Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
Coordinación de Ejes Transversales

Programa de Salud Integral de Adolescencia y Juventud

[LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS EN SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES]

PARA ORIENTAR LOS PLANES ESTRATÉGICOS TERRITORIALES EN SALUD

PERÍODO 2010-2015

TIEMPO DE SOLIDARIDAD
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA GUATEMALA
Ministerio de Salud Pública República de Guatemala Sí cabe de salud!
Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Asdi
REAL EMBAJADA DE NORUEGA

AUTORIDADES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Dr. Ludwig Ovalle
Ministro de Salud Pública

Dr. Pedro Rosales
Viceministro de Salud

Dra. Silvia Palma
Viceministra de Salud

Dr. Guillermo Echeverría
Viceministro de Salud

Dr. Salomón López
Director General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud

Lic. Jorge Adolfo Alas Gordillo
Director General de Recursos Humanos

Dr. Rafael Haeussler
Jefe del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas

Dra. Xiomara Castañeda
Directora del Sistema de Atención Integral en Salud (SIAS)

SIGLAS UTILIZADAS

ASDI	Agencia Sueca de Desarrollo Internacional
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CNNA	Comisión Nacional de Niñez y Adolescencia
DECAP	Departamento de Capacitación
DRPAP	Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
IEC	Información, Educación y Comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MyE	Monitoreo y evaluación
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PETS	Plan Estratégico Territorial de Salud
PNMTA	Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa
PNS	Programa Nacional de SIDA
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
POA	Plan Operativo Anual
PROEDUSA	Departamento de Promoción y Educación en Salud
PSIAJ	Programa de Salud Integral de Adolescencia y Juventud
SECCATID	Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SSR	Salud sexual y reproductiva
UAPII	Unidad de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPE	Unidad de Planificación Estratégica
USME	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Contenido

SIGLAS UTILIZADAS **3**

INTRODUCCIÓN **5**

SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES **6**

ANALISIS DE ESCENARIOS **11**
Escenario Actual 11
Escenario Deseado 13

ANÁLISIS FODA **13**
Fortalezas 14
Oportunidades 14
Debilidades 14
Amenazas 15

NECESIDADES IDENTIFICADAS **15**
JUSTIFICACION 16
VISIÓN 16
MISIÓN 16
PROPÓSITO 17
RESULTADO 17

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS **17**
Lineamiento 1 17
Lineamiento 2 17
Lineamiento 3 17
Lineamiento 4 18
Lineamiento 5 18
Lineamiento 6 18

MARCO DE PROGRAMACIÓN **19**

MARCO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN **22**
Metas de Impacto ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Metas de Resultados 22

ANEXO I LISTADO DE INDICADORES **24**

ANEXO II. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DEL DOCUMENTO **27**

INTRODUCCIÓN

El documento de *Lineamientos Estratégicos de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes para orientar los Planes Estratégicos Territoriales en Salud (PETS)*, ha sido elaborado con la participación de personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), representado por un equipo técnico de las distintas instancias del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP) y del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), con el apoyo técnico de la OPS/OMS. Tiene por objetivo incluir intervenciones efectivas para la población de adolescentes y jóvenes a nivel de las Áreas de Salud y dentro del Plan Nacional para la Salud de Todas y Todos los Guatemaltecos 2008-2012.

A tal fin, se convocó un taller a las dependencias del MSPAS responsables de la salud de adolescentes y jóvenes para identificar las necesidades de implementación del *Modelo de Atención Integral y Diferenciada para los y las Adolescentes*. En este espacio se evaluaron las actividades que realizan las dependencias del MSPAS que incluyen la normalización, la supervisión y la evaluación de salud de adolescentes y jóvenes, así como la programación y la atención de salud a nivel local.

El marco legal de referencia es amplio y en él se inscriben los tratados, pactos y convenciones internacionales, la legislación nacional y las políticas públicas para esta población, entre los que se enfatiza la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud 2003-2012, la Ley de Protección Integral para la Niñez y Adolescencia, la Política Pública de Protección Integral y Plan de Acción a Favor de la Niñez y la Adolescencia 2004-2015, la Ley Desarrollo Social (Decreto Nº 42-2001), la Política de Desarrollo Social y Población, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración al Programa de Nacional Salud Reproductiva (Decreto Nº 87-2005), su Reglamentación (Acuerdo gubernativo Nº 279-2009) y el Modelo de Atención Integral y Diferenciada para los y las Adolescentes del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

En el espacio de discusión se analizó el escenario actual y el escenario deseado para la población adolescente y joven en el país; se describieron las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas que se identifican en el trabajo del MSPAS este aspecto. A partir de estas referencias, se definieron y acordaron la visión y la misión del Programa de Salud Integral de Adolescencia y Juventud (PSIAJ) y los Lineamientos Estratégicos de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes para el período 2010- 2015, orientado a los Planes Estratégicos Territoriales en Salud (PETS) y como meta se define *institucionalizar el Modelo de Atención de Salud Integral y Diferenciada de los y las Adolescentes.*

SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

En Guatemala habitan 4,700,000 adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (2,347,973 hombres y 2,362,561 mujeres) que representan 34% de la población masculina y el 32% de la femenina[1], según se indica el cuadro Nº 1.

Cuadro Nº 1: Población de Adolescentes y Jóvenes. Guatemala. Proyecciones 2010			
Grupos de Edad	**Hombres**	**Mujeres**	**TOTAL**
10-14 años	906,603	891,659	1,798,262
15-19 años	794,459	795,688	1,590,147
20-24 años	646,911	675,214	1,322,125
Total	2,347,973	2,362,561	4,710,534
Proporción	33.6	32.1	32.8

Según datos de INE un 41.2% de la población del país pertenece a pueblos indígenas, que comprende los pueblos Maya -con 22 comunidades lingüísticas- Xinka y Garífuna. La pobreza afecta a más de la mitad de la población (51%) y al 15.2% que sufre pobreza extrema; pero en el caso de los pueblos indígenas la pobreza afecta al 74.8% de las personas y la pobreza extrema al 27.2%, por lo que podría decirse que ser indígena en Guatemala es casi un sinónimo de condiciones de pobreza[2]. Los pueblos indígenas enfrentan importantes barreras de acceso al ejercicio de sus derechos a educación, salud y justicia, determinado por procesos de exclusión, discriminación y racismo históricos[3].

