que “los anticonceptivos arruinan la vida de las señoritas, no son confiables y son abortivos porque ocasionan la muerte del feto y asesinan a un ser”. Además las y los jóvenes de Escuintla señalan que “producen infertilidad”.

Las y los jóvenes de Cobán afirman que cuando solicitan “preservativos” en los centros de salud, éstos no sirven y se rompen al usarlos. Mientras que las y los jóvenes de Chimaltenango refieren que al solicitarlos en los centros de salud “les dicen que si son menores de edad deben lle-

Lo que dice Guttmacher

–La desaprobación de grupos sociales conservadores y la iglesia los desaniman a usar métodos anticonceptivos, lo que los ponen en riesgo de contraer ITS y embarazos no deseados.

–La mayoría de hombres jóvenes y mujeres jóvenes de 15-24 años no desean tener hijos pronto y de ellos 9 de cada 10 conoce un anticonceptivo moderno, sin embargo 7 de cada 10 mujeres jóvenes y 6 de cada 10 hombres jóvenes no los utiliza.

–En la primera relación sexual un 35% de hombres jóvenes y un 8% de mujeres jóvenes utilizaron un método anticonceptivo, esta diferencia puede ser debida a que para las mujeres la mayoría de las veces su primera relación ocurre dentro del contexto de una unión, más no así para el hombre.

–53% del total de mujeres sexualmente activas tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna. Un 25% mencionan barreras de conocimiento o acceso, un 20% temores de salud o efectos secundarios, 17% se opone al uso o tiene una pareja que se opone, 15% afirma tener relaciones infrecuentes que no lo necesita, 7% supone estar protegida por lactancia o amenorrea postparto y 15% supone otras razones.



var una carta de sus padres para que se los puedan dar, y si son mayores les enseñan un folleto para que lo lean”.

La mayoría de las y los jóvenes refieren que el condón sirve “únicamente para prevenir un embarazo” y muy pocos asocian el uso del condón con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

h. Percepción acerca de los servicios de salud en Guatemala.

Las y los jóvenes fueron alentados a mencionar lugares a dónde acudir para recibir atención médica o recibir orientación en el tema de salud sexual y salud reproductiva y las respuestas reflejaron que poseen un total desconocimiento sobre los espacios amigables y los centros interactivos, ningún y ninguna joven de los que fueron consultados en la muestra refirió tener conocimiento sobre estos espacios para informarse sobre el tema.

Las y los jóvenes coinciden en mencionar los centros de salud como un lugar a donde acudir, pero en el caso de las y los jóvenes de Guatemala, asocian estos centros únicamente con asuntos de maternidad. Por otra parte, refirieron en su mayoría, que cuando acuden a los centros de salud no “reciben una atención adecuada” porque el personal no se encuentra capacitado en el tema y no pueden proporcionarles la información que necesitan, si ellos solicitan información sobre anticonceptivos “les entregan un folleto para que lo lean y a los menores de edad les solicitan una carta de autorización de los padres para poder proporcionarles la información y los anticonceptivos”.

Lo que dice Guttmacher

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 los jóvenes que estén fuera del sistema escolar. La ley de 2006 debe ser completamente implementada. Políticas y programas efectivos para ayudar a comprender y evitar riesgos son claves para la protección.



En algunos casos, mencionan la asistencia a diferentes ONG, clínicas privadas, o solicitar la ayuda de médicos y psicólogos o alguien que tenga experiencia para que les pueda orientar respecto al tema.

En el caso de las y los jóvenes de Cobán, refirieron que podían conocer del tema a través de ONG's porque "el Estado no proporciona información" y algunos mencionaron a las iglesias católicas y los párrocos de las mismas como una fuente para acudir a solicitar información.

2. Situación de la educación sexual en Guatemala

Las y los jóvenes coinciden en que la educación sexual en Guatemala es deficiente debido a diversas razones: consideran que "tal vez se está llegando de la forma inadecuada" porque piensan que debería ser a través de la educación de pares y ven como una limitación la relación intergeneracional con los adultos porque consideran que ellos "no toman en serio el tema de la sexualidad".

Las y los jóvenes de Guatemala creen que "hay machismo y que esto hace que el tema sea un tabú y que las personas tengan muchos hijos". También afirman que antes se aprendía todo a través de la experiencia, sin embargo, señalan que ahora se tiene acceso a través de las nuevas tecnologías como el internet, la televisión, la pornografía, las caricaturas y los programas explícitos.

Las y los jóvenes de Cobán afirman que la educación es mala "porque no hay acceso a fuentes confiables de información. También consideran que el gobierno no ha hecho mayor cosa respecto al tema y que ellos reciben información únicamente a través de ONGs o de las iglesias".

Lo que dice la encuesta sobre salud y educación sexual en jóvenes en áreas urbanas (1988)

19% mujeres y 27% hombres recibieron clases fuera de la escuela. Y la recibieron por parte de médicos y sacerdotes principalmente. 32.2% mujeres la recibieron cuando tenían 18 años y 20.1% hombres tenían 15 años. (La instrucción inicia antes para los jóvenes).



Muchos coinciden en que los maestros evaden la responsabilidad de educar sobre el tema y que los padres también evaden responder cuando son cuestionados al respecto. Ellas y ellos afirman que algunos maestros intentan hablar del tema, pero si las y los jóvenes se ríen, dejan de hacerlo porque “piensan que lo que ellos hablan son obscenidades”. Otras y otros jóvenes refieren que cuando cuestionan a sus maestros sobre el tema y les “piden que les den educación sexual no solo biología” éstos les callan y les dicen que “de eso no se habla en esos ambientes”. Una joven de Chimaltenango refirió que ella fue enviada a la Dirección de su instituto castigada por haberle solicitado a su maestro que le diera más información y que el Director del instituto le dijo “que esos no eran temas que se hablaban allí, porque debía ser tratados con mucha profundidad”.

Lo que dice la encuesta sobre salud y educación sexual en jóvenes en áreas urbanas (1988)

Los temas de mayor interés, para las jóvenes son: noviazgo y matrimonio, embarazo y parto, valores morales y sexualidad, ITS, cómo tomar decisiones sexuales. Los temas de mayor interés para los jóvenes son: noviazgo y matrimonio, cómo tomar decisiones sexuales, ITS, valores morales y sexualidad, embarazo y parto, y métodos anticonceptivos.

Las y los jóvenes afirman que los padres no orientan a los hijos y esta es la razón por la cual ellos empiezan a experimentar su sexualidad desde la primaria y dejan la escuela (al ocurrir los embarazos prematuros). Afirman también que la educación sexual en el área rural es inexistente porque en muchos casos es considerada como un “pecado”, sin embargo ellas y ellos creen que los jóvenes están teniendo relaciones sin saber como protegerse. Destacan que este tema es un “tabú” y el estar desinformados también permite que ocurran las violaciones.

Las y los jóvenes de Quiché consideran que los padres deberían hablar con los hijos, pero no saben cómo hablar de sexualidad



y esto hace que “busquen la información en la televisión, en la pornografía y comprando revistas”. Destacan también que “en el área urbana se consigue información aunque sea de manera informal, pero en el área rural no tienen como acceder a la misma porque es considerado como algo malo”. Ellas y ellos mencionan que “en la cultura maya hay valores y respeto respecto a la sexualidad y el conocimiento de la pareja mientras madura”.

Resulta importante resaltar que la mayoría de las y los jóvenes del país solicitaron que se “capaciten a los padres y a las madres” para que puedan hablar con los hijos e hijas sobre el tema porque consideran que son los responsables de orientarlos en este tema, junto con los maestros. La mayoría opina que sus padres no tienen el suficiente conocimiento para “poder enseñarles lo que es mejor” puesto que desconocen sobre el tema de anticonceptivos y de educación en la sexualidad.

Lo que dice la encuesta sobre salud y educación sexual en jóvenes en áreas urbanas (1988)

–Las clases que se ofrecían no brindan información para que las y los jóvenes sepan cuando pueden quedar embarazadas después de tener una relación sexual. La mitad de hombres y mujeres sabían que pueden embarazarse en la primera relación sexual, sin embargo, inician relaciones a edad temprana y un porcentaje bajo utiliza método anticonceptivo (10.4% mujeres, 14.9 % hombres).

