

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



POLÍTICA
SALUD

**POLÍTICA
SALUD
PARA LA ADOLESCENCIA
Y LA JUVENTUD**

Política

“Salud para la Adolescencia y la Juventud”

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

(2003 – 2012)

Septiembre del 2004

CON EL APOYO TÉCNICO Y FINANCIERO DE
UNICEF Y LA AGENCIA CANADIENSE PARA
EL DESARROLLO INTERNACIONAL – ACDI -

Presentación

Guatemala es un país donde los índices de mortalidad son altos, lo que provoca que su población sea joven (65% menores de 25 años), de igual forma podemos decir que es un país relativamente rico, en donde predomina un déficit social que incide de manera directa en las condiciones de vida y desarrollo de los adolescentes y jóvenes, quienes lamentablemente no cuenta con un gran número de programas que los compense. Los y las adolescentes y jóvenes en la actualidad viven en serias condiciones de pobreza y extrema pobreza, los que en su mayoría habitan en el área rural y se identifican como indígenas, con indicadores extremadamente bajos en educación, dentro de los cuales se ve mayormente afectada la mujer adolescente y joven, ambos (hombres y mujeres) con poca posibilidad de alcanzar los estudios universitarios.

Por otra parte, el estado de salud de los adolescentes y jóvenes enfrentan a serios factores de riesgo como el SIDA, la violencia, accidentes, la prostitución, el alcoholismo, la drogadicción, el embarazo temprano y de alto riesgo entre otros. Marco dentro del cual existen preocupantes causas de muerte como: homicidios, suicidios, accidentes, entre la población de 15 a 24 años que representa las dos terceras partes de quienes fallecen, un cuadro acompañado de delincuencia juvenil, “maras” que en la actualidad se constituye un flagelo grande para la sociedad.

Para el Ministerio de **Salud Pública y Asistencia Social**, los adolescentes y jóvenes, no solo significan un compromiso serio para la prosperidad de la nación, y en respuesta a la Leyes aprobadas recientemente como la Ley de desarrollo Social, Ley de Descentralización, Ley de Consejos de Desarrollo y el Código Municipal, así como dando respuesta a la **Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia**, y la define a esta población como: “Un recurso humano fértil y potencial para el cambio que se requiere en la transformación de las condiciones de vida actual, con durabilidad de la capitalización humana y social, como salida y rompimiento del ciclo de estado de pobreza, siendo un recurso base para el crecimiento inmediato y emergente de la rentabilidad, de extensión en el tiempo de la productividad con firmeza”.

La importancia de atención a la salud de la adolescencia y juventud impacta en la esencia de la capacidad de generar nuevas formas de competitividad, equidad, gobernabilidad y sostenibilidad, a través de la productividad en el marco de las nuevas oportunidades de la globalización y del desarrollo sostenible. Es así como convencidos de nuestra esperanza en los y las adolescentes y jóvenes, presentamos a usted y al pueblo de Guatemala la “Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud”, con el fin de no solo crear horizontes nuevos en la salud, sino de contribuir al mejoramiento de nuestra sociedad y su desarrollo.



Ing. Marco Tulio Sosa Ramírez.
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



Tabla de Contenidos

Acuerdo Ministerial SPM-M-636-2004

1. Introducción	13
2. Definición de Adolescencia y Juventud	14
3. Situación Actual de la Adolescencia y la Juventud en Guatemala	15
3.1. General	15
3.2. Salud	16
4. Antecedentes y Marco Referencial para el Diseño de los Ejes de Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud	17
4.1. Referencias Internacionales y Nacionales	17
4.2. Demanda de los y las adolescentes y jóvenes, en un marco general	18
4.3. Demandas propias de los y las adolescentes y jóvenes, en Salud	18
5. Conceptualización y definición de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud	20
5.1. Objetivos de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud	20
5.1.1. Objetivo de Desarrollo de la Política	20
5.1.2. Objetivo Estratégico de la Política	20
5.1.3. Objetivos Específicos	20
5.2. Principios de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud	21
5.2.1. Sostenibilidad Social	21
5.2.2. Sostenibilidad Económica	21
5.2.3. Sostenibilidad Política	21
5.2.4. Sostenibilidad Cultural	21
5.2.5. Sostenibilidad Institucional	21
5.3. Ejes Estratégicos de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud	22
5.3.1. Salud Integral para los y las Adolescentes y los Jóvenes	22
5.3.1.1. Objetivo	22
5.3.1.2. Acciones	22
5.3.2. Salud Reproductiva y Educación Sexual para los Adolescentes y los Jóvenes	22
5.3.2.1. Objetivo	22
5.3.2.2. Acciones	22

5.3.3. Salud para la Paz	22
5.3.3.1. Objetivo	22
5.3.3.2. Acciones	22
5.3.4. Salud en Factores de Riesgo de la Adolescencia y Juventud	23
5.3.4.1. Objetivo	23
5.3.4.2. Acciones	23
5.3.5. Medio Ambiente de la Adolescencia y Juventud	23
5.3.5.1. Objetivo	23
5.3.5.2. Acciones	23
5.3.6. Salud y Seguridad Ocupacional de la Adolescencia y Juventud	23
5.3.6.1. Objetivo	23
5.3.6.2. Acciones	23
5.3.7. Alimentación y Nutrición de los y las Adolescentes y Jóvenes	23
5.3.7.1. Objetivo	23
5.3.7.2. Acciones	23
6. Identificación de Estrategias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para contribuir a la Implementación de la Política de Salud para la Adolescencia y Juventud	24
7. Mecanismo de Control de Política	25
Siglas	26

NUM.	_____
REF.	_____

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Guatemala, C. A.

ACUERDO MINISTERIAL SPM-M-636-2004.

Guatemala,

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que los artículos 93 y 94 de la Constitución Política de la República de Guatemala, establecen que: El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna. 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.

CONSIDERANDO:

Que el Acuerdo Ministerial No. SP-M-2089-2003 de fecha 21 de agosto del 2003, crea oficialmente el Programa Salud Integral a la Niñez y Adolescencia -SINA-, el cual en su artículo 3 faculta al programa para propiciar la formación y funcionamiento de una Comisión Intersectorial e Interinstitucional, que contribuya a la ejecución de la política de salud para la adolescencia y la juventud, para lo cual se requiere de un Reglamento de funcionamiento de dicha comisión,

POR TANTO:

En ejercicio de las facultades que le confieren los artículos 194 inciso f) de la Constitución Política de la República de Guatemala y 27 inciso m) de la Ley del Organismo Ejecutivo Decreto número 114-97.

ACUERDA:

Emitir el:

REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISION INTERSECTORIAL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS Y LAS ADOLESCENTES

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1. Creación. Se crea y regula la Comisión Intersectorial de la atención integral a los y las adolescentes, que en adelante será referida únicamente como la Comisión, la cual estará subordinada al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

Artículo 2. Objeto. La Comisión tendrá por objeto, convocar y aglutinar a personas particulares, instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realicen acciones en beneficio de la población adolescente y joven, conjuntamente con el Programa Nacional de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia -SINA-.

Artículo 3. Fines. Proponer, desarrollar acciones y estrategias dirigidas a la población adolescente así como el apoyar la implementación de la política de salud para la adolescencia y la juventud

NUM.	2
REF.	

Al contestar s'rvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Guatemala, C. A.

Artículo 4. Integrantes. La Comisión estará integrada por miembros representantes de organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, grupos juveniles, la sociedad civil y líderes adolescentes y jóvenes, personas individuales, instituciones de distintas disciplinas con enfoques diversos salud, educación, cultura y deportes, agricultura, entre otros, que vayan dirigidos a la población adolescente y joven.