Junto a la pobreza y la discriminación étnica, las adolescentes y jóvenes sufren las consecuencias de la inequidad de género, que se manifiesta en falta de oportunidades de desarrollo, desigual acceso a la educación, presión social para la maternidad temprana y los matrimonios infantiles, responsabilidad de la crianza exclusivamente a cargo de la madre, desiguales derechos económicos y un alto nivel de violencia de contra las mujeres y niñas, que convierte a Guatemala en uno de los países del istmo centroamericano con mayor nivel de violencia de género. Según datos de INE el número de adolescentes menores de 15 años casadas es de 1,110 mujeres y 19 hombres y en el grupo de 15 a 19 años asciende a 18,790 mujeres y 8,409 hombres[4]. Contribuye a ello una legislación que autoriza el matrimonio infantil por los padres, pautas culturales que consideran al matrimonio como reparación de una violación o abuso sexual y que favorecen la trata de personas, aún cuando existe legislación que penaliza la misma. Datos preliminares de ENSMI 2008/2009 muestran que el 45% de las mujeres en edad fértil sufrieron violencia en algún momento de su vida por parte de su esposo o compañero, y el 23% en el último año, con un porcentaje levemente

[1] INE. 2010. Proyecciones de Población 2010 según Censo 2002.
[2] INE: ENCOVI 2006.
[3] OACNUDH. 2008: Informe del Relator Especial Sr. Vernor Muñoz sobre el derecho a la educación. Guatemala.
[4] INE. 2007. Estadísticas vitales. Guatemala.

superior en áreas urbanas (25.6%) y mujeres no indígenas (25.2%). El tipo de violencia sufrida incluye un 21% de violencia verbal; 7.8% violencia física; 3.2% violencia sexual y 1.9% los tres tipos de violencia[5]. Los casos denunciados de violencia intrafamiliar han crecido en Guatemala, llegando en 2008 a afectar a 6,743 víctimas adolescentes y jóvenes, de los cuales el 93.2% fueron mujeres, como se evidencia en el siguiente cuadro[6].

Cuadro Nº 2: Adolescentes y jóvenes víctimas de la violencia intrafamiliar, según edad y sexo. Guatemala 2008

Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
10 a 14	131	74	47	26	178	100
15 a 19	2.099	95	112	5	2.211	100
20 a 24	4.058	93,2	296	7	4.354	100
Total	**6.288**	**93**	**455**	**7**	**6.743**	**100**

Las inequidades étnicas y de género limitan el acceso de adolescentes y jóvenes a su derecho a la salud y condicionan otros determinantes como desigualdad socioeconómica, escolaridad y ruralidad. Según datos de ENCOVI 2006 el 20.5% de la población (alrededor de 2.5 millones de personas) no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud. Del 51% de la población en situación de pobreza, únicamente el 35.8% tiene acceso a un hospital público, el 42.5% a una farmacia, el 55.2% a un centro de salud, el 68% a un puesto de salud y un 75% a un centro comunitario[7]. Sólo el 51.2% de las mujeres acceden a tener su parto en establecimientos de salud, indicador que muestra importantes brechas entre población indígena (29.2%) y la mestiza (70%)[8].

Las principales causas de muerte de adolescentes y jóvenes son las externas: según datos de SIGSA en adolescentes de 10 a 19 años hombres y mujeres, las violencias (homicidio, femicidio, suicidio y violencia no especificada) y los accidentes representaron en 2009 el 40.4% del total de defunciones (668), las enfermedades transmisibles e infecciosas ocupan el segundo lugar con un peso de 18% y las enfermedades malignas el tercer lugar con en el 6.7% de los casos. El impacto de las causas externas resulta mayor si se considera solamente a los adolescentes varones, en los que las violencias y accidentes impactan en un 66.3% de las causas de muerte[9].

La principal vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes está relacionada con la salud sexual y reproductiva. Según datos preliminares de ENSMI 2008/2009 el 18.5% de las adolescentes de 15 a 17 años y el 42.7% de las de 18 a 19 años han tenido experiencia sexual. De ellas el 3.3% tuvo su primera relación sexual antes de los 13 años, el 14.4%

[5] MSPAS. 2009: ENSMI 2008/2009. Informe preliminar. Guatemala.
[6] INE. Unidad de Estadísticas de Violencia Intrafamiliar. 2008
[7] INE: ENCOVI 2006
[8] INE: ENSMI 2008/09
[9] SEGEPLAN. Naciones Unidas. 2006. Efectos en Guatemala de las lluvias torrenciales y la tormenta tropical Stan 2005. Guatemala.

entre los 13 y 14 años, el 49% entre 15 y 17 años y 20.7% entre los 18 y 19 años. El 29% de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años y el 28% de las jóvenes de 20 a 24 años relató haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Para el caso de los jóvenes hombres, el 29% de los de 15 a 19 años y el 32% de los de 20-24 años declaró haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. A su vez, el 18.1% de las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años reconocieron haber usado anticoncepción en su primera relación sexual, de las cuales el 12.7% utilizó condón.

Un indicador proxy de abuso sexual es la diferencia de edad con el compañero sexual mayor de 5 años, por cuanto supone una desigualdad de poder en la toma de decisiones. Los datos de ENSMI muestran que un 31% de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 13 años, su compañero sexual tenía más de 20 años y en un 29.4% no sabía la edad, según el cuadro siguiente:

Cuadro Nº 3: Mujeres de 15-24 años por edad de la primera pareja sexual

Edad de la 1ª relación sexual	Edad de la primera pareja sexual					
	12-14	15-17	18-19	20-24	25 o más	No sabe
Menor 13	6.6	16.4	16.4	20.9	10.3	29.4
13-14	3.4	26.5	28.4	29.2	10.8	1.7
15-17	0.7	21.3	27.8	36.8	12.2	0.8
18-19	0.4	8.3	26.4	47	17.1	0.4
20-24		2.5	11.6	58.8	26.7	0.4
Total	**1.2**	**16.9**	**25.2**	**39.9**	**14.7**	**2.2**