- Los hombres mostraron mayor conocimiento que las mujeres en condones, métodos vaginales, ritmo, retiro y métodos de esterilización.

–A mayor edad en las y los jóvenes, mayor conocimiento de métodos anticonceptivos.

–Las mujeres tienen menor conocimiento del uso del condón (24.8% contra 70.4% en hombres).

–El 98.3% de los jóvenes conoce del condón pero solo el 79.2 % sabe como usarlo.

–Las y los jóvenes poseen un bajo conocimiento sobre ITS (menos del 50% tienen conocimiento sobre el tema)



Las y los jóvenes consideran que es importante darles opciones para vivir su sexualidad, para experimentar el placer y hablar a las niñas y a los niños de sexualidad sin decirles que es algo “malo”. Refieren como únicas opciones para el ejercicio de su sexualidad la masturbación, prostitución o que un embarazo no planeado termine en aborto.

Las y los jóvenes consideran que se debería dar educación sexual desde la niñez, para que cuando lleguen a “esta edad no tengan los problemas que nosotros tenemos”.

Las y los jóvenes refieren varios mitos asociados a la masturbación: “es malo” “es algo prohibido” “no debe hacerse” y consideran que la falta de oportunidades en la educación conduce a los jóvenes a maras y al deterioro de la sociedad.

a. Educación sexual en la educación pública

Las y los jóvenes afirman que han recibido muy poca educación sexual, la mayoría de las veces como parte de la educación formal dentro de las clases de ciencias naturales o educación para el hogar. En la mayoría de las veces afirman que separaban a los hombres y a las mujeres para recibir los temas y que las jóvenes recibían más información en la clase de educación para el hogar.

Las y los jóvenes de Cobán refieren haber recibido clases a partir de 5°. Primaria, aunque subrayan que “los maestros sólo les

Lo que dice la encuesta sobre salud y educación sexual en jóvenes en áreas urbanas (1988)

Más de la mitad de las y los jóvenes han recibido alguna clase de educación sexual en escuela o fuera de ella. El 46.6% mujeres y el 32.9% de hombres no han recibido educación sexual. De los que han recibido, 60.4% son hombres y 46.5 % mujeres. Más del 60% recibió la educación por parte del maestro y otros por parte de instructores, orientadores, médicos, trabajadores sociales y enfermeras.

La mitad de la población joven recibió educación en el nivel primario y el resto en el secundario.

hacían investigar sobre el tema pero nunca les instruyeron”, por lo que ellos mismos construyeron su conocimiento.

También coinciden en señalar que la frecuencia con que recibían los temas era una vez al año. Las y los jóvenes de Petén afirman que “solo hablan del tema cuando surgen problemas”.

La juventud de Chimaltenango, Huehuetenango y Cobán refirieron no haber recibido el tema de educación sexual por parte de sus maestros en el aula.

b. Abordaje temático.

Las y los jóvenes afirman haber recibido en su mayoría temas con corte biologicista, relacionados con la anatomía y la reproducción.

Otros temas que mencionan fueron VIH/sida, la abstinencia, los métodos anticonceptivos, los embarazos, el aborto, las ITS, violencia sexual, la masturbación, la autoestima y el género.

c. Percepción de las jóvenes y los jóvenes acerca de la educación sexual en el aula.

Las y los jóvenes consideran que es útil recibir educación sexual por parte de las y los maestros porque les daría más información y prevención, ya que los padres no

Lo que dice la encuesta sobre salud y educación sexual en jóvenes en áreas urbanas (1988)

–En cuanto a los temas: las mujeres recibieron más temas de corte biologicista, embarazo, parto, noviazgo y matrimonio. Mientras que hombres además de los temas de corte biologicista, recibieron instrucción sobre métodos anticonceptivos, masturbación y relaciones sexogenitales. LOS HOM-BRES HAN RECIBIDO MÁS EDUCACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE LAS MUJERES.

–La mayoría de las jóvenes expresaron su concepto de educación sexual en base al tema biológico. Los jóvenes expresan su concepto de educación sexual social, relacionado con el comportamiento correcto con el otro sexo y con educación y orientación para el futuro.



les dan esa información. Afirman que debería ser una materia como matemática y que se debería implementar como un curso en todo el país.

Las y los jóvenes de Escuintla proponen que este tema no debe ser sometido “a examen de conocimientos” y que debe darse las clases de forma “amena y divertida”, no como una clase magistral en donde solo el maestro interviene.

La población juvenil de Totonicapán afirma que recibir educación sexual en el aula “serviría para que la juventud esté más orientada, ya que no conocen cómo prevenir enfermedades y también ayudaría a que las y los jóvenes no se casen tan rápido”.

Las jóvenes y los jóvenes de Sololá creen que es bastante útil recibir educación sexual en el aula porque los ayudaría “a escuchar mejor para saber qué hacer”.

En Quiché creen que es muy útil recibir este tipo de educación, aunque “reconocen que no hay maestros capacitados” mientras que en Cobán afirman que “el Gobierno debe implementar programas de capacitación a las y los maestros para que nos den orientación”. Ellos consideran que “en los planes del maestro debería estar el tema, puesto que ya que no reciben instrucción en casa, el maestro debe brindarles apoyo al respecto”. Todas y todos los jóvenes consideran que la capacitación y preparación de los maestros es fundamental en este tema y que esto debe ser algo de prioridad para el gobierno.

Lo que dice la encuesta sobre salud y educación sexual en jóvenes en áreas urbanas (1988)

–Las y los jóvenes creen que la Educación Sexual debe empezar a edades más tempranas.

–Sobre la forma de recibir las clases, recomendaron que no se separen a hombres y mujeres y que se den a conocer los lugares donde se imparte educación sexual (69.5% de las mujeres y el 57.3% de los hombres desconocen donde se imparte).

La mayoría de los y las jóvenes consideran que la obligación de dar educación sexual es de los padres y los maestros principalmente, aunque las y los jóvenes de Guatemala prefieren que lo hagan los maestros porque “no les gusta hablar con sus papás ya que les da vergüenza”.

Las y los jóvenes de Escuintla proponen que el gobierno promueva y capacite a grupos de jóvenes que les hablen a otros jóvenes sobre el tema (educación de pares), principalmente en el área rural y que se creen espacios en donde puedan hablar sobre su sexualidad.

d. Educación sexual y ciudadanía

Las y los jóvenes guatemaltecos coinciden en afirmar que corresponde al gobierno la tarea de brindar la educación sexual a través de la capacitación adecuada de los maestros, puesto que son las personas con las cuales tienen un contacto la mayor parte del tiempo y en las cuales confían más, “son los que se encuentran en primera línea en relación con las y los jóvenes”, después de los padres, los cuales, aseveran que no tienen la capacidad para hacerlo porque desconocen la mayoría de veces sobre el tema.

Las y los jóvenes afirman que es obligación del gobierno dar educación sexual, “porque no todos pueden hablar en su casa de estos temas con su familia y porque el sida es un tema nuevo en la sociedad y las familias no lo conocen”.

Las y los jóvenes de Huehuetenango consideran que el Ministerio de Salud debería crear talleres para cada municipio y que la obligación de dar educación sexual es de las instituciones de gobierno, con ellos coinciden los y las jóvenes de Cobán al considerar que “es obligación del gobierno el implementar los planes para dar educación principalmente en el área rural, porque a ellos les corresponde promover grupos que hablen de la sexualidad”.

“El gobierno tiene la obligación de dar educación sexual para que el país mejore, tiene la obligación de orientar, sugerir y prevenir a los jóvenes” opina la juventud de Totonicapán.



Las y los jóvenes de Cobán delegan la responsabilidad al gobierno “en dar educación para que no ocurran más violaciones” y afirman que “es importante que el gobierno capacite a las y los maestros para que puedan impartir las clases en las comunidades”.

e. Las propuestas de los jóvenes y las jóvenes

–Hacia el sector público.