Artículo 5. Funciones. La Comisión tiene entre otras funciones las siguientes:

- a) De acuerdo a lo establecido en el artículo 3 del Acuerdo Ministerial SP-M-2089-2003 de aprobación de la política salud para la adolescencia y la juventud la Comisión, contribuirá a la ejecución de dicha política.
- b) Brindar apoyo a las acciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- c) Buscar e implementar estrategias a fin de involucrar a otras personas, organizaciones e instituciones con objetivos e intereses comunes afines con el tema de adolescentes y jóvenes.
- d) Coordinar las acciones comunes que demanden otras personas, organizaciones e instituciones a fin de optimizar recursos institucionales (técnicos, administrativos y financieros), dirigidas a la población adolescente.
- e) Adoptar decisiones que sean necesarias y oportunas para la realización de las actividades del Programa Nacional Salud Integral a la Niñez y Adolescencia – SINA-, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales que tengan acciones dirigidas a la población adolescente.
- f) Elaborar el Plan Operativo Anual de la Comisión, en el cual se deberá asignar claramente responsabilidades y definir compromisos para la ejecución de las misma.
- g) Realizar propuestas al Programa Nacional Salud Integral a la Niñez y Adolescencia –SINA-, para acciones dirigidas a la población adolescente.
- h) Motivar y velar en lo interno y externo de la Comisión, se tenga un ambiente y relación integradora a fin de obtener mayores logros en beneficio de la población adolescente.
- i) Realizar propuestas e investigaciones a nivel local y nacional en temas de interés relacionados a los y las adolescentes, con el fin de obtener insumos para implementar estrategias y acciones en beneficio de ésta población.
- j) Proponer, motivar y ejecutar actividades que apoyen a la sostenibilidad, de la Comisión por medio de la gestión, así como el evaluar periódicamente las actividades realizadas.

Artículo 6. Sede de la Comisión. La Comisión tendrá como sede oficial, el Programa Nacional de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia para realizar sus reuniones, sin embargo podrán ser realizadas en otras instalaciones que sean sugeridas por los integrantes de la comisión previo consenso de los mismos. estas deben reunir condiciones de accesibilidad, capacidad y otros servicios necesarios para la realización de la misma.

NUM.	3
REF.	

Al contestar s'rvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Guatemala, C. A.

CAPITULO II Estructura de la Comisión

Artículo 7. Grupo coordinador. La Comisión estará organizada de la siguiente forma: un coordinador quien será siempre el coordinador (a) del Programa Nacional de Salud Integral al la Niñez y Adolescencia-SINA-, un sub-coordinador (a) y un secretario (a) quienes serán elegidos entre los integrantes de la Comisión en asamblea general; para elegir y ser electos deberá tomarse en cuenta el grado de involucramiento, participación e identificación con la temática de los y las adolescentes.

Artículo 8. De los integrantes de la Comisión. En la Comisión cada organización e instituciones ó personas particulares estarán representadas por un titular y un suplente los cuales pueden participar en las reuniones teniendo únicamente voto el titular o su delegado.

Artículo 9. Elección de grupo coordinador. Los cargos del sub-coordinador y secretario serán de un año calendario; la elección del nuevo grupo coordinador para su funcionamiento será en el mes de febrero de cada año; el cargo del coordinador, siempre será ocupado por el coordinador o coordinadora del programa SINA.

Artículo 10. Son funciones del coordinador (a).

- a) Representar a la Comisión ante las organizaciones nacionales e internacionales y tomar decisiones en nombre de la misma cuando sea facultado por la asamblea.
- b) Convocar y presidir las sesiones de la Comisión.
- c) Proponer la agenda de discusión para las sesiones de la Comisión.
- d) En caso de no poder presidir la sesión deberá delegar al sub-coordinador para que lo represente o presida la reunión.

Artículo 11. Son funciones del sub-coordinador (a).

- a) Apoyar al coordinador en el desempeño de sus funciones y cumplimiento de sus responsabilidades.
- b) Convocar a reuniones ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario o en ausencia del coordinador.
- c) Representar al coqrdinador en ausencia o por delegación, a nivel nacional e internacional.

Artículo 12. Son funciones del secretario (a).

- a) Llevar registro escrito de lo actuado por la Comisión.
- b) Llevar las minutas de las reuniones de la Comisión.
- c) Presentar a los miembros de la Comisión, la minuta de la reunión anterior para su conocimiento.
- d) Vigilar el oportuno envío de las comunicaciones emanadas de la Comisión.

NUM.	4
REF.	

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Guatemala, C. A.

- e) Vigilar el correcto archivo de la documentación generada en el proceso de interés de la Comisión.

CAPITULO III **Reuniones y Actividades**

Artículo 13. Convocatoria. Las convocatorias a las reuniones de la Comisión se harán por escrito, las cuales deberán especificar el carácter de la reunión, fecha, hora, lugar así como la agenda de la reunión a tratar.

Artículo 14. Reuniones Ordinarias. Las reuniones Ordinarias de la Comisión se realizarán el día martes último de cada mes, salvo casos emergentes.

En el caso de no poder llevar a cabo la reunión, por coincidir con día feriado o asueto, la reunión se pospondrá para el siguiente día hábil.

Artículo 15. Reuniones extraordinarias. Las reuniones extraordinarias de la Comisión serán de acuerdo a solicitud de alguno de los integrantes de la comisión previo a hacerla del conocimiento del grupo coordinador, cuando el objetivo y el tema a tratar lo amerite.

Artículo 16. Quórum. Para que una reunión de la Comisión tenga quórum será necesario que se encuentren presentes la mitad mas uno de las personas particulares, organizaciones e instituciones participantes, el que será constatado por el coordinador de la comisión, previamente al inicio de cada reunión.

En el caso que en la reunión no se contará con el quórum establecido para su validez, la reunión se celebrará una hora después en el mismo lugar, con los participantes que asistan.

Artículo 17. Resoluciones. Las resoluciones obtenidas en las reuniones de la Comisión, se adoptarán por mayoría simple de votos de las organizaciones, personas particulares e instituciones participantes presentes.

Artículo 18. Comunicación titular-suplente. El titular como el suplente deberán mantener una estrecha comunicación respecto a lo que se trate en cada sesión a fin de que ambos estén informados de los temas abordados en las mismas y de los compromisos y acuerdos a los que se llegue.

CAPITULO IV **Responsabilidades**

Artículo 19. De los integrantes. Los integrantes de la Comisión tendrán, entre otras responsabilidades, las siguientes:

- a) Asistir y participar activamente en las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- b) Permanecer el tiempo acordado en la reunión y evitar distractores que obstaculicen el desarrollo eficiente y eficaz de la misma.
- c) Representar por delegación expresa de la Comisión, al coordinador (a) de la misma, en otras actividades.

NUM.	5
REF.	

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

**Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social**

Guatemala, C. A.

- d) Velar porque prevalezca el interés de la Comisión, dejando de lado intereses particulares.
- e) Respetar las política de las organizaciones, personas particulares e instituciones representadas en la comisión, evitando interferir en acciones que puedan afectar a sus representados.

**CAPITULO V
Forma de Accionar**

Artículo 20. Ejes temáticos. Los ejes temáticos en que se basará el trabajo de la Comisión, involucra los establecidos en la política salud para la adolescencia y la juventud, siendo éstos los siguientes:

- a) Salud integral y diferenciada para los y las adolescentes y los jóvenes.
- b) Salud reproductiva y educación sexual para los y las adolescentes y jóvenes.
- c) Salud para la Paz.
- d) Salud en factores de riesgo de la adolescencia y juventud.
- e) Medio Ambiente en que se desenvuelve y se desarrolla la adolescencia y juventud.
- f) Salud y seguridad ocupacional de la adolescencia y juventud.
- g) Alimentación y nutrición de los y las adolescentes y jóvenes.
- h) Fortalecimiento institucional, por medio de la capacitación a los integrantes de la Comisión, en temas relacionados a los y las adolescentes y jóvenes.