Guatemala se encuentra ubicado entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina[10]. De acuerdo a datos de ENSMI 2008/2009 el 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años, el 25% entre los 18 y 19 años. La tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años alcanza a 98 por mil nacimientos y 184 por mil entre 20 y 24 años. La fecundidad es mayor en adolescentes de áreas rurales y con menor nivel educativo, por cuanto mejorar el acceso a educación en jóvenes mujeres resultaría ser una de las principales estrategias para la prevención del embarazo en la adolescencia. La tasa de fecundidad específica de adolescentes indígenas de 15 a 19 años es más baja que la de las mestizas, con 94 y 100 por mil nacimientos respectivamente. Pero en el grupo de mujeres jóvenes de 20 a 24 años la situación es inversa, con mayor fecundidad en indígenas (202 ‰[11]) respecto a mestizas (173 ‰)[12], por lo que se evidencia que las jóvenes indígenas comienza su vida reproductiva más tarde que las mestizas, pero tienen más hijos. Los embarazos en edades de 10 a 19 años representan el 20% del total de embarazos atendidos por los servicios de salud, según el Programa Nacional de Salud Reproductiva[13]. En el grupo

[10] UNFPA. 2009: Estado de la población mundial 2009. Frente a un mundo cambiante las mujeres, la población y el clima. New York
[11] Por mil nacimientos.
[12] INE: ENSMI 2008/2009
[13] MSPAS. PNSR. Sala situacional 2009

de adolescentes y jóvenes mujeres con más de una pareja sexual en el último año, sólo el 12% de 15 a 19 años y el 44% de 20 a 24 años usaron condón en la última relación sexual. Estas cifras muestran desigualdades en adolescentes y jóvenes indígenas (11%), respecto de las mestizas (17%)[14].

El acceso a anticoncepción en la adolescencia resulta muy bajo: utilizan anticoncepción sólo el 32.7% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 47.9% de 20 a 24 años. Si se consideran el uso de métodos modernos de anticoncepción, la proporción es menor: sólo usa el 28.1% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y el 39.8% de 20 a 24 años. El análisis según el tipo de métodos utilizados muestra una preferencia de las adolescentes y jóvenes por inyectables (18.3% en 15-19 años y 22.7% en 20-24 años), en segundo lugar pastillas (3.9% y 4.6% respectivamente) y posteriormente el condón (3.3% y 5.2% respectivamente). Llama la atención que un 1.9% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 3.3% de 20 a 24 años dice utilizar el método del retiro, de alta ineficacia en adolescentes. Existe un 25.6% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 24.3% de mujeres de 20 a 24 años con necesidad insatisfecha de anticoncepción, con mayor peso en jóvenes que viven en áreas rurales, poblaciones indígenas y con bajos niveles educativos. La necesidad insatisfecha de anticoncepción se explica principalmente para espaciar nacimientos en 20.3% en mujeres de 15 a 19 años y 19.7% de 20 a 24 años[15]. Estos datos hacen necesario reformular las estrategias desde un enfoque integral, que considere a adolescentes y jóvenes de las poblaciones más excluidas.

El riesgo de morir en el primer año de vida es mayor para hijas/os de madres adolescentes y mayores de 40 años. De cada mil hijas/os de madre de 15 a 19 años, 34 morirán antes de cumplir el año, si se consideran los datos de los cinco años precedentes. A su vez, el mayor riesgo de muerte infantil de 1 a 4 años corresponde a hijas/os de madres adolescentes (16 por mil). La mortalidad infantil es mayor en áreas rurales y con un intervalo de nacimiento menor a 2 años[16].

La mortalidad materna de adolescentes y jóvenes (10-24 años) impacta en el 33.8% del total de la mortalidad materna[17]. Por cuanto la razón de mortalidad materna es un eficiente indicador de la inequidad de acceso a los servicios de salud, es necesario focalizar las estrategias preventivas y de acceso de las poblaciones jóvenes a la anticoncepción y la atención del embarazo y parto institucional. Sin embargo las adolescentes solicitan con mayor frecuencia que las mujeres adultas la atención del parto sea con personal médico/enfermera, siendo 62.9 % en el grupo de 15 a 19 años, un 53% en jóvenes de 20 a 24 años. No hay aún cifras desagregadas por condición de ruralidad en adolescentes, pero en todas las edades reproductivas el acceso a parto con personal calificado que es de 51.3%, con valores significativamente menores en áreas rurales (36.5%) y mujeres indígenas (29.5%). También tienen mayor proporción de control prenatal que las adultas en un 92.6%, pero la frecuencia disminuye a

[14] INE: ENSMI 2008/2009
[15] INE: ENSMI 2008/2009.
[16] INE: ENSMI 2008/2009.
[17] SIGSA con datos de mortalidad materna 2009.

medida que avanza el embarazo: 59.5% en el primer trimestre; 27.8% en el segundo y 5.1% en el tercer trimestre[18].

Guatemala es el tercer país con mayor prevalencia de VIH-sida de Centroamérica, con una epidemia de tipo concentrada, esto es con prevalencia menor al 1% de la población general. Según estimaciones del MSPAS para el 2009, 63,400 personas viven con VIH de los cuales el 23% (14,318) son jóvenes de 15 a 24 años. La vía de transmisión es sexual en un 94% de los casos y el 5% de transmisión de madre a hijo. La prevalencia estimada para el 2009 es de 0.8% en la población general y 0.11% en jóvenes de 15 a 24 años. Cada año ocurren 6,900 nuevas infecciones, que significan 19 casos nuevos por día. En cuanto al perfil de la población de personas con VIH el 75.4% de los casos registrados entre 2004-2008 eran mestizas/os y el 22.2% mayas, el 35.5% solteras/os, el 27.4% unidas/os y el 20.9% casadas/os[19]. Sólo el 69.2% de los casos necesitados tienen acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) y sólo 22.95% de embarazadas con VIH. Los datos de acceso a prueba de VIH son muy bajos: sólo el 13% de las mujeres y el 8.5% de los hombres reportan haberse realizado la prueba y conocer sus resultados[20]. De acuerdo a los datos del Centro Nacional de Epidemiología/MSPAS, del 2002 al 2008 se evidencia un incremento en la tasa de prevalencia de VIH en las personas de 15 a 24 años de 8.31 en el 2002 a 17.23 en el 2008 (tasa por 100,000 habitantes). El 21.84% de los casos reportados de VIH para el 2008 en jóvenes (15-24 años) corresponde a población maya y el 76.47% a población ladina. Según el Informe de Acceso Universal 2009, los casos reportados de VIH en jóvenes entre 15 y 24 años, muestran una razón hombre/mujer de 2.42 mujer por cada hombre.