Las y los jóvenes guatemaltecos solicitan al Ministerio de Educación:

- Que preste más atención al tema de la salud sexual y la salud reproductiva para las y los jóvenes del país.
- Que ubique maestros capacitados en las escuelas y los institutos, que sean una puerta para abrir esto.
- Que sea consciente de la situación que viven las mujeres y esto le sirva para reflexionar sobre lo que debe hacerse.
- Que no “tapan” esa información, que los tomen en cuenta ya que no es un asunto sólo de adultos.
- Que preste mayor atención al tema, “le exigimos que haga algo al respecto”.
- Que se les dé educación sexual a las y los jóvenes en institutos, colegios y a los y las jóvenes tanto del área rural como urbana, y a aquellos que no pueden asistir a la escuela.
- Que mejore la educación sexual y que se refuercen los programas de una forma avanzada y gráfica, que sea de forma amena y agradable.
- Que obligue a que los maestros a les pongan atención a los alumnos en estos temas.
- Que apoye más las capacitaciones tanto a padres como a maestros.



- Que influya más en los jóvenes y los apoye para ser mejores personas.
- Que les den capacitaciones con expertos, puesto que reciben información de que esto es “malo”, lo que fomenta la rebeldía “puesto que cuando les dicen que no, es lo que más hacen”.
- Que incluya los temas de educación sexual en el currículo nacional base, como una materia principal al igual que la matemática o ciencias naturales.
- Que elaboren videos para que los niños puedan aprender de forma divertida.
- Que los padres de familia reciban talleres a través de los maestros en las comunidades.
- Que se creen un programa de televisión en un canal nacional, en donde se pueda proporcionar información sobre el tema.
- Que se cree una nueva materia de “orientación sexual”.
- Que existan uno o dos asesores en cada escuela e instituto que pueda orientar sobre el tema de educación sexual a las y los jóvenes.
- Que se haga valer la ley que existe sobre el derecho de las y los jóvenes a la salud sexual y reproductiva.
- Que si cuenta con el personal para este fin y que lo que hace falta es capacitarlo.
- La creación de valijas didácticas para la educación sexual a jóvenes en el país.
- Las y los jóvenes también proponen presionar al gobierno y tomar medidas extremas o de hecho para que les presten atención en este tema.



–Desde su participación juvenil

Los y las jóvenes guatemaltecos proponen:

- Apoyarse entre sí, capacitar a otros.
- Informar a otros sobre lo que ellos han logrado saber.
- Capacitarse constantemente e investigar por su cuenta.
- Unirse y hacer campañas.
- Buscar la ayuda del gobierno.
- Crear grupos juveniles.
- Organizarse entre alumnos.
- Crear redes juveniles.
- Unirse entre jóvenes porque la unión hace la fuerza.
- Protestar y autoeducarse.
- Seguirse informando sobre el tema para luego poder reproducir la información en sus comunidades.

3. Situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la juventud guatemalteca.

a. Percepción sobre su condición de sujetos y sujetas de derechos

Las y los jóvenes guatemaltecos no se perciben como sujetas y sujetos de derecho, aunque consideran que poseen algunos derechos humanos.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes?

–Los derechos sexuales y derechos reproductivos son una expresión de los derechos humanos relacionados a la sexualidad de las personas.

–Los derechos humanos son las libertades fundamentales propias de los seres humanos a los cuales no se puede renunciar y que cuando tenemos un ejercicio efectivo fortalece al desarrollo integral de las personas.

Sin embargo, la mayoría desconoce que existen derechos sexuales y derechos reproductivos que les brindan libertades y protegen el ejercicio de su sexualidad.

Afirman que los derechos sexuales y los derechos reproductivos no se están dando a conocer y consideran que el Gobierno y los medios de comunicación deben difundirlos.

Las y los jóvenes afirman que tiene derecho a decidir sobre su cuerpo, sin embargo consideran que no tienen derecho a expresar públicamente sus afectos porque perciben la sexualidad únicamente como algo sexogenital que debe ser vivido en el ámbito privado.

b. Conocimientos sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos

Las y los jóvenes guatemaltecos carecen de conocimiento acerca de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos como tales y los asocian con los derechos humanos en general.

Afirman en su mayoría que tienen derecho a expresarse en cuanto al tema y a recibir información para que “no abusen de nosotros para decidir la forma de planificar la familia”.

Derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los jóvenes

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



Los derechos sexuales y derechos reproductivos que no se reconocen son:

- Derecho a la igualdad de condiciones, oportunidades y a la equidad.
- Derecho a recibir información científica y laica sobre la sexualidad.
- Derecho a la educación laica y científica sobre la sexualidad.
- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

c. Actitudes hacia sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Las y los jóvenes guatemaltecos consideran que es importante conocer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos para “hacerlos valer” y porque de esta manera “no pueden ser violados”. Las y los jóvenes de Escuintla refieren que es importante conocer los derechos para “no dejarse llevar por malas influencias”.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son DERECHOS HUMANOS reconocidos internacionalmente y vinculantes al Estado de Guatemala.

3.2) Análisis e interpretación de resultados

1. Situación de la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca

a. Percepción de la situación actual

La mayoría de las y los jóvenes del país opinan que la situación de la salud sexual y reproductiva en la juventud se encuentra mal y exponen las razones de su afirmación en torno a problemas tales como: el inicio sexual temprano, el aumento de los embarazos en jóvenes, el aumento del VIH/sida, los abortos clandestinos, la violencia sexual y el incesto, la falta de información y acceso a métodos anticonceptivos y la doble moral. Esto implica que las y los jóvenes perciben como problemática



su realidad y se enfrentan a una serie de riesgos asociados al ejercicio de una sexualidad en medio de la desinformación y el poco acceso a servicios de salud integrales y diferenciados en un contexto cultural que maneja una doble moral la cual legitima el machismo. Esto coloca en condiciones distintas a las mujeres jóvenes y a los hombres jóvenes, quienes reciben diferentes mensajes respecto a cómo vivir su sexualidad, el autocuidado y la responsabilidad.

Por otra parte, resalta el hecho que las y los jóvenes no se perciben como sujetas y sujetos de derecho, porque esta construcción no existe en su imaginario, por el contrario, ellas y ellos se perciben como “hijos”, no como seres con responsabilidad, que pueden tomar decisiones: existe una marcada responsabilidad tutorial, en donde los padres son los responsables de lo que ellas y ellos hagan. Derivado de esto también puede reflexionarse que no se perciben como “actores de transformación”, es decir que no tienen consciencia de que puedan producir cambios en su entorno inmediato (familias, amigos, etc). Las y los jóvenes al no verse como sujetas y sujetos de derecho y ciudadanos, se culpan a mismos sobre los problemas de la situación actual y no responsabilizan al Estado como garante de sus Derechos Humanos, entre ellos incluidos el acceso a la salud.

Otro aspecto interesante que revelan los resultados es que existe una carga social asociada al ejercicio de la sexualidad en la juventud guatemalteca, ya que la sexualidad ejercida desde el placer genera culpa en todos los ámbitos, y esto se refleja a través de los comentarios en relación a la prostitución y la pornografía. Se culpabiliza a la sexualidad juvenil en una versión estoica de la misma en donde “se hace necesario dominar al cuerpo, porque sino éste te dominará a ti”. Existe una marcada división entre el joven pensante y el joven impulsivo que proviene de la tradición judeocristiana (los dogmas) y de los procesos de colonización a los que fue sometido el pueblo guatemalteco; así mismo existe una clara afirmación hacia “que el tiempo pasado fue mejor, que antes no cometían esos errores y no existían las libertades de ahora”, sin embargo, esto es un reflejo de que las y los jóvenes



no se cuestionan la realidad en el aquí y en el ahora, que a pesar de que son capaces de ver que la misma no satisface las demandas y necesidades presentes, no están dispuestos a actuar.

Es importante comparar lo que refiere el estudio de Guttmacher en cuanto a atribuir el deterioro de la salud sexual y reproductiva a factores socioeconómicos como la pobreza y la marginación étnica sin considerar los valores culturales y las relaciones de poder tradicionales. Al mismo tiempo, las y los jóvenes no hacen referencia a esto. Lo único en que coinciden es en señalar la falta de información como un aspecto a considerar en cuanto a la situación de la salud sexual y reproductiva en el país. Esto nos remite a que no hay una conciencia en los jóvenes sobre la forma en que la situación socioeconómica pudiera influir en este aspecto, ellas y ellos se encuentran enfocados en el hecho de que el poco acceso a la información es lo que genera la tendencia en las prácticas de riesgo entre los jóvenes, sin embargo, no son capaces de ver que existen otros factores : el análisis realizado por las y los jóvenes es meramente estructural, ellas y ellos no vinculan el tener o no tener dinero a su cuerpo, el tener o no tener acceso a una cultura de valores, a una democracia. Si se considera que la condición juvenil está definida por el acceso a la cobertura de ciertos elementos, resulta claro que las y los jóvenes no cumplen con esta característica, no definen su condición desde esta postura, es más, no son capaces de definir su condición de jóvenes desde ninguna perspectiva: se ven como un exogrupo y se definen a partir de otros, la construcción subjetiva de ser jóvenes es un discurso de otros, que se lleva a cabo desde el control y la represión del mundo adulto y de las instituciones dominantes.

