

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
(OPS/OMS)**

**ESTUDIO DE CASO SOBRE
PROVISIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD DE CALIDAD PARA
ADOLESCENTES Y LA CAPACIDAD
DE RESPUESTA FRENTE A LOS
OBJETIVOS DEL MILENIO EN
SALUD Y LA INICIATIVA 3x5
EN GUATEMALA**

MT
E8
2005

Guatemala, diciembre de 2005

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
(OPS/OMS)**

**ESTUDIO DE CASO SOBRE
PROVISIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD DE CALIDAD PARA
ADOLESCENTES Y LA CAPACIDAD
DE RESPUESTA FRENTE A LOS
OBJETIVOS DEL MILENIO EN
SALUD Y LA INICIATIVA 3x5
EN GUATEMALA**

Equipo Investigador:

Investigador principal y coordinador
del estudio:

Dr. Saúl F. Gómez

Investigadora secundaria y asesora
en metodología cualitativa:

Licda. Guisela Leche

Asistente de Investigación II:

Sra. Margarita García

Asistente de Investigación I:

Srta. Flor del Carmen Gonzáles

Guatemala, diciembre de 2005

Asesoría Técnica por OPS/OMS
Dra. Elsy Camey de Astorga

Impreso en:
Litho Press, S.A.

Edición, diseño y diagramación:
M.A. Aura Mejía Rosal de Durán

**La realización de esta publicación
fue posible gracias al apoyo
financiero de la Agencia Sueca de
Desarrollo Internacional (ASDI)**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
I. ANTECEDENTES	7
A. La Adolescencia como Grupo Prioritario de Atención	7
B. Servicios Amigables a los Adolescentes	8
C. Objetivos de Desarrollo del Milenio	9
D. Iniciativa 3x5	9
II. JUSTIFICACIÓN	11
III. OBJETIVOS	12
IV. METODOLOGÍA	13
A. Elementos del Estudio	13
B. Métodos de Estudio	13
C. La Muestra	14
V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	15
A. Situación de los y las Adolescentes en Guatemala	15
1. Distribución demográfica	15
2. Situación socioeconómica	16
3. Morbilidad y mortalidad	16
4. Salud sexual y reproductiva	17
5. Drogadicción	18
6. Maltrato infantil	18
7. Callejización	19
8. Prostitución infantil	19
B. Marco Jurídico y Normativo para la Atención del Adolescente	19
C. Políticas y Programas para la Atención de los Adolescentes	20
D. Calidad de la Provisión de Servicios para Adolescentes	21
1. Establecimientos apoyados por el SINA	21
2. Establecimientos que no han recibido apoyo del SINA	26
3. Experiencias de hospitales que han impulsado el programa	28
4. Otras experiencias	30
E. Capacidad de Respuesta de los Servicios frente a los Objetivos del Milenio y la Iniciativa 3x5	32
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	37
VIII. BIBLIOGRAFÍA	39

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2003, la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente de la OPS desarrolló un marco conceptual y estrategias para su plan de acción. Este plan está enfocado a responder de forma integral a las necesidades actuales y emergentes de desarrollo y salud de los adolescentes más vulnerables de países prioritarios, sobre todo en las áreas de la violencia, el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Para lograr esto, está colaborando con otras unidades de OPS y con numerosos donantes internacionales como la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), con las se está implementando proyectos en prevención del embarazo adolescente, las ITS y el VIH/SIDA.

En el 2004, dio inicio el proyecto Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN) en seis países de la Región, cuyo propósito es el fortalecimiento de la provisión de servicios de prevención y promoción de salud, y ofrecer a países prioritarios un paquete integrado de intervenciones exitosas en salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes.

Dentro de este marco algunos gobiernos de Latinoamérica están promoviendo la creación de servicios de salud amigables a los adolescentes, basado en el concepto de desarrollo integral, la

prevención y la promoción de la salud y el desarrollo. En tal sentido, se desea evaluar la situación actual de provisión de servicios para adolescentes en Guatemala, a fin de contar con elementos para orientar el mejoramiento de dicha atención y su integración a las iniciativas anteriormente mencionadas.

Por otra parte del 30 de junio al 2 de julio de 2004, se realizó en Costa Rica la reunión sobre el Estado del Arte en Provisión de Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica, organizada por las Unidades de Salud del Niño y del Adolescente y de VIH/SIDA/ITS de OPS, el Ministerio de Salud de Costa Rica y las agencias ASDI y NORAD; con el propósito de desarrollar y fortalecer los servicios de salud dirigidos a la gente joven para la implementación de la iniciativa 3x5 que se propone que tres millones de los enfermos de VIH/SIDA en países en desarrollo, tengan acceso a medicamentos antiretrovirales para fines de 2005 y las Metas del Milenio.

En seguimiento a esta reunión, también se plantea en este estudio hacer una evaluación de la capacidad de respuesta de los servicios de salud frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6; así como su capacidad para implementar la iniciativa 3x5.

RESUMEN EJECUTIVO

La Unidad de Salud del Niño y del Adolescente de la OPS con apoyo de numerosos donantes internacionales como la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), esta desarrollando su plan estratégico para responder de forma efectiva e integral a las necesidades actuales y emergentes de desarrollo y salud de los adolescentes más vulnerables de países prioritarios. Es así como en el 2004, dio inicio el proyecto IMAN (Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades) en seis países de la Región,

Dentro de este marco algunos gobiernos de Latinoamérica están promoviendo la creación de servicios de salud amigables a los adolescentes, basado en el concepto de desarrollo integral, la prevención y la promoción de la salud y el desarrollo y en tal sentido se desea evaluar la situación actual de provisión de servicios para adolescentes en Guatemala, a fin de contar con elementos para orientar el mejoramiento de dicha atención y su integración a las iniciativas anteriormente mencionadas.

El estudio plantea constituirse en una herramienta para ayudar y orientar la toma de decisiones futuras en el fortalecimiento de los servicios y la atención integral de los adolescentes. Asimismo, se considera un primer esfuerzo a la investigación de los programas en la práctica, para ir encontrando algunas lecciones y necesidades en su expansión y profundización.

El objetivo del mismo es analizar los modelos de provisión de servicios para la atención integral de adolescentes en los diferentes niveles de atención, en Guatemala, de acuerdo con las "Pautas para la Provisión de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes en las Américas" (OPS, 2002), las prioridades nacionales de salud para los adolescentes relacionadas con el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) 4, 5 y 6 y el lanzamiento e implementación de la Iniciativa 3x5.

En tal sentido a través de este estudio se identificó: la situación de salud del adolescente desde una perspectiva integral, el marco jurídico y normativo y el desarrollo de políticas y programas para su atención y protección en salud, mediante investigación documental y de campo en una muestra de establecimientos e instituciones que han y no han implementado el programa.

Los resultados de la investigación muestran que el adolescente guatemalteco está inmerso en una situación muy desfavorable y riesgosa, para su adecuado desarrollo e incorporación productiva al país; que existe un marco político, jurídico y normativo muy favorable para poder impulsar programas para su atención y protección; y que la experiencia de Guatemala en su atención es inicial pero muy valiosa para poder extraer lecciones aprendidas para la expansión y profundización de su implementación.

Las conclusiones principales del estudio son que en los lugares donde se ha iniciado la implementación es evidente aun la necesidad de consolidación de la estrategia, principalmente por la falta de recursos suficientes, sensibilización y capacitación del personal, fortalecimiento de las redes locales y ampliación de la participación de la comunidad y de los (as) jóvenes en la gestión de los servicios. Pero que al mismo tiempo se ha avanzado considerablemente en la formación y sensibilización de personal responsable directo, la captación del adolescente hacia los servicios y su motivación para su participación activa.

En los lugares donde no se ha implementado las necesidades principales para su instalación que fueron identificadas son: el incremento de recursos humanos, técnicos y materiales, la capacitación y sensibilización del personal y la adaptación de la iniciativa a los patrones culturales e idiosincrasia local.

Del balance entre estos elementos dependerá la contribución de los programas de atención a los adolescentes a los objetivos del milenio y las metas de la estrategia 3x5.

Las recomendaciones principales son: seguir fortaleciendo estos programas, partiendo de un enfoque integral que tome en primer lugar el contexto de pobreza y acceso a servicios de salud y educación del adolescente dentro del ámbito familiar, vinculado al desarrollo de actitudes de

responsabilidad, autoestima, valores humanos y espirituales y conocimiento del marco jurídico para su protección. Así mismo se recomienda sistematizar las experiencias hasta ahora desarrolladas, para la expansión y profundización del programa, fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de procesos y de impacto, la ampliación progresiva y priorizada con evidencia, que debe ir correspondientemente acompañada de una asignación presupuestaria acorde.

I. ANTECEDENTES

A. Los adolescentes como grupo prioritario de atención

La adolescencia es un período de la vida en el que el ser humano, por lo general, goza de buena salud. Hacia la segunda década de la vida, el individuo ha superado las enfermedades de la niñez temprana y las enfermedades asociadas a la edad están aún muy lejos.

Sin embargo, muchos jóvenes en el mundo mueren prematuramente. Se estima que cada año cerca de un millón de jóvenes entre 10 a 19 años mueren por accidentes, violencia, suicidio, complicaciones del embarazo y otras enfermedades prevenibles o tratables.

Por otra parte, muchas de las enfermedades frecuentes en la edad adulta tienen sus raíces durante la adolescencia. La OMS (2004) ha estimado que 70% de las muertes prematuras en adultos están dadas por conductas iniciadas durante la adolescencia. El tabaquismo, por ejemplo se inicia típicamente antes de los 20 años, la infección por VIH frecuentemente es contraída durante la adolescencia e inicia sus manifestaciones años más tarde.

Los adolescentes y jóvenes representan un número cada vez más importante de la población de América Latina y el Caribe. El porcentaje de la población por debajo de 15 años varía de 28% en Uruguay a 48% en Honduras; y la población de mujeres entre 15 y 19 años representa aproximadamente 25% de las mujeres en edad reproductiva. El mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes se concentra en los países con menos desarrollo económico de la región (PNUD, 2003).

Existe una gran diversidad entre adolescentes, dependiendo del sexo, nivel de desarrollo fisiológico y su entorno social, económico y cultural. Sin embargo, son comunes las fuentes de producción de desórdenes de adaptación y de conductas negativas, tales como: la carencia

de padres afectivos y comprometidos con su desarrollo, acceso a educación e información, servicios de salud, recreación y de oportunidades económicas.

Por otra parte, la exposición a la violencia física, inestabilidad social, migraciones y guerras pueden tener una influencia decisiva para su desarrollo. La pobreza y marginación social son factores de riesgo para la generación de conductas antisociales y delictivas en las que fácilmente caen los jóvenes de áreas marginales urbanas y rurales.

En el pasado, las políticas públicas ignoraban las necesidades de la población adolescente y ponían énfasis únicamente en las conductas que importunaban o amenazaban a los adultos. Por lo tanto, los gobiernos asignaban muy pocos recursos para la atención de la población adolescente.

Sin embargo, cada vez existe más conciencia sobre la importancia de la inversión en la adolescencia, cuyo costo a través de programas de promoción y prevención son mucho menores que los de la atención de patologías crónicas del adulto gestadas en ese periodo tan importante de la vida.

La adolescencia es un período crucial en el ciclo de vida, con un decisivo impacto en la salud presente y futura de las poblaciones. Es en este período en el que el individuo adquiere entendimiento y competencias esenciales para funcionar en la sociedad y desarrolla su identidad propia, internalizando una serie de actitudes y estableciendo compromisos con la comunidad. Asimismo, desarrolla su sexualidad y capacidades reproductivas.

La población entre 10 a 24 años representa la tercera parte del total de la población de Latinoamérica y el Caribe. Aproximadamente 150 millones de adolescentes y jóvenes viven actualmente en Latinoamérica. La mayor parte de estos se encuentran en los estratos socioeconómicos más pobres y marginados, con limitadas oportunidades de educación y servicios de salud.

Los costos de los gobiernos, de no invertir oportunamente en los adolescentes, son muy altos. Un análisis de costos realizado en los Estados

Unidos de América encontró que el país gasta cerca de 20 billones de dólares anuales en pagos de mantenimiento, salud y nutrición de familias encabezadas por adolescentes. El Banco Mundial estima que una reducción de un punto porcentual en el crimen juvenil produce un incremento del ingreso y del turismo en 4 y 2.3%, respectivamente (PNUD, 2004). Asimismo, se ha estimado que los costos indirectos de muertes por SIDA contraída durante la adolescencia constituye 0.01% del PIB de Surinam, Antigua y Barbuda, y 0.17% en las Bahamas.

Al mismo tiempo, muchos países de la región tienen una oportunidad privilegiada para el crecimiento económico, dado por la composición demográfica de su población (PAHO, 2003), que se caracteriza por un grueso de población joven entre los 15 a 24 años, con plena capacidad productiva. Sin embargo, a fin de tomar ventaja de esta circunstancia, es fundamental que esta población esté saludable y con acceso a educación y oportunidades de trabajo.