Los consumos de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas constituyen otra de las vulnerabilidades que viven adolescentes y jóvenes. Una encuesta realizada por SECCATID e INE en 2005 indica que la prevalencia de consumo reciente de tabaco aumenta con la edad y es mayor en jóvenes hombres de 19 a 25 años. En relación al alcohol ocurre algo semejante: los jóvenes hombres de 19 a 25 años presentan mayor prevalencia. Pero si se considera los tranquilizantes la situación es inversa, con mayor consumo en mujeres adolescentes y jóvenes. El consumo es mayor en hombres tanto en estimulantes, como en drogas ilícitas, aunque la prevalencia es muy baja. Dentro de estas últimas el mayor consumo se da en marihuana y cocaína. Las mujeres adolescentes de 12 a 18 años presentan mayor prevalencia de consumo de marihuana que los hombres de la misma edad, pero no existe consumo en mujeres entre 19 y 25 años[21].

---

[18] INE: ENSMI 2008/2009.

[19] MSPAS. 2008: Informe de notificación de casos de VIH y SIDA para los últimos 5 años 2004-2008. García J. Centro Nacional de Epidemiología.

[20] MSPAS: Reporte UNGASS Guatemala 2009. Seguimiento a la declaración de compromiso de la asamblea de las Naciones Unidas sobre Sida.

[21] SECCATID. INE. 2007: Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias Adictivas

Cuadro Nº 4. Prevalencia de Consumo de Sustancias en Adolescentes y Jóvenes según Edad y Sexo. Guatemala 2005				
Tipo de Sustancia	12 a 18 años		19 a 25 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tabaco	3.78	1.58	27.2	4.80
Alcohol	5.39	4.04	18.83	6.31
Tranquilizantes	0.57	0.81	0.90	3.53
Estimulantes	0	0.48	1.26	0.68
Toda droga ilícita	1.12	0.16	1.15	0
Marihuana	0.05	0.18	0.88	0
Cocaína	0.21	0.16	0.28	0

La principal estrategia desarrollada por el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes son los espacios amigables para adolescentes, existiendo actualmente 139 en 22 departamentos del país. Un estudio de cobertura realizado en 2008 con el apoyo de Population Council y UNFPA, concluye que las estrategias implementadas son principalmente charlas sobre VIH-sida, noviazgo y sexualidad, realizadas en áreas urbanas. Si bien existen estrategias focalizadas en población indígena en algunos departamentos, resultaron las y los principales usuarios de los programas de promoción de la salud los hombres y mujeres de 15 a 19 años, solteros, estudiantes, que viven con ambos padres y son predominantemente mestizos[22]. Por lo tanto resulta un reto extender acciones de promoción de la salud en jóvenes menores de 15 años organizadas con la participación activa de las y los adolescentes.

La población de jóvenes indígenas resulta ser la de mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva, a causa de barreras económicas, culturales y geográficas. Tienen también gran peso los prejuicios de los proveedores de salud sobre los derechos de las y los adolescentes a educación y servicios de salud sexual y reproductiva. Los mecanismos de articulación interprogramática e intersectorial, basadas en un proceso continuo de fortalecimiento de las competencias técnicas y gerenciales del personal de salud, resultan claves para reducir las brechas en el ejercicio del derecho a la salud de adolescentes y jóvenes.

ANALISIS DE ESCENARIOS

Escenario Actual

Como punto de referencia para la formulación de los *Lineamientos Estratégicos en Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2010-2015 para Orientar los Planes Estratégicos Territoriales de Salud (PETS),* el personal de las distintas dependencias del MSPAS, participantes del taller de programación, analizó el escenario actual en salud de adolescentes y jóvenes.

[22] MSPAS, Comisión Intersectorial, UNFPA, Population Council. 2008: Ejercicio de Cobertura de Adolescentes y Jóvenes en Guatemala

Los equipos de nivel central pusieron de manifiesto que existen importantes avances en materia de marcos legales que fundamentan la perspectiva de derecho a la salud de adolescentes y jóvenes, tanto en los pactos, tratados y convenciones internacionales ratificados por Guatemala, como en la legislación nacional y en las políticas públicas. Se mencionó especialmente la formulación y sanción por Acuerdo Ministerial SPM-M-636-2004 de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud 2003-2012, la Ley de Protección Integral para la Niñez y Adolescencia, la Política Pública de Protección Integral y Plan de Acción a Favor de la Niñez y la Adolescencia 2004-2015, la Ley Desarrollo Social (Decreto Nº 42-2001), la Política de Desarrollo Social y Población, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración al Programa de Nacional Salud Reproductiva (Decreto Nº 87-2005), su Reglamentación (Acuerdo gubernativo Nº 279-2009).

A su vez, por Acuerdo Ministerial SPM-M-636-2004 se faculta al Programa de Salud Integral de Adolescencia y Juventud para propiciar la formación y funcionamiento de una *Comisión Intersectorial e Interinstitucional de la Adolescencia y Juventud*, a fin de contribuir a la implementación de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud.

El *Modelo de Atención Integral y Diferenciada para los y las Adolescentes* aprobado por el MSPAS en 2008, contiene los lineamientos que orientan las estrategias de servicios de los distintos niveles de atención. Además se han acordado un conjunto de *Normas de Atención Integral para Primer y Segundo Nivel de Atención* por etapas de ciclo de vida, entre los que se incluyen recomendaciones para la resolución de problemas de salud en la adolescencia según criterios de calidad.

Un aspecto ventajoso a considerar es el interés de la cooperación internacional por la acompañar los esfuerzos del MSPAS en la salud de este grupo de edad, por cuanto es una edad clave para las decisiones en salud en etapas futuras de vida. En tal sentido se hizo referencia al Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y Jóvenes y la Estrategia Regional para mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes de OPS/OMS, suscrita por los Ministros de Salud de la región.

Entre los desafíos que enfrenta la implementación de estos documentos normativos, se visualizaron la carencia de insumos y medicamentos, la insuficiente cantidad de recurso humano competente y especializado, además de la frecuente rotación del personal, la necesidad de un seguimiento adecuado a las estrategias que se inician y de un presupuesto específico para la atención y promoción de la salud de este grupo de edad.