Las y los jóvenes guatemaltecos enfatizan en que la mala situación actual de la salud sexual y reproductiva está determinada por la falta de acceso a la información y a los servicios de salud integral y diferenciada.

b. Percepción acerca del inicio de la actividad sexual

El inicio de la actividad sexual en edades tempranas (antes de los 10 años), se encuentra estrechamente relacionado, de acuer-



do con las y los jóvenes, con el abuso sexual y el incesto. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que las mujeres inician su vida sexual en edades tempranas a causa de violaciones sexuales, pero en su mayoría dentro de las familias, por lo que ellas tampoco lo nombran. Estas relaciones son culpables, agresivas y violentas.

Este hecho es negado socialmente lo cual conlleva a ocultar su existencia dentro de la realidad guatemalteca. El Estado invisibiliza esta realidad porque si no existe, no tiene la responsabilidad de intervenir, y por otra parte, impera el machismo dentro de su estructura, por lo que no le interesa crear condiciones en las cuales la sexualidad juvenil sea vivida de manera responsable y ante todo, libre de violencia.

Las y los jóvenes refieren que son las jóvenes indígenas quienes inician sus relaciones sexogenitales a edades más tempranas, lo cual las coloca en mayor riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual a causa de la desinformación y el poco acceso a servicios de salud. Este hecho las sitúa en condiciones de vulnerabilidad e inequidad social.

De lo expresado por la juventud guatemalteca se advierte la existencia de una doble moral respecto al inicio de las relaciones sexogenitales. Esto origina una serie de condiciones y prácticas sociales que no se nombran. Por ejemplo mientras grupos conservadores y las iglesias promueven políticas como el ABC, las y los jóvenes inician temprano el ejercicio de su sexualidad en condiciones de riesgo. De igual forma, defienden el derecho exclusivo de los padres a educar a sus hijos en sexualidad obviando los casos de violencia sexual que ocurren en el seno familiar. Como resultado de los mensajes sociales ambivalentes y contradictorios, las y los jóvenes no vinculan su sexualidad como parte de su condición humana, sino como algo malo y pecaminoso.

Otro elemento que no se nombra y que las y los jóvenes refieren es que el inicio de la actividad sexual de los hombres jóvenes ocurre una mayoría de veces con trabajadoras sexuales. Esto pone de manifiesto un doble parámetro desde el cual, el hom-



bre tiene ciertos permisos sociales por su condición de “hombre” (un ser no pensante, sino instintivo) mientras que la mujer debe asumir la responsabilidad de todo desde su condición de ser “mujer” (pensante y responsable), por lo que si se embaraza, será ella la única culpable y responsable.

Algunos jóvenes relacionan el inicio de la actividad sexual con la “libertad” que dan los padres a los hijos. Esto pone de manifiesto el tinte “pecaminoso” que otorgan al inicio de la actividad sexual. La libertad se encuentra asociada al ejercicio irresponsable de la sexualidad y prácticas inseguras.

c. Percepción acerca del uso del condón

Para la juventud guatemalteca el uso del condón es algo bueno, sin embargo, no está bien visto socialmente y lo asocian a la infidelidad y el aborto. Se encuentra un discurso alrededor del tema que pone de manifiesto que las y los jóvenes consideran que usarlo es importante, aunque desconocen cómo hacerlo.

Existe un imaginario social cargado de mitos alrededor del uso del condón, esto pone de manifiesto la falta de educación e información respecto al tema y coloca en condiciones de vulnerabilidad a la gente joven. Es importante resaltar que a pesar de que las políticas públicas y las normas de salud de adolescentes y jóvenes garantizan el acceso a condones y a la información sobre su uso, en la práctica esto no ocurre de acuerdo a lo referido por las y los jóvenes, quienes manifiestan que no tienen acceso a los mismos y que no reciben información en los servicios de salud y en las escuelas acerca de su uso.

Las y los jóvenes indican que el conocimiento del uso del condón corresponde al hombre, lo cual pone de manifiesto la negación de la participación de la mujer en la negociación y la protección en las relaciones sexuales.

d. Percepción acerca del VIH/Sida

Las y los jóvenes de Guatemala perciben que el VIH y el sida son producto de la irresponsabilidad de las personas en el ejercicio



de su sexualidad. Consideran que es una enfermedad mortal que se pega y un castigo divino ante la infidelidad y la prostitución. Además, es un tema sin importancia para muchas personas y por eso no se habla.

La juventud guatemalteca se percibe como un grupo exento de vulnerabilidad y riesgo ya que consideran que el grupo que se encuentra más afectado son las mujeres, quienes son infectadas por sus maridos. Esto llama la atención, ya que las políticas públicas de salud y educación no consideran las relaciones que los hombres tienen con otros hombres, la diversidad sexual y las prácticas de sexo seguro.

Afirman que la forma de prevenir el VIH y el sida es utilizando condones, sin embargo reiteran que no es fácil acceder a ellos y desconocen la forma de usarlos.

e. Percepción acerca de la mortalidad materna

Las y los jóvenes no reconocen el término de “mortalidad materna”, sin embargo está visto de forma natural el que las mujeres “mueran de parto”, lo cual hace referencia al hecho de que existe una naturalización de este fenómeno.

Se considera que las causas de la mortalidad materna son: que el cuerpo de la mujer no está preparado para un embarazo, la falta de asistencia médica, los abortos clandestinos y por culpa de la mujer al no acudir a los servicios de salud por obedecer a los esposos, quienes por celos les limitan el acceso y la libertad de decidir.

La salud no es vista como un derecho por la juventud guatemalteca, y por lo tanto, no se ve la responsabilidad del Estado en el tema, mucho menos en garantizar las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas.

f. Percepción acerca de la prevención del embarazo

Las y los jóvenes consideran que los embarazos ocurren a consecuencia de la irresponsabilidad y del desconocimiento de métodos anticonceptivos y su forma de uso.



Como una constante genérica se observa que responsabilizan a la mujer en la prevención de embarazos. No existe una mirada de paternidad, una reconfiguración de las masculinidades, sino que se refleja una invisibilización a la capacidad de corresponsabilidad de los hombres en el tema.

Por otra parte mencionan la abstinencia como una alternativa para la prevención del embarazo, refiriéndose a ella como el hecho de “aguantarse las ganas”, sin embargo, de acuerdo con los estudios del Instituto Guttmacher no es efectivo en la prevención ya que los índices de embarazo son altos en la población de jóvenes y el inicio de las relaciones sexuales ocurre a edades tempranas.

g. Percepción acerca del uso de anticonceptivos

Las y los jóvenes consideran que es bueno utilizarlos, que son efectivos si se usan correctamente, sin embargo, no son accesibles para ellas y ellos por su condición de jóvenes ya que no se espera que sean sexualmente activos.

Mencionan una serie de mitos en torno a los mismos tales como: que causan muchos efectos secundarios, que arruinan la vida, que son abortivos, dañinos y causan infertilidad y desconocen las ventajas de su uso.

Tienen conocimiento acerca de la existencia del condón y otros métodos, no obstante desconocen como usarlos.

A pesar de que existen políticas públicas sobre el acceso universal y equitativo a los métodos anticonceptivos, aún existen barreras médicas que imposibilitan el acceso de la gente joven a éstos. Ya que los funcionarios públicos anteponen sus valores ante su obligación y violentan los derechos sexuales y derechos reproductivos de la juventud guatemalteca.

h. Percepción acerca de los servicios de salud en Guatemala

Las y los jóvenes de Guatemala desconocen la existencia de servicios integrales y diferenciados tales como los Espacios Amigables, los Centros Interactivos y la atención en modelos hospita-



larios. Refieren que el Estado no brinda información y que son las ONG's las que realizan esta labor.