B. Servicios amigables a los adolescentes

Los servicios de calidad para jóvenes y adolescentes son servicios integrales de salud y desarrollo y se basan no sólo en la oferta sino también en la demanda de dichos servicios; se centran en la persona, en los jóvenes y adolescentes, la familia y la comunidad. Estos servicios toman en cuenta las necesidades y las expectativas de los adolescentes, y buscan llenar la brecha entre la oferta y la demanda de servicios creada generalmente por la diferencia entre la perspectiva del proveedor en contraste con la del usuario de los servicios (OPS, 2003).

Estos servicios trabajan tanto en la prevención de los problemas como en la promoción de la salud y el desarrollo. Su principal objetivo es adaptarse a las necesidades que los adolescentes tienen en relación a su salud y su sexualidad, encontrando formas apropiadas de intervención que responden a sus expectativas y que permiten atraerlos al servicio de salud. De esta forma, los adolescentes se constituyen en un actor social clave, que propone estrategias para la construcción y atención de su salud y la de su comunidad; por lo tanto, busca incorporar sus opiniones e intereses en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas de salud (IES, 2003).

El adolescente es reconocido como una persona que tiene derechos; el servicio amigable hace que se cumpla el derecho que tiene tanto a recibir información sobre su salud en general y su salud sexual y reproductiva en particular, así como promueve a que se respete su derecho para tomar sus propias decisiones. Es así como el servicio de salud se convierte también en un actor clave en este proceso dentro de la comunidad, ya que uno de sus roles es promover la coordinación de las actividades entre diferentes instancias comunitarias para poder así responder adecuadamente a las necesidades de los adolescentes (tanto físicas como psicosociales). El servicio amigable debe identificar las barreras que dificultan que los adolescentes se aproximen al centro de salud. Al identificar estos obstáculos, puede promover de mejor forma el acceso a los servicios y elevar la calidad de atención que se brinda en estos. Esto implica no sólo que los adolescentes lleguen al servicio y sean atendidos, sino también que el servicio debe desarrollar diferentes estrategias para que los adolescentes puedan obtener la información, orientación y apoyo requeridos. Para alcanzarlo se debe lograr la participación y la responsabilidad de la comunidad en la promoción de la salud. Por lo tanto, la calidad del servicio debe ser evaluada de acuerdo con las normas y políticas que el servicio de salud establece para atender a los y las adolescentes tanto dentro como fuera de su instalación física.

La organización en el interior del servicio amigable toma en cuenta aspectos como los horarios y los espacios adecuados a las necesidades de los adolescentes, la distribución espacial del servicio, la comodidad del ambiente, la organización de los procedimientos administrativos, los diferentes tipos de consulta, incluyendo la consejería y la provisión de los insumos necesarios. Asimismo, considera esencial las características del personal (su experiencia, capacitación, trato adecuado) y de forma especial, considera importantes las percepciones que tienen los adolescentes sobre el servicio. Es por esta razón que se espera que el servicio amigable tenga políticas y programas que atraigan a los adolescentes.

C. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), establecidos en la Declaración del Milenio, comprometen a los países a tomar nuevas medidas y unir esfuerzos en la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente. Para lograrlos, los países en desarrollo tienen la responsabilidad de emprender reformas políticas, sin embargo no pueden lograr por sí solos el cumplimiento de los objetivos, sin nuevos compromisos de asistencia, normas de intercambio equitativas y el alivio de la deuda. Los ODM ofrecen al mundo los medios que permiten acelerar el ritmo de desarrollo y medir los resultados (PNUD, 2003).

Este trabajo está relacionado específicamente con los ODM 4, 5 y 6, que se mencionan a continuación:

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

Meta 5: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015.

Tendencia: si se mantuviera la misma tendencia de reducción de la tasa estimada de mortalidad de la niñez (niños menores de 5 años) a partir de la década del ochenta, se podría alcanzar la meta de una tasa de mortalidad de la niñez de 23 defunciones por mil nacidos vivos en el período 2012-2017.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Meta 6: Reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.

Tendencia: si se mantuviera la tasa de progreso lograda por Guatemala en la razón estimada de mortalidad materna en la década de 1990, no se alcanzaría la meta de una razón de mortalidad materna de 55 defunciones por cien mil nacidos vivos en el 2015.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Meta 7: Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA para 2015.

Tendencia: actualmente el SIDA es una enfermedad de notificación obligatoria en Guatemala, pero debido a las limitaciones para realizar diagnósticos y problemas en el sistema de notificación, se estima que la cantidad de casos es mayor que los contabilizados. En el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se establecieron metas: que al menos 90% de las personas entre 15 y 24 años de edad tengan acceso en el 2005 a métodos preventivos, y que la seroprevalencia de estas personas debe reducirse en 25% en el 2010 (para Guatemala significa que debería disminuir a 0.6%) (PNUD, 2003).

D. Iniciativa 3x5

Según ONUSIDA, un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas entre 10 y 24 años de edad, y 90% de las infecciones se producen en países en vía de desarrollo. La mitad de los nuevos casos de infecciones por VIH ocurren en personas menores de 25 años.

En el marco del Día Mundial del SIDA, 2003, la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA hicieron público el plan "Tres millones para 2005" (Iniciativa 3x5), el cual propone medidas concretas para que tres millones de enfermos en países en desarrollo reciban medicamentos antiretrovirales para fines del 2005. A fin de alcanzar esta meta de "Tres millones para 2005", la OMS y el ONUSIDA se concentrarán en cinco áreas fundamentales:

- Instrumentos simplificados y normalizados para brindar tratamiento antiretroviral.
- Un nuevo servicio para asegurar un suministro eficaz y fiable de medicamentos y medios de diagnóstico.
- Identificación, difusión y aplicación rápidas de los conocimientos nuevos y las estrategias eficaces.

-
- Apoyo urgente y sostenido a los países.
 - Liderazgo mundial, alianzas fuertes y promoción.

La estrategia ha simplificado las recomendaciones sobre regímenes terapéuticos de SIDA. El número de antiretrovirales recomendados por la OMS se ha reducido de 35 a 4 igualmente eficaces. El objetivo es que todas las personas que viven con SIDA, incluso en los medios más pobres, tengan acceso al tratamiento. La estrategia también comprende el nuevo Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA, cuya finalidad es que los países pobres tengan acceso a medicamentos y medios de diagnóstico de calidad a los mejores precios.

También se ha simplificado el seguimiento para que se recurra a pruebas fáciles de aplicar. La combinación de estas pruebas, combinadas con evaluaciones clínicas, pueden ser eficaces para vigilar la evolución del SIDA, la eficacia del tratamiento y sus efectos colaterales. Por otro lado, la capacitación de los trabajadores de salud es también una necesidad urgente en todos los países, quienes serán capacitados a través de un programa intensivo. Por último, la estrategia reconoce que la participación de las comunidades y los trabajadores de la comunidad es esencial para el éxito de esta iniciativa.

Adicionalmente, la importancia de esta iniciativa radica en la existencia de datos convincentes que indican que el tratamiento puede acelerar la prevención de la enfermedad, ya que la disponibilidad de tratamiento anima a las personas a enterarse de su estado serológico y a recibir orientación (OPS, 2004).

II. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de establecer iniciativas para la atención de la salud de los adolescentes ha sido percibida por el gobierno guatemalteco desde los años noventa, pero no es sino hasta hace un poco más de un año que se formaliza la institucionalización de un programa para su atención, que establece una serie de mecanismos estratégicos, organizativos y programáticos para su impulso. Como experiencia práctica de atención se ha desarrollado desde hace cuatro años un proyecto en 13 municipios del país y un programa de atención clínica en el Hospital más grande de Referencia Nacional.

Ante la posibilidad de incrementar el apoyo internacional y de una voluntad gubernamental de brindar mayor soporte a este tema, se necesita información que provea evidencia sobre la situación actual de la provisión de servicios a los adolescentes y que oriente hacia donde debería impulsarse la actividad y la inversión, para obtener resultados que contribuyan a alcanzar las metas del milenio.

Es de esta forma como se plantea este estudio que no pretende auditar los servicios provistos o evaluar el desempeño individual de los proveedores, sino más bien constituirse en una herramienta para ayudar y orientar la toma de decisiones futuras en el fortalecimiento de los servicios y la atención integral de los adolescentes.

Asimismo se considera un primer esfuerzo en la investigación de los programas en la práctica, para ir encontrando algunas lecciones y necesidades en su expansión y profundización.

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Analizar los modelos de provisión de servicios para la atención integral de adolescentes en los diferentes niveles de atención en Guatemala, de acuerdo a las "Pautas para la Provisión de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes en las Américas" (OPS, 2002), las prioridades nacionales de salud para los adolescentes relacionadas con el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) 4, 5 y 6 y el lanzamiento e implementación de la Iniciativa 3x5.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la distribución de la población de 10-19 años de edad de Guatemala en términos de geografía, etnia y género.
2. Conocer los datos epidemiológicos relacionados con la población de 10-19 años de edad en Guatemala.
3. Conocer las políticas y las estrategias nacionales sobre los ODM y la Iniciativa 3x5 relacionadas a los adolescentes en Guatemala.
4. Evaluar el modelo de atención de los servicios de salud para adolescentes.
5. Evaluar la estructura de organización de los servicios de salud para adolescentes.
6. Evaluar la gestión de los servicios de salud para la atención integral de los adolescentes.
7. Evaluar la capacidad de respuesta de los servicios frente a los ODM 4,5 y 6 y su capacidad para lanzar la Iniciativa 3x5.

IV. METODOLOGÍA

A. Elementos del Estudio

El presente estudio es de tipo transversal descriptivo, que recabó información secundaria documental y primaria en el campo, sobre los siguientes elementos:

- La situación de salud del adolescente desde una perspectiva integral.
- El marco Jurídico y normativo para la atención y protección del adolescente.
- El desarrollo de políticas y programas para la atención y protección de la salud del adolescente.

Los elementos a estudiar de los programas de atención en salud a los adolescentes fueron los siguientes.

- 1. El Modelo de atención:** es la interacción entre la población adolescente, sus familias y comunidades, y los servicios de salud. Representa el grado de suficiencia entre la oferta y la demanda de servicios de salud y sus atributos o características que se aplican a todos los niveles, especialmente al nivel de atención primaria, vistos desde la perspectiva de los proveedores. Es la interacción entre la demanda y la oferta de servicios. Los principales aspectos a evaluar son: a) rango y alcance de los servicios de salud ofrecidos para adolescentes, b) tipo de servicios ofrecidos y c) orientación del servicio.
- 2. La organización de los servicios:** es la forma en que estos se proveen para que sus diversos elementos contribuyan al cumplimiento del objetivo general. Los principales aspectos a evaluar son: a) los recursos humanos asignados a los servicios para adolescentes, b) la capacitación

disponible tanto para el personal como para los adolescentes, c) el trabajo en equipo (multidisciplinario o a través de redes), d) el entorno del servicio, e) su carácter multisectorial, f) su accesibilidad y g) su alcance.

- 3. Características de la gestión:** es la forma en que los servicios se proveen, la forma en que se movilizan y se asignan los recursos con el fin de cumplir los objetivos de salud. Los principales aspectos a evaluar son: a) la responsabilidad hacia los usuarios y la comunidad que atiende, b) el grado de respuesta a las prioridades y las idiosincrasias de los usuarios, c) el grado de proactividad/pasividad del personal y el servicio de salud, y d) el grado de autonomía para la toma de decisiones y llevar a cabo acciones que afectan la provisión de los servicios de salud (OPS 2004).

B. Métodos de Estudio

Para los primeros dos objetos de estudio se desarrolló una primera fase de investigación de tipo documental, complementada con información de entrevistas a responsables nacionales clave. Para la investigación documental se consultó la bibliografía y sistemas de información en diversas instituciones tanto del Ministerio de Salud como ONGs y Oficinas especializadas del estado.

Las instituciones visitadas fueron las siguientes:

- Programa Nacional de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia (SINA)
- Sistema de Información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios
- Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt
- La Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas, de la Vicepresidencia de la República (SECCATID)
- Instituto Nacional de Estadística (INE)

- Asociación: Programa de Apoyo para la Salud Materno Infantil y para la Salud de otros Grupos de Riesgo (PAMI)
- Casa Alianza, Guatemala

El tercer objeto de estudio se identificó a través de un trabajo de campo que permitió la visita de establecimientos, en donde se realizaron entrevistas a responsables de los programas, observaciones participativas y entrevistas grupales e individuales a los adolescentes.

La información obtenida de la investigación de los objetos de estudio 2 y 3, permitió conocer la capacidad de los servicios para alcanzar las metas de los objetivos del milenio 4, 5 y 6 y de la estrategia 3x5, desde los programas de provisión de servicios de salud para adolescentes.