**CAPITULO VI
Sanciones y Controversias.**

Artículo 21. Durante el desarrollo de las reuniones, el o la moderadora puede llamar al orden si así lo considera necesario.

Artículo 22. Si uno de los integrantes de la Comisión no asiste a dos reuniones consecutivas sin justificación, la continuación de su participación dentro de la misma debe ser discutida por la Comisión.

Artículo 23. Por ser un órgano de asesoría, apoyo y coordinación técnica, cuando una persona sea sujeto de ser llamado al apego de las responsabilidades asumidas como integrante de la Comisión, (múltiples llegadas tarde, retirarse temprano, entre otras), inicialmente se agotará como primera instancia el diálogo con la persona infractora para conocer sus puntos de vista, y de no haber algún cambio se hará del conocimiento de la institución u organización a la que pertenece, a fin de que consideren la delegación de la misma en otra persona que los represente.

NUM.	6
REF.	

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Guatemala, C. A.

CAPITULO VII Disposiciones Finales y Transitorias.

Artículo 24. Modificación del Reglamento. El Reglamento podrá ser reformado únicamente por la Comisión en pleno en una sesión convocada para el efecto, teniendo la presencia de un 75% de las personas, instituciones y organizaciones integrantes de la Comisión.

Artículo 25. Solicitud de modificación del Reglamento. La modificación del presente Reglamento debe ser solicitada por escrito a la Comisión, razonándose adecuadamente la solicitud. La comisión debe analizar las solicitudes y resolver las mismas dentro de un término no mayor de 30 días hábiles.

Artículo 26. Los representantes de las instituciones pertenecerán a la Comisión temporalmente, basándose en intereses de trabajo y al nombramiento de su institución, cuando se deje de laborar para la institución a la que represente, y es su deseo de continuar participando como persona dentro de la Comisión, podrá seguirlo haciendo, únicamente notificando un medio de comunicación específico para continuar convocándolo.

Artículo 27. Todo aspecto que no esté considerado en este documento debe conocerse en el seno de la Comisión para su análisis y resolución.

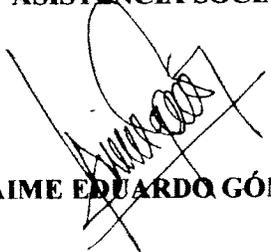
Artículo 28. Las normas contenidas en el presente Reglamento entran a regir inmediatamente

COMUNÍQUESE:



ING. MARCO TULIO SOSA RAMÍREZ

EL VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL



DR. JAIME EDUARDO GÓMEZ S.



1. Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, viene haciendo grandes esfuerzos para la atención en salud de los y las adolescentes y jóvenes, la misma para ellos, es un elemento base para su desarrollo cultural, social, económico y político. Es por ello, que el ***Programa de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia (SINA)***, de manera conjunta con UNICEF, contribuyó a la elaboración de esta Política, con el fin de velar, promover y lograr dentro de un marco de equidad y género el desarrollo integral de la adolescencia y juventud bajo un nuevo concepto de atención, no sólo, para alcanzar una vida humanamente digna, sino para lograr integrarlos con su grupo familiar a una vida competente y productiva en el desarrollo cultural, económico, social y político del país.

Por otra parte el Estado de Guatemala por ratificación de convenios internacionales, asume como mandato, - de conformidad con el Artículo 46 de la Constitución Política-, velar por el pleno respeto de los derechos de la juventud y de las mujeres, que se encuentran plasmados en la Convención sobre los Derechos del Niño, y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; de igual forma, los Acuerdos de Paz, firmados en diciembre de 1996, han sido adoptados como política de Estado, por lo que el Gobierno de Guatemala conjuntamente con UNICEF, apoya las iniciativas que se planteen para el país en materia de desarrollo social integral, que ponga en vigencia los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Juventud, dentro del marco del Proceso de Paz, en cualquier lugar, en este caso la ***salud integral para los y las adolescentes y jóvenes***.

Es ahí, donde el papel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), cobra una gran importancia como Institución de participación central ante la temática de la salud del adolescente y joven, como ente potencial y efectivo para el ordenamiento, regulación, monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones que los Ejes de Política en materia de salud integral para los y las adolescentes y jóvenes ofrecen, por lo que el presente documento de Política constituye un instrumento vital para ello.

2. Definición de Adolescencia y Juventud

El concepto de “Adolescencia” o “*juventud*” aun sigue siendo difícil de definir, hasta para los organismos internacionales, debido a que existe una incidencia cualitativa como cultura, roles, criterios políticos, económicos, cambios psíquicos, biológicos, físicos, maduración, aspectos legales sobre los diferentes grados de responsabilidad social, entre otros; y cuantitativa por el rango de edad que se puede ver desde la realidad demográfica, lo que hace, también difícil para llegar a un consenso: ya que, para su definición, los diferentes grupos de interés, han estimado como rangos de edad los siguientes parámetros: de 10 a 20 años¹; de 15 a 24 años²; de 13 a 19 años³, de 16 a 25 años³; de 10 a 24 años⁴. Para UNICEF, quien es uno de los organismos más involucrados en este tema, considera el rango de los 0 a los 14 años como niñez, de los 15 a los 18 como adolescencia y define el rango de los 15 a 24 años, como juventud, estos rangos son usados también por la OPS/OMS, derivado de los Convenios 138 y 182 de la OIT, los que también han sido ratificados por el Estado de Guatemala.

Se sostiene que los adolescentes y/o jóvenes rurales y urbanos pobres no tienen una verdadera infancia, ni mucho menos adolescencia; deben empezar a trabajar a una edad muy temprana para que ellos y sus familias puedan sobrevivir. Para otros la adolescencia constituye un período de cambio, un proceso transitorio que se ubica en el intermedio al pasar de la niñez a la etapa adulta, un período de vulnerabilidad y riesgo.

Para los Jefes de Estado y de Gobierno y la Asamblea General de las Naciones Unidas reunidos en la Cumbre del Milenio, se define a la adolescencia y juventud como:

“La fuente de creatividad, energía e iniciativa, de dinamismo y renovación social”. Aprenden con rapidez y se adaptan con facilidad. Si se les da la oportunidad de ir a la escuela y de encontrar trabajo, contribuirán enormemente al desarrollo económico y al progreso social. También se hace la reflexión de que si no se consigue darles esas oportunidades, en el mejor de los casos serán cómplices de un desperdicio imperdonable de potencial humano y en el peor de los casos se contribuirá a todos los males de una adolescencia y juventud sin esperanza, la desmoralización y unas vidas que son socialmente improductivas y potencialmente destructivas, para los propios individuos, las comunidades e incluso para los frágiles sistemas democráticos.

Lo anterior define en forma dicotómica: a) los y las adolescentes y jóvenes como amenaza para la convivencia social en donde se estigmatiza al joven como sujetos marginales y hasta peligrosos por lo que el abordaje es con medidas preventivas y que restringen sus potenciales y b) el adolescente y joven como un recurso estratégico para el desarrollo del recurso humano que contribuye al desarrollo económico y social de los países, por lo que el abordaje es con medidas de promoción y de participación.