Consideran que la asistencia a los servicios es únicamente en casos relacionados con la maternidad.

De acuerdo a lo referido, los servicios de salud no cumplen con su labor, puesto que sus acciones se quedan en medidas superficiales como brindar información a través de un folleto, y existen barreras médicas que impiden el acceso a servicios integrales y diferenciados a pesar de estar contenidos en diversos marcos legales nacionales e internacionales.

2. Situación de la educación sexual en Guatemala.

Las y los jóvenes refieren que la educación sexual es deficiente o mala, ya que consideran que no hay fuentes confiables de información. Refieren que existe una brecha intergeneracional entre jóvenes y adultos ya que consideran que éstos “no toman en serio el tema de la sexualidad”. Opinan que la mejor forma de recibir educación sexual sería a través de otros jóvenes mediante la educación de pares ya que existe mucho machismo y esto hace que el tema sea un tabú.

También afirman que solo las ONGs y las iglesias brindan la información y que los medios que utilizan para informarse son las revistas, el internet, la televisión, la pornografía, la radio, las caricaturas y programas explícitos. Mencionan que es más difícil obtener información en el área rural ya que el tema es visto como pecado.

Afirman que no tienen accesos a educación sexual adecuada. Refieren que los padres y los maestros no se encuentran capacitados para poder educarles. Los padres de familia no les orientan y esto ocasiona que inicien su vida sexual a edades tempranas desde la primaria, por lo que ellos consideran que es importante iniciar la educación sexual desde la niñez y piden que se les brinde opciones para poder vivir su sexualidad.

La mayoría menciona que los maestros evaden su responsabilidad, al igual que los padres, quienes no saben como abordar la



temática porque consideran que es un tema difícil. También la mayoría refiere que existen muchos mitos asociados al mismo.

Otro aspecto importante a considerar respecto a los programas educativos y la información que se comparte a las y los jóvenes, de acuerdo a lo que refirieron es que existe una brecha clara entre lo que los adultos quieren informar acerca del tema y lo que los jóvenes necesitan conocer.

De acuerdo con lo expresado por la juventud respecto a la educación sexual, existe un vacío respecto a las diversidades sexuales y los distintos tipos de familias desde un marco de derechos humanos, el cual promueva el respeto, la tolerancia y la no discriminación.

a. Educación sexual en la educación pública

De acuerdo con lo referido por las y los jóvenes, la educación brindada en las escuelas públicas es poca o nula, tiene un corte sexista y biologicista, ya que separan a hombres y a mujeres al momento de impartir las clases. La única referencia que tienen sobre educación sexual la han recibido en las materias de ciencias naturales y educación para el hogar para las mujeres, preparándoles para el matrimonio y la formación de una familia.

Las y los jóvenes refieren que reciben las clases de educación sexual hasta en el nivel secundario, un porcentaje muy bajo refirió haber recibido información en el nivel primario y la mayoría ha recibido ésta únicamente una vez al año.

Algunos jóvenes afirman que han recibido educación sexual únicamente cuando surgen problemas como el embarazo de una joven dentro del aula o la escuela.

b. Abordaje temático

Las y los jóvenes refieren que los temas que han recibido son en su mayoría: anatomía, reproducción y sida. Un grupo minoritario ha recibido temáticas tales como: ITS, VIH y sida, la abstinencia, los métodos anticonceptivos, los embarazos, el aborto, la violencia sexual, la masturbación, la autoestima y el género,



éstos últimos por la intervención de diversas ONGs o el Ministerio de Salud.

Ante lo referido por la juventud se puede observar que las temáticas que han recibido en el ámbito de la educación formal son de corte biologicista y carecen a nivel curricular de un abordaje integral en sexualidad.

e. Percepción de las jóvenes y los jóvenes acerca de la educación sexual en el aula

Las y los jóvenes piensan que recibir educación sexual en el aula es útil para orientar, informar y prevenir riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad. Afirman que debe ser implementada como una materia específica dentro del currículum de educación.

Consideran que la obligación de dar educación sexual es de los padres y de los maestros, sin embargo, prefieren recibirla de éstos últimos ya que les da vergüenza hablar de estos temas con sus padres. Por ello piden que se capacite a los maestros y las maestras para poder abordar el tema correctamente. Así mismo solicitan que la educación que se les brinde en el aula sea de forma amena y que se acompañe con educación de pares.

f. Educación sexual y ciudadanía

La mayoría de las y los jóvenes opinan que le corresponde al Gobierno brindar educación sexual en las escuelas, para ello reiteran que es necesario garantizar la capacitación de las y los maestros ya que los padres no se encuentran preparados para orientarles correctamente.

Así mismo opinan que es necesario que el MSPAS realice talleres sobre educación sexual en el área rural y a todos aquellos sectores de la población que no acceden al sistema educativo.

g. Las propuestas de los jóvenes y las jóvenes.

La juventud guatemalteca propone diversas acciones orientadas hacia el sector público y desde su participación juvenil, tales como: Dar una mayor importancia a la temática, no ocultarla,



incluirla como materia principal en el currículum, capacitar a los maestros, sensibilizar y orientar a los padres, mejorar la calidad de la educación sexual, que se imparta en el nivel formal e informal de la educación, elaborar ayudas de comunicación (videos) y herramientas pedagógicas para el abordaje del tema en las aulas y con ello implementar las leyes nacionales en esta materia.

Desde la participación juvenil anotan: apoyarse entre jóvenes, capacitarse, informar a otros, realizar campañas de comunicación, formar redes, autoinformarse para multiplicar la información. De esta forma, ellas y ellos proponen la educación de pares como una estrategia efectiva para brindar y recibir educación integral en sexualidad.

3. Situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la juventud guatemalteca

Se hace necesario acotar que la información obtenida a partir del trabajo con las y los jóvenes respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos es escasa, debido al desconocimiento generalizado sobre éstos.

a. Percepción sobre su condición de sujetos y sujetas de derechos

Las y los jóvenes no se perciben como sujetas y sujetos de derechos, aunque la mayoría percibe que posee algunos Derechos Humanos. En ese sentido, la mayoría también desconoce la existencia de derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los Derechos Humanos. Refieren además que éstos no se difunden, por lo que solicitan al Gobierno y a los medios de comunicación que los promuevan.

Asimismo tienen una clara percepción sobre el derecho a decidir sobre su cuerpo y de la misma manera creen que carecen del derecho a manifestar públicamente sus afectos.

Esto pone de manifiesto que no existe una subjetividad de valores ciudadanos y democráticos entre la juventud guatemalteca.



b. Conocimientos sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos

Las y los jóvenes de Guatemala respondieron que desconocen sobre la existencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos como Derechos Humanos, esto los llevó a situarse en un plano desde las sensaciones y no desde el conocimiento consciente. La mayoría los asocia vagamente con los Derechos Humanos en general.

La mayoría considera que tiene derecho a expresarse en cuanto al tema y a recibir información para que no abusen de ellos y para poder planificar su familia y desconocen que tienen derecho a la igualdad, la equidad entre los géneros y a recibir información y educación desde un enfoque científico y laico.

Las y los jóvenes de Guatemala no se asumen como ciudadanas y ciudadanos y no asumen la exigencia al Estado, ya que desconocen que tienen derecho a la participación en políticas públicas sobre su sexualidad. Y puesto que no existe un mecanismo para exigir al gobierno que cumpla con sus derechos, ellas y ellos se culpabilizan de los problemas en la situación actual.

c. Actitudes hacia sus derechos sexuales y derechos reproductivos

Las y los jóvenes tienen una clara conciencia de que los derechos sexuales y los derechos reproductivos protegen su cuerpo en contra de la violencia sexual. Consideran que es importante conocerlos y hacerlos valer y así prevenir que estos sean violentados a nivel individual y colectivo.

Reconocen que hay responsables directos de violaciones a sus derechos sexuales y derechos reproductivos (familias, maestros, proveedores de salud) pero no lo enuncian como derecho sino como una problemática social. Al mismo tiempo no existe una clara conciencia sobre el deber del Estado como garante de sus derechos.