Finalmente, se considera que, aún cuando el MSPAS, promueve estrategias específicas para la salud de este grupo de edad como *"espacios amigables para adolescentes", "centros interactivos para la salud de adolescentes" y "clínicas de atención integral para adolescentes"*, es necesario un mayor compromiso que asegure la sostenibilidad presupuestaria e integre la participación de la sociedad civil. A tal fin se requiere que los proveedores de salud de los distintos niveles de atención se empoderen en estrategias de abogacía, administración y gestión de recursos, promoviendo acciones

de coordinación intersectorial y garantizando la participación activa de adolescentes y jóvenes.

Escenario Deseado

El escenario deseado incluye la ampliación de cobertura de promoción de la salud y la atención integral y diferenciada adolescentes y jóvenes, con enfoque de equidad de género e interculturalidad, contando con recursos humanos competentes e insumos necesarios en todos los niveles de atención.

En este escenario, adolescentes y jóvenes de ambos sexos tienen acceso a espacios de salud amigables, en los que participan activamente junto a sus familias y la comunidad en actividades de promoción de la salud y reciben asistencia de calidad. Existen también clínicas de atención integral para adolescentes en los hospitales nacionales con equipos interdisciplinarios, que facilitan la atención integral, con respeto a la confidencialidad y el consentimiento de adolescentes y jóvenes.

A su vez, los proveedores de salud de los diferentes niveles de atención organizan servicios de salud y articulan en forma intersectorial y con la comunidad intervenciones para la promoción de la salud de este grupo, generando estrategias de información, educación y comunicación en salud (IEC) elaboradas por jóvenes.

Para tal fin, existe un presupuesto específico y descentralizado, que facilita la sostenibilidad y la calidad técnica y operativa de las intervenciones. Se cuenta también con producción de información estadística que contempla a este grupo de población y sus necesidades desde SIGSA y el Centro Nacional de Epidemiología, de modo de servir de apoyo para los análisis en sala situacional de salud y la inclusión de estrategias para salud de adolescentes y jóvenes en los planes operativos anuales (POAs) de las Áreas de Salud y municipios.

Todo ello implica a su vez que los distintos programas del MSPAS deben articular acciones de fortalecimiento de capacidades técnicas, abogacía, administración y gestión de los servicios y programación basada en resultados, para proveedores de salud de los distintos niveles de atención. Estas acciones demandan a su vez por parte de SIAS y USME, estrategias de monitoreo y evaluación basadas en el modelo de atención integral y diferenciada, en las normas clínicas integrales (bio-psicosociales) y de los resultados comprometidos en los programas.

ANÁLISIS FODA

El personal del MSPAS reunido en el taller de programación, realizó también un análisis FODA sobre las acciones en salud integral que lleva adelante los distintos programas y especialmente el Programa de Salud Integral de Adolescencia y Juventud, de la Coordinación de Ejes Transversales.

Fortalezas

Entre las fortalezas se menciona la existencia de un amplio marco legal y normativo para la promoción de salud y la atención de adolescentes y jóvenes que incluye compromisos internacionales, legislación nacional, un modelo de atención y normas clínicas, así como estrategias definidas por niveles de atención que contemplan espacios amigables para adolescentes, centros interactivos y clínicas de atención integral, en los que resulta clave la participación de las y los jóvenes.

A nivel central del MSPAS existe articulación de los programas de salud para este grupo de edad y personal de diversas disciplinas, lo que conforma un equipo interdisciplinario intrasectorial e intersectorial.

A su vez, a nivel de las Áreas de Salud y municipios existen proveedores de salud con competencias en salud de adolescentes, capacitado en cursos y talleres brindados por el Hospital San Juan de Dios y la Universidad de San Carlos, además de las realizadas por los diferentes programas del MSPAS.

Oportunidades

Entre las oportunidades se identifican los apoyos técnicos y financieros que brinda la cooperación internacional y las ONGs para acciones de fortalecimiento de capacidades de los proveedores de salud a nivel local.

Se menciona también las estrategias de coordinación intersectorial e interinstitucional y las acciones de descentralización a nivel territorial que implementa el gobierno de Guatemala y el MSPAS para la implementación a nivel departamental y local.

Debilidades

Entre las debilidades se reconoce la necesidad de institucionalizar la atención de la salud dentro del MSPAS según etapas del ciclo de vida, tanto a nivel de lo normativo, como de planificación y acción a nivel de los servicios de salud.

Se incluyen a su vez la falta de análisis e información disponible de estadísticas vitales que produce SIGSA y la necesidad que contemple los grupos de edad de 10 a 24 años, sus determinantes de género y pueblos, los trastornos en salud mental más frecuentes, haciendo posible el análisis del perfil epidemiológico integral en sala situacional y programación local específica para adolescentes y jóvenes.

Se visualiza también la necesidad de una mayor articulación intersectorial y fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud de la Adolescencia y Juventud como mecanismo de coordinación intersectorial.

El nivel central, las Áreas de Salud y los municipios no cuentan con una partida presupuestaria definida para la atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes.

A nivel de los servicios de salud se reconoce una excesiva rotación de los proveedores con competencias en salud de adolescentes, falta de materiales e insumos. Los equipos de atención se componen con personal sin capacitación para la promoción de salud y la atención integral de adolescentes y jóvenes con enfoque de equidad de género e interculturalidad. Tampoco existen competencias en el personal para implementar estrategias de movilización de recursos y gestión de recursos humanos, materiales e insumos. Otra debilidad es la falta de competencias en programación basada en resultados y la investigación en salud, que permita evaluar las intervenciones para mejorar su calidad.

Amenazas

Entre las amenazas se incluye la existencia de situaciones emergentes, como desastres naturales o crisis de otro tipo, que impliquen el cambio de prioridades del MSPAS y/o de la cooperación internacional. Se menciona también las posibilidades de redistribución y/o reducción de los presupuestos en salud, basadas en crisis financieras nacionales o internacionales. También existe la posibilidad de cambios políticos a nivel nacional, departamental o municipal que redunde en cambio de autoridades con el consiguiente cambio de prioridades en salud, donde adolescentes y jóvenes no sean considerados.

NECESIDADES IDENTIFICADAS

1. Mayor cobertura en la implementación del Modelo de Atención Integral y Diferenciada para los y las Adolescentes;
2. Finalización del proceso de elaboración de herramientas técnico normativas (protocolos, materiales de promoción de salud) para los tres niveles de atención;
3. Fortalecimiento de competencias en salud de adolescentes y jóvenes, con enfoque intercultural y equidad de género a las y los proveedores de salud;
4. Promoción de estrategias de coordinación intersectorial y abogacía por mayor presupuesto y personal, a nivel nacional, departamental, municipal y local;
5. Análisis sistemático del perfil epidemiológico local, basado en investigaciones e información de Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA);
6. Programación basada en resultados, monitoreo y evaluación en forma participativa;
7. Mayor participación de las y los adolescentes en la planificación, implementación y evaluación de estrategias de salud.