Para el efecto se adaptaron seis instrumentos de los que ya han sido utilizados en otros estudios similares en Centroamérica:

1. Entrevista a directores nacionales
2. Entrevista a directores de establecimientos donde se implementan programas
3. Entrevistas a responsables locales de programa
4. Guía de entrevista grupal a adolescentes
5. Guía de entrevista a adolescentes usuarios de los servicios
6. Guía de entrevista a ONG local.

El primero de estos fue aplicado en el ámbito nacional, los siguientes cinco fueron aplicados en el nivel local durante las visitas a los establecimientos.

C. La Muestra

Se realizaron visitas a establecimientos de salud seleccionados, que corresponden a una muestra de los municipios donde se ha iniciado a implementar el programa a través del apoyo de UNICEF y de otros ubicados en las mismas regiones que no han implementado el programa y que reciben apoyo de OPS en otros aspectos, más algunos hospitales públicos que tiene el programa y algunas entidades privadas que realizan atención en salud a los adolescentes.

Establecimientos que han iniciado con el programa

Hospital General San Juan de Dios, Hospital de Antigua Guatemala, Centro de Salud de Jocotán, Centro de Salud de Camotán, Centro de Salud de San Andrés Sajcabajá, Centro de Salud de Canillá, Centro de Salud de Los Amates, Centro de Salud de La Unión, Centro de Salud de Gualán.

Establecimientos donde no se ha implementado el programa:

Hospital de Nebaj, Centro de Salud de Chajul, Centro de Salud de Jacaltenango.

Otros establecimientos fuera del sistema público:

APROFAM, Programa de atención a Institutos de educación básica, de la Fase III de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. Situación de los y las adolescentes en Guatemala

1. Distribución demográfica

La población guatemalteca es muy joven: 42.3% son menores de 15 años y sólo 4.4% son mayores de 65 años. El cuadro 1 muestra la distribución etárea de la población adolescente por sexo y región geográfica en Guatemala (INE, 2003).

CUADRO 1
Distribución de la población adolescente (10 a 19 años) por sexo y distribución geográfica. Guatemala 2000

URBANA		RURAL	
Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
699,228 52%	650,498 48%	706,917 51%	695,684 49%
1,350,322 49%		1,402,601 51%	
2,752,924			

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Estimaciones de Población 1990-2010.

Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan 24% de la población; de los cuales, 51% vive en el área rural (OPS, 2000). El cuadro 2 muestra la distribución de la población adolescente por año cumplido.

CUADRO 2
Distribución etárea de la población adolescente Guatemala 2004

Edad	Número	Porcentaje
10	336,433	2.7
11	329,686	2.6
12	322,431	2.6
13	314,458	2.5
14	305,992	2.4
10 a 14	1,609,000	12.8
15	297,243	2.4
16	288,695	2.3
17	280,717	2.2
18	273,571	2.2
19	266,975	2.1
15 a 19	1,407,201	11.2
Total	3,016,201	23.9

Fuente: Proyecciones de Población, Víctor Hugo Fernández, The Futures Group 1998.

Por otra parte, Guatemala es un país multiétnico y pluricultural en el que 41% de la población pertenece a grupos étnico-culturales maya, xinca o garífuna (INE, 2003). Aunque en muchos grupos de jóvenes pertenecientes a estas culturas ya no existe valoración en la conservación de su identidad cultural autóctona, en muchos otros sí constituye un factor importante para su desarrollo y la forma en la que plantean alcanzar su incorporación social productiva.

2. Situación socioeconómica

Los grupos de adolescentes de mayor riesgo se encuentran en los estratos económicos que sufren de pobreza y pobreza extrema, del área rural y peri urbana marginal, que afecta a más de 56% de las familias guatemaltecas y que sufren la mayor precariedad de servicios de salud y educación (PNUD, 2002).

En el campo de la educación, sólo 26% de la población en edad de escuela secundaria está matriculada y 20.4% de los jóvenes entre 15 a 24 años son analfabetos (PNUD, 2003). En el año 2003 Guatemala presentaba 28.5% de analfabetismo y el promedio de escolaridad era de 4.5 años de educación formal, con mayor déficit en el área rural, grupos indígenas y mujeres (PNUD, 2002). La inasistencia escolar en la población de 7 a 14 años, es de 28.9% siendo la principal causa, que no les gusta asistir, seguido de la falta de dinero y que los padres no quieren enviarlos (INE, 2003).

La pobreza y falta de oportunidades para la niñez y adolescencia ha obligado a que muchos niños se tengan que incorporar tempranamente al mercado laboral, muchas veces en trabajos riesgosos y dañinos para su salud.

Adicionalmente, Guatemala sufrió las consecuencias de un conflicto armado interno que duró más de 36 años y que concluyó con la firma de la paz en diciembre de 1996. Muchos de los que en aquellos tiempos de guerra eran niños y son actualmente adolescentes o jóvenes sufrieron no solo daños físicos sino también psicosociales por haber vivido una cultura de miedo, presenciado atrocidades de la guerra, desplazamientos y separaciones familiares.

3. Morbilidad y mortalidad

Las estadísticas nacionales de los servicios de salud para documentar la situación del adolescente son difíciles de obtener, debido a que no se cuenta dentro de los sistemas de información nacionales con datos desagregados para este grupo etáreo.

Según datos recabados en 1999 (OPS, 2000) los departamentos que reportan mayor morbilidad en este grupo poblacional son Retalhuleu y Suchitepéquez con 22.12 y 14.39%, respectivamente que sumados constituyen 36.52% de toda la morbilidad reportada. Las lesiones y accidentes representan 91.29% de toda la morbilidad y que afectaron principalmente al sexo masculino en 66.25% de los casos. Otras de las causas que presentan porcentajes importantes son: la violencia intrafamiliar con 1.6%, los problemas metabólicos con 0,71% y cáncer en 0.35%.

En cuanto al porcentaje reportado sobre violencia intrafamiliar, se debe tomar en cuenta el alto nivel de subregistro, principalmente en el caso de las mujeres agredidas que no consultan ni denuncian. En el caso de los problemas metabólicos todos los casos se presentaron en mujeres, principalmente por diabetes. De los casos de cáncer destaca el de cérvix con una prevalencia de 0.05%.

Con respecto a la mortalidad, se debe destacar en primer lugar que la tasas de defunción de adolescentes entre 15 a 19 es más del doble que la de los de 10 a 14 años de edad y la ocurrencia de defunciones en varones es aproximadamente el doble que el de las mujeres (OPS, 2000).

En tanto las primeras causas de defunción en el grupo etáreo de 10 a 14 años son de tipo infeccioso, en el grupo de 15 a 19 lo son las intoxicaciones por alimentos, medicamentos y metales. Cabe destacar también en el grupo de 15 a 19 años que la séptima causa de muerte es atribuida a efectos tóxicos del alcohol.

Según las estadísticas para el año 2003 de la Consulta Externa de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios (hospital de referencia nacional), el principal motivo de consulta fue

“Madre Adolescente”, con 835 casos, seguido por “Neonato Madre Adolescente”, con 781, los cuales juntos suman 1,616 casos que constituyen 21.3% del total de motivos de consulta.

CUADRO 3
Motivos de Consulta en la Consulta Externa del Servicio de Pediatría
Hospital General San Juan de Dios
Enero a Noviembre 2003

Motivo de Consulta	Número	%
1) Madre Adolescente	835	11.0
2) Neonato Madre Adolescentes	781	10.3
3) Estimulación Temprana Neonato	381	5.0
4) IRC	368	4.8
5) Orientación Psicológica	360	4.7
6) Desarrollo y Crecimiento	285	3.7
7) Fractura	271	3.6
8) Asma	235	3.1
9) Apendicitis	222	2.9
10) Vulvovaginitis	205	2.7
Todos los demás	3,665	48.2
Total	7,610	100.0

Fuente: Estadísticas del Servicio de Pediatría del HGSJD.

Por otra parte, el clima de violencia que impera en el país, afecta negativamente a la niñez y adolescencia guatemalteca. Según registros de la Policía Nacional Civil (PNC) durante 2003 ocurrió un total de 639 homicidios de menores de edad en toda la república. De estos 615 que corresponde a 92%, sucedieron en jóvenes de 10 a 19 años de edad y la principal forma de homicidio perpetrada fue por arma de fuego en 82% de los casos (ODHAG, 2003).

Según un análisis comparativo entre los años 2002 y 2003 sobre los índices de muerte violenta de niños, niñas y adolescentes, según datos del monitoreo hemerográfico de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, ha habido un incremento de 40.7% y según registros de la PNC de 82.5% (ODHAG, 2003).

4. Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes constituye un tema de suma importancia. Los embarazos a edad temprana son parte del patrón cultural en algunas regiones del país

principalmente en el área rural, en tanto que en las zonas urbanas generalmente son embarazos no deseados, dando origen a alta incidencia de abortos con sus potenciales complicaciones, madres solteras o inicio de vida conyugal prematura que termina frecuentemente en separación.

Según la Encuesta de Salud Materno-Infantil 2002, 22.1% de las mujeres han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, en tanto que sólo 7.2% de mujeres entre 15 y 19 han usado algún método de planificación familiar. Cabe destacar que del grupo de mujeres jóvenes (15 a 24 años) 1.8% informaron que su primera relación sexual fue por violación, porcentaje que se eleva a 18% en las que la tuvieron antes de los 13 años.

De las mujeres de 15 a 19 años de edad, 15% ya son madres y sólo 35% han recibido alguna charla sobre educación sexual. Por otra parte, las mujeres más jóvenes son las que menos tiempo dejan transcurrir entre embarazos y nacimientos. El 28.2% de las mujeres menores de 20 años dejan transcurrir menos de 24 meses entre nacimientos (ENSMI 2002).

Aunado a esto cabe resaltar que la Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1995, reportó que 36% de las mujeres de 15 a 19 años padece de anemia, lo cual representa un riesgo adicional para el normal desarrollo de los embarazos y partos en este grupo de población.

Hasta junio de 2004 se conoce de 7,054 casos de SIDA en la población guatemalteca. De estos casos 270, es decir, 3.8% lo constituyen adolescentes entre 10 a 19 años, en tanto que 1,093 casos (15.49%) corresponden a jóvenes de 20 a 24 años, de los cuales se asume que la mayor parte se infectaron durante su adolescencia (MSPAS, 2004).

5. Drogadicción

La adicción a drogas constituye también un serio problema que afecta a la adolescencia, debido a las repercusiones tanto en la salud física de la persona, así como los riesgos sociales asociados al consumo de las mismas, tales como abandono escolar, embarazos precoces, pensamientos y actos suicidas, delincuencia e incorporación a maras que transgreden la ley.

Se estima que en Guatemala, dentro de los escolares de establecimientos públicos y privados comprendidos entre los 12 a 19 años de edad, existen al menos 240,000 que han consumido alcohol (52%), 210,000 que han fumado cigarrillos (42%), 83,000 que han usado tranquilizantes (18%), 35,000 estimulantes (8%), 19,000 marihuana (4%), 10,000 inhalantes (2%), 9,000 cocaína (2%), 6,000 crack (1%) y 5,000 éxtasis (1%) (SECCATID, 2003).

De los adolescentes que han consumido alcohol 177,000, es decir, 44% del total de estudiantes, han experimentado al menos un problema relacionado con el consumo de alcohol y 71,000 correspondiente a 18%, se han emborrachado. Asimismo, 61,000 correspondiente a 15% han enfrentado problemas relacionados con el consumo de otras drogas (SECCATID, 2003).

La edad promedio del primer consumo de alcohol, cigarrillos e inhalantes es de 12.5 a 13.5 años. Para otras drogas se reporta el primer consumo uno o dos años más tarde. El uso de alcohol se relaciona fuertemente con el consumo de drogas ilícitas con una probabilidad ocho veces mayor en los que lo han consumido (SECCATID, 2003).

Por otra parte, existe la misma probabilidad para consumo de alcohol y éxtasis para niños y niñas, es el doble en niños para el caso de los cigarrillos, tres veces para inhalantes o crack y cuatro veces para marihuana, en tanto es el doble en niñas para el consumo de tranquilizantes o estimulantes. En adolescentes con conductas de riesgo, transgresores de la ley y en situación de la calle los niveles de consumo de drogas es muy alto (SECCATID, 2003).

6. Maltrato Infantil

Se define maltrato infantil como daño físico o mental, abuso sexual, trato negligente o soez contra un menor. Sobre este tipo de hechos, las estadísticas nacionales presentan un alto nivel de subregistro. Según la Oficina de la Procuraduría de Derechos Humanos de Guatemala de cada 10 casos de maltrato sólo se reportan siete.

Según el estudio "Rompeamos la Cultura del Silencio", en cuatro hospitales de referencia nacional y dos unidades de consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), se atendieron durante 2002 y 2003 un total de 347 casos de maltrato infantil, 69 por abuso sexual, 76 por abandono y negligencia y 80 por sospecha de abuso, que constituyen 61, 14, 12 y 13%, respectivamente. De estos 24% fueron reportados en niños y 12% en niñas, para los demás no existen datos (Vila Real, 2003).

