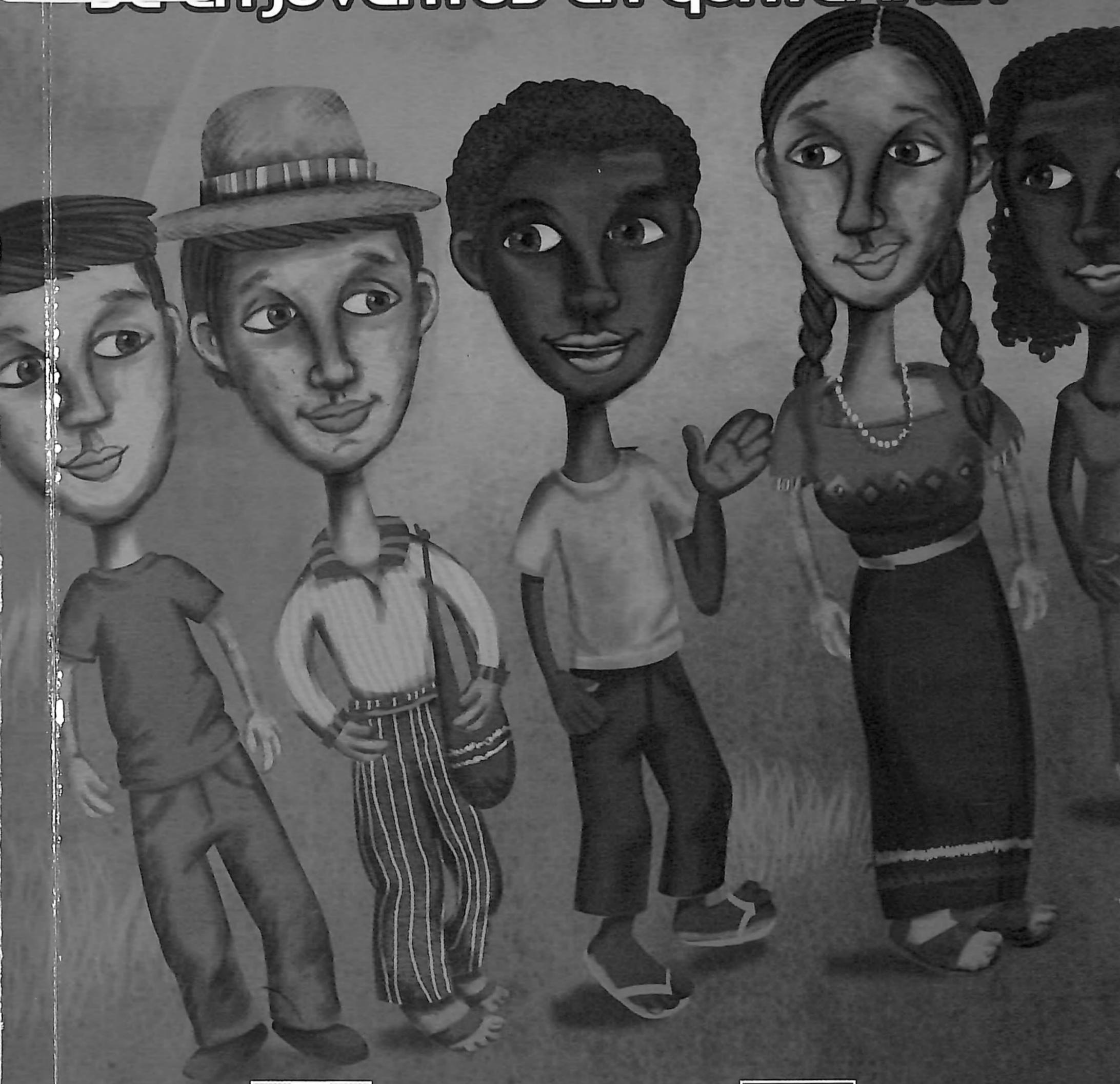


S.UE(DL)
F(47)

BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO DE LA JUVENTUD EN GUATEMALA



PROGRAMA JUVENTUD



Elaborado por:

MSc Mireya Palmieri Santisteban – Experta en Salud

Con el apoyo del Equipo de Asistencia Técnica del Programa Juventud:

Nieves Martínez

Humberto Abaunza

Los autores agradecen la colaboración y aportes de:

Columba Sagastume

Humberto Méndez

Gustavo Arriola

Jaime Velázquez

Karla Mesarina

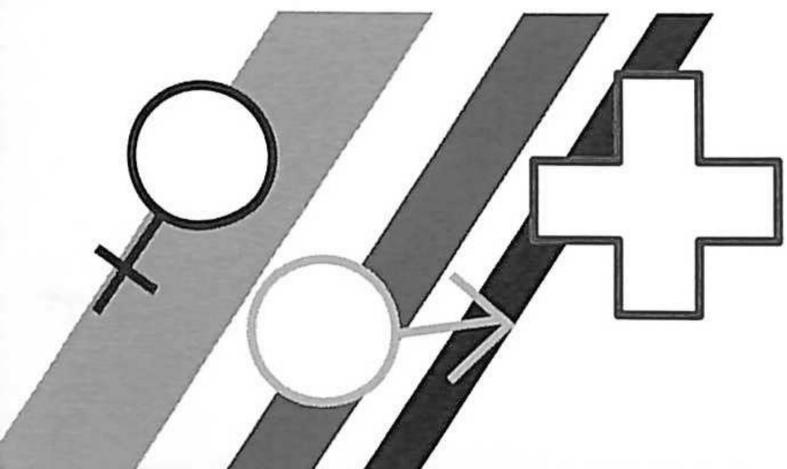
La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del consorcio TRANSTEC – FLACSO – VNG Internacional y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Esta publicación se encuentra protegida por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier solicitud para reproducir total o parcialmente los contenidos del estudio, debe dirigirse a las Oficinas de la Delegación de la Unión Europea en Guatemala.