3.3) Conclusiones

Sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes:

La teoría dice que la salud sexual “es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplido”. La revisión de estudios previos hace constatar que la situación de la salud sexual y reproductiva ha venido empeorando en los últimos años de la mano con una serie de fenómenos sociales los cuales exigen dinamismo del Estado para la resolución de esos problemas.

La revisión de la historia revitaliza los caminos que Guatemala debe seguir para la transformación de la realidad y en ese sentido es sabido que los servicios de salud específicos para adolescentes y jóvenes son de una historia reciente, que inició apenas en la década de los 90s, lo cual implica retos para Guatemala en cuanto a la aplicación de modelos de atención integral y diferenciada y las normas de salud. Para ello se hace necesaria la intervención del Organismo Legislativo en la asignación presupuestaria para hacer efectivas las políticas públicas correspondientes a la salud de adolescentes y jóvenes.

La historia de los servicios de salud específicos para adolescentes inició con una política pública y la creación de un Programa Nacional, lo cual dio un retroceso con el cambio de gobierno, lo que hizo que perdiera estatus y prioridad en el sistema de salud. Esta situación deja de manifiesto que hay una pobre continuidad en la implementación de políticas públicas desde una visión de Estado y no de gobiernos de turno y esto se ve reflejado en que actualmente el MSPAS cuenta únicamente con un eje transversal de la temática de salud de adolescentes lo cual ha dado



como resultado una la poca claridad en las directrices técnico normativas y que el personal de salud esté realizando acciones de prevención y educación sexual en los establecimientos educativos y descuide la promoción y la información en los servicios de salud, haciendo inoperante su mandato y el mandato del MINEDUC.

Las políticas de prevención basadas en el ABC (Abstinencia, Fidelidad, Condón) en el MSPAS se han visto influenciadas por políticas conservadoras lanzadas por el gobierno de Estados Unidos en la gestión de George Bush lo cual pone de manifiesto la debilidad del Estado en regular la intervención de la cooperación internacional en su gestión pública. El Estado deberá garantizar que la cooperación internacional no se convierta en un poder fáctico que contribuya a la pobre implementación de políticas públicas que benefician a la ciudadanía guatemalteca.

A pesar de que las políticas públicas y las normas de atención en salud indican que los prestadores de salud deben proporcionar información, educación y comunicación sobre temas preventivos tales como: ITS, VIH y sida y métodos anticonceptivos, y el acceso a estos últimos, en la práctica existen barreras médicas en las cuales los prestadores de salud no cumplen con su labor de funcionarios públicos e imponen sus creencias ante los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los jóvenes que acuden a los servicios de salud.

Sobre la situación de la educación en sexualidad:

Pese a que la educación sexual en el ámbito formal en Guatemala tiene una historia reciente a partir de los 80s, la cual inició sin marcos legales que sustentaran sus acciones, a partir del año 2000 se fueron sumando distintas leyes que fueron normando desde la educación en población hasta la prevención del VIH, y la prevención de embarazos en la adolescencia reforzadas con la ley de Planificación Familiar. Toda esta normativa, busca incluir a nivel curricular contenidos de educación en sexualidad; sin embargo los enfoques de su aplicación han sido diversos y se advierte un retroceso notorio en el último año de Gobierno



con políticas conservadoras basadas en la doctrina de la Iglesia Católica, las cuales se reflejan en el último material de apoyo docente²⁴ publicado en 2008 por el MINEDUC, el cual coincide en muchos aspectos con la forma en que la Conferencia Episcopal de Guatemala ha elaborado sus manuales, haciendo énfasis en dos aspectos básicos: el primero que la familia debe ser el marco en donde debe impartirse la educación sexual y el segundo que toda relación debe estar contemplada dentro del matrimonio y entre esposos. Esto es contradictorio con la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” firmada en agosto 2008 por los Ministros de Salud y Educación en el marco de la Conferencia Internacional de VIH y sida en la ciudad de México, la cual está basada en el respeto a los Derechos Humanos, la valoración de las diversidades y el respeto a los distintos tipos de familias.

Una tarea pendiente para garantizar el acceso a educación integral en sexualidad como un Derecho Humano es que el MINEDUC incluya en el CNB, contenidos normados en el Decreto 87-2005, Ley de Planificación Familiar, ya que actualmente sólo se cuenta con materiales paratextuales de apoyo a docentes los cuales están a su discreción. Los únicos contenidos oficiales que las y los maestros deben implementar son los que se encuentran en el CNB, por lo tanto, para garantizar la institucionalización de la educación integral en sexualidad es necesario realizar cambios a nivel curricular que incorporen la temática.

La institucionalidad del MINEDUC para el abordaje de la educación integral en sexualidad es muy débil, ya que solo cuenta con un Comité de Educadores para la Prevención del VIH y el sida. Esta deja fuera otros contenidos normados en las leyes de Desarrollo Social (Decreto Ley 42-2001) y de Planificación Familiar (Decreto Ley 87-2005), pese a que en sus objetivos busca sensibilizar e informar a la comunidad educativa nacional sobre educación sexual y la prevención del VIH y el sida, desarrollar programas de educación y prevención dirigidos a líderes estu-

²⁴ Módulo para docentes y alumnos “Aprendo y valoro mi futuro. Orientaciones para la educación de mi persona”.



diantiles y juveniles para formar agentes multiplicadores, desarrollar programas permanentes de educación sexual dirigidos a estudiantes del nivel primario, básico y diversificado, desarrollar programas permanentes de distribución de materiales educativos a facilitadores y realizar talleres de información dirigidos a madres y padres de familia y como impacto esperado refieren llegar a toda la población estudiantil y comunidad educativa del sistema educativo nacional y privado. Esto no se ve reflejado en la realidad debido a que las y los jóvenes solicitan enfáticamente la capacitación a maestras y maestros en temas de sexualidad, sensibilización a padres y propiciar la educación entre pares porque consideran que existen una serie de mitos, tabúes prejuicios y temores de las personas adultas que imposibilitan que les hablen del tema de forma veraz y científica.

Todos los materiales producidos por el MINEDUC son de corte biologicista y están basados en las políticas conservadoras del ABC (Abstinencia, Fidelidad y Condón) las cuales surgieron en los 80s con el gobierno de Ronald Reagan y fueron retomadas durante los dos períodos de gobierno de George Bush. Según la evidencia científica estos programas muestran poco impacto y algunos no son efectivos, ya que no está demostrado que retrasen el inicio de las relaciones sexuales y restan capacidad a la gente joven de tomar decisiones y proteger su salud al no brindarles habilidades para la vida, además de ser una clara violación a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En Guatemala la sexualidad se vive en una doble moral, la cual se dicotomiza entre el discurso y la práctica. Por ejemplo, se argumenta que son los padres los más indicados para brindar educación sexual a sus hijos e hijas y al mismo tiempo, los datos oficiales demuestran que hay casos de niñas teniendo hijos a los 10 años y según las y los jóvenes que participaron en los grupos focales, esto se debe a violaciones sexuales que ocurren en el seno familiar. Por lo tanto, esto conduce a cuestionarse sobre las condiciones reales que los hogares guatemaltecos poseen para ser los primeros formadores en la sexualidad de las y los jóvenes. Es allí donde radica la importancia de que el Estado de Guatemala



cumpla con la obligación de brindar educación en la sexualidad en las escuelas ya que éstas se constituyen un espacio seguro para las y los jóvenes. Asimismo es necesario que el MINEDUC realice acciones de manera coordinada con el MSPAS para atender las necesidades de la población no escolarizada.

Sobre la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos:

Existe un desconocimiento generalizado en las y los jóvenes acerca de sus derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los Derechos Humanos. Esto es debido a la pobre promoción por parte del Estado, a través de políticas educativas que fomenten los valores ciudadanos y democráticos como parte de los planes y programas educativos. Esto ha llevado a que las y los jóvenes no se consideren sujetas y sujetos de derecho y ciudadanos corresponsables en la transformación de la realidad. No hay una educación en ciudadanía la cual les permita tomar conciencia de sus derechos, conocerlos, exigirlos y ejercerlos en el ámbito público y privado, a nivel individual y colectivo.

Guatemala es un Estado democrático, republicano y representativo, es un Estado laico. Ha ratificado tratados internacionales en materia de Derechos Humanos incluidos la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, Cairo 1994) la Plataforma de Acción Mundial sobre las Mujeres (PAM, Beijing 1995) la Convención de Derechos del Niño (1990) entre otras, los cuales garantizan junto a leyes nacionales tales como los Decretos 27-2000, 42-2001, 87-2005, los derechos sexuales y derechos reproductivos como Derechos Humanos de las y los jóvenes.