Para el planteamiento de esta Política el Ministerio de Salud (MSPAS), se inclina por la segunda definición, la que es positivista y meritoria por las caracterizaciones de nuestra adolescencia y juventud en Guatemala; que según sus demandas ratifican sus aspiraciones, potencialidades y su voluntad como seres humanos de ser sujetos de derecho y de su propio desarrollo, en forma incluyente y participativa, en búsqueda de oportunidades que les dignifique, por lo que toma para la implementación de esta Política, el rango etáreo de los 10 a los 25 años de edad en ambos sexos, como la etapa de la adolescencia y juventud.

1. Organización de las Naciones Unidas, Cumbre del Milenio “Nuestros los pueblos y la función de las Naciones Unidas en el siglo XXI”
2. Policy Analysis and Public Education, Unipol de las Américas, “Adolescentes de hoy, padres del mañana”
3. Asamblea Nacional de las Américas, reunión de México, 1991
4. propuesto por Naciones Unidas, en el artículo 138 y 182 de la OIT

3. Situación Actual de la Adolescencia y la Juventud en Guatemala

3.1. General

En Guatemala aun se manejan altos índices de fecundidad por lo que su estructura poblacional es joven, como puede medirse en que los menores de 18 años significan el 54%⁵ de la población. Para el año 2003, se espera que una población total de 12.292,600 habitantes el 23.90% sean adolescentes⁶ (de 10 a 19 años). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en su Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1995, identifica a una población rural entre los 10 a 19 años de edad del 49.6%, distribuida en el 25.2% de sexo masculino y en un 24.4% de sexo femenino, con un promedio del 47.8%⁷ de la población rural total que sigue siendo analfabeta, situación que afecta más a la mujer. En el área rural de Guatemala se refleja una mala situación de vivienda con un hacinamiento del 61%, donde el 48.8% de viviendas tiene acceso al agua domiciliar y el 1.3% de los hogares están conectados a una red de drenajes; por lo que esta población, con estos indicadores, requiere de la creación de condiciones económicas y sociales que les permita satisfacer sus necesidades básicas e incorporarse a los procesos socio-productivos del país, no solo por tener los peores índices de pobreza (76.5%), sino por su crecimiento acelerado en los próximos años, identificado con una alta tasa de fecundidad rural de 6.4 hijos por mujer en promedio.

La discriminación hacia las culturas indígenas, ubicadas en su mayoría en el área rural, se concretiza en la existencia de índices sociales que reflejan mayor pobreza, menor educación, menores condiciones de salud y de participación para los y las adolescentes y jóvenes indígenas, lo que se ve reflejado, en que los departamentos con más bajos índices de desarrollo humano, están habitados mayoritariamente por población indígena. A diferencia de las tendencias prevalecientes en otros países de América Latina, la urbanización del país avanza lentamente. De conformidad a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de 1998⁸, el 60.3% de la población que habita en el área rural, entre ella, el 50% es indígena.

Es de observarse que cerca del 40% de la población económicamente activa todavía se desempeña en el sector agrícola, generando un poco más del 23% del Producto Interno Bruto, que en el área rural radica el 77% de los

trabajadores no remunerados y el 70% de las personas dedicadas al trabajo doméstico, mujeres y las jóvenes sobre todo, cuyo trabajo productivo se enmascara, ignorándose su aporte a la economía nacional.

Según datos obtenidos de la CEPAL, se observa que Guatemala se encuentra entre los países latinoamericanos con mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes trabajando (31.3%), siendo Brasil el de mayor porcentaje en Latinoamérica (32.2%) y Chile el de menor porcentaje (6.2%). Estos datos dificultan en forma sustantiva el derecho a la educación que se ve negado a un 34% de la población en edad escolar, población que trabaja, y de la cual el 84% vive en zonas rurales y el 60% son niñas y jóvenes mujeres.

El problema del trabajo adolescente y juvenil no se refiere a toda actividad generadora de ingresos realizada por ellos, sino principalmente a aquellas actividades que colocan en gran riesgo su integridad física y desprotección en la salud y seguridad ocupacional.

De acuerdo al Informe presentado sobre Trabajo Infantil, Unidad del Menor Trabajador, del Ministerio de Trabajo (1989), los riesgos a la salud producto de las actividades económicas de los niños, adolescentes y jóvenes son daños físicos, psíquicos, morales y sociales⁹.

Guatemala, además de vivir en un estado de pobreza que conlleva condiciones infrahumanas de vida que vetan un desarrollo próspero e inmediato, sufrió un conflicto armado interno de 36 años¹¹, que por sus características, produjo no sólo muerte y heridas físicas, sino que también dejó serias huellas psicosociales; especialmente en los adolescente y jóvenes de hoy, quienes en ese entonces eran niños, y donde muchos actualmente están en la vida adulta, cuestión de importancia para la oportunidad de desarrollo humano, donde casi todos los jóvenes de las regiones más afectadas, han vivido una cultura del miedo y la mayoría de ellos fueron víctimas de la violencia prolongada, por ser agresores forzados o ser testigos de secuestros, torturas, violaciones, muertes, destrucción de viviendas y comunidades. También, vivieron como desplazados, escondidos en montañas, sin protección, víctimas de enfermedades, de

5. Estimaciones de población 1990-2010.

6. The Futures Group, 1995.

7. Sobre el tema de las adolescentes, véase el informe UNIFEM, 1996.

8. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de 1998.

9. UNICEF/CEPAL, Trabajo Infantil, Educación, 1996.

10. Véase el artículo por el autor en el párrafo 4.

11. Estrategia Global de la Experiencia de la América Central, PRODEF, 1996.

separaciones familiares, del luto y sin oportunidades, sumando a ello la discriminación vigente y la exclusión.

Cabe mencionar, también, la tendencia actual de los adultos y de la juventud de abandonar el país para viajar a países como Estados Unidos y México entre otros, ante las condiciones de escasas oportunidades del mejoramiento de vida o la carencia de la expectativa de un futuro prometedor, quedando desprotegida en el exterior y causando serios impactos en la desintegración familiar. En la actualidad 114,763 son mujeres indígenas jefas de hogar y un total 200,113 mujeres jefas de hogar en el ámbito rural¹².

Todo ello, ha causado serios disturbios en la estructura de vida tradicional, así como desequilibrio y desintegración familiar, donde se ve mayormente afectada la población rural, entre ella la población indígena, teniendo serias repercusiones en la juventud de ayer y de hoy, causándoles sufrimiento por la violencia y pobreza en la que han vivido, afectando de esa forma: Su salud física y mental, educación, forma de vida, pérdida de valores tradicionales, identidad, relaciones étnicas, culturales y comunitarias, que en la actualidad, las nuevas generaciones encuentran presiones fuertes de transculturización.

Esta situación tiene como principales consecuencias¹³ e implicaciones para el desarrollo de la adolescencia y juventud guatemalteca: a) la pérdida de años de educación implica que los menores que trabajan recibirán en promedio, un 20% de ingresos menos durante su vida adulta, b) la falta de educación implica dificultades para avanzar en un mercado de trabajo creciente y competitivo, que cada vez más requiere de mayores conocimientos y habilidades, c) la inversión en educación es de muy alta rentabilidad económica y social para el país d) el costo para la sociedad de la NO inversión oportuna en educación, es elevado, ya que la compensación con programas de capacitación posteriores es hasta de 5 veces más caro que la inversión para años adicionales de educación en la vida adulta, y los costos empresariales en capacitación se reducirían de un 25% a un 50% y e) el trabajo del adolescente y el joven, perpetua y agranda el círculo de la pobreza, ya que al completar 10 o más años de estudio, principalmente el nivel secundario, se traduce en un 80% de probabilidades de no caer en la pobreza.