Según este mismo estudio, durante 2002 y 2003 se presentaron a las instituciones del sector justicia un total de 5,868 denuncias de maltrato a niñas, niños y adolescentes, de las cuales 40% fueron por maltrato, 27% por violación, 11% por abandono, 9% por abuso sexual y deshonestos, 8% agresiones, lesiones y amenazas, 3% negligencia, 3% intento de violación y 0.2% incesto y estupro. Cabe también destacar de este estudio, que del total de casos de abandono y negligencia fueron los niños los más afectados, en tanto que en relación al abuso sexual fueron las niñas y que 100% de los casos de violación ocurrieron en niñas.

Según el estudio del año 2002 sobre situación de la niñez de la ODHAG, 57.14% de las víctimas de agresiones físicas y/o emocionales durante ese año fueron adolescentes entre 14 a 17 años, de los cuales 32.14% fueron de sexo masculino y 25% femenino (ODHAG, 2002).

7. Callejización

La callejización está íntimamente ligada al maltrato, como causa de que los niños y adolescentes abandonen prematuramente sus hogares. La callejización se define como un proceso de ruptura con el hogar, sustituyendo éste por la calle y la familia por el grupo de pares o pandilla. De los pocos estudios existentes sobre el fenómeno, se conoce que existen aproximadamente 10,000 niños de la calle, de los cuales 80% son niños "en" la calle, es decir, que aunque pasan la mayor parte de su tiempo en las calles, al menos duermen en su casa.

El 40% de los niños y niñas de la calle tienen edades entre los 13 y 15 años; 42% de estos dejan sus hogares debido al abuso, 39% porque fueron abandonados y 25% debido a la pobreza. El 45% de las personas que se encuentran en custodia preventiva tienen edades entre los 18 y 24 años (Casa Alianza, 2002).

El 20% de los niños de la calle informan tener pensamientos suicidas frecuentes (SECCATID, 2003).

8. Prostitución Infantil

Otro resultado frecuente de la callejización es la prostitución infantil, que aunque se conoce su ocurrencia y manifestaciones a través de algunos estudios específicos, no se tienen datos consistentes de su magnitud. Se conoce que los niños y adolescentes involucrados en este negocio provienen principalmente de sectores urbanos marginales, poseen bajos niveles de escolaridad, de hogares que practican la violencia intrafamiliar. Las niñas reportan golpizas, quemaduras, abuso y violación sexual y 42% del grupo entre 15 a 18 años ya son madres (Bahr-Childhope, 1998).

B. Marco Jurídico y Normativo para la Atención del Adolescente

Guatemala ha ratificado varios instrumentos internacionales que se relacionan con la garantía de derechos de los y las adolescentes, entre los cuales se mencionan, la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Americana de los Derechos Humanos.

Como instrumentos internacionales específicos se citan: la Convención Sobre Derechos del Niño, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, y se cuenta también con las directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la Delincuencia Juvenil, conocidas como las Directrices RIAD y de Menores Privados de Libertad y las Reglas Mínimas Uniformes (NNUU) para la Administración de Justicia de Menores.

También se pueden citar la asistencia y adición de Guatemala a la Conferencia del Cairo sobre Población y Desarrollo, que da prioridad a los niños y niñas, haciendo énfasis en la importancia de su salud, la educación y la nutrición; la Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social, que impulsa 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 Mujer, que apoya el acceso a servicios de salud y nutrición y la prohibición de toda discriminación por razones de sexo a las mujeres y niñas.

En el ámbito nacional, la Constitución de la República de Guatemala en su artículo 51 preconiza la garantía de los menores a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social.

Específicamente fue aprobada en junio de 2003, la "Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia", que constituye un instrumento integral sobre todos los aspectos relacionados para la atención y garantía de los derechos de la niñez y adolescencia y que viene a sustituir el código de menores, que estaba vigente desde 1979 y que planteaba la situación de la niñez desde una doctrina de situación irregular que percibía al niño y niña a partir de sus debilidades y carencias y no como sujetos de derecho.

Este instrumento jurídico está estructurado en tres libros: el Libro I sobre disposiciones sustantivas que comprende el marco integral de derechos y deberes del niño y adolescente y cuyos artículos del 25 al 35 se refieren a su derecho a la salud; el libro II que define la estructura organizativa a nivel nacional para garantizar su protección, a través de la cual se crean los siguientes organismos nacionales:

- 1) La Comisión Nacional de la Niñez y Adolescencia, como la instancia responsable de la formulación de políticas y su traslado a las estructuras municipales, velando por su adecuado cumplimiento e implementación.
- 2) La Defensoría de la Niñez y Adolescencia de la Procuraduría de Derechos Humanos, que velará por la protección y garantía de derechos humanos de la niñez y adolescencia.
- 3) La Unidad de Protección a la Adolescencia Trabajadora, del Ministerio de Trabajo, que velará por el respeto de los derechos laborales de las y los adolescentes trabajadores.
- 4) La Unidad Especializada de la Niñez y Adolescencia de la Policía Nacional Civil, que tendrá la responsabilidad de capacitar y asesorar sistemáticamente a todos los miembros de la institución sobre los derechos y deberes de los y las niñas y adolescentes.

Por último el libro III, que establece los mecanismos para la atención jurídica de las demandas y faltas cometidas por menores.

Complementariamente otros instrumentos legislativos relacionados que se pueden mencionar son el Código de Salud, Ley de Educación, Ley de Seguro Social, Ley de Nacionalidad, Ley de Población y Desarrollo, el Código Civil, Código de Trabajo, Código Municipal, la Ley de Descentralización de Políticas Públicas, la Ley de Consejos de Desarrollo.

En octubre del 2002, fueron aprobados los Lineamientos y Normas de Salud Reproductiva, que en la sección 6 del capítulo VI, especifica las normativas para la atención de las y los adolescentes, que insta a la prestación de servicios de salud integrales y diferenciados a las y los adolescentes de una manera amigable.

En 2004 se aprobó por acuerdo ministerial SPM-M-636-2004, el Reglamento Interno de la Comisión Intersectorial de la Atención Integral a los y las Adolescentes, que estructura y regula la formación del ente interinstitucional e intersectorial para coordinar a nivel nacional la atención integral del adolescente.

C. Políticas y Programas para la Atención de los Adolescentes

En 2004 el gobierno aprobó la Política Nacional de Salud para la Adolescencia y la Juventud, que ratifica y da seguimiento a la política sobre el mismo tema formulada durante el período de gobierno anterior al 2004.

Luego de varios años de funcionamiento del Sistema Integral de Atención a la Niñez y Adolescencia, en agosto de 2003, por acuerdo ministerial SP-M-2089-2003, se crea oficialmente el Programa de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia (SINA).

El mismo constituye la culminación de esfuerzos realizados por el gobierno y organismos internacionales, desarrollados desde 1990 cuando se crea la Comisión Nacional del Adolescente, coordinada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud, bajo cuyos auspicios se creó en 1997, el Plan Nacional de Atención Integral a los y las Adolescentes, como parte del Programa Nacional Materno-Infantil.

El programa que actualmente funciona depende del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas que a su vez responde a la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. A nivel operativo se implementa a través de la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en sus tres niveles de atención.

Como Programa Nacional, su implementación se ha impulsado en todo el país, sin embargo, se implementa con mayor énfasis, con apoyo de UNICEF en 13 municipios del país: Jocotán, Camotán, La Unión, Gualán, Los Amates, San Andrés Sabcabajá, Canillá, Chiché, San Bartolomé Jocotenango, Todos Santos Cuchumatanes, San Juan Ixcay, San Miguel Acatán y Santa Bárbara.

Asimismo se ha impulsado el establecimiento de clínicas de adolescentes en los Hospitales de Antigua, San Benito Petén y San Juan de Dios. Este último ha funcionado como Centro de Capacitación para hospitales regionales y distritales. Se ha impulsado en estos un enfoque integral y multidisciplinario con apoyo de Pediatra, Psicólogo, Ginecólogo y Nutricionista.

Sin embargo, su cobertura es aun muy limitada, tomando en cuenta la totalidad de hospitales del país.

En el primer y segundo nivel de atención en salud, se promueve la organización juvenil, espacios amigables, la formación de redes, la atención clínica y consejería. Por lo general el programa a este nivel está a cargo de la Enfermera Profesional y a nivel de área de salud se impulsa la incorporación de la Trabajadora Social y Psicólogo (a).

El instrumento principal de monitoreo y evaluación en el ámbito local es la Sala Situacional, que informa sobre la morbilidad y mortalidad general del grupo e incidencia de embarazos.

Adicionalmente existen iniciativas de algunos entes públicos y privados especializados, entre los que se mencionan el programa de apoyo a adolescentes embarazadas y postparto en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Programa de atención integral y educación por parte de APROFAM, que brinda atención clínica, consejería psicológica, educación y concienciación sobre la responsabilidad de ser padres y madres.

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha implementado como parte del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) el Plan Nacional de Atención Integral de la y el Adolescente, que integra las acciones sobre salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucodental, estilos de vida y prevención de la morbilidad y mortalidad prevalente para este grupo poblacional.

Entre las principales estrategias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social planteadas en la Política Nacional, para fortalecer la atención en salud para la Adolescencia y la Juventud, se mencionan:

- La formulación de un Plan Marco para identificar las acciones eje de política e intervenciones para los planes operativos de programas y proyectos nacionales.
- La inserción de la temática en los programas del Ministerio de Salud ya establecidos.
- La coordinación y articulación interinstitucional.

- La institucionalización de la política.
- La concertación entre el estado y la sociedad civil.
- La compatibilización de acciones con organismos internacionales.

Por otra parte, a nivel del sector de justicia se establece el sistema de protección para la niñez que está integrado por:

- La Defensoría de la Niñez y Adolescencia de la Procuraduría General de la Nación
- La Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y Adolescencia
- Los Juzgados de la niñez y adolescencia
- Los Juzgados de Familia
- La Sección de Menores y Personas Desaparecidas de la Policía Nacional Civil
- La Unidad Especializada de la Niñez y Adolescencia de la Policía Nacional Civil

D. Calidad de la Provisión de Servicios para Adolescentes¹

Todo el contenido de esta sección proviene de lo expresado por los funcionarios de los establecimientos de salud y adolescentes entrevistados durante el trabajo de campo.

1. Establecimientos apoyados por el SINA

Los centros de salud apoyados por el Programa Nacional de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia (SINA) parten de un modelo y estructura uniforme que se describen a continuación.

a) Contenido del modelo

El modelo se levanta sobre la infra y supraestructura del Sistema Público de Salud Nacional, lo cual significa que se inserta como uno de los otros siete programas integrados, que impulsa el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y por lo tanto le rigen las

¹ Todo el contenido de esta sección proviene de lo expresado por los funcionarios de los establecimientos de salud y adolescentes entrevistados durante el trabajo de campo.

normativas y sistemas de supervisión y monitoreo del mismo, utiliza las mismas instalaciones de los establecimientos y recurre al personal institucional ya contratado y cooperante. Hasta el momento en el ámbito local no se ha provisto de recursos humanos, infraestructura o equipamiento adicional, aportados por el MSPAS.

De forma general se identificaron del modelo los siguientes elementos:

- Espacio amigable: definido como un lugar físico donde los adolescentes pueden reunirse socialmente, recibir charlas y decorar a su gusto incluyendo la colocación de mensajes e información sobre su situación.
- Día especial de atención: en el que se les proporciona educación y se da prioridad a su atención tanto médica como de consejería y que se planifica entre cuatro a dos veces al mes.
- Organización de jóvenes de las comunidades circunvecinas para recibir pláticas una o dos veces al mes y divulgar las actividades del programa.
- Educación en salud sexual y reproductiva en los institutos de educación secundaria una o dos veces al mes.
- Impulso de redes locales a través del sistema municipal.

El sistema de monitoreo y evaluación utilizado en todos los lugares es la sala situacional, en este caso sobre la situación del adolescente. Este sistema deviene del modelo utilizado por el Ministerio de Salud desde 1997, que plantea la exposición gráfica y pública a través de carteles pegados en las paredes, de los datos más relevantes de la situación de salud, para su análisis permanente por parte de los proveedores y usuarios de los servicios y la toma de decisiones oportunas.

b) Estructura de organización de los servicios

Por lo general la persona responsable de impulsar el programa es el o la Enfermera Auxiliar o Profesional, apoyada por el médico director del distrito y los cooperantes cubanos en caso los hubiera. Adicionalmente a través de la Municipalidad, con recursos de UNICEF, se contrata a un promotor que se constituye en el motor más importante para desarrollar las actividades.

El promotor municipal, aunque tiene un bajo salario, trabaja a tiempo completo y además de apoyar las charlas en el establecimiento de salud, también se desplaza a las distintas comunidades del municipio para reunirse y dar educación a los jóvenes. Los funcionarios del establecimiento de salud se dedican al programa únicamente el día y hora asignado para la atención del adolescente.