3.4) Recomendaciones

Al Organismo legislativo:

Fiscalizar la aplicación de las leyes nacionales relativas al acceso a la educación integral en sexualidad y a los servicios de salud amigables de atención integral y diferenciada para adolescentes y jóvenes como elementos estratégicos para el desarrollo del país, tales como los Decretos 42-2001 Ley de Desarrollo Social, Decreto 27-2000 Ley de VIH y sida y Decreto 87-2005 Ley de



Planificación Familiar y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos ratificados por el Estado de Guatemala en diversos instrumentos internacionales.

Normatizar según ley un Programa Nacional de Educación Integral en Sexualidad como una institucionalidad fuerte, operativa, fiscalizable con participación ciudadana de profesionales calificados en la materia, académicos, científicos y activistas. Esta deberá contar con presupuesto específico para su ejecución y deberá estar conformada por técnicos de alto nivel de las disciplinas de salud, educación, población, sexualidad, comunicación, género, derechos humanos y juventud.

Al organismo ejecutivo:

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Restablecer el Programa Nacional de Atención Integral de Adolescentes SINA en la Dirección de Regulación de Programas de Atención a las Personas DRPAP, el cual deberá contar con asignación presupuestaria específica para los servicios de salud amigables de atención integral y diferenciada para adolescentes y jóvenes y lograr así la implementación de la Política de Salud de Adolescencia y Juventud y el Modelo de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes en el sistema de salud pública.

Que la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación USME y el Programa de Promoción y Educación en Salud PROEDUSA del SIAS supervisen la promoción de los servicios de salud amigables de atención integral y diferenciada para adolescentes y jóvenes, ya que éstos desconocen la existencia de los servicios específicos en los cuales pueden obtener información y atención a nivel comunitario.

Que el personal de salud que brinda atención integral y diferenciada de adolescentes incorpore en sus servicios estrategias de educación integral en sexualidad desde una perspectiva no formal, dinámica, lúdica la cual involucre a las y los jóvenes como protagonistas en la construcción de sus hábitos de vida saluda-



bles mediante programas sistemáticos de educación de pares. Y que de forma coordinada apoye los esfuerzos del sector educativo en la implementación de la educación sexual en el nivel formal, sin que esto ocasione descuidar los servicios de salud al atender a población cautiva en los establecimientos educativos, ya que resta responsabilidad al MINEDUC en su mandato de brindar educación integral en sexualidad en el sector de la educación formal.

A través de la formación de recursos humanos capacitar de manera continua al personal de salud de todos los niveles de atención en los abordajes, principios, políticas, ética y filosofía de los servicios de salud amigables de atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes para eliminar las barreras médicas que limitan el acceso de la gente joven a anticonceptivos y a información veraz, científica, basada en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, libre de prejuicios e imposiciones de las y los funcionarios públicos que prestan servicios de salud.

Que las campañas de comunicación para el cambio de comportamiento, realizadas a través del PNS o Comunicación Social, estén basadas en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en la evidencia científica y no en el retraso en el inicio de las relaciones sexogenitales y el ABC sino en la educación integral en sexualidad. Que difundan información veraz, basada en generar habilidades para la vida y alternativas para el ejercicio de la sexualidad juvenil, desde la laicidad cumpliendo con su condición de funcionarios públicos.

Que el MSPAS continúe con la implementación del Plan Salud Educación para garantizar el acceso a la educación integral en sexualidad en el ámbito no formal de la educación para llegar a la población no escolarizada a través de los servicios de salud, tomando como base filosófica la Declaración Ministerial Prevenir con Educación y los estándares globales de UNESCO.

Al Ministerio de Educación:

Que el MINEDUC cumpla con las leyes nacionales en materia de educación integral en sexualidad, desde la laicidad cumplien-



do con su labor de funcionarios públicos sin violentar el carácter laico del Estado y la pluralidad de la ciudadanía guatemalteca.

Incluir en el Currículo Nacional Base contenidos de educación integral en sexualidad en base a los marcos legales nacionales: Decretos 42-2001, 27-2000 y 87-2005, los cuales deberán estar basados en evidencia científica confiable en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como Derechos Humanos y como referente filosófico la Declaración Ministerial “Prevenir con educación” y los estándares globales en Educación Integral en Sexualidad de la UNESCO.

Fortalecer la institucionalidad encargada de la educación integral en sexualidad en el MINEDUC, ya que actualmente es débil y está enfocada principalmente en la prevención de ITS, VIH y sida. Esto deja fuera un abordaje holónico de la sexualidad humana y limita la implementación de la educación en población normada en la Ley de Desarrollo Social y los contenidos de educación sexual para adolescentes establecidos en la Ley de Planificación Familiar.

La elaboración de los materiales educativos de apoyo docente en materia de educación integral en sexualidad debe estar basada en la evidencia científica y abordarse desde la educación popular, la ludopedagogía y en competencias que brinden habilidades para la vida, tales como la capacidad de decidir. Es urgente que el MINEDUC trascienda del enfoque del ABC²⁵ hacia la educación integral en sexualidad en un marco de la laicidad y los Derechos Humanos.

El MINEDUC debe establecer un mecanismo de capacitación continua a maestras y maestros de áreas rurales y urbanas en te-

²⁵ El ABC es una política conservadora impulsada en los 80s por el Gobierno de los Estados Unidos durante la gestión de Ronald Reagan y retomada por George Bush la cual marcó las políticas de la cooperación internacional (USAID). La evidencia científica demuestra que tiene poca o nula efectividad en sus programas y éstos violan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las y los jóvenes y les resta capacidad para proteger su salud.



máticas de educación integral en sexualidad, el cual esté basado en la transformación de mitos y tabúes, desde una perspectiva de funcionarios públicos en cumplimiento a las leyes nacionales, la laicidad y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Establecer estrategias de sensibilización a padres y madres de familias acerca de la importancia de la educación integral en sexualidad y sus beneficios, tomando en cuenta las diversidades étnicas, idiomáticas, geográficas promoviendo la laicidad y el respeto a las diversas cosmovisiones y los diversos tipos de familias en un marco de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Generar mecanismos de participación juvenil desde un enfoque de ciudadanía, el cual permita a las y los jóvenes formar redes de educación de pares para el abordaje de efectivo de la educación integral en sexualidad en el sistema educativo nacional, de forma cercana, amena, vivencial y divertida.

Dar seguimiento al Plan Salud-Educación para dar cumplimiento a las leyes nacionales en materia de educación integral en sexualidad de manera coordinada con el Ministerio de Salud Pública, asumiendo su responsabilidad en el ámbito formal de la educación. De esta forma cumplir con lo acordado en la Declaración Ministerial Prevenir con Educación firmada en México en noviembre 2008.

A la Secretaría Presidencial de la Mujer:

Incluir dentro de sus prioridades el derecho a la educación integral en sexualidad y el acceso a los servicios de salud amigables de atención integral y diferenciada para adolescentes ya que son las mujeres jóvenes las más afectadas en cuanto a su desarrollo humano y social a causa de la desinformación y violencia en el ejercicio de su sexualidad.

A la procuraduría de los Derechos Humanos:

Difundir los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los Derechos Humanos a la ciudadanía a nivel nacional a través del trabajo de las auxiliaturas.





Bibliografía

Alpízar, L., Bernal, M. (2002). *Manual de Derechos Humanos de las Mujeres Jóvenes y la CEDAW*. Construcción social de la juventud. Módulo I. México: REDLAC.

Amafredo, C. (2005). *Apoyan planificación*. Encuesta evidencia opinión favorable a controvertida ley, sujeta a posible veto. Guatemala: *Prensa Libre*.

Asociación Guatemalteca de Educación Sexual-AGES- (1988). *Encuesta sobre salud y educación sexual de jóvenes*. Guatemala.

Cabria, A., Martínez A. (2003). *Anticoncepción de emergencia, un derecho sexual y reproductivo: Guía para promover la salud comunitaria*. USA: Pacific Institute for Womens Health.