3.2. Salud¹⁴

Según datos de la Encuesta Sociodemográfica del año 1989, 87,424 adolescentes se registraron enfermos o accidentados, de los cuales el 58% provenían del área rural. En la Encuesta Nacional de Micronutrientes MSPAS/INCAP de 1995, el 36% de la población de 15 a 19 años presentó una prevalencia alta de anemia.

Las drogas de mayor uso entre la población comprendida de los 12 a los 18 años de edad son: alcohol (71.5%), cocaína (2.2%), marihuana (8%), tabaco 32.3%), estimulantes (17.8%), tranquilizantes (63.5%) e inhalantes (10.6%), donde el 52.2% eran de sexo masculino. En casos por grupo de edad acumulado desde 1984 al 30 de septiembre del año 2002, se registro el 25.13% de casos en el rango de edad de 10 a 24 años. De las entrevistadas en el Estudio Rostro de la Prostitución Infantil el 83.3% de las menores de 15 años han sufrido enfermedades de transmisión sexual, así como en el grupo de 15 a 18 el 50% y dentro de este grupo el 42% son madres. De 432 casos de violencia registrada en contra de la mujer en 1996, el 69.71% fueron de tipo callejero, 6.64% intrafamiliar y el 2.69% laboral.

La situación, según la ENSMI de 1998 – 1999, indica que en el área de salud, 17% de las mujeres entre 15 y 19 años, y 44% de las mujeres con 19 años cumplidos, ya son madres o estaban embarazadas al momento de hacerse la encuesta. De este grupo, 43% padece de anemia, 14% son analfabetas y, con respecto al trabajo, 9% trabajó durante los últimos 12 meses.

Adicionalmente, estas mismas encuestas reflejaron que el 40.5% de las adolescentes sin educación está conformado por jóvenes que alguna vez ha estado embarazada, de las cuales sólo el 43.8% puede optar a recibir control prenatal por parte de un médico durante el embarazo. En esas mismas fechas se reporta una mortalidad materna dentro del grupo de 15 a 19 años, de 102 por 100 cada mil nacidos vivos. En 1995 la muerte en mujeres menores de 24 años constituyó, el 31% de todas las muertes maternas.

En términos generales, el adolescente tiene una mortalidad¹⁵ del 14.34 por 1,000, registrándose que en las edades de los 10 a los 19 años de edad el 40% de las muertes eran de sexo masculino y el 60% de sexo femenino. Por otra parte, la tasa de mortalidad en los adolescentes de 10 a 14 años de edad (75.9) es menor que el del grupo de 15 a 19 años (154.6), por lo que es importante analizarla por separado. Entre el 43.4% y el 74.6% de las causas de muerte en el grupo de 10 a 19 años de edad son por causas externas, es decir, secundarias a muertes violentas – accidentes, suicidios y homicidios, excluyendo las causas violentas. En orden de importancia las cinco principales causas de muerte dentro del rango de edad de 10 a los 14 años son: I) Infecciones intestinales mal definidas; II) Bronconeumonías; III) Efectos tóxicos de sustancias nocivas; IV) Síntomas generales; y V) Neumonía. Y en el rango de edad de 15 a 19 años, son: I) Efectos tóxicos de sustancias nocivas; II) Envenenamientos farmacológicos; III) Efectos tóxicos; IV) Infecciones intestinales mal definidas; y V) Síntomas generales.

12) Encuesta Sociodemográfica del Cerebro y la Alimentación Agrícola, 2000.

13) Encuesta Sociodemográfica del Cerebro y la Alimentación Agrícola, 2000.

14) Encuesta Nacional de Micronutrientes MSPAS/INCAP de 1995 y las Encuestas Sociodemográficas del Cerebro y la Alimentación Agrícola, 2000.

15) Encuesta Nacional de Micronutrientes MSPAS/INCAP de 1995.

4. Antecedentes y Marco Referencial para el Diseño de los Ejes de Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud

4.1. Referencias Internacionales y Nacionales

La formulación de esta Política se basó en los Convenios Internacionales, Acuerdos de Paz y Constitución Política de la República de Guatemala y Leyes de Guatemala afectas a la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes. Entre los instrumentos internacionales marco, contamos con la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁶, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁷, la Convención Americana de los Derechos Humanos¹⁸.

Como instrumentos internacionales específicos, podemos citar: a la Convención Sobre los Derechos del Niño¹⁹, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer²⁰. Se contó, también, con directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil²¹, conocidas como DIRECTRICES RIAD, Menores Privados de Libertad²², y con las Reglas Mínimas Uniformes de NNUU para la Administración de la Justicia de Menores²³, orientadas a proteger los derechos de la niñez y juventud y responder a sus necesidades, mediante elaboración de sistemas. Por su parte, se incluyen, de igual forma las Normas Uniformes, sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad²⁴.

En especial se contó para esta Política, con las referencias del Programa Mundial de Acción para la Juventud para el año 2000 y más allá del año 2000²⁵, con los contenidos de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos²⁶, que tuvo como resultado la adopción de la llamada DECLARACIÓN DE VIENA Y PROGRAMA DE ACCIÓN, la Conferencia del Cairo sobre la Población y Desarrollo²⁷, la que da prioridad a los niños y niñas, haciendo énfasis en la importancia sobre la salud, la educación y nutrición. La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social²⁸, que apoya la elaboración de programas de apoyo y fortalecimiento al tema de salud y educación para la niñez y juventud y la Cuarta conferencia sobre la mujer²⁹, que apoya el acceso a servicios

de nutrición y salud, difunde información y proporciona garantías constitucionales y promulgación de leyes para prohibir la discriminación por razones de sexo de las mujeres y niñas.

A nivel nacional³⁰, la Constitución Política de la República de Guatemala, el Código de Salud, Ley del Seguro Social, Ley de Educación, Ley de Nacionalidad, Ley de Población y Desarrollo, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Código Civil, Código de Trabajo, Reglamentos, Código Municipal, Ley de Descentralización de Políticas Públicas, Ley de Consejos de Desarrollo, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdos de Paz y Matriz Social de Gobierno 2000-2004.

Con relación al ámbito nacional, se podría decir que se requiere de una política social para inversión en la adolescencia y juventud, como prioritaria por parte del Estado, para el fortalecimiento de las Acciones de la Matriz Social de Gobierno (2000 – 2004), dentro de la cual refiere que el Estado garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social; por medio de acciones tendientes a promover la salud, prohibiendo la venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores, prohibiendo fumar en ciertos espacios, y ofreciendo prestar ayuda en materia de rehabilitación a los menores de conducta especial.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública 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 a 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.

¹⁶ Art. 1, 10, 26, 33, 27)

¹⁷ Art. 2)

¹⁸ Pacto de San José de Costa Rica, en vigencia desde 1972)

¹⁹ Adoptado por Guatemala en septiembre 1990)

²⁰ Adoptado Diciembre 1979, ratificado en Guatemala sept. 1981)

²¹ Diciembre de 1990)

²² Diciembre de 1990)

²³ Noviembre 1985)

²⁴ Diciembre 1993)

²⁵ Nov. 1995)

²⁶ Junio 1993)

²⁷ Septiembre 1994)

²⁸ Marzo 1995)

²⁹ Septiembre 1995)

³⁰ Política según implementación de las referencias en Anexos E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WU, WV, WW, WX, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ

Además, esta 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 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya 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 niveles de atención, lo que estratégicamente permite acomodar los ejes y acciones de la Política.