Copyright 2013 de Unión Europea

Todos los derechos reservados

Primera edición: Octubre 2013



IMPRESIÓN Y DISEÑO GRÁFICO: CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES Y ESTADÍSTICAS (CENIAE)

SE PROHIBE
Subrayar y/o marginar este libro,
en caso de devolverlo subrayado
SE COBRARA SU VALOR

Con esta publicación, el Programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Juventud en Guatemala pone en sus manos información valiosa adicional que es analizada intentando enfocarse en las características de la situación de salud, y sus determinantes, en grupos de adolescentes y jóvenes guatemaltecos, urbanos y rurales, indígenas y no indígenas, hombres y mujeres.

Queda claro del análisis efectuado, habiendo consultado un sinnúmero de fuentes de datos, propias del país y externas, que más allá de la retórica y los compromisos internacionales, la evidencia preponderante, integrada y analizada en este documento, nos grita y nos pone en alerta desde la tinta y el papel para que adquiramos conciencia: los grupos de adolescentes y jóvenes en Guatemala demandan el análisis crítico y permanente y nuestra atención vigilante, 'en el aquí y en el ahora', para poder hacer cumplir su compromiso con el país.

Las imágenes y sensaciones se agolpan y nos persiguen: diversidad, polarización, actividad y energía, autonomía, potencial, depresión, miedo, discriminación, modernidad.....



PROGRAMA JUVENTUD



Octubre 2013

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	9
1. Importancia de la temática de juventud	9
2. ¿Qué es y para qué sirve un perfil epidemiológico?	10
DISCUSIÓN METODOLÓGICA	11
1. Categorías de los datos utilizados	11
2. Fuentes de los datos y sus principales características	11
3. Análisis	13
II. MARCO TEÓRICO	15
INTRODUCCIÓN	15
1. Las juventudes como grupos sociales	15
2. Transiciones	15
3. Carga global de enfermedad	15
4. Determinantes	16
¿CÓMO SE DEFINE LA JUVENTUD?	16
USO DE LOS CONCEPTOS DE TRANSICIONES	18
1. Transición demográfica	18
2. Transición epidemiológica	19
3. Transición nutricional	19
CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD	20
DETERMINANTES, FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES Y DAÑOS A LA SALUD	21
1. Determinantes sociales de la salud	21
2. Factores de riesgo y protectores	23
III. LAS TRANSICIONES DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA Y NUTRICIONAL	25
EL CONTEXTO GLOBAL Y DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	25
1. Resumen de la transición demográfica en América Latina	25
2. Resumen de los patrones de transición epidemiológica a nivel mundial y en América Latina y El Caribe	26
SITUACIÓN DE CENTROAMÉRICA	29
SITUACIÓN DE GUATEMALA	30
1. Transición demográfica	30
2. Transición epidemiológica: polarización epidemiológica en Guatemala	34
3. Transición nutricional: coexistencia de déficits y excesos	37

S. UE
F(47)

IV. EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS Y LAS JÓVENES EN GUATEMALA	39
DETERMINANTES: DEMOGRAFÍA Y REPRODUCCIÓN SOCIAL	39
1. Jóvenes y dinámica demográfica	39
2. Empleo en los jóvenes	40
3. Pobreza y escolaridad en grupos jóvenes	43
FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	45
1. Sistema de salud	45
2. Hábitos y adicciones	50
3. Actividad física	56
4. Desórdenes alimentarios	56
5. Relaciones sexuales tempranas y desprotegidas	58
CARGA GLOBAL DE ENFERMEDADES: DAÑOS A LA SALUD	59
1. Mortalidad y morbilidad	59
2. Coexistencia de déficits nutricionales y excesos alimentarios en mujeres adolescentes y jóvenes	65
3. Salud sexual y reproductiva: mortalidad materna, maternidad adolescente y acceso a la atención materna	68
4. Análisis de las causas externas	71
V. DESAFÍOS Y ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN	75
EJE ESTRATÉGICO DEL SECTOR MULTISECTORIAL	75
EJE ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD	76
VI. BIBLIOGRAFÍA	79

BIBLIOTECA CENTRAL (OBSEQUIO) Q. 10.00

47.H.C.

S.n.

(2018)