Las charlas educativas se imparten una vez por semana en el espacio amigable y día especial sobre temas diversos pero con énfasis en Salud Sexual/Reproductiva y Drogadicción, principalmente alcoholismo y tabaquismo. Estas charlas se dirigen a los jóvenes sin diferenciación de sexo, edad u origen étnico-cultural. Así también se abren espacios de educación en las comunidades a través de los grupos de jóvenes organizados y en las escuelas e institutos, al menos una vez al mes.

El material utilizado para los procesos educativos, es el que ya con anterioridad poseía el establecimiento y otro que es proporcionado por SINA que consiste en un Manual sobre Salud Sexual y Reproductiva, y folletos cortos sobre diversos tópicos relacionados al mismo tema, que se entregan a los y las jóvenes.

c) Características de la gestión

Todos los programas en el nivel local plantean la participación activa de los jóvenes en la gestión de los servicios, sin embargo puede observarse aun una situación incipiente en este aspecto.

Aunque los jóvenes tienen en general una valoración muy positiva del programa, se limita su participación a la selección de temas educativos y acondicionamiento del espacio amigable. No tienen participación en la gestión de recursos y mucho menos en el control y fiscalización de los servicios.

Los grupos organizados en las comunidades son esencialmente promotores y divulgadores de las actividades, y no tienen aun iniciativa para desarrollar sus propias actividades independientes. Las comunidades son por lo general bastante cerradas como para permitir y validar las actividades independientes de los jóvenes en el cuidado de su Salud Sexual y

Reproductiva incluyendo la comunicación abierta y la distribución de métodos anticonceptivos.

El mismo sistema regido por la normativa se ve limitado para proveer a los adolescentes de mayor independencia para la expresión de sus necesidades sexuales. No es permitida la provisión de anticonceptivos a los adolescentes por estar restringida para la planificación familiar.

Por otra parte, el programa compite en prioridad con otros programas del MSPAS establecidos desde hace muchos años, sin recursos técnicos ni humanos adicionales. Fuera del personal directamente responsable, los demás funcionarios del establecimiento de salud no están lo suficientemente sensibilizados sobre la importancia de la atención del adolescente como para otorgar tiempo en apoyo al programa.

Las redes de apoyo a la atención están fundamentadas en su vinculación a las municipalidades a través del promotor que éstas contratan. Esto permite su integración a los sistemas de organización y gestión social que se establece a nivel nacional por medio de la ley de consejos de desarrollo y descentralización.

d) Elementos particulares de cada establecimiento

• San Andrés Sajcabajá, Quiché

El levantamiento de la infraestructura del espacio amigable ha recibido apoyo del distrito de salud y la municipalidad para la rehabilitación de un salón abandonado contiguo al edificio principal del establecimiento, que aunque le falta instalación de ventanales, constituye un espacio, amplio, limpio y ventilado y con área verde adyacente que posibilita también, la realización de actividades al aire libre.

Existen barreras de accesibilidad de carácter físico por la lejanía de algunas comunidades e idiomáticas-culturales en otros casos que se interpretan como timidez y falta de participación.

Existe inestabilidad del personal municipal, debido al bajo salario, que no permite darle continuidad adecuada a los planes y programaciones.

Falta trabajar más en la sensibilización del personal del establecimiento y la comunidad en general para que comprendan las necesidades de los adolescentes y prioridad de atención.

Los jóvenes se expresan de forma muy positiva del programa y el personal, pero opinan que algunas charlas no las entienden del todo y que no todos han recibido los materiales educativos. Asimismo refieren que quisieran tener materiales audiovisuales de apoyo.

Las consultas por orientación en métodos anticonceptivos son muy poco frecuentes. Consultan esencialmente por enfermedad común y en casos extremos. No existe una cultura de consulta sistemática para control de su crecimiento, desarrollo y consejería psicosocial.

• Canillá, Quiché

El espacio amigable ocupa un salón dentro del establecimiento, cuyos colores y estructura es la misma que para todo el lugar, decorado con los afiches y carteles que los y las jóvenes han elaborado.

Tienen un buzón de sugerencias y votan para la selección de los temas de capacitación. Por lo general, luego de las actividades se les pregunta sobre que les pareció, para que den sus sugerencias para mejorarlas en la siguiente ocasión.

Las actividades educativas solo pueden realizarse durante el ciclo escolar, pues durante vacaciones los jóvenes deben ayudar a sus padres en las labores agrícolas.

La sala situacional muestra que del 2002 al 2003 hubo una disminución en el número de embarazos en adolescentes. Identifican como problemático el tabaquismo y en menor grado el alcoholismo, ataques sexuales y sobrepeso.

Recomiendan mejorar la asignación de recursos para el programa incluyendo un vehículo, dadas las distancias para las comunidades. El promotor municipal utiliza su moto particular para poderse desplazar a las comunidades.

- **Gualán, Zacapa**

El programa en este municipio es plenamente apoyado por la dirección del distrito de salud y la municipalidad. Han integrado 11 grupos de adolescentes capacitados: uno en la cabecera y 10 en las comunidades rurales.

El director del distrito tiene un programa en la radio local y en el cable, que una vez por mes informan a la comunidad en temas de salud sexual y reproductiva.

Las barreras de accesibilidad son principalmente de carácter físico, por las distancias y malas condiciones de las carreteras y el costo de transporte que implica. Sin embargo, existen también barreras de tipo sociocultural, pues los adolescentes manifiestan no tener la confianza suficiente con el personal de salud y consideran que en el pueblo se sabría con facilidad su consulta al establecimiento.

Como Centro de Salud Tipo A, el servicio incluye encamamiento y maternidad. Sin embargo, no hay una atención priorizada para adolescentes y no se tiene disponibilidad de atención psicológica, ni social.

La problemática identificada que afecta al adolescente, se refiere principalmente a la violencia sexual hacia las mujeres y la prostitución clandestina de adolescentes. Asimismo se han presentado casos de suicidio con lo que llaman la pastilla del amor. Esta pastilla es la utilizada para la preservación de los productos agrícolas almacenados y que la ingieren las adolescentes cuando se enteran de un embarazo no deseado.

Los adolescentes entrevistados refieren un inicio de la sexualidad temprana, entre los 13 a 14 años de edad. Valoran los servicios prestados dado que ahora pueden medir mejor los riesgos. Utilizan métodos anticonceptivos que incluye principalmente preservativos, aunque ya algunas muchachas se administran anticonceptivos inyectados que han aprendido a utilizar con amigas. Sin embargo, tienen aun mucha vergüenza para comprarlos en las farmacias.

Asimismo, expresan que solo utilizan ocasionalmente los servicios médicos del Centro de Salud, pues cuando están enfermos prefieren recurrir a clínicas privadas de la cabecera municipal.

Su valoración del programa es positiva, sin embargo, manifiestan que la atención del personal de enfermería es desmotivada. Al personal médico sí lo consideran amable y dedicado, pero en general hay desconfianza de que se divulguen sus problemas de consulta fuera del establecimiento.

- **La Unión, Zacapa**

Existe apoyo de la dirección del distrito para el desarrollo del programa. El espacio amigable es parte de la infraestructura del establecimiento, que aunque limpio y en buenas condiciones resulta ser relativamente estrecho cuando el grupo de jóvenes reunidos es numeroso.

La limitación principal de accesibilidad son las distancias de las comunidades y el costo del transporte que implica. Dado que es una población culturalmente uniforme de tipo ladino, no existen diferenciaciones de adaptación a la cultura local. Existe 15% de población Chortí pero sus patrones culturales están ladinizados.

La aprobación por parte de la iglesia católica, tanto de los contenidos del programa como de las pláticas específicas, ha sido un factor importante para lograr la aceptación del programa en las comunidades. También se percibió a través de las entrevistas con los jóvenes, que todavía no existe completa aceptación por parte de los padres de familia con respecto a las pláticas que están recibiendo los jóvenes.

Se identificó como único gran problema el consumo de tabaco, y como algo problemático los embarazos no deseados y los abortos provocados. Los adolescentes no consultan al establecimiento por ITS por vergüenza y en ese caso prefieren utilizar servicios privados. Los adolescentes mencionan que los preservativos que se entregan son de mala calidad.

Los adolescentes no perciben que haya una atención médica prioritaria hacia ellos. Únicamente cuando está el promotor presente, sienten apoyo para que por su medio puedan recibir atención más rápidamente. Acuden muy ocasionalmente a consulta y en casos de ITS prefieren acudir a un médico privado, para que no se enteren en la población.

En general tienen una valoración positiva del programa puesto que ahora conocen sobre los temas, hay más conciencia de las consecuencias, ha mejorado la comunicación con sus padres. Sí practican relaciones sexuales premaritales sin protección anticonceptiva. Para la compra de anticonceptivos se auxilian de adultos.

- **Los Amates, Izabal**

Hay poco apoyo del personal del Centro de Salud debido a que es muy escaso para la cantidad de población que deben cubrir.

La promotora hace su programación para cubrir las comunidades rurales una vez al mes y las urbanas dos veces al mes. Se ha obtenido apoyo de la radio y del sistema de cable local, para transmitir programas con temas para adolescentes y padres de familia. Requieren apoyo de equipo audiovisual del cual carecen, y de más recursos humanos para poder visitar las aldeas con más frecuencia.

Adicionalmente se ha conseguido el apoyo del Psicólogo del INDAPS (Instituto de formación de Técnicos en Salud), que llega a dar consulta al establecimiento una vez al mes.

Las instalaciones del Centro de Salud son deficientes, pues es muy pequeño para la demanda y los baños están en mal estado. Los problemas de accesibilidad son esencialmente de tipo físico por las distancias y condiciones de las carreteras.

Los adolescentes sí asisten para su atención médica al Centro de Salud porque consideran que se respeta la confidencialidad y existe ética del personal. En el caso de aldeas muy lejanas la consulta al establecimiento es más difícil por las distancias y costo de transporte, por lo que mencionaron que hacen uso del Puesto de Salud más cercano o de medicina casera tradicional.

Sobre su problemática expresaron que hay falta de comunicación con los padres, falta de orientación para aprender a respetarse entre sí y patrones culturales machistas que incitan a tener relaciones sexuales tempranas. Consideran que desde que se proporcionan métodos anticonceptivos hay menos embarazos no deseados.

- **Jocotán, Chiquimula**

Cabe destacar que el problema principal identificado para este municipio es la desnutrición, la cual va enlazada a una problemática socioeconómica muy difícil que afecta a muchas comunidades del municipio, por falta de oportunidades para generación de sustento económico digno para las familias. Tienen implementado desde 2002 un Centro de Recuperación Nutricional, que atiende casos graves de niños desnutridos.

Así mismo mencionan como problema, los ataques sexuales intrafamiliares y el surgimiento de la drogadicción con inhalantes por parte de los niños y adolescentes que lustran zapatos en el parque.

Existe una disputa no resuelta en la utilización del salón para el espacio amigable que no ha permitido que los jóvenes se apropien del mismo.

Existen barreras de carácter idiomático en las aldeas de ascendencia Chortí, para lo que se utiliza traductores, y culturales por la visión conservadora de las familias que no permite abordar los temas sobre sexualidad y salud reproductiva de forma abierta en las comunidades.

Aunque no hay una atención priorizada para adolescentes, es el único centro de salud en el que la atención médica se da tanto en horario matutino y vespertino y ordenado por procedencia de los usuarios. Es decir, priorizando la atención de las personas provenientes de las aldeas en la mañana y del área urbana en la tarde.

El promotor municipal además de impulsor del programa actúa como canal hacia el servicio médico en caso de ITSs, por la confianza que se ha ganado con el grupo. Los adolescentes entrevistados expresan que aunque el personal de atención médica es amigable y respetuoso, no les tienen suficiente confianza por temor a que se divulguen los motivos de sus consultas en caso de problemas relacionados a la sexualidad.

Los jóvenes expresaron patrones culturales machistas que los impulsan a tener relaciones sexuales tempranas, así como preconcepciones y estereotipos para juzgar la conducta y sexualidad de otros adolescentes.

Ha habido dificultad para la formación de redes interinstitucionales que no acuden a las convocatorias realizadas por parte del promotor.

- **Camotán, Chiquimula**

El espacio amigable es privado y con infraestructura formal en buen estado, aunque relativamente estrecho cuando el grupo de adolescentes es numeroso.

Realizan las charlas educativas una vez al mes en las aldeas y caseríos del área rural y tres veces al mes para el área urbana. En las movilizaciones coordinan con todo el personal del Centro de Salud para cubrir todos los programas en un solo paquete.

También cabe destacar en este municipio que el problema principal identificado es la desnutrición enraizada en la pobreza y falta de oportunidades económicas. En segundo plano ubican el tabaquismo y los embarazos no deseados.

Las barreras físicas de accesibilidad son muy grandes, pues a algunas aldeas solo se puede entrar cruzando la frontera con Honduras. Asimismo, las migraciones por razones laborales de forma temporal son frecuentes e impiden la participación continua de los adolescentes en el programa.