Este mismo Plan enuncia espacios de participación social y comunitaria con enfoque multicultural, multilingüe, multiétnico y de género, lo que permite una instrumentalización institucional para usarse como guía a la conducción del proceso inicial que requiere el desarrollo de la Política. Estos planteamientos los hace el Plan bajo el marco de las siguientes Políticas de Salud:

- Salud integral de los grupos familiares
- Salud de los pueblos mayas, garífunas, xincas, con énfasis en la mujer
- Salud de la población migrante
- Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos
- Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad
- Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente
- Acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, y a la medicina tradicional
- Desarrollo estratégico del recurso humano
- Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional
- Coordinación intra e intersectorial
- Mejoramiento y optimización de la cooperación externa
- Desarrollo del financiamiento del sector salud
- Salud reproductiva
- Seguridad alimentaria y nutricional

Este Plan, como resultados iniciales en materia de adolescencia y juventud, ha ido abrigando su oferta Institucional de cómo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar una mejor atención a los y las adolescentes y jóvenes del país.

4.2. Demanda de los y las adolescentes y jóvenes en un marco general

Las demandas de los y las adolescentes y jóvenes, de las que aquí se hacen referencia, son producto de los procesos

que se generaron a través del Encuentro Nacional de Juventud, celebrado en abril del año 2001, y los Encuentros Regionales celebrados en Quetzaltenango, Jalapa y Cobán, durante ese mismo año, convocados por el Ministerio de Cultura y Deportes, con el apoyo de UNESCO y UNICEF. De la misma forma los foros (2 nacionales y 1 internacional), las consultas y pre congresos organizados por el programa SINA - MSPAS y de los Resultados de Estudios de Campo, de la consultoría UNICEF - Unidad de Género, Mujer y Juventud del MAGA.

Estas demandas se centran substantivamente en organización y participación juvenil, desarrollo humano, educación, formación, capacitación, salud física y mental, productividad, medio ambiente, demandas sobre desarrollo local e inversión social, atención cultural, deportiva y recreativa, haciendo énfasis en la demanda de tierra³¹.

Identificando las causas y obstáculos para la superación de sus problemas como adolescentes y/o jóvenes. En particular los Estudios de Campo, en mención, hace referencia de las tendencias de participación, priorización de necesidades e identificación de espacios institucionales, organizativos e intereses para la participación, expectativa, soluciones propuestas, y comparativamente valida las áreas de acción e intervenciones identificadas a través de este proceso.

4.3. Demandas propias de los y las adolescentes y jóvenes, en Salud

Las demandas directas, propias y auténticas de los y las adolescentes y jóvenes en materia de salud las plantean con propuestas, resultantes de los Encuentros Nacionales y Regionales de la Juventud, criterios y demandas que se consolidan con la “Consulta Participativa en Salud Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes”, celebrada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Chimaltenango, los días 4, 5 y 6 de diciembre del 2002, a través del Programa de “Salud Integral de la Niñez y Adolescencia”, dentro del marco del Proyecto de “Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes con énfasis en Salud Reproductiva”. Se obtuvieron aportes extremadamente valorativos para la implementación de estrategias entorno a la Política de “Salud para la Adolescencia y la Juventud”, las demandas que priorizaron en:

- a. Acceso inadecuado a los servicios de salud para los y las jóvenes y adolescentes
- b. Deficiencia en la prestación de los servicios de salud para los y las jóvenes y adolescentes.
- c. Falta de información, educación, comunicación y divulgación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes

³¹ Véase los datos del estudio “El medio ambiente y la agricultura de los jóvenes”, realizado por el equipo del UNICEF/Ministerio de Cultura y Deportes, en el año 2001, en el sitio www.unicef.org.

- d. Falta de Empoderamiento de los y las adolescentes y jóvenes en acciones de salud.
- e. Inexistencia de la información adecuada sobre el Programa de Salud Bucodental en los Servicios de Salud.
- f. Falta de información y divulgación sobre el Programa Nacional de Salud Mental en Adolescentes y Jóvenes
- g. Falta de información a padres de familia sobre el desarrollo físico y mental de sus hijos e hijas
- h. Fortalecer el Programa de Medicina Tradicional y Salud Reproductiva en los servicios de salud.

En el Estudio de Campo realizado por UNICEF/MAGA, en el año 2001, los jóvenes manifestaron su interés de la siguiente forma ante las potenciales intervenciones en salud:

Validación de Áreas de Acción e Intervenciones

Área Social (Salud)

Temática	Mucho (%)	Regular (%)	Poco (%)	Nada (%)	No lo Conoce (%)	No Respondió (%)
Prevención de Enfermedades	57	79	11	3	2	5
Atención Primaria en Salud	47	72	12	2	4	10
Salud Reproductiva y Educación Sexual	56	74	9	5	3	9
Salud mental, Crecimiento y Desarrollo Juvenil	54	81	8	3	1	7
Mejoramiento de Vivienda	53	73	11	2	0.5	13.5
Manejo de Basuras	50	68	10	4	2	16

El cuadro demuestra que los intereses de los adolescentes y los jóvenes en la salud reproductiva y educación sexual, al sumar los porcentajes de mucho y regular interés, se concentran en un 74% y en la salud mental y desarrollo en un 81%, estos datos nos permiten ubicar con claridad donde se centran los intereses temáticos de la salud.

5. Conceptualización y Definición de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud

Como se señala con anterioridad la definición y conceptualización de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud, se define dentro de un marco integral del derecho nacional e internacional, de la demanda social consultada y manifestada de manera sensible y directa por la adolescencia y juventud guatemalteca dentro de su contexto, y el análisis crítico reflexivo de la oferta institucional del Estado y la Sociedad.

Lo que ha llevado a tomar como base que los servicios que implementen y desarrollen esta Política, visualicen a corto plazo su atención a las edades comprendidas dentro de los 10 y 25 años como lo refiere en la Convención de Estados y Naciones Unidas. Iniciándose, en este caso, con los grupos de población definidos en el manual de Atención a Adolescentes del SIAS³², como son: a) Adolescencia temprana de 10 a 13 años; b) Adolescencia media de 14 a 16 años, y c) Adolescencia tardía de 17 a 19 años. Esta implementación y desarrollo debe hacerse sobre la base de un enfoque de atención integral y diferenciada en género, etnia, multilinguismo y multiculturalidad, promoviendo la participación comunitaria y social, en especial de la adolescencia y la juventud.

5.1. Objetivos de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud

5.1.1. Objetivo de Desarrollo de la Política

El objetivo de desarrollo de la Política, se basa en el análisis precedente de las condiciones de pobreza del país y es congruente a los Acuerdos de Paz que enmarcan la modernización y descentralización del sector público, de la asignación del gasto público, la participación de la sociedad civil, y en la estrategia de reducción de la pobreza, elementos que pretenden el alcance de una racionalización y aumento en el gasto en los sectores sociales, de infraestructura básica, que mejorará en la eficiencia y equidad de los servicios públicos entorno a los adolescentes y jóvenes.

Por lo que la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud debe implementarse en cada uno de los ámbitos departamentales, municipales y locales, de manera integral, con relación a los conceptos que estas plantean, sobre los cuales se debe fortalecer y racionalizar la atención, los

servicios y el gasto público en salud, en la atención a la salud integral de los y las adolescentes y jóvenes a través de la instrumentalización de los ejes de política y sus acciones, aquí planteados, ya que estos nacen de las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales de los adolescentes y jóvenes para impulsar su desarrollo, competitividad y productividad.

5.1.2. Objetivo Estratégico de la Política

Lograr la inserción de acciones y actividades en programas y proyecto del Estado y la Sociedad a través del MSPAS, instrumentalizando la coordinación y articulación con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales o internacionales, en forma concurrente con responsabilidad compartida en la tarea de la atención de la salud integral de la adolescencia y juventud para su desarrollo, de la siguiente forma: *a)* impulsando estrategias de trabajo y atención, *b)* convocando y organizando a los jóvenes como sujetos de su propio desarrollo, *c)* integrando al conjunto estratificado de las diferentes instancias departamentales, municipales y comunales, con ese propósito, y *d)* compatibilizando las acciones de los organismos de cooperación internacional con los procesos nacionales, sobre la base del desarrollo de los elementos anteriores, en beneficio de la juventud.