JUSTIFICACION

Institucionalizar el modelo de atención integral y diferenciada para adolescentes significa incluir en todas las estrategias, programas y servicios de salud, el respeto, protección y realización progresiva de los derechos que Guatemala ha comprometido por la salud de adolescentes y jóvenes. Implica a su vez el logro de los compromisos de pactos, tratados y convenciones internacionales, mediante estrategias acordes a los principios de derechos humanos, entre los que requieren especial atención la participación de las y los jóvenes, la equidad y la no discriminación por condición socio-económica, edad, género, pertenencia cultural, religiosa, o cualquier otra causa.

Para lograrlo es necesario articular los compromisos de derecho internacional con las legislaciones, políticas y normas clínicas, haciendo posible su implementación con sostenibilidad presupuestaria, promoviendo el monitoreo social y la rendición de cuentas por parte de los funcionarios públicos, de sus condiciones de acceso y calidad.

Requiere a su vez fortalecer las competencias de los proveedores en salud de adolescentes y jóvenes y en administración y gestión de los servicios, promoviendo, un sistema de información, monitoreo y evaluación de la calidad de atención, acciones de abogacía por presupuestos acordes a las necesidades, alianzas estratégicas entre gobierno y sociedad civil, basadas en una sólida y flexible coordinación interinstitucional centrada en el rol rector del Ministerio de Salud.

Lograr la institucionalización del modelo de atención integral y diferenciada de las y los adolescentes en los distintos niveles de atención, permitirá dar respuesta a los problemas prioritarios de este grupo de edad y ampliará el margen de posibilidades para su desarrollo, mediante el logro de autonomía y compromiso social.

VISIÓN

En Guatemala adolescentes y jóvenes cuentan con información, educación en salud y acceso a servicios integrales y diferenciados para cuidar su salud, tomar decisiones y colaborar en la transformación de sus condiciones sociales de vida.

MISIÓN

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los adolescentes y jóvenes, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la salud, orientados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, garantizando calidad, participación, equidad de género e interculturalidad.

PROPÓSITO

Haber contribuido a la realización progresiva del derecho a la salud de adolescentes y jóvenes mediante el mejoramiento continuo sus condiciones de salud y la reducción de los principales riesgos de la morbilidad y mortalidad.

RESULTADO

Para el 2015 las Áreas de Salud, municipios, servicios y programas habrán institucionalizado el modelo de salud integral y diferenciada para adolescentes, garantizando el acceso universal de adolescentes y jóvenes a la información, educación y servicios de salud, con enfoque de equidad de género e interculturalidad.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

El Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes se orienta a mejorar las competencias técnicas de los distintos niveles de atención, Direcciones de Áreas de Salud, distritos y locales para garantizar la realización progresiva de los derechos a la salud de adolescentes y jóvenes, a partir de los seis lineamientos estratégicos para orientar los Planes Estratégicos Territoriales en Salud (PETS). Cada uno estos lineamientos se vinculan con resultados y productos a lograr en el curso de los próximos cinco años, tal como se especifica en el cuadro marco de programación.

Los *Lineamientos Estratégicos en Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes para orientar los Planes Estratégicos Territoriales en Salud (PETS) el Período 2010-2015* comprenden:

Lineamiento 1

Proveedores de salud disponen de herramientas técnico-normativas para la promoción de la salud y la atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes, acorde a derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.

Lineamiento 2

Proveedores de salud crean condiciones para la promoción y atención de la salud de adolescentes y jóvenes con criterios de calidad, en forma integral, diferenciada y participativa.

Lineamiento 3

Proveedores de salud realizan análisis epidemiológico de adolescentes y jóvenes en sala situacional de salud, monitoreando equidad de acceso y realización progresiva del derecho a la salud.

Lineamiento 4

Proveedores de salud promueven estrategias de coordinación y articulación intersectorial para la promoción de la salud integral de adolescentes y jóvenes

Lineamiento 5

Proveedores de salud garantizan la participación de adolescentes y jóvenes en la programación, ejecución y evaluación de los programas, servicios y estrategias de salud.

Lineamiento 6

Proveedores de salud, centros de formación e investigadores realizan estudios sobre equidad de acceso a la salud de los y las adolescentes y jóvenes.

MARCO DE PROGRAMACIÓN

Lineamiento	*Productos*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*Responsables*
1. Proveedores de salud disponen de herramientas técnico-normativas para la promoción de la salud y la atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes, acorde a derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.	1.1 Socializado el marco legal y regulatorio para el trabajo con adolescentes y jóvenes.	X	X	X	X	X	X	DRPAP SIAS
	1.2 Elaboración de las normas clínicas y guías para la atención integral de salud de adolescentes y jóvenes en servicios de salud, espacios amigables y clínicas integrales.							
	1.3 Implementadas las normas clínicas y los protocolos de salud integral de adolescentes y jóvenes en servicios de salud, espacios amigables y clínicas integrales.	X	X	X	X	X	X	DRPAP SIAS
	1.4 Elaborada e implementada una guía de promoción de la salud con enfoque participativo para adolescentes y jóvenes.		X	X				DRPAP SIAS
	1.5 Implementadas herramientas IEC para adolescentes y jóvenes, con enfoque intercultural y de género.		X	X	X	X	X	DRPAP SIAS
	1.6 Implementado un programa continuo de identificación de necesidades de aprendizaje y fortalecimiento de competencias de las y los proveedores de salud para el trabajo con adolescentes y jóvenes.	X	X	X	X	X	X	DRPAP DECAP SIAS (DAS/Distritos)
	1.7 Aumento del número de profesionales especializados en salud integral de adolescentes y jóvenes.	X	X	X	X	X	X	DRPAP DECAP
	1.8 Elaborado, validado e implementado una guía para la prevención y atención integral de las adicciones en adolescentes y jóvenes.		X	X	X	X		DRPAP SIAS