ÍNDICE DE CUADROS

1.	Legislación, políticas e instrumentos de política de Guatemala	18
2.	Factores de riesgo y factores protectores de jóvenes: una propuesta genérica	24
3.	Etapas de la transición	25
4.	Cambios en AVAD en todas las edades según causas, población mundial, 1990 - 2010	27
5.	América Latina y El Caribe: primeras diez causas de muerte según AVAD, 2010	29
6.	Tasas globales de fecundidad (TGF) estimadas por quinquenios, Guatemala 1985-2015	31
7.	Tasa global de fecundidad (TGF) para 3 años anteriores a cada encuesta, según residencia y grupo étnico, Guatemala 1987 - 2008/2009	32
8.	Tendencias demográficas Guatemala 1990-1995 – 2010-2015	33
9.	Casos acumulados de VIH/SIDA por sexo y año de notificación, 1984 - 2012	36
10.	Tasas específicas de fecundidad para período octubre del primer año a septiembre del último año por edad de la madre, 1988 - 2008	39
11.	Población adolescente y joven según sexo, etnicidad y lugar de residencia, por grupo etario, Guatemala, 2006 y 2011	40
12.	Estructura del mercado laboral, Guatemala 2011	41
13.	Salarios promedio por sector y dominio de estudio, 2011	42
14.	Evolución del IDH (estimación nacional) y sus componentes, 2000, 2006 y 2011	43
15.	Índice de pobreza multidimensional según área y etnicidad, 2000, 2006 y 2011	44
16.	Incidencia de pobreza de la población según nivel de privaciones, total y por grupos de edad, Guatemala 2006 y 2011	44
17.	Años de escolaridad según sexo, área y etnicidad por grupo etario, Guatemala 2006 y 2011	45
18.	Prestación de servicios de salud 2010 y 2011	45
19.	Guatemala (2006 y 2011), ¿a quién consultó cuando se enfermó o tuvo un accidente? (% de quienes se enfermaron o tuvieron un accidente el mes pasado)	46
20.	Guatemala (2006 y 2011), lugar de atención en caso de enfermedad por área (% de población que sufrió trastorno de salud y se trató)	47
21.	Guatemala (2006 y 2011), lugar de atención en caso de enfermedad por etnicidad (% de población que sufrió trastorno de salud y se trató)	48
22.	Guatemala (2006 y 2011), cobertura o afiliación de salud (% de la población)	49
23.	Consumo de drogas lícitas por sexo y nivel de consumo, Guatemala 2012	51
24.	Prevalencia de consumo de drogas en población menor de edad, 12 a 18 años, 2007	51
25.	Frecuencia de consumo de alcohol por sexo, 2011	53
26.	Frecuencia de consumo de alcohol por grupos etarios y etnicidad, 2011	53

27. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo, 2011	54
28. Frecuencia de consumo de tabaco por grupos etarios y etnicidad, 2011	54
29. Frecuencia de consumo de marihuana por sexo, grupos de edad y etnicidad, 2011	55
30. Frecuencia, por sexo, de la actividad física, desarrollo de alguna actividad física, y actividad física en 13% de jóvenes sin nivel educativo, 2011	56
31. Indicadores reproductivos seleccionados en mujeres de 15 a 24 años, Guatemala 2002 y 2008	59
32. Distribución de primeras causas de mortalidad general en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes entre 10 y 29 años, Guatemala, 2012	63
33. Distribución de primeras diez causas de morbilidad general en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, Guatemala, 2012	64
34a. Indicadores antropométrico – nutricionales seleccionados en mujeres en edad fértil, total y por grupos de edad, 2002-2008	65
34b. Indicadores antropométrico – nutricionales seleccionados en mujeres en edad fértil, total y por grupos de edad, 2002-2008	67
35. Distribución de partos y muertes maternas, según la edad, 2012	68
36. Razón de mortalidad materna (x 100,00 NV) por grupos de edad en mujeres, entre 10 y 49 años. Guatemala 2011	69
37. Guatemala: jóvenes mujeres que han estado embarazadas según grupo etario, 2000-2011	69
38. Indicadores reproductivos seleccionados en mujeres de 15 a 24 años, Guatemala, 2002 y 2008	70
39. Indicadores reproductivos seleccionados en mujeres de 15 a 24 años, Guatemala, 2002 y 2008	70
40. Tasa de homicidio por 100,000 habitantes en jóvenes y no jóvenes, en varias regiones del mundo, 2009	71
41. Tasa de homicidio por 100,000 habitantes. Guatemala, 1995-2006	71
42. Distribución porcentual de muertes violentas y lesiones, por grupo etario, enero a septiembre 2011	72
43. Casos de violación de mujeres por grupos de edad, 2010	73
44. Mujeres que sufrieron acto de violencia por pareja o ex pareja en últimos 12 meses, 2002 y 2008	73
45. Porcentaje de femicidios del total de homicidios, 2001-2006	74

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1.	Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte, en porcentajes, países seleccionados de Latinoamérica, 2010	28
2.	Número de causas de muertes, ambos sexos, por país, AVAD reales, países seleccionados de Latinoamérica, 2010	28
3.	Número de causas de muertes, ambos sexos, por país, AVAD reales, Centroamérica, año 2010	29
4.	Pirámides de población, Guatemala 1990, 2000 y 2013	30
5.	Tasa global de fecundidad (nacimientos por mujer), países de Centroamérica y República Dominicana, 2000 y 2012	31
6.	Tasas globales de fecundidad (TGF) estimadas por quinquenios, Guatemala 1985-2015	31
7.	Esperanza de vida al nacer en años, países de Centroamérica y República Dominicana, 2006 y 2012	32
8.	Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte y esperanza de vida al nacer, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, en porcentajes, Guatemala	34
9.	Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, en AVAD, Guatemala	34
10.	Casos acumulados de VIH/SIDA por sexo y año de notificación, 1984 - 2012	36
11.	Coexistencia de sobrepeso y obesidad en madre y desnutrición crónica en sus hijos menores de 36 meses en Guatemala, estándares OMS, 1995-2008/9	37
12.	Tasas de fecundidad proyectadas por quinquenios de edad, hipótesis media, en Guatemala, períodos 2000-2005, 2005-2010, 2010-2015	39
13.	Población económicamente activa de jóvenes por sexo, Guatemala 2011	40
14.	Población económicamente activa de jóvenes por área de residencia, Guatemala 2011	40
15.	Población económicamente activa de jóvenes por grupo étnico, 2011	41
16.	Tiene contrato de trabajo, Guatemala 2011	42
17.	Problemas de salud, ponderación logarítmica, 2011	50
18.	Causas de muerte para el período de 1990-2010, en porcentajes, grupo de edad de 10 a 14 años, Guatemala	60
19.	Causas de muerte para el período de 1990-2010, en AVAD, grupo de edad de 15 a 19 años, Guatemala	60
20.	Causas de muerte para el período de 1990-2010, en porcentajes, el grupo de edad de 20 a 24 años, Guatemala	61
21.	Causas de muerte para el período de 1990-2010, en porcentajes, grupo de edad de 25 a 29 años, Guatemala	61
22.	Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte para el período de 1990 -2010, grupo de edad de 25 a 29 años, en AVAD, Guatemala	62
23.	Talla promedio en mujeres en edad fértil, total por área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, Guatemala 2002 y 2008	66
24.	Talla promedio en mujeres en edad fértil, por grupos de edad, Guatemala 2002 y 2008	66
25.	Porcentaje de mujeres en edad fértil con talla < 145 cms, total y por grupos de edad, Guatemala 2008	66
26.	Porcentaje de mujeres en edad fértil con IMC <18.5, total, por área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, Guatemala 2002 y 2008	67
27.	Porcentaje de mujeres en edad fértil con IMC >25.0, total, por área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, Guatemala 2002 y 2008	67
28.	Porcentaje de mujeres en edad fértil con IMC >25.0, total y por grupos de edad, Guatemala 2008	68

I. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

1. Importancia de la temática de juventud

Es necesario estudiar, comprender y describir las particularidades de las y los jóvenes en cualquier latitud. ¿Por qué motivo? Ello tiene que ver, primordialmente, con el reconocimiento del peso numérico que tienen estos grupos en el total de la población en un país. Dado que estos grupos representan, hoy en día, alrededor de 41% de la población total en Guatemala¹, es imprescindible conocer y describir su situación general y los condicionantes a fin de anticipar la demanda real de servicios como resultado del incremento de la atención por la persistencia de determinados daños y la emergencia de problemas nuevos, y poner en marcha respuestas diferenciadas del Estado para atender la demanda. Además de medir adecuadamente las situaciones objetivas en que se encuentran adolescentes y jóvenes, hay que conocer sus “expectativas y pensamientos sobre la construcción de sus propias identidades, de su papel protagónico en la construcción de la democracia, de los espacios que el Estado guatemalteco ofrece al cumplimiento de sus derechos y su participación como parte fundamental de la vida nacional”².

Por otro lado, la importancia también radica en la utilización, cada vez más frecuente, del enfoque de “ciclo de vida” o “curso de la vida” para aprehender el desarrollo de las personas y las sociedades desde una perspectiva interdisciplinaria³. Este enfoque ha estado en la base “del arte” de la investigación de la ciencia del desarrollo que subraya la interacción entre el cambio social (desarrollo) y los patrones de vida o experiencias de vida de los individuos, y se enfoca a la explicación de los diferentes roles sociales de los que salen y a los que entran los grupos humanos, roles en transición en una etapa de la vida que va modelando y determinando la naturaleza de las etapas subsiguientes y los roles futuros que irán asumiendo los grupos humanos correspondientes. Es un paradigma interdisciplinario de estudio y análisis de las vidas humanas que integra en un marco teórico común las interacciones y la interdependencia “que se dan entre las dimensiones bio-psicológicas y socio-históricas, los modelos de cursos de vida a nivel social y las trayectorias individuales y grupales enmarcadas en las dimensiones anteriores”⁴.

El enfoque de curso de la vida también aporta a la comprensión del desarrollo humano en particular⁵, el cual hace hincapié, en primer lugar, en el logro de un bienestar que se manifiesta en las vidas concretas de diferentes grupos sociales, y, en segundo término, en la capacidad que tienen las personas para alcanzar resultados valiosos en sus vidas y en las de los demás. El desarrollo humano se produce en el transcurrir del ciclo de vida de las y los integrantes de cada generación, en la medida que el contexto lo permita y lo promueva, que las capacidades de los individuos estén fortalecidas para transformar las condiciones de vida de amplios sectores, y que el propio actuar (agencia) lo consiga⁶.

¹Según proyecciones del INE para 2013, la población de 10 a 29 años representa 40.7%, la de 15 a 29 años, 28.4% y la de 15 a 24, un 20.5%.

²Argueta, B. et al. Los intereses de la juventud en Guatemala – una aproximación desde las Escuelas Abiertas; Guatemala, 2011.

³Kuh, D, Ben-Shlomo, Y, Lynch, J, Hallqvist, J, Power C. Life course epidemiology, 2003.

⁴Cavalli, S. El Paradigma del curso de vida, Universidad de Ginebra/Universidad Nacional de Luján, 2005.

⁵PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2011/2012; Guatemala, 2012.

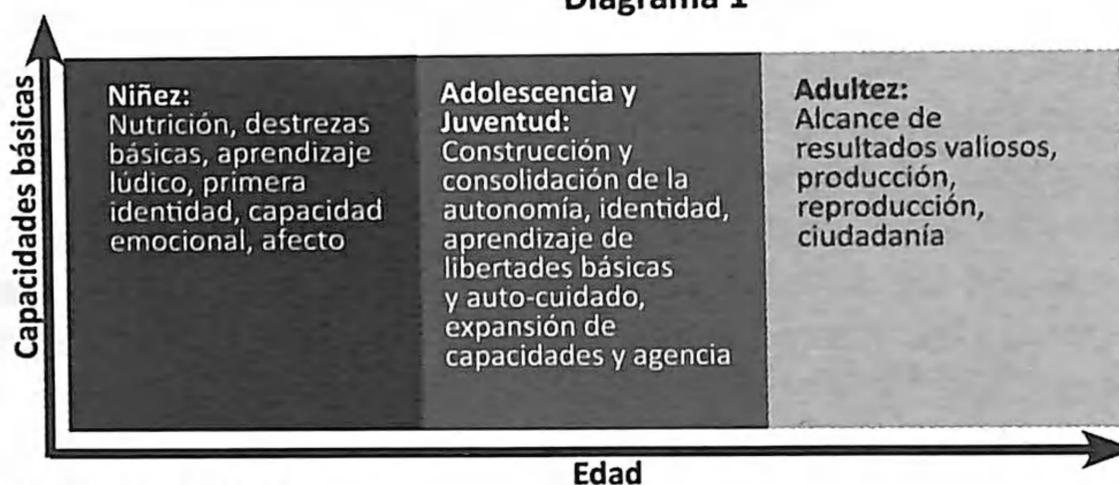
⁶Ibid.