5.1.3. Objetivos Específicos

- Apropiar e insertar por medio de las acciones de *Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud*, las necesidades y demandas de salud de los Adolescentes y jóvenes dentro del marco de su cultura³³, territorialidad y capacidades, a través del desarrollo humano y capitalización social en dirección a la búsqueda del desarrollo de su *salud* de manera sostenible, de una cultura de paz, democrática y de reducción de la pobreza, con capacidad de autogestión.
- Promover la inversión social y humana que se pueda alcanzar a través de las acciones de *Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud*, con los recursos propios de la comunidad, del municipio de los Consejos Departamentales y Regionales de Desarrollo, la inversión del Estado y de la Cooperación

³² Manual de Atención a Adolescentes del SIAS, 1999, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1999.

³³ La cultura es el conjunto de saberes, valores, costumbres, creencias, tradiciones, conocimientos, habilidades, etc. que forman el patrimonio cultural de una sociedad.

Internacional, para lograr en los adolescente y jóvene un estado de *salud* aceptable, como futuro social, para una calificación con capacidad propia y organizada, eficiente, rentable y competitiva para el desarrollo y sostenibilidad económica.

- Procurar modelos de participación y organización de adolescentes y jóvenes, en forma conjunta y coordinada con programas, proyectos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que se adhieran a los intereses de la *salud* de los adolescentes y de los jóvenes en el ámbito local con alta participación y liderazgo para resolver su problemática y potencializarlos en los espacios de toma de decisiones como centro y sujetos del cuidado y desarrollo de la *salud*.
- Promover el respeto e interrelación de la cultura y la lengua¹⁴ de los adolescente y jóvenes de ambos sexos, en los elementos considerados en los procesos al desarrollo integral sostenible de la salud, para la accesibilidad de los programas y proyectos, la viabilidad y factibilidad de los cambios necesarios en el ámbito político, social y económico dentro del marco de un desarrollo de una *salud* integral en lo científico y tecnológico, en dirección de la equidad y competitividad en forma culturalmente sostenible.
- Procurar la viabilidad política, legal, técnica, ejecutiva, administrativa y presupuestaria de las acciones de esta *Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud*, conciliando la oferta institucional con la demanda de *salud* de los y las adolescentes y jóvenes en forma inter dinámica y permanente, con una ejecución descentralizada y con la instancia apropiada con capacidad y calidad institucional que motive y fortalezca el crecimiento y desarrollo positivo en un alcance de un mejor nivel y estilo de vida de los y las adolescentes y jóvenes guatemaltecos.

5.2. Principios de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud

Estos principios se sustentan en: La viabilidad basada en el interés político e institucional de las autoridades en el tema; en la accesibilidad que han permitido al planteamiento, los programas de salud ya en ejecución y la factibilidad por los esfuerzos conjuntos intra e interinstitucionales de aportar y apoyar la implementación de esta *Política de manera integral y universal dentro de los principios de equidad y solidaridad*, lo que encamina a los siguientes términos de sostenibilidad:

5.2.1. Sostenibilidad Social

La Política procura insertarse apropiadamente a las necesidades y demandas de salud de los adolescentes y los jóvenes dentro del marco de su cultura, territorialidad, idioma, género y capacidades, a través del bienestar integral dentro del marco de una cultura de paz, democrática y de un proceso de reducción de la pobreza, considerando la capacidad de autogestión, participación y de consenso de los y las adolescentes y jóvenes.

5.2.2. Sostenibilidad Económica

Comprende la inversión social y humana que se pueda alcanzar a través de esta Política, con los recursos propios de la comunidad, del municipio, de los Consejos de Desarrollo, la inversión social del Estado y de la Cooperación Internacional, para lograr en los y las adolescentes y jóvenes un estado de salud aceptable, que les permita una calificación y capacidad de desarrollo propia, eficiente, rentable, competitiva y productiva de manera sostenible, para el bienestar de ellos mismos, de su familia y del país.

5.2.3. Sostenibilidad Política

La Política se debe sustentar en modelos de participación y organización de los adolescente y jóvenes de manera conjunta con programas y proyectos de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que se adhieran a los intereses de los adolescentes y los jóvenes localmente con alta participación y liderazgo para resolver su problemática de salud y potencializarlos en los espacios de toma de decisiones como sujetos de desarrollo de su propia salud, sustentados en los Decretos Ley 11-2002; 12-2002 y 14 2002, del Congreso de la República.

5.2.4. Sostenibilidad Cultural

La Política comprende el respeto e interrelación de la cultura, cosmovisión y creencias de los adolescentes y los jóvenes de ambos sexos, en todos los elementos considerados en las diferentes formas y contenidos del cuidado de la salud de manera integral, para alcanzar la mejor accesibilidad y beneficio de programas y proyectos, con equidad y competitividad en forma culturalmente sostenible entre ellos y sus comunidades.

5.2.5. Sostenibilidad Institucional

La Política procura la viabilidad, accesibilidad y factibilidad política, legal, técnica, ejecutiva, administrativa y presupuestaria de las acciones, conciliando la oferta

¹⁴ El idioma oficial de Guatemala es el español, pero en algunas zonas del país se habla también el idioma maya.

institucional con la demanda social en salud de los adolescente y los jóvenes en forma ínter dinámica y permanente, con una ejecución descentralizada y con la instancia apropiada con capacidad y calidad institucional del Estado que motive y fortalezca, la participación de los mismos en los diferentes procesos del desarrollo de la salud.

5.3. Ejes Estratégicos de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud

Eje Integral

5.3.1. Salud Integral y Diferenciada para los y las Adolescentes y los Jóvenes

5.3.1.1. Objetivo

Procurar por la salud integral de la adolescencia y juventud, con el fin de garantizarle el alcance de un bienestar bio-psico-social, dentro de un medio y contexto humano sano, respetando sus calidades de género, étnia, cultura y lengua, para su desarrollo.

5.3.1.2. Acciones

- Salud preventiva y atención a la morbilidad
- Salud bucodental
- Salud Mental
- Salud Reproductiva
- Crecimiento y Desarrollo
- Seguridad alimentaria
- Vigilancia Epidemiológica
- Educación en salud y promoción de prácticas positivas para alcanzar estilos de vida saludables
- Prevención del alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y otras adicciones
- Articulación de los servicios tradicionales de salud (medicina tradicional)
- Atención a grupos vulnerables
- Acceso a medicamentos y medicinas tradicionales
- Ampliación de coberturas y fortalecimiento institucional
- Formación y desarrollo del recurso humano en salud de la adolescencia y juventud.

Ejes Específicos

5.3.2 Salud Reproductiva y Educación Sexual para los Adolescentes y los Jóvenes

5.3.2.1 Objetivo

Mejorar la salud reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes, mediante la educación, promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, con equidad, enfoque de género, multicultural, étnico y lingüístico, haciendo énfasis en la población vulnerable y excluida registrada en los índices de desarrollo humanos y mapas de pobreza de SEGEPLAN.

5.3.2.2 Acciones

- 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

5.3.3 Salud para la Paz

5.3.3.1 Objetivo

Contribuir a reparar el daño físico, psíquico y social sufrido de manera histórica en los y las adolescentes y jóvenes en el conflicto interno y la violencia social, y a mejorarles sus condiciones de vida y convivencia humana dentro de un medio y ambiente sano y próspero.