Los adolescentes entrevistados tienen una valoración muy positiva del programa, porque de forma amigable y respetuosa les orientan e informan en un ambiente privado y agradable. Sin embargo, hacen poco uso de los servicios médicos pues en caso de enfermedades prefieren acudir a servicios privados.

2. Establecimientos que no han recibido apoyo de SINA

En estos establecimientos no se ha implementado el programa de manera formal. Por lo tanto no es posible describir, modelo, estructura, ni características de la gestión del servicio.

Únicamente se describen las consideraciones expresadas por los funcionarios de salud sobre la problemática que afecta a los adolescentes en la región, las necesidades para poder darle impulso al programa y algunas iniciativas particulares que se han desarrollado.

a) Jacaltenango, Huehuetenango

El Técnico en Salud Rural del Centro de Salud, es el funcionario que ha sido designado para impulsar el programa. Sin embargo al mismo tiempo tiene a cargo el programa de Extensión de Cobertura del SIAS, que le ocupa la mayor parte de su tiempo laboral efectivo y por lo tanto considera que en las mismas condiciones no le daría tiempo para responsabilizarse de otro programa.

Aunque en el mes de diciembre fue informado sobre el programa, no se le dio ninguna otra orientación para darle seguimiento y hasta septiembre cursote 2004, se recibió la capacitación sobre el SIDA, pero no ha habido posteriormente un acompañamiento para su reproducción o aplicación concreta en el distrito.

Realizan algunas actividades particulares con apoyos externos, fuera de las responsabilidades laborales en apoyo a la salud de los adolescentes. Una de éstas es la inclusión de un espacio para adolescentes en una radio local a través del cual han realizado programas informativos y educativos sobre el SIDA y Salud Sexual y Reproductiva. Con el apoyo de los médicos de la cooperación cubana han realizado algunas capacitaciones en dos de los cuatro institutos de la cabecera municipal.

Identifican al municipio como uno de los del departamento y a nivel nacional con mayor problemática en relación al VIH/SIDA, dada la cantidad de casos activos, sin tratamiento, ni control en el área, incluyendo casos de familias infectadas o en riesgo, casos de fallecimientos de infectados que tuvieron múltiples contactos sexuales en el municipio, que se desconocen.

Por otra parte se enfrentan a problemas crecientes de alcoholismo, consumo de drogas ilícitas, ITS, embarazos no deseados, abortos y ataques sexuales, que consideran muy problemáticos en el área.

Recomiendan para poder iniciar a impulsar el programa en el municipio:

- Asignar recursos específicos incluyendo personal, materiales escritos y audiovisuales y de transporte.
- Fortalecer el acompañamiento para la implementación y desarrollo del programa.
- Armar redes locales que incluyan a la iglesia católica, evangélica y movimiento carismático.
- Fortalecer espacios de comunitarios de información a través de las radios y circuitos de cable locales.
- Incorporar a líderes juveniles de las Asociaciones de estudiantes.
- Que previo al establecimiento del programa, se realicen grupos focales para la detección de las necesidades de los adolescentes.
- Traer invitados de fuera del municipio para charlas y talleres con temas especiales, porque esto incrementa la credibilidad de la comunidad en las iniciativas impulsadas.

b) Nebaj, Quiché

Según comentan los funcionarios entrevistados el programa estuvo funcionando durante 2003 con apoyo de la anterior psicóloga del área, sin embargo, esta persona dejó el puesto y nadie le dio continuidad (no especificaron las razones de su retiro). La psicóloga actual, que tiene tres meses en su puesto, acudió a una capacitación que se realizó en Panajachel, en la que le dieron documentos y material, y está iniciando la implementación del programa, haciendo contacto con algunas personas y jóvenes que pudieran apoyar.

Se percibió una problemática compleja de carácter administrativo que dificulta el funcionamiento de los distintos programas, principalmente la institucionalización de nuevos.

La situación del adolescente del municipio comentada por los entrevistados identifica como gran problema los embarazos no deseados y abortos provocados de forma invasiva o bien de forma externa masajeando el abdomen con la piedra de moler de la cocina y la ingestión de algunos medicamentos o sustancias tóxicas.

Para toda el área Ixil funciona la ONG Save the Children, la cual empezó con un programa de Salud Reproductiva en el año 2002 denominado "Maya Salud Reproductiva", que en 2004 inició con un enfoque dirigido a la adolescencia. Este programa cuenta con líderes capacitados en cada municipio del área. Su trabajo consiste en educación a jóvenes a través de charlas en escuelas, talleres, mensajes, información, actividades culturales, recreativas y deportivas.

Cuentan con algunos materiales educativos e informativos en los temas de embarazo, planificación familiar, salud reproductiva, comunicación, planes de vida, educación sexual, género, violencia intrafamiliar y VIH/SIDA. Dentro del programa a los maestros y padres de familia que les apoyan les denominan "maestros amigos de los adolescentes" y "padres solidarios".

c) Chajul, Quiché

La directora del centro de salud, manifestó desconocimiento del programa de adolescentes y que en las condiciones actuales le sería dificultoso implementarlo, pues cuenta con poco personal y la población que se cubre es muy grande. Actualmente no cuenta con enfermera profesional, ni con otro médico para consulta y gran parte de su tiempo lo absorben cuestiones administrativas.

Sin embargo, considera que la situación social en la adolescencia es problemática, pues existen maras y delincuencia, en tanto no cuentan con áreas recreativas y deportivas, para que puedan canalizar positivamente su actividad. Además considera que previo a implementar el programa se debe hacer un estudio de tipo antropológico para tomar en cuenta la cultura y las costumbres de la etnia Ixil, ya que la sexualidad y reproducción son temas con patrones culturales muy arraigados en la comunidad.

3. Experiencias de hospitales que han impulsado el programa

a) Hospital General San Juan de Dios

• Contenido del modelo

El Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), es uno de los hospitales de referencia nacional que cuenta con la más amplia gama de especialidades y capacidad de servicio en el país. Además es un "Hospital Escuela", para formación de médicos y otros profesionales de áreas sociales y biológicas, de pre y postgrado.

Los elementos constitutivos identificados en el modelo de atención al adolescente impulsado por el Hospital son los siguientes:

1. Atención médica integral al adolescente que incluye:
 - Enfermedad Común
 - Gineco-Obstetricia
 - Psicología
 - Nutrición
 - Referencia a clínicas de especialidades
2. Formación de recursos humanos para la atención especializada del adolescente.

La atención médica se realiza a través de un equipo de salud multidisciplinario que atiende cualquier demanda del usuario de forma especializada.

La formación de recursos humanos se realiza a lo interno con los estudiantes de postgrado y a lo externo para equipos de personal de servicio clínico de otros hospitales públicos regionales y distritales del país u otras instituciones por demanda, que quieran implementar programas similares. En tal sentido se ha concebido como el hospital de referencia para la capacitación de capacitadores en el tema de atención a la adolescencia.

• Estructura de organización de los servicios

El programa de adolescentes del HGSJD cuenta con un equipo interdisciplinario exclusivo contratado por seis horas al día, para la atención de los y las adolescentes: un médico general, cinco pediatras, una psicóloga, una enfermera profesional y una auxiliar, un ginecólogo y una nutricionista.

La atención de los adolescentes la realizan en un módulo específico exclusivo, espacioso y separado de la pediatría, que es llamado espacio amigable.

Consideran que necesitan fortalecer la coordinación con el segundo y primer nivel de atención para la referencia y contrarreferencia fluida y permanente.

• Características de la gestión

El equipo multidisciplinario trabaja integrado, dentro de un sistema de referencia y contrarreferencia entre las clínicas del servicio. Dado que es un hospital nacional, hay disponibilidad de clínicas en una gama amplia de especialidades, por lo tanto, si hay un caso que necesita atención especializada en un campo que no cubre el servicio, es referido a donde corresponde.

La única barrera que perciben es que el horario de atención en el que se trabaja es por la mañana, que coincide con el horario de estudio de la mayor parte de los establecimientos educativos.

Tienen una asignación presupuestaria fija que no tienen la posibilidad de modificar. Únicamente tienen flexibilidad para el horario de atención de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

No tienen un programa sistemático de educación directa a grupos de adolescentes y no se proyectan con actividades comunitarias fuera del espacio de la clínica, pues el servicio se ha definido como de atención médica integral en el que la educación y la consejería se realizan durante la consulta. Sin embargo, no descartan que en el futuro lo puedan realizar.

No hacen ninguna diferenciación de la atención por origen social, económico, étnico o cultural. Identifican como gran problema la creciente epidemia de VIH/SIDA y el alcoholismo. De acuerdo con una encuesta realizada, 80% de los usuarios del servicio manifestaron estar satisfechos con el mismo, 13% regularmente satisfechos y 7% no contestaron.

La opinión de los adolescentes entrevistados es muy positiva en términos generales, pues consideran que el servicio es valioso, el personal

muy amable y respetuoso, con horarios flexibles de acuerdo a necesidades y el ambiente físico es confortable. Únicamente manifestaron que no hay suficiente disponibilidad de materiales educativos documentales y audiovisuales.

b) Hospital de Antigua

• Contenido del modelo

La experiencia del Hospital de Antigua es muy reciente, pues dio inicio en junio de 2004. En tal sentido la implementación del programa se podría considerar aun incipiente.

Los elementos constitutivos del programa identificados en este hospital son los siguientes:

- Atención médica que incluye:
 - Enfermedad común
 - Atención Psicológica
 - Referencia a Gineco-obstetricia
- Educación a institutos públicos
- Talleres de Psicología sobre dinámica familiar
- Eventos para promover la discusión sobre temáticas específicas de los problemas que afectan a los adolescentes

La atención médica se proporciona en una clínica específica recientemente habilitada, pero aun sin recursos propios ni presupuesto asignado. Se han realizado algunas charlas aisladas a institutos públicos y se organizó un simposio sobre SIDA que fue muy concurrido.

Los talleres de Psicología sobre dinámica familiar, tienen por objetivo el análisis de las relaciones familiares para mejorar la comunicación, comprensión y relación positiva entre sus miembros, para fortalecer la autoestima y salud psicosocial del adolescente.

• Estructura de organización de los servicios

No existe personal asignado de forma particular para el programa. El personal que apoya forma parte de otros servicios. En tal sentido los jefes de departamento lo perciben como una sustracción de tiempo efectivo del personal a sus responsabilidades asignadas.

El adolescente ingresa por trabajo social, que clasifica y refiere a la clínica que corresponda. Si en la clínica donde es atendido se le detecta algún otro problema fuera de su especialidad, se le refiere a otra dentro de las posibilidades del hospital.

Apoyan el programa, un médico del servicio de pediatría que se desempeña como el coordinador y médico de consulta general, una enfermera profesional, psicóloga, trabajadora social y un psiquiatra. Si la adolescente presenta un problema gineco-obstétrico es referida a la clínica del servicio correspondiente.

Según comentan los entrevistados en este estudio, el espacio que ocupa actualmente la clínica ha sido habilitado por iniciativa del médico pediatra del servicio, luego de mucho esfuerzo de gestión ante las autoridades y el desacuerdo con el personal de enfermería del servicio. Para su abastecimiento ha tenido que trasladar algún material médico-quirúrgico asignado a otras clínicas y el equipo médico de auscultación es el de propiedad del médico.

No existe un salón para uso exclusivo de los adolescentes (espacio amigable. El salón que se ocupa para las actividades y reuniones es el mismo que sirve al departamento de pediatría. El salón es amplio, iluminado, ventilado, con infraestructura formal aunque en reparación por filtraciones de agua por el techo durante la época lluviosa.

• Características de la gestión

Debido probablemente a lo incipiente de la implementación, no se posee aún una estructuración y planificación del programa, que indique actividades a realizar por período de tiempo, una estrategia de gestión definida, ni un sistema de monitoreo y evaluación de impacto.

La participación de los y las adolescentes en la gestión de los servicios es muy limitada. Durante la entrevista con un grupo de ellas, hicieron las siguientes observaciones:

- Los servicios son poco utilizados porque tienen el estereotipo de que los servicios públicos son de mala calidad en relación al tiempo de espera, el trato médico, impuntualidad, falta de confianza y la carencia de medicamentos.

- Ha habido poca divulgación del programa y por lo tanto muchos jóvenes desconocen la existencia del mismo y todos los servicios disponibles para ellos. Si estuvieran enterados harían más uso de los mismos.
- El espacio donde se realizan las actividades no es exclusivo para su uso. Les gustaría tener privacidad en un espacio propio.
- El Horario de las clínicas es en la mañana, lo cual no favorece el uso de los servicios, dado que la mayor parte de establecimientos tienen horario matutino. Sería más cómodo para ellos en horario de la tarde.
- Quisieran que se incluyeran otros temas además de métodos anticonceptivos, tales como embarazo, alcoholismo, drogadicción, abuso sexual, problemas del núcleo familiar, que según su consideración son importantes por la frecuencia de casos que han observado.
- Quisieran que la persona que les capacite en las escuelas fuera seria, pues los maestros con frecuencia toman los temas de sexualidad y reproducción en broma.
- Indican que los preservativos que se compran en las farmacias son de mala calidad, pues tienen agujeros.
- No les queda claro algunos temas durante las charlas educativas y que por lo general no expresan sus dudas por timidez o vergüenza al que dirán.
- Consideran que las charlas han sido solo para algunos grados y secciones y por lo tanto muchos jóvenes no se han beneficiado de las mismas.