Lineamiento	Productos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Responsables
2. Proveedores de salud crean condiciones para la promoción y atención de la salud de adolescentes y jóvenes con criterios de calidad, en forma integral, diferenciada y participativa.	2.1 Desarrollados los estándares de calidad de los servicios y estrategias para la atención de adolescentes y jóvenes: espacios amigables y clínicas integrales.		X	X	X	X	X	DRPAP
	2.2 Implementados los estándares de calidad de los servicios y estrategias para la atención de adolescentes y jóvenes: espacios amigables y clínicas integrales.							SIAS (DAS/Distritos) Viceministerio de Hospitales
	2.3 Elaboradas las Normas de Atención a la Familia y la Comunidad.		X	X	X	X	X	DRPAP
	2.4 Los servicios de salud se encuentran organizados y disponen de recursos humanos para la atención de calidad a las y los adolescentes y jóvenes.		X	X	X	X	X	SIAS (DAS/Distritos) Viceministerio de Hospitales
	2.5 Incluido en los POAs las estrategias de promoción y atención de la salud para adolescentes y jóvenes.		X	X	X	X	X	UPE SIAS (DAS/Distritos)
	2.6 Evaluadas las estrategias de promoción y atención de salud de adolescentes y jóvenes de los servicios de salud.		X	X	X	X	X	SIAS (USME) DAS/Distritos
3. Proveedores de salud realizan análisis epidemiológico de adolescentes y jóvenes en sala situacional de salud, monitoreando equidad de acceso y realización progresiva del derecho a la salud.	3.1 Elaborada una guía para el monitoreo y evaluación de programas de salud de adolescentes, con indicadores cualitativos y cuantitativos y formularios para su registro.			X	X	X	X	SIAS (USME) DRPAP DAS/Distritos
	3.2 Implementada una guía para el monitoreo y evaluación de programas de salud de adolescentes, con indicadores cualitativos y cuantitativos y formularios para su registro.			X	X	X	X	SIAS (USME) DAS/Distritos
	3.3 Visualizado en el Análisis de la Situación de Salud las y los adolescentes y jóvenes y socializado a la comunidad.			X	X	X	X	CNE SIAS DAS/Distritos

	Lineamiento		Productos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Responsables
4	Proveedores de salud promueven estrategias de coordinación y articulación intersectorial y comunitaria para la promoción de la salud integral de adolescentes y jóvenes.	4.1	Fortalecer las Redes Juveniles y otras redes en temas de salud integral, diferenciada y de calidad para adolescentes y jóvenes.		X	X	X	X	X	DRPAP
		4.2	Formados líderes adolescentes y jóvenes en salud integral.		X	X	X	X	X	DRPAP DECAP SIAS DAS/Distritos
		4.3	Desarrolladas alianzas intersectoriales y comunitarias para el trabajo articulado y conjunto con adolescentes y jóvenes.							
		4.4	Creados espacios y ambientes saludables para el desarrollo de actividades de adolescentes y jóvenes.							
		4.5	Desarrolladas oportunidades de aprendizaje que favorezcan la inserción social, laboral y el pleno empleo de adolescentes y jóvenes.							
5	Proveedores de salud, centros de formación e investigadores realizan estudios sobre equidad de acceso a la salud de adolescentes y jóvenes.	5.1	Desarrolladas investigación en sistemas de servicios de salud sobre adolescencia y juventud.			X	X	X	X	DRPAP SIAS
		5.2	Publicada y difundidas investigaciones sobre determinantes sociales de la salud de adolescentes y jóvenes.					X	X	DRPAP SIAS

MARCO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Metas de Resultados

Resultados	*Indicadores*	*Fuente de Verificación*	*Supuestos*
• El 20% de las y los proveedores de salud cuentan con competencias para la atención de adolescentes y jóvenes, acorde a normas basadas en derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.	• % de proveedores de salud que cuentan con competencias para la atención de calidad de adolescentes y jóvenes. • % de servicios de salud que aplican normas clínicas y guías de atención. • % de servicios de salud que implementan estrategias participativas con jóvenes, con enfoque de género e interculturalidad. • % de servicios de salud organizados para brindar atención integral a adolescentes y jóvenes.	DECAP SIAS	Se mantiene la voluntad política y financiamiento externo. Hay un proceso permanente de abogacía para el logro de recursos. Se realizan nuevas alianzas con cooperantes.
• Se incrementan en un 10 %: a. Los servicios de salud que cuentan con espacios amigables para adolescentes y jóvenes. b. Los centros interactivos. c. Las clínicas integrales para adolescentes.	• Nº de distritos con espacios amigables para adolescentes acorde al estándar; • N° de distritos con centros interactivos para adolescentes acorde al estándar; • N° de clínicas integrales para adolescentes acorde al estándar; • Nº de distritos con presupuesto, personal e insumos suficientes para la atención de adolescentes y jóvenes; • Nº de POAs que incluyen la salud integral y diferenciada de adolescentes.	SIAS PROEDUSA USME DRPAP	Las Áreas de Salud reciben el porcentaje de impuesto al tabaco para acciones de promoción de la salud en adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva.
• El 100% de las Áreas de Salud realizan el análisis de la situación de salud donde se visibiliza la adolescencia y la juventud.	• N° de Áreas de Salud que realizan el análisis de la situación de salud, se visibiliza la adolescencia y la juventud y se socializa con la comunidad y otros sectores.	SIAS – DAS/Distritos CNE	Existen formularios de SIGSA para generar datos desagregados por grupos de edad de adolescentes y jóvenes.

• *El 20% de las Áreas y Distritos cuentan con planes, programas y proyectos intersectoriales en salud integral de adolescentes y jóvenes.*	• *Nº de Áreas de Salud que implementan estrategias de promoción de la salud con adolescentes y jóvenes con articulación intersectorial y comunitaria.* • *Nº de Distritos que implementan estrategias de promoción de la salud con adolescentes y jóvenes con articulación intersectorial y comunitaria.* • *Nº de proyectos intersectoriales en salud integral de adolescentes y jóvenes.*	*Informe de Áreas de Salud*	*Se sostiene la voluntad de coordinación intersectorial a nivel nacional, departamental y local.*
• El 100 % de los proyectos de salud se realizan con participación de adolescentes y jóvenes desde su formulación, ejecución y evaluación.	• N° de proyectos con participación de adolescentes y jóvenes.	SIAS	Existe apertura de autoridades municipales y consejos de desarrollo para respetar el derecho a la participación de adolescentes y jóvenes.
• El 5% de los servicios de salud disponen de investigación en salud de adolescentes y jóvenes.	• N° de servicios que cuentan con investigaciones sobre adolescencia y juventud. • N° de eventos científicos para presentación de investigaciones en salud de adolescentes y jóvenes. • N° de investigaciones sobre salud de adolescentes y jóvenes publicadas.	DECAP SIAS DRPAP	Existe cooperación internacional para la formación de competencias en investigaciones en salud.