5.3.3.2 Acciones

- Recreación
- Prevención de la violencia, individual, familiar y colectiva
- Resolución no violenta del conflicto y convivencia pacífica (autoestima, valores y socialización)
- Promoción a la reconciliación y cultura de paz (comportamientos y conductas)
- Atención a la víctima de postguerra (resarcimiento moral, físico, psíquico y social)
- Atención a la discriminación, al racismo y exclusión (salud mental y social)

- Municipios promotores de la salud y la paz (voluntariado y participación comunitaria de los adolescentes y jóvenes en el cuidado de la salud)
- Ampliación de coberturas
- Fortalecimiento a la calidad y calidez en la atención

5.3.4 Salud en Factores de Riesgo de la Adolescencia y Juventud

5.3.4.1 Objetivo

Prevenir y atender de manera emergente y oportuna las enfermedades o los desequilibrios físicos, psíquicos y sociales, con probabilidades de ocurrencia en los y las adolescentes y jóvenes, a los cuales muestran vulnerabilidad por su medio o de los cuales ya son víctimas, por su portación o incidencia.

5.3.4.2 Acciones

- Prevención y atención ITS / VIH / SIDA positivo
- Prevención al cáncer en la mujer adolescente
- Prevención y atención al adicto y a la delincuencia adolescente-juvenil
- Prevención y atención a la morbilidad por arma de fuego y blanca
- Prevención y atención al maltrato, abuso y prostitución adolescente-juvenil

5.3.5 Medio Ambiente en que se desenvuelve y se desarrolla la Adolescencia y Juventud

5.3.5.1 Objetivo

Contribuir a que los y las adolescentes y jóvenes, se integren como parte del sistema de vida, para preservar y proteger al medio, procurando un ambiente sano y digno, para el fortalecimiento de su desarrollo humano, del mejoramiento en su calidad de vida y preservación de especie.

5.3.5.2 Acciones

- Conservación y preservación del medio
- Saneamiento del medio
- Manejo de basuras y desechos
- Mejoramiento a la vivienda
- Mejoramiento del ambiente del entorno y social
- Recreación eco-ambiental

5.3.6 Salud y Seguridad Ocupacional de la Adolescencia y Juventud

5.3.6.1 Objetivo

Preservar la integridad física, mental y social requerida por los y las adolescentes y jóvenes en su derecho a la vida, su crecimiento y desarrollo, bajo los derechos de la protección integral, la prevención y atención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales, y procurarles un ambiente laboral sano y productivo para su propia realización dentro del marco de una vida digna.

5.3.6.2 Acciones

- Atención y protección a la salud y seguridad ocupacional
- Educación en salud y seguridad ocupacional
- Atención a las peores formas de trabajo adolescente-juvenil
- Prevención y atención a las enfermedades y accidentes de trabajo
- Atención al migrante
- Prevención y atención a las intoxicaciones (químicos, metales, otros)
- Vigilancia epidemiológica

5.3.7 Alimentación y Nutrición de los y las Adolescentes y Jóvenes

5.3.7.1 Objetivo

Fomentar la adecuada nutrición y alimentación, bajo una cultura de hábitos alimentarios y nutricionales adquiridos por los, las adolescentes, jóvenes y sus familias.

5.3.7.2 Acciones

- Promoción, divulgación, formación y educación sobre seguridad alimentaria y nutricional
- Fortalecimiento institucional para la seguridad alimentaria y nutricional

6. Identificación de Estrategias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para contribuir a la Implementación de la Política de Salud para la Adolescencia y Juventud.

La estrategia básica para la implementación de esta Política, se sustenta sobre los elementos metodológicos de la concurrencia democrática, participativa e incluyente, con responsabilidad compartida, en formas descentralizadas a nivel sectorial, institucional, municipal, comunitario, local y programática; bajo los principios del consenso, flexibilidad, participación, integralidad, universalidad, equidad y solidaridad.

Por lo que el proceso de implementación de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud, cuenta con dos opciones estratégicas y/o metodológicas para hacerlo, que son: a) desarrollar los conceptos y contenidos de la Política en su totalidad, o b) hacer un ordenamiento de planes, programas y proyectos ya existentes, e insertando acciones e intervenciones requeridas por la Política y sus acciones. Para poder determinar los pasos siguientes:

- 6.4. Elaboración de un Plan Marco que desarrolle las Acciones de los Ejes de Política como intervenciones y sirva de marco de referencia para Planes Operativos, Programas y Proyectos.
- 6.5. Inserción de acciones y actividades para el desarrollo de la Política de Salud para los y las Adolescentes y Jóvenes en programas y proyectos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya en operación encajando las particularidades y estrategias que sugiere la Política
- 6.6. Coordinación y articulación con otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales nacionales o internacionales para el desarrollo e implementación de la Política de Salud para los y las Adolescentes y Jóvenes, a todo nivel, es decir nacional, departamental, municipal y comunitario.
- 6.7. Concurrencia y responsabilidad compartida institucional y social con participación de la adolescencia y la juventud como sujeto del desarrollo de su propia salud.
- 6.8. Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial, con el fin de hacer concurrir y compartir responsabilidades adecuadamente a las acciones referidas en los Ejes de Política.
- 6.9. Institucionalización de la Política de la Salud para los y las adolescentes y la juventud dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los otros Ministerios y Órganos de Estado, a fin de fortalecer la capacidad instalada en la materia y mejorar la efectividad de las intervenciones para el desarrollo de la salud de los y las adolescentes y juventud.
- 6.10. Concertación entre el Estado y la sociedad civil en los niveles centrales y locales, como condición básica para impulsar las acciones de los Ejes de Política a todo nivel, convocando en forma especial a los y las adolescentes y jóvenes, pero integrando al conjunto de la sociedad y del Estado para ello.
- 6.11. Compatibilización de acciones con organismos de cooperación internacional con los procesos nacionales, sobre la base del desarrollo de los elementos anteriores y de esta Política.
- 6.12. Promoción a la participación comunitaria como estrategia al fortalecimiento de la salud de la adolescencia y juventud.
- 6.13. Promoción al libre acceso a la información, generando fuentes que permitan la educación y comunicación a favor de la salud de la adolescencia y la juventud.

7. Mecanismo de Control de Política

Los mecanismos iniciales de control de la Política “Salud para la Adolescencia y la Juventud”, giran más sobre el interés de desarrollarla e implementarla, lo que está en principio, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por mandato constitucional y lo establecido en el Código de Salud, pudiendo apoyarse en su ejecución con el Programa de Salud para la Niñez y Adolescencia (SINA). Como un segundo momento deberá considerarse las alianzas intersectoriales y en especial las interministeriales, con prioridad con aquellos ministerios que ya cuentan con políticas para la Adolescencia y la Juventud³⁵ o trabajan de manera más definida en este campo. Por lo que será necesaria la implementación de una estrategia conjunta para lograrlo de manera concertada.

SIGLAS

CEPAL	Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe
ENSMI	Encuesta Nacional De La Salud Materno Infantil
IICA	Instituto Iberoamericano De Cooperación Agrícola
INCAP	Instituto De Nutrición De Centroamérica Y Panamá
INE	Instituto Nacional De Estadística
ITS	Infecciones De Transmisión Sexual
MAGA	Ministerio De Agricultura Ganadería Y Alimentación
MSPAS	Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social
NU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial De La Salud
OPS	Organización Panamericana De La Salud
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIDA	Síndrome De Inmuno Deficiencia Adquirida
SINA	Programa De Salud Integral De La Niñez Y La Adolescencia
UNESCO	Organización De Las Naciones Unidas Para La Educación La Ciencia Y La Cultura
UNICEF	Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia
VIH	Virus De Inmuno Deficiencia Humana