Castellanos, G. (1995). *Conducta sexual humana*, un compendio. Guatemala: Artemis Edinter.

CEG (2007). *Educación para el Amor. Propuesta de la Educación Afectiva y Sexual de la Iglesia Católica de Guatemala*. Guatemala.

Cohen, S. (2003). *Más allá del slogan: Lecciones de la experiencia de Uganda con el ABC*. USA: Allan Guttmacher Institute.

CONASIDA (2009). *Glosario de conceptos sobre educación integral en sexualidad, vih y sida*. Mesa de educación sexual: México. En proceso.

Corona, E. (1993). “En búsqueda de una nueva sociedad. La educación sexual en México hoy”, trabajo presentado en el XI Congreso Mundial de Sexología, Río de Janeiro, Brasil, 1-5 de junio.



_____, (1998). *La educación de la sexualidad*. En Antología de la Sexualidad Humana , Vol III. México: Porrúa.

De Greef, F. (2009). “Definición de subjetividad”. En internet Vínculo. <http://www.psicopedagogia.com/definicion/subjetividad>. Psicopedagogía.com.

Del Cid, P. (2004). En Prensa. *Con las jóvenes para que vivamos sin SIDA*. Guatemala: *LaCuerda*.

Foucault, M (1978). *La historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Vol. I. México: Siglo XXI Editores.

González, F. (2008). *Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales*. Diversitas. Perspectivas en Psicología Social, año/vol. 4, núm 002. Colombia: Universidad de Santo Tomás.

Green, T., Herling, A. (2007). *El enfoque ABC para la prevención de la transmisión sexual del VIH. Preguntas comunes y respuestas*. Costa Rica: Visión Mundial Internacional.

Katchadurian, H. (1993). *La Sexualidad Humana: un estudio comparativo de su evolución*. México: Fondo de Cultura Económica.

Katz, K., Finger, W. (2008). *A Qualitative Perspective in Sexual Education Methods Mentored*. USA: FHI.

Kirby, D. (2007). *Programas de Educación Sexual y VIH para jóvenes: Impacto y características de los Programas Efectivos*. USA: ETR Associates.

INMUJERES. (1997). *Glosario de género*. México.

Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

Las Dignas (1998). *¿Yo sexista?* Material de apoyo para una educación no sexista. El Salvador.



Luna, J. (2008). *Cartilla Nacional de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las y los jóvenes*. Guatemala: Incidejoven-REDLAC.

_____, (2009) “Masculinidades diversas”. En Presentación. Curso sobre Género, masculinidades y diversidad sexual para estudiantes del Curso de Especialización en Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes Facultad de Medicina. Guatemala: Incidejoven – USAC.

_____, (2009). “Una aproximación a las masculinidades”. En Ponencia. XXXV Aniversario de la Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC. Guatemala: Incidejoven – MenEngage.

_____,(2009). “Educación de la sexualidad en Guatemala”. En Memoria. Panel Forum Las muertes silenciadas de mujeres de la Coordinadora 28 de Mayo. Guatemala: Incidejoven – REDLAC.

Martínez, A. “La sexualidad”. En Memoria. Taller para personal técnico normativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Luna, J (Ed) Guatemala: Incidejoven – MSPAS.

Miller, A., Scheleifer, R. (2008). *Abstinence-Only-Until-Marriage Programs and their impact in Adolescent Human Rights*. USA: SFSU.

MINEDUC (2003). “Materiales de apoyo técnico de Educación en Población para docentes de preprimaria y primaria. Guatemala: CIEP”.

_____, (2003). Conociéndonos cuidamos más nuestra salud. Guatemala.

_____, (2004). “Qojto´n Richin Man Nik´iy Ta Ri VIH/SIDA”- Contribuyamos a la prevención del VIH/SIDA . Guatemala.

_____, (2007). Currículum Nacional Base del Ciclo Básico del Nivel Medio. Guatemala.



_____, (2007). “Tú y tu cuerpo”. Guatemala.

_____, (2007). “Creemos y cambiamos”. Guatemala.

_____, (2007). “La sexualidad responsable, una actitud ante el VIH”. Guatemala.

_____, (2008). “Aprendo y valoro mi futuro, orientaciones para la educación de mi persona”. Guatemala.

MSPAS (1999). Plan Nacional de Atención Integral a los y las Adolescentes. Guatemala.

_____, (1999). *Atención a Adolescentes*. Manual de referencia para la aplicación de las Normas de Atención. Guatemala: SIAS

_____, (2004). “Política Salud para la Adolescencia y la Juventud. Guatemala”.

_____, (2005). *Estudio de la inserción de Políticas de Atención Integral para las y los adolescentes en la Reforma del Sector Salud. Informe Final*. Guatemala: OPS -ASDI.

_____, (2008). “Modelo de atención integral y diferenciada para los y las adolescentes”. Guatemala.

Munaiz, C., Reynoso, C. (2005). En Prensa. *Iglesia presiona mientras que el Gobierno medita*. Guatemala: Prensa Libre.

OMS (1975). Definición de Salud Sexual. Suiza.

_____, (2002). *Definición de Salud Sexual*. Suiza.

OPS (2005). “Promesas de virginidad: Impacto de las ITS”. En Boletín trimestral de VIH/SIDA y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe. No. 10. USA.

Osorio, J., Palencia, G. (2007). En Prensa. *¿Pondrá en marcha campañas educativas de salud sexual reproductiva, prevención de VIH y embarazos no deseados?*. Guatemala: Prensa Libre.



REDLAC (2008). Cartilla latinoamericana de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes. México.

Remez, Lisa, et. al. *Proteger la salud sexual de la juventud guatemalteca*. (2007) New York: Guttmacher Institute.

Rodríguez, G., Corona, E., Pick de Weiss, S. (1992) *Salud reproductiva en México: una agenda para la investigación y la acción*. México: Population Council.

Ross, M. (2001). Manual de capacitación: *Somos diferentes somos iguales: una propuesta para construir alianzas entre jóvenes*. Nicaragua: Puntos de Encuentro.

Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana*. En Antología de la Sexualidad Humana, Vol I. México: Porrúa.

UNFPA (2009). “Apoyo a la educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos y la formación de ciudadanía”. En Vínculo. <http://guatemala.unfpa.org/proyectos/educacion.htm>. Guatemala.

Vázquez, P. (2008). “La salud sexual de las mujeres jóvenes, un reto para el desarrollo”. En Memoria. Taller para periodistas y columnistas. Luna, J. (Ed). Guatemala: Incidejoven -REDLAC.

Whidden, A. (2008). *Abstinence only is not the best option*. En Prensa. USA: SFSU.





La edición diseño y producción de **Lo que nadie ve, escucha ni habla**, se terminó de imprimir en los talleres litográficos de Magna Terra editores S. A. en diciembre de 2009.

El tiro, sobre papel bond 80 gramos, consta de 1000 ejemplares

Este manual nos permite tener una panorámica sobre el tema de educación sexual en Guatemala, que va desde, el marco teórico, un recorrido histórico de la educación sexual, una descripción de acciones realizadas por los servicios en salud integral para adolescentes, hasta un recuento de los tratados, convenciones y leyes que apoyan los temas de educación y salud sexual.

Lo que nadie ve, escucha ni habla, curiosamente, visibiliza, da voz y oídos a los protagonistas principales: las y los jóvenes guatemaltecos sobre sus percepciones en temas como: el inicio del ejercicio de la sexualidad, el embarazo no planeado, el VIH y el sida, la violencia sexual y el incesto, el aborto, y el acceso a la información y los servicios de salud, en especial a los métodos anticonceptivos, así como la importancia de la difusión los derechos sexuales juveniles.

No cabe duda que Incidejoven brinda, con este manual, un aporte valioso a profesionales, activistas, autoridades gubernamentales, representantes de medios, entre otros, para que realicen acciones inmediatas en el tema de educación y salud sexual, y se logren las metas para el año 2015, de haber reducido en 75% el número de escuelas que no imparten educación sexual integral, en las escuelas administradas por el Ministerio de Educación y de haber reducido en 50% el número de adolescentes y personas jóvenes que no están cubiertas por servicios de salud que atienden apropiadamente sus necesidades en salud sexual y reproductiva.

Dr. José Ángel Aguilar Gil.
Coordinador Nacional Red Democracia y
Sexualidad A. C. México.