ANEXO I LISTADO DE INDICADORES

SIGSA web:

- Causas de morbilidad en hombres y mujeres 10-19, 20-24 años (consulta externa) según condición de indígena y no indígena.
- Número de primeras consultas por anticoncepción en hombres y mujeres de 10-19, 20-24 años, según condición de indígena y no indígena.

SIGSA 1:

- Número de nacimientos en mujeres menor de 15, 15-19 y 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de nacimientos según personal que atiende el parto en mujeres menor de 15 años, 15-19; 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de mujeres embarazadas de 10-14, 15-19, 20-24 años atendidas en servicios de salud según condición de indígena y no indígena.

SIGSA 2:

- Número de muertes en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por causas externas en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por homicidios en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por lesiones auto infligidas en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por embarazo, parto y puerperio en mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por accidentes de tránsito en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por neoplasias malignas en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por intoxicación y/o envenenamiento en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por Sida en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes por TB en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.
- Causas de mortalidad en hombres y mujeres 10-14, 15-19, 20-24 años, según condición de indígena y no indígena.
- Número de muertes en menores de 1 año hijo de madre menor de 15, 15-19, 20-24 años según condición de indígena y no indígena.

SIGSA 5B:

- Número de hombres y mujeres 10-24 años inmunizadas con DT (difteria y tétanos).
- Número de embarazadas 10-19 años; 20-24 años inmunizadas con DT.

SIGSA 5C:

- Prevalencia de anemia en mujeres 15-19 años. Porcentaje de mujeres que han tenido anemia. Niveles de hemoglobina medida en gramos por decilitro (gr/dl).
- Número de mujeres de 15 a 19 años suplementadas con Hierro;

- Número de mujeres de 15 a 19 años suplementadas con Ácido Fólico;
-
- Número de reconsultas por control prenatal en mujeres 10-19 años;
- Prevalencia de obesidad y sobrepeso en hombres y mujeres 10-14, 15-19, 20-24 años, según condición de indígena y no indígena.
- Prevalencia de bajo peso en adolescentes embarazadas.

SIGSA 6

- Número de consultas por primer control prenatal en mujeres 10-19 años;
- Número de hombres y mujeres 10-14, 15-19, 20-24 años atendidos en el servicio.
- Número de hombres y mujeres 10-14, 15-19, 20-24 años que participan de actividades de educación y promoción de la salud, según condición de indígena y no indígena.
- Número de hombres y mujeres 10-14, 15-19, 20-24 años casos positivos de Tuberculosis.
- Número de hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años migrantes atendidos por emergencia, según condición de indígena y no indígena.
- Número de mujeres 10-19, 20-24 años con tamizaje para cáncer .
- Número promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO).
- Número de accidentes de trabajo en hombres y mujeres 10-24 años, según sexo, grupo de edad y pueblo.
- Número de intoxicación accidental en hombres y mujeres 10-24 años, según sexo, grupo de edad y pueblo.
- Número de suicidios por intoxicación en hombres y mujeres de 10-24 años, según condición de indígena y no indígena;
- Número de intoxicación criminal en hombres y mujeres de 10-24 años, según condición de indígena y no indígena.
- Número de casos de VIH en hombre s y mujeres 15-24 años, según condición de indígena y no indígena.
- Número de VIH en mujeres embarazadas 15-24 años.
- Número de la población hombres y mujeres 15-24 años que conoce el resultado de su prueba de VIH sobre el total de personas que se han realizado la prueba de VIH.
- Número de casos notificados de ITS en hombres y mujeres de 10-24 años, según condición de indígena y no indígena.

SIGSA 7

- Número de consultas por violencia intrafamiliar en mujeres y hombres de 10-14, 15-19, 20-24, según condición de indígena y no indígena.
- Número de consultas por violencia sexual en mujeres y hombres de 10-14, 15-19, 20-24, según condición de indígena y no indígena.
- Número de consultas por consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas) en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24, según condición de indígena y no indígena.
- Número de hombres y mujeres 10-24 años que participan en actividades municipales de salud.
- Número de consultas por ideaciones e intentos suicidas en mujeres y hombres de 10-14, 15-19, 20-24 años.

SIGSA 8:

- Número de hombres y mujeres 10-14, 15-19, 20-24 años usuarios de clínicas integrales de adolescentes, según condición de indígena y no indígena.
- Número de egresos hospitalarios en hombres y mujeres de 10-14, 15-19, 20-24 años, según condición de indígena y no indígena.
- Causas de egresos hospitalarios en hombres y mujeres 10-14, 15-19, 2-14 años, según condición de indígena y no indígena.

ANEXO II. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DEL DOCUMENTO

Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas (DRPAP)

Coordinación de Ejes Transversales

- Dra. Verónica Castellanos Hernández, Coordinadora de Ejes Transversales
- Dra. Maira E. Sandoval Rosa, Programa de Salud Integral de Adolescencia y Juventud
- Licda. Sara Linares Ávila, Programa de Promoción y Nutrición Integral
- Dra. Lissette Vanegas, Programa de Género
- Dr. Jorge Lorenzana Padrón, Programa Nacional de Población Migrante
- Dr. Carlos Gularte, Programa del Adulto (a) y Adulto (a) Mayor

Programa Nacional de Salud Reproductiva
- Dra. Irma Consuelo Arriola Durán
- Dr. Julio García Colindres

Programa Nacional de Sida
- Licda. Hania Cabrera
- Licda. Ilcia García

Programa Nacional de Salud Mental
- Licda. Magda Chocoj
- Licda. Roxana Fernández

Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS)
- Dra. Ana Victoria Arreaza
- Licda. Karen Castillo
- Dr. Juan Carlos Reyes Maza, Subdirector del Hospital San Juan de Dios
- Dr. Manolo Vicente
- Dr. Jorge García

Apoyo Técnico

OPS/OMS. Representación de Guatemala
Licda. Ana Cecilia Escobar, Consultora

Licda. Silvia Franco
Consultora Internacional en Salud de Adolescentes y Jóvenes