El concepto de 'agencia'⁷ es indispensable para describir el uso que los individuos hacen de las oportunidades y capacidades de las que gozan, en la medida que el término se asocia a modalidades de participación en las decisiones que afectan la vida de los individuos con la necesaria libertad, creatividad, originalidad, autonomía y capacidad real de cambio. Abaunza⁸ recuerda, adicionalmente, que Amartya Sen visualiza el desarrollo como el despliegue de las capacidades y libertades para elegir y la expansión de esas libertades reales, y que la 'agencia', a su parecer, tiene que ver con la habilidad para definir metas y actuar para alcanzarlas, con base en determinados valores y una idea del bien común.

Según PNUD⁹, el ciclo de vida de las personas incluye diferentes momentos del proceso de desarrollo humano. De tal cuenta, en la niñez se desarrollan capacidades y habilidades vinculadas a condiciones de salud, educación, comunicación, el acceso al juego, la constitución corporal y el bienestar psico - emocional -que descansan en una adecuada alimentación y nutrición -, elementos básicos que contribuyen a la creación de identidad y de una visión del mundo. En la adolescencia se inicia el proceso de construcción de mayores niveles de autonomía personal, lo cual conlleva una serie de transformaciones en el plano biológico y en el psicosocial. Al final de la etapa de juventud, se consolidan la identidad, el aprendizaje, las libertades básicas, la práctica del auto-cuidado, y se expanden las capacidades y la 'agencia'; se obtiene más autonomía y, por lo general, se construyen las opciones para la vida adulta. Como se describe en el diagrama siguiente, el desarrollo de capacidades en la juventud, a partir de las bases iniciales de la niñez, es fundamental para asegurar el logro de resultados valiosos en la adultez.

Diagrama 1



Fuente: adaptado de INDH, 2011/2012

2. ¿Qué es y para qué sirve un perfil epidemiológico?

El perfil epidemiológico de cualquier grupo social recoge el conjunto de situaciones objetivas o características que conforman aquello que se denomina 'la carga de enfermedades' que padece ese grupo social o la población en general: esas características o situaciones objetivas se refieren a la morbilidad, a la mortalidad y a aquellos factores que las determinan.

⁷Abaunza, H. Agencia personal y juventud; documento mimeografiado, 2009.

⁸Ibid.

⁹PNUD 2011/2012, Op cit.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, hay que palpar y visibilizar las condiciones sanitarias que definen a los y las adolescentes y jóvenes para documentar las tendencias, los logros obtenidos, la agenda pendiente y los nuevos desafíos en el abordaje del tema de su salud. Es importante identificar la magnitud de los problemas de salud integral, cómo han evolucionado en años recientes, cuáles son los nuevos grupos en riesgo, y cuál es su entorno socioeconómico, cultural y territorial.

En tal sentido, el perfil permitirá conocer las características del grupo en relación a otros grupos, y definir los parámetros y prioridades de la respuesta social organizada, tanto en términos de los lineamientos político-estratégicos, el compromiso financiero con ese marco y las decisiones técnicas y de organización que se deban tomar para lograr los cambios.

DISCUSIÓN METODOLÓGICA

1. Categorías de los datos utilizados

Para poder construir el perfil epidemiológico de adolescentes y jóvenes, es necesario articular eficazmente distintos tipos de información que contribuyan a preparar un análisis integral, válido y representativo de su situación y las tendencias. Los tipos de datos permitirán realizar análisis de:

1.1 Determinantes, de factores de riesgo y/o factores protectores y de daño, que servirán para explicar y contextualizar las diferencias o similitudes entre los grupos.

1.2 Contexto en términos de conglomerados poblacionales, los cuales, en primer lugar, ilustrarán las tendencias globales en demografía, salud y nutrición de la población a nivel mundial, así como las de América Latina, Centroamérica y Guatemala.

1.3 Situación epidemiológica y nutricional de poblaciones de adolescentes y jóvenes en Guatemala.

2. Fuentes de los datos y sus principales características

Como en cualquier ejercicio de diagnóstico, análisis de situación, o perfil de tipo epidemiológico o social, se pueden consultar fuentes diversas de información que proporcionen los datos requeridos. Al hablar de tipos de fuentes de datos para estos propósitos, por lo general se incluyen los censos poblacionales periódicos, la información de estadísticas vitales¹⁰, la información de morbilidad y cobertura de programas generada a través del sistema de salud, los estudios especiales y las fuentes externas. En relación a este último punto, importa indicar que, si los datos necesarios para contestar una pregunta no están disponibles a través de los sistemas rutinarios, será necesario realizar un estudio o una encuesta, o, por el contrario, consultar informes disponibles que han sido elaborados por otros para responder otras preguntas de investigación. Para efecto de este perfil, se consultaron las siguientes fuentes:

¹⁰Los datos básicos recolectados por medio de estadísticas vitales son: nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios.