Por otra parte, se ha advertido por parte de las autoridades hospitalarias que se realizarán recortes del personal por contrato para el próximo año, lo cual pone en riesgo la continuidad del programa, dado que el médico pediatra que ha coordinado el programa hasta el momento es de este tipo de personal.

4. Otras experiencias

a) Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM)

• Contenido del modelo de atención

APROFAM constituye una institución privada no lucrativa con presencia a nivel nacional a través de servicios médicos y educativos para la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

A través de su departamento de educación se ha proyectado a la población adolescente con servicios médicos, psicológicos y educativos que se proveen principalmente en la ciudad capital de Guatemala.

A nivel del área rural e interior de la república, se desarrolla la educación sexual y de salud reproductiva a través de escuelas e institutos públicos, por acuerdo individual con cada establecimiento.

• Estructura de organización de los servicios

Las clínicas centrales cuentan con médico, ginecólogo, trabajadora social y psicólogo, clínicas médica y de consejería, salón de audiovisuales, salón de reuniones, biblioteca, videoteca y juegos de entretenimiento, más oficinas administrativas. Estos recursos aunque técnicamente adecuados, en algunas situaciones son insuficientes para la demanda.

denle el interior de la república se trabaja a través de voluntarios jóvenes que se encargan de la promoción del programa, principalmente hacia escuelas e institutos.

Adicionalmente cuentan con una línea telefónica de información sobre salud sexual y reproductiva, para consejería a adolescentes, atendida por una psicóloga especializada y un programa de adopción de bebés mecánicos para permitir a los jóvenes la oportunidad de experimentar las implicaciones e inconveniencias de ser madre o padre a temprana edad.

Participa en varias redes internacionales tales como la Federación Internacional de Planificación de la Familia, y nacionales como Escuelas Saludables, la Comisión Nacional del Adolescente y el Consejo Nacional de la Juventud.

- **Características de la gestión**

Existe una política dentro del programa para adaptar la actitud del proveedor a la forma de pensamiento del adolescente y se impulsa el trabajo en equipo y metodología participativa; sin embargo, hay poca participación de los adolescentes en la gestión de los servicios.

En ocasiones se han realizado consultas a los adolescentes que han brindado insumos importantes para el establecimiento del modelo, tal como la opinión sobre la preferencia de que el personal de atención fuera del sexo femenino. Sin embargo, no existe un modelo sistemático para requerir la opinión al adolescente que se refleje en cambios en el modelo.

En la reunión sostenida con los adolescentes participantes del programa de bebés electrónicos, aunque expresaron su complacencia por la actitud del personal y objetivos del programa, también expresaron su inconformidad con el ambiente de la sala donde reciben las pláticas, sobre el momento en el que son entregados los materiales educativos (al final y no al principio de la adopción), el tiempo que se les proporciona el muñeco y la falta de divulgación y expansión a otros establecimientos.

Los servicios se brindan por demanda y las capacitaciones en escuelas e institutos se promueven por contacto directo con las autoridades de los establecimientos. Los contenidos educativos se establecen de acuerdo a protocolos básicos que se adaptan a cada contexto y folletos informativos sobre los temas más frecuentes tales como educación sexual, prevención de embarazos prematuros, anticoncepción, VIH/SISA, ITS, así como de consejería sobre relaciones afectivas familiares y sociales.

No existen limitaciones de acceso físico a los servicios, más bien existen algunas barreras sociales relacionadas a temor a ser vistos o de tipo económico, por el costo de la consulta.

En el interior de la república existen barreras culturales en comunidades tradicionales cerradas que se niegan a participar en los programas, con posiciones con frecuencia promovidas y/o respaldadas por la iglesia.

La proyección fuera de las instalaciones centrales y escuelas es escasa, debido a que existen barreras culturales que impiden que sean aceptadas por las comunidades y familias, las actividades de distribución de anticonceptivos y educación a través de los mismos jóvenes.

Hay bastante apertura para la autonomía del departamento de educación en relación al establecimiento del modelo de atención y manejo de recursos.

b) Programa de Atención a Institutos de Educación Secundaria, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto Martínez Durán

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como parte de la práctica del quinto año de la carrera de Medicina, desarrolla un programa de atención a los jóvenes de institutos de educación secundaria.

Éste consiste en un chequeo médico de primer ingreso, que comprende la detección y tratamiento de patología general y un test de riesgo psicosocial a drogas, depresión y psicosis. Además se dan pláticas mensuales a todos los grados sobre los problemas de salud más frecuentes en este grupo poblacional, incluyendo Salud Sexual y Reproductiva y se brinda atención médica por demanda. Las pláticas son dirigidas a los alumnos y a los padres de familia.

Coordinan únicamente con el Centro de Salud del Área, para la referencia de casos y para el abastecimiento de algunos insumos como vacunas y antiparasitarios.

La infraestructura de las clínicas consiste en espacios de aulas adaptados para el propósito, bastante serios, que resultan ser poco atractivos para estimular a los jóvenes usuarios.

Hay muy poca participación de los jóvenes en la gestión de los servicios. Los contenidos educativos son decididos por los maestros, así como la compra de insumos médicos, a través de una comisión de salud que es asesorada por el médico a cargo del programa.

En el contexto visitado, fueron calificados como problemas menores los relacionados con el consumo de drogas, ITS y ataques sexuales y como nada problemáticos el SIDA, abortos y embarazos. Este perfil epidemiológico fue atribuido a que los estudiantes de este establecimiento son seleccionados nacionales con alto record académico y de buena conducta, en los que es menos frecuente este tipo de problemas.

E. Capacidad de Respuesta de los Servicios frente a los Objetivos del Milenio y la Iniciativa 3x5

Existe un desconocimiento general por parte del personal entrevistado de los establecimientos visitados, sobre la existencia de los objetivos del milenio y de la iniciativa 3x5, lo cual no quiere decir que no existan y se estén impulsando programas prioritarios para la disminución de la mortalidad materno infantil y para detener el avance de la epidemia del SIDA.

La voluntad del gobierno en este sentido se manifiesta en su política y programas establecidos de muchos años. Sin embargo, en los lugares visitados no se identificó una estrategia explícitamente vinculada a los objetivos del milenio o a la estrategia 3x5.

La capacidad de respuesta de los servicios para poder alcanzar las metas del milenio o de la estrategia 3x5, sería objeto de un análisis profundo e integral de todo el funcionamiento del sistema de salud y del estado.

Este trabajo únicamente logró identificar algunas oportunidades y limitaciones para alcanzar las metas propuestas, desde la perspectiva de la atención en salud a la adolescencia.

Entre las oportunidades se pueden mencionar:

- La creciente conciencia en la necesidad de la promoción como parte de la responsabilidad de los servicios, de la paternidad responsable, orientación

sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en el grupo de adolescentes, para evitar embarazos tempranos no deseados, transmisión de ITS y SIDA.

- La existencia de un marco político, legal y normativo favorable a la atención del adolescente desde una perspectiva integral, vinculado a procesos de desarrollo social.
- La oficialización de un programa para la atención en salud del grupo de adolescentes.
- La integración de una comisión multisectorial a nivel nacional que permitirá abordar la problemática del adolescente desde una perspectiva integral.
- El apoyo internacional a las iniciativas de atención a los adolescentes como grupo prioritario para alcanzar las metas del milenio.

En el nivel local estas oportunidades se traducen en:

- Creciente participación de los y las adolescentes en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.
- Inicial preocupación del personal de salud sobre la atención del adolescente como importante en la reducción de la mortalidad materno infantil y combate a la epidemia del SIDA.
- Inicio en la formación de redes locales para la atención del adolescente.

Entre las limitaciones identificadas en el ámbito nacional se pueden mencionar:

- La falta de asignación de una partida presupuestaria específica y suficiente para el apoyo del programa de atención al adolescente lo cual se refleja en insuficiencia de recursos humanos, técnicos y materiales para su implementación.

-
- Falta de suficiente sensibilización de otros programas y otros sectores del gobierno de la necesidad de un trabajo integrado para la atención del adolescente.

Entre las limitaciones en el nivel local

- Insuficiente personal para poder impulsar el programa de forma efectiva.
- Insuficiente acompañamiento técnico al programa.
- Insuficientes recursos materiales y técnicos para desarrollar el programa.

- Falta de sensibilización del personal de salud sobre la importancia de la atención al adolescente.
- Patrones culturales arraigados en las familias de las comunidades que no favorecen una comunicación abierta sobre sexualidad y salud reproductiva de los y las adolescentes.
- Falta de espacios efectivos para la participación del adolescente como gestor de su propia salud.
- Falta de espacios para el desarrollo de actividades recreativas, deportivas y culturales para adolescentes.

VI. CONCLUSIONES

De la situación de salud del adolescente

1. Los adolescentes guatemaltecos constituyen un porcentaje importante de la población guatemalteca de la cual una gran proporción se encuentra en una situación de riesgo para su adecuado desarrollo e incorporación productiva al país.
2. La problemática de salud de los adolescentes guatemaltecos es compleja y de explicación multifactorial. En el estudio se identificaron los siguientes determinantes de la salud del adolescente en Guatemala:
 - a) La pobreza y falta de acceso a servicios de salud y educación.
 - b) Las consecuencias psicosociales del conflicto armado interno.
 - c) La morbilidad y mortalidad relacionada a la violencia, conductas de riesgo y autodestructivas, principalmente entre los varones, con una tendencia creciente.
 - d) En relación a la salud sexual y reproductiva se identificó:
 - La alta incidencia de embarazos tempranos y no deseados.
 - La edad temprana de inicio de vida sexual activa sin conciencia de responsabilidad y sin protección.
 - La situación nutricional de las adolescentes que incrementa los riesgos de mortalidad materna e infantil.
 - La creciente expansión de la epidemia del SIDA entre la adolescencia y juventud.

- e) La adicción a drogas desde edades muy tempranas, principalmente el alcohol y tabaquismo; aunque se consumen muchas otras, y todas asociadas a conductas antisociales y delincuenciales.
- f) El maltrato y abuso sexual infantil en todas sus manifestaciones. El maltrato físico, abandono y negligencia lo sufren más los varones, en tanto que el abuso sexual incluyendo la violación la padecen más las niñas.
- g) La callejización de niños y adolescentes, consecuencia del abuso, la pobreza y el abandono en el hogar.
- h) La prostitución infantil. Los niños y adolescentes que se ven atrapados por este negocio provienen generalmente de sectores urbano marginales, con bajos niveles educativos y hogares que practican la violencia intrafamiliar.

Del marco político, legal y normativo

1. Guatemala cuenta con un marco político, jurídico y normativo amplio e integral, que constituye una oportunidad para poder impulsar la atención integral del adolescente.

Del marco programático para su atención

1. El marco programático para la atención integral de salud del adolescente es incipiente, dado que a excepción de los 13 municipios en donde apoya UNICEF, no se ha implementado.
2. A nivel de los hospitales de la red pública solamente el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD) tiene implementado el programa con presupuesto y personal fijo asignado.
3. Aunque el trabajo y experiencia generada en el HGSJD es considerable y ejemplar, existe una brecha muy amplia con los hospitales donde se ha querido iniciar la implementación del programa y mucho más amplia probablemente en las que ni siquiera se ha introducido el tema, principalmente por la falta de presupuesto específico asignado y la sensibilización del personal.