2.1 Subsistemas de información en salud

Se utilizaron datos oficiales generados por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y los subsistemas de información de programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Estos subsistemas generan datos de morbilidad y mortalidad a partir de la información que se produce en los servicios en el contexto de la atención a la demanda de servicios. En el caso de los datos institucionales de mortalidad, éstos se obtienen del Registro Nacional de las Personas: el secretario del distrito municipal de salud obtiene los datos de los delegados municipales de RENAP, posteriormente los servicios clasifican las muertes según el catálogo de enfermedades CIE 10 del Ministerio y se ingresan los datos al SIGSA.

2.2 Estudios especiales y encuestas continuas

Se revisaron los informes referidos a la Primera Encuesta Nacional de Juventud (ENJU 2011); las Encuestas Nacionales de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2000, 2006 y 2012; las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1995, 1998/9, 2002 y 2008/9; Encuesta mundial de salud escolar, capítulo Guatemala de 2009; una tesis de grado sobre desórdenes alimentarios en jóvenes.

2.3 Documentos temáticos

Se revisaron documentos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud que incluyen datos sobre Guatemala, en el contexto de la situación del continente como bloque.

2.4 Datos de población a nivel nacional

Para ilustrar las tendencias demográficas en los últimos 23 años, se usaron proyecciones del Censo Nacional de Población y Habitación realizado en el 2002, que fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

2.5 Datos institucionales fuera del sector salud

Para abordar las discusiones sobre diferentes temas incluidos en el perfil, se incorporaron datos producidos por la Policía Nacional Civil (PNC), la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado en Guatemala (ODHAG), la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) y el Ministerio Público (MP).

2.6 Bases de datos y artículos científicos

Se utilizaron bases y artículos disponibles a partir de los Estudios de Carga Global de Enfermedades realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud de los Estados Unidos de Norteamérica.

3. Análisis

Para la construcción del perfil epidemiológico de adolescentes y jóvenes en Guatemala se realizaron diversos análisis considerando los criterios siguientes:

3.1 Comparación en el tiempo de series de datos para toda la población y para grupos de jóvenes y adolescentes, tanto con referencia a Guatemala, Centroamérica, América Latina y El Caribe, así como las tendencias globales.

3.2 Comparación de datos de fuentes distintas, específicamente los datos provenientes de sistemas rutinarios a nivel institucional y los obtenidos a través de estudios especiales.

3.3 Comparación de la situación de Guatemala con otros países de la región latinoamericana y de Centroamérica.





II. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

El marco teórico que fundamenta este perfil epidemiológico consiste en una estructura de pensamiento y de generación de conocimientos que vincula teorías, conceptos, hipótesis e interpretaciones que están en la base del modelo explicativo de la situación epidemiológica de los y las jóvenes en Guatemala. En el caso de este perfil epidemiológico, se propone utilizar varios ejes temáticos que orientarán metodológicamente su construcción y desarrollo: el reconocimiento de la heterogeneidad socioeconómica de la juventud; la noción de 'transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional'; el cuerpo científico detrás de las iniciativas de medición de la carga global de enfermedades, y, finalmente, el enfoque de determinantes sociales de la salud.

1. Las juventudes como grupos sociales

Existe un cuestionamiento a la noción homogenizante de juventud en tanto que quienes la usan desconocen la naturaleza variada de los sujetos y grupos que pueden aglutinarse en torno a ella. Con la noción de "juventudes" se apunta a la diversidad y a las diferencias en su interior con el propósito de reconocer que los y las jóvenes no constituyen un sujeto social homogéneo¹¹, y que, por lo tanto, no "existe una sola manera de entender la noción de juventud"¹².

2. Transiciones

A partir de las históricas preocupaciones y debates de autores clásicos en los campos de la economía política y la demografía que analizaron los estadios o etapas en el avance de las sociedades, se han acuñado tres conceptos que explican la evolución de las poblaciones en cuanto a su salud y su nutrición. Se partió del reconocimiento que las dinámicas sociales y económicas no son independientes sino que, por el contrario, los procesos avanzan en un contexto amplio de desarrollo económico. De esta perspectiva para explicar, predecir y generalizar sobre las etapas de la historia, o hitos de desarrollo, surgen los conceptos de:

- transición demográfica
- transición en salud o epidemiológica
- transición nutricional

3. Carga global de enfermedad

En este eje conceptual se considera que la estimación válida del número de muertes y de personas enfermas en cada grupo de edad y sexo en un país, región o a nivel global, constituye un punto de partida crítico para la medición y el diagnóstico de la salud global en una sociedad, en un período determinado. La mortalidad específica

¹¹Abaunza, H. De Juventudes y Jóvenes. Documento presentado ante el VI Comité Técnico Consultivo del Informe Centroamericano sobre Seguridad Ciudadana. Managua 02 de junio del 2009.

¹²Ibid.

por causas y la carga de enfermedades y factores de riesgo son insumos importantes que deben apoyar los procesos de toma de decisiones en salud.

4. Determinantes

Las disparidades en la carga mundial de morbilidad y mortalidad son producto de las condiciones variables en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad -los determinantes estructurales-, como la distribución del ingreso, la discriminación -por ejemplo, por género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual- y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades que imprime el poder económico en lugar de reducirlas¹³.

¿CÓMO SE DEFINE LA JUVENTUD?

Tradicionalmente se han considerado jóvenes a las personas que se encuentran entre la niñez y la adultez; pero, ¿cuándo surge el concepto?, ¿cuáles son los rangos de edad que lo configuran?, ¿puede éste ser definido como un grupo generacional con características similares?, y ¿cuáles son los factores que lo influyen y determinan? La categoría “juventud” surge en la Gran Bretaña de la posguerra como una expresión del cambio social de ese período¹⁴, y, posterior a ello, su uso aparece con más fuerza entre 1960 y 1970. De acuerdo a Chaves¹⁵, son cinco los factores que modificaron las condiciones sociales y las imágenes culturales de los jóvenes europeos y norteamericanos a mediados de los años 60, impulsando al joven como un actor social, haciéndoles visibles, primero como “problema social”, hasta la aceptación del grupo y del tema. Estos factores son:

- 1) La emergencia del Estado de Bienestar; 2) la crisis de la autoridad patriarcal; 3) el nacimiento del “teenage market” o mercado de adolescentes y jóvenes; 4) la emergencia de los medios de comunicación de masas, y 5) el proceso de modernización en el plano de las conductas que supuso una erosión de la moral puritana (Ejemplo: la revolución sexual).

A lo largo de la historia se han formulado construcciones sociales para organizar el ciclo de vida de las personas. Estas clasificaciones han respondido a prácticas y estereotipos que le otorgan sentido individual y colectivo, definen las tendencias del desarrollo, el modo que tiene la sociedad y la cultura para vivir una parte de la vida, y el modo de explicar, dar sentido, y habitar un espacio social desde las distintas situaciones y posiciones sociales. Así, la definición más común de juventud utiliza el criterio demográfico, basado en la medición del tiempo de vida a través del calendario occidental (días, meses y años). En la actualidad existe reconocimiento generalizado que los jóvenes no pueden ser definidos únicamente como un grupo generacional

¹³Organización Mundial de la Salud (OMS). Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud; Conferencia Mundial sobre los Determinantes de la Salud, Brasil, 2011.

¹⁴Chaves, M. Investigaciones sobre Juventudes en la Argentina: estado del arte en ciencias sociales, 1983-2006. Papeles de trabajo. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. ISSN: 1851-2577. Año 2, no. 5, Buenos Aires, junio de 2009.

¹⁵Ibid.

- aunque han existido diversas categorizaciones como “baby boomer”, generación X, generación Y, y generación NI-NI, entre otras-. La definición debe considerar actividades, comportamientos y actitudes que conforman la identidad del grupo, las condiciones de acceso a recursos y a la autonomía, desde las perspectivas social, bio-psicosocial, económica, cultural y política de su entorno.

En el plano internacional existen varias convenciones y organismos que estipulan diferentes rangos etarios para cada una de ellas, y, haciendo referencia a aquellas que son de interés para los propósitos de este documento, se incluye el Cuadro 1 con la información más relevante sobre instrumentos por orden de aparición. A la fecha no existe consenso sobre la definición del rango etario para definir a la juventud, de acuerdo a los contextos sociales, políticos, económicos y culturales de cada nación. Adicionalmente, en el recuadro siguiente aparece legislación, políticas e instrumentos de política de Guatemala que establecen los criterios técnicos para establecer los límites de edad que definen la adolescencia y juventud.

Recuadro 1:

Instrumentos internacionales y nacionales que establecen criterios para determinar la esencia de la juventud como grupo

- En 1985, *Naciones Unidas* adoptó como criterio normativo la cohorte de edad comprendida entre los quince y veinticuatro años (SNUES, 2008:8).
- En 1986 la *Organización Mundial de la Salud* promovió la ampliación del rango etario de la juventud de los diez a los veinticuatro años¹
- En 1990 se aprueba la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1990:2), en su artículo primero define que niño es: “todo ser humano menor de dieciocho años”.
- En 2008 entra en vigencia la *Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes*,² (OIJ, 2008:) definiendo como ámbito de aplicación a las personas comprendidas entre los quince y veinticuatro años de edad.
- En 2011, la *Organización Internacional del Trabajo* (Veza y Bertranou, 2011:) indica que se consideran jóvenes a las personas comprendidas entre los 16 y 24 años de edad³, agregando la franja de 25 a 29 años para dicho estudio.
- En 2003 se aprueba la *Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia*, PINA (CNRG, 2003:2), la cual define en el artículo segundo “niño o niña a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad, y adolescente a toda aquella desde los trece hasta que cumple dieciocho años de edad”.
- En 2003, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social publica la *Política de Salud para la Adolescencia y Juventud* para el período 2003-2012, definiendo adolescencia de 10 a 19 años y juventud de 20 a 24.
- En 2008, se presentó al Congreso de la República la Iniciativa de Ley No. 3896, *Ley Nacional de Juventud*⁴, la cual contempla el rango etario de 13 a 29 años de edad, con las siguientes consideraciones: de 13 años a menores de 18 los define como jóvenes adolescentes, y los mayores de 18 años y menores de 30 como jóvenes.
- En 2012, se presenta el trabajo titulado “*La juventud guatemalteca, condiciones y situaciones*”⁵, en el cual se define a la juventud como las personas comprendidas entre los 13 y 29 años de edad, clasificando a los adolescentes entre los 13 y 17 años, los jóvenes entre los 18 y 24, y a los jóvenes adultos de los 25 a 29 años.

¹Basado en que la adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta y, que el final de la adolescencia no está definido claramente y que varía de una cultura a otra. Con fines prácticos propuso separar por subdivisiones quinquenales de 10 a 14, de 15 a 19 y de 20 a 24 años; ya que los vocablos adolescentes y jóvenes son intercambiables.

²Suscrita por Guatemala en 2005, actualmente en proceso de ratificación. Dicha Convención está vigente desde el 2008.

³Este criterio adapta las convenciones internacionales para Argentina.

⁴La cual no ha sido aprobada a pesar de contar con el dictamen conjunto favorable de dos comisiones.

⁵Publicación conjunta del Instituto Nacional de Estadística –INE y el Programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Juventud de la Unión Europea en Guatemala, que presenta análisis de datos de las encuestas realizadas por el INE en el 2011 como sustento (ENCOVI, ENA, ENEI y ENIGFAM 2011).