4. Sin embargo, la experiencia del programa en los 13 municipios donde ha apoyado UNICEF, resulta bastante aleccionadora como una experiencia piloto, que está abriendo el campo a una implementación más amplia a nivel nacional.
5. En los municipios donde se ha implementado el programa con apoyo de UNICEF, se detectaron las siguientes limitaciones:
 - a) Falta de suficientes recursos humanos, técnicos y materiales, para desarrollar el programa de forma más efectiva.
 - b) Falta de conocimiento por parte de los responsables del marco político y jurídico para la atención del adolescente.
 - c) Divorcio entre las actividades de atención médica brindadas en el establecimiento de salud y las de educación impulsadas por el promotor municipal.
 - d) Elementos normativos del sistema de salud que impiden la distribución libre de los métodos anticonceptivos.
 - e) Falta de cultura del adolescente de consulta a los establecimientos públicos.
 - f) Debilidad para ampliar la integración de entidades locales en redes de apoyo al proceso.
 - g) Limitada participación de los adolescentes en la gestión, control y fiscalización de los servicios.
 - h) La falta de un sistema de monitoreo y evaluación que permita ir rectificando el proceso y midiendo los cambios en la situación.
 - i) Falta de sensibilidad del personal paramédico no relacionado directamente con el programa, sobre la importancia de la atención del adolescente.
 - j) Falta de capacitación para la atención adecuada de los problemas y necesidades del adolescente.
 - k) Algunos patrones culturales de las comunidades no permiten una comunicación abierta sobre el tema de sexualidad y reproducción.
 - l) Bajo salario del promotor municipal, que provoca inestabilidad del puesto y por consiguiente del seguimiento de las actividades.
6. En los mismos se detectaron las siguientes oportunidades:
 - a) Personal responsable altamente sensibilizado y comprometido.
 - b) Jóvenes activos, organizados y motivados.
 - c) Vinculación municipal y sistemas de organización y gestión social que establece el marco jurídico nacional.
 - d) Existencia de múltiples entidades locales con potencialidad de apoyo al proceso. Principalmente medios de comunicación e iglesia.
7. En los municipios donde no se ha implementado el programa, se detectaron las siguientes necesidades para su implementación:
 - a) Recursos humanos específicos, que puedan hacerse responsables de la implementación.
 - b) Capacitación sobre metodologías para atender las necesidades de salud de los adolescentes.
 - c) Materiales educativos, de lectura y audiovisuales.
 - d) Transporte vehicular (motocicleta).
 - e) Estudios locales previos a la implementación, para conocer la problemática, idiosincrasia y patrones culturales del adolescente.
8. Se detectaron en los mismos, las siguientes oportunidades:
 - a) Personal de salud conciente de la problemática del adolescente y dispuesto a trabajar en el tema
 - b) Múltiples organizaciones locales para la conformación de redes de apoyo
9. La problemática expresada por los adolescentes en la comunidades tiene los siguientes elementos:
 - a) Falta de comunicación intrafamiliar.
 - b) Falta de conocimiento sobre sexualidad y reproducción.
 - c) Falta de orientación sobre relaciones interpersonales.
 - d) Inicio de relaciones sexuales tempranas sin protección.

- e) Falta de conciencia sobre consecuencias del inicio de actividad sexual temprana de forma irresponsable.
 - f) Embarazos tempranos no deseados.
 - g) Abortos provocados utilizando procedimientos inapropiados y riesgosos para su vida.
 - h) Drogadicción, principalmente alcoholismo y tabaquismo.
 - i) Patrones culturales arraigados de tipo machista que impulsan a la actividad sexual temprana e irresponsable, violencia y conductas de riesgo.
 - j) Estereotipos para juzgar la conducta y actividad de otros adolescentes.
- i) Quisieran que el programa llegara a mas jóvenes y que hubiera para el efecto mas materiales educativos.

11. Existen experiencias valiosas en el ámbito privado que podrían potenciar y complementar los esfuerzos del sistema público para la atención integral del adolescente, tal como la de APROFAM y Save The Children, así como algunos programas de las Universidades del país, relacionadas con el tema.

De la capacidad de respuesta de los servicios para alcanzar los Objetivos del Milenio e Impulsar al estrategia 3x5

10. La percepción del adolescente de la oferta de servicios de salud es la siguiente:
- a) En los lugares donde se ha implementado el programa, valoran muy positivamente las actividades educativas y de organización social, promovidas por el promotor municipal y personal de los establecimientos de salud.
 - b) Sin embargo expresan insuficiente confianza con el personal médico y paramédico para asistir a la consulta.
 - c) De hecho la consulta para orientación en la utilización de métodos anticonceptivos u orientación en salud reproductiva es muy esporádica y en situaciones extremas.
 - d) De forma general no perciben que haya una atención médica priorizada para ellos dentro de los servicios generales, que se proveen en los Centros y Puestos de Salud.
 - e) De forma general valorarían mucho la utilización de medios audiovisuales para las educación.
 - f) Valoran mucho lo amigable de los servicios, pero también el respeto y la seriedad con la que se tomen los temas educativos.
 - g) Identifican como las principales barrera para participar en las actividades, la distancia y costo de transporte en algunos casos y los patrones culturales familiares.
 - h) En algunos temas no les queda claridad y les causa confusión, para poder asumir una conclusión que guíe sus vidas.
- 1. Existe completo desconocimiento en el nivel local y de instituciones del sistema público de salud, de las metas del milenio y de la estrategia 3x5.
 - 2. No existe en el ámbito local una estrategia explícitamente vinculada con los Objetivos del Milenio o estrategia 3x5.
 - 3. Sin embargo, la capacidad del Sistema de Salud para alcanzar estas metas desde la perspectiva del impulso de la salud integral del adolescente cuenta con una serie de oportunidades y limitaciones de cuyo balance en el transcurso de los siguientes 10 años, dependerá la contribución de estos programas para alcanzarlas.
 - 4. La principal limitante en este sentido es la disponibilidad y uso eficiente de recursos presupuestarios para impulsar los programas.
 - 5. Por otra parte la principal oportunidad coyuntural es el marco político, jurídico y normativo favorable, que orienta a un abordaje integral y multisectorial a la problemática del adolescente.
 - 6. Sin embargo, este marco para que realmente sea efectivo, deberá de pasar del enunciado a la acción concreta, que implica su institucionalización con estructuras y recursos.

VII. RECOMENDACIONES

1. Ante la situación actual del adolescente en Guatemala y la prioridad que constituye su atención en términos tanto de sujeto de derecho, como en las implicaciones para el futuro de país, se deben fortalecer las iniciativas de gobierno y de organismos internacionales para brindar atención a este grupo poblacional desde una perspectiva integral.
2. El enfoque desde una perspectiva integral debe tomar, en primer lugar, la lucha contra la pobreza y el acceso a servicios de salud y educación de calidad.
3. Los aspectos que se considera necesarios en el impulso de la atención del adolescente desde una perspectiva integral son los siguientes:
 - a) La vinculación del adolescente a los programas desde una perspectiva familiar, que promueva la comunicación al interior de la familia, solución de sus problemas socioeconómicos y la sensibilización de los padres sobre las necesidades específicas de los adolescentes.
 - b) El impulso de los programas educativos que contengan los siguientes aspectos:
 - Conocimiento del marco legal para su protección y ejercicio de sus derechos y obligaciones.
 - El fomento de la actitud responsable del adolescente frente a todos sus actos, incluyendo las relaciones sexuales y la paternidad/maternidad.
 - El Conocimiento y sensibilización de las consecuencias de las conductas de riesgo.
 - El fortalecimiento de la autoestima y abordaje de problemáticas psicosociales específicas.
 - El cultivo de valores humanos y espirituales para una convivencia pacífica y armónica con su entorno social.
 - c) La estrecha vinculación de la escuela y los establecimientos de salud, a través de la definición de objetivos y planes conjuntos
 - d) La estrecha vinculación de los programas, con los procesos de gestión social establecidos desde los consejos de desarrollo.
 - e) Fortalecimiento de redes sociales para el apoyo y protección social a los derechos de los adolescentes.
4. difusión y divulgación del marco político, jurídico y normativo para la atención del adolescente.
5. Del Marco Programático para la atención del adolescente:
 - a) Sistematizar la experiencia hasta ahora desarrollada con el proyecto que se ejecuta con UNICEF, para que a partir de su análisis se puedan extraer lecciones aprendidas para la expansión a otras regiones prioritarias.

-
- b) Realizar un diagnóstico de datos secundarios de los registros municipales y de los establecimientos de salud, sobre las causas de morbilidad y mortalidad de adolescentes a partir del cual se pueda mapear el riesgo y establecer áreas de intervención prioritarias que puedan ser cubiertas de forma progresiva.
 - c) Establecer para el programa, un sistema de monitoreo y evaluación tanto de proceso como de impacto, que permita ir renovando las estrategias para el logro de los objetivos.
 - d) Establecer una partida presupuestaria inicial para el impulso del programa que tome en cuenta principalmente la contratación de recursos humanos adicionales a nivel local.
 - e) Impulsar un programa nacional de capacitación en cascada sobre metodología para la atención de las necesidades de salud de los adolescentes.
 - f) Revisar el normativo de atención del sistema de salud, que permita identificar cuellos de botella que no permiten la participación activa de la adolescencia en la protección de su salud sexual y reproductiva.
 - g) Ampliar el marco de participación del adolescente en la gestión y fiscalización de los servicios de salud, desde una perspectiva comunitaria, a partir de su involucramiento en los consejos de desarrollo y otros espacios sociales tales como los gobiernos escolares y los grupos organizados tanto religiosos como laicos.
 - h) Establecer planes locales para la difusión comunitaria de la ley de protección integral de la niñez y la adolescencia.
 - i) Fortalecer las redes locales para la atención y protección de la niñez y adolescencia, involucrando a la iglesia, ONGs y representaciones de instancias del gobierno.
 - j) Adaptar las estrategias del programa en el ámbito local, con base en la evidencia recabada a través de estudios cualitativos que muestren la visión, problemas y necesidades del adolescente.
6. Establecer coordinación y sistemas de referencia y contrarreferencia con entidades fuera del sistema público de salud que trabajan en la atención de adolescentes para complementar y potenciar esfuerzos, tales como: APROFAM, Save the Children y la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
 7. Establecer un plan nacional de difusión y divulgación de los objetivos del milenio y de la estrategia 3x5.
 8. Realizar un plan de sensibilización dentro del personal de salud sobre las metas del milenio, frente a las capacidades institucionales, que cree compromiso y motivación con el trabajo desempeñado.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General de la Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Noviembre de 1989.
- Banco Mundial. (2003). *Poverty in Guatemala*. Informe 24221-GU. Guatemala, C. A.
- Bahr Caballero, S. (1998). *Los rostros de la prostitución infantil*. Guatemala: CHILDHOPE/Unión Europea.
- Casa Alianza. 2002. [En línea en: <http://www.casa-alianza.org>]
- Congreso de la República de Guatemala. *Constitución Política de la República de Guatemala*, decretada en Asamblea Nacional Constituyente el 31 de mayo de 1985.
- Congreso de la República de Guatemala. *Ley de protección integral de la niñez y adolescencia*, Decreto 27-2003, julio 2003.
- ENCOVI. [En línea en: <http://www.segeplan.gpb.gt>]
- Gran Alianza Nacional (GANAN). *Lineamientos de gobierno período 2004-2008*, Presidencia de la República de Guatemala.
- Instituto de Educación y Salud (IES). (2003). *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes jóvenes. Servicios de salud amigables de Bolivia, Ecuador y Perú*. República de Chile: IES.
- Instituto Nacional de Estadística. (2003). Censo nacional de población y de habitación de la República de Guatemala. Características de la población y de los locales de habitación censados. Guatemala: INE.
- Instituto Nacional de Estadística. (2002). *Encuesta de salud materno infantil*. Guatemala: INE
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2004). *Política salud para la adolescencia y la juventud*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2004). *Programa nacional de prevención y control del SIDA. Informe de notificación de casos de SIDA acumulados de 1984 a Junio de 2004*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2002). *Programa nacional de salud integral de la niñez y adolescencia (SINA). Lineamientos y normas de salud reproductiva*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2002). *Programa nacional de salud reproductiva. Lineamientos y normas de salud reproductiva*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2000). *Programa nacional de salud integral de la niñez y adolescencia (SINA). Situación de los y las adolescentes en Guatemala*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (1998). *Plan nacional de atención integral a los y las adolescentes*. Guatemala: MSPAS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Guía para la evaluación de servicios de calidad para jóvenes y adolescentes. Borrador*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población. (1998). *Salud del adolescente. Plan de acción para el desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes de las Américas*. Washington, D.C.: OPS.

-
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas. (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y as adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población (CENEP).
- Pan-American Health Organization. (2003). *Family and community health, integrated management of adolescents needs (IMAN)*. (Draft for internal distribution). Washington, D.C.: PAHO.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. (2003). *Situación de la niñez guatemalteca. Informe 2003*. Guatemala: ODHAG.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. (2002) *Situación de la niñez guatemalteca. Informe 2002*. Guatemala: ODHAG.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre la salud del mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia*. Ginebra: OMS.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2003). [En línea en:]. Centro de Información de las Naciones Unidas ONUSIDA.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2004). *¿Los objetivos de desarrollo del milenio: Progresos, reveses y desafíos*. [En línea en:]
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2003). *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. New York: PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2003). *¿Por qué son importantes los objetivos de desarrollo del milenio? (DPI/2321)*. [En línea en:]
- Secretaría Ejecutiva, Comisión contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas, Vicepresidencia de la República (SECCATID), Sección de Asuntos Narcóticos (NAS), Embajada de Estados Unidos de América en Guatemala. *Estudio nacional desregulación psicológica y su relación con el consumo de drogas en jóvenes adolescentes guatemaltecos*. Guatemala, septiembre de 2003.
- Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. (2003). *Metas del milenio: informe del avance de Guatemala*. Guatemala: PNUD.
- Villa Real, ME. (2003). *Rompamos la cultura del silencio*. 1ª. Ed. Guatemala: Plan Internacional y la Coordinadora Institucional de Promoción de los Derechos de la Niñez (CIPRODENI).



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



Asdi