Cuadro 1
Legislación, políticas e instrumentos de política de Guatemala

	Instrumento	Edad (años)																											
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29								
Internacional	Acordado durante la preparación del Año Internacional de la Juventud (1985) y ratificado por la Asamblea General de Naciones Unidas (A/36/215 y resolución 36/28, 1981).														juventud														
	La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Serie de informes técnicos 731. OMS , Ginebra 1986.	adolescencia inicial			adolescencia media						adol. final			juventud															
	Convención Internacional de los Derechos del Niño, 1990.	todas las personas debajo de 18																											
	Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2005.														Juventud														
	Vezza, Evelyn; Bertranou, Fabio. Un nexo por construir: jóvenes y trabajo decente en Argentina. Buenos Aires: Oficina de País de la OIT para la Argentina, 2011. 86 páginas.														adol.			Juventud						adultos					
															juventud														
Nacional	Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, PINA (Decreto No. 27-2003).	concepción a 13 años :NIÑEZ												de 13 a 18 años: ADOLESCENTE															
	Política Salud para la Adolescencia y Juventud. MSPAS, 2003-2012.	a. temprana						a. media						a. tardía						jóvenes									
	Iniciativa 3896, Ley Nacional de Juventud (2008).	jóvenes adolescentes												jóvenes															
		juventud (rango propuesto, Art. 3)																											
	Política Nacional de Juventud 2012-2020.	jóvenes adolescentes												jóvenes															
		juventudes																											
Torres E., Edelberto. La juventud guatemalteca, condiciones y situaciones. Programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Juventud de la Unión Europea en Guatemala. Noviembre, 2012.	adolescentes						jóvenes						jóvenes adultos																
	juventudes																												
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29								
	Instrumento	Edad (años)																											

Fuente: Elaboración propia con base en los instrumentos citados.

USO DE LOS CONCEPTOS DE TRANSICIONES

1. Transición demográfica

Es bien conocido que el concepto de transición demográfica se originó cuando fue necesario explicar la relación entre los cambios demográficos y los socioeconómicos que se habían estado dando en Europa durante el siglo XVIII; el uso del concepto ha sido generalizado debido a que continúa siendo una propuesta de modelo explicativo de la dinámica demográfica y sus interrelaciones con un sinnúmero de factores sociales, económicos y culturales¹⁶.

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o casos extremos: el primero, de bajo crecimiento de la población, con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, también de bajo crecimiento pero con niveles bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad¹⁷, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido a una reducción posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento de la población, dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad¹⁸, lo cual se vincula con los avances sanitarios en la sociedad.

¹⁶CELADE: Basado en BID/CEPAL/CELADE (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina, Santiago, 1996.

¹⁷CEPAL, Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y El Caribe; Santiago 2008

¹⁸CELADE 1996, Op cit.

2. Transición epidemiológica

La teoría de la transición epidemiológica se ha usado como concepto conductor del análisis de la situación de salud y diagnósticos de salud; permite interpretar los cambios en la salud y, específicamente, la reducción de la mortalidad. Debido a imprecisiones en el uso del concepto, Frenk y colaboradores¹⁹ proponen la 'transición de la salud' como el concepto más amplio, integrado por dos transiciones más específicas, correspondientes a dos aspectos básicos de la salud en las poblaciones humanas.

Por un lado, se encuentra la transición en las condiciones de salud, esto es, los procesos de salud y enfermedad que definen el perfil epidemiológico de una población. Esta es la transición epidemiológica en sentido estricto, que se refiere a los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud expresadas en términos de muerte, enfermedad e invalidez. Por otro lado está la respuesta social organizada a dichas condiciones, que se instrumenta a través del sistema de atención a la salud organizado para el suministro de servicios.

Frenk plantea, adicionalmente, un modelo prolongado y polarizado de la transición para la región de América Latina y El Caribe, como resultado de la "desigualdad que caracteriza a la transición epidemiológica entre los grupos sociales y las regiones geográficas de un mismo país"²⁰.

3. Transición nutricional

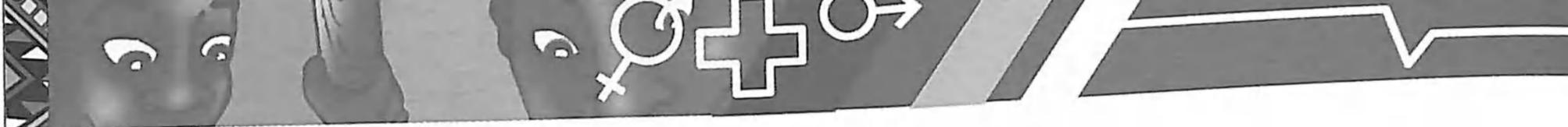
Hay en América Latina y el Caribe dos procesos de cambio que se dieron simultáneamente, o bien han precedido, a la transición nutricional²¹. Como se ha indicado, la transición demográfica involucra un cambio de patrones de alta a baja fecundidad y mortalidad. Sumado a ello, la transición epidemiológica lleva implícito el cambio de altas prevalencias de enfermedades infecciosas asociadas a la desnutrición, hambre y saneamiento ambiental deficiente, hacia altas tasas de enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a estilos de vida propios de los países industrializados.

Como resultado de las particularidades del proceso de transición nutricional en América Latina y el Caribe, se observa en los países una dualidad producto de la convergencia de situaciones extremas que reflejan una gama de posibilidades, desde la escasez a la opulencia en un mismo territorio, grupo social o familia, pudiéndose detectar, en un mismo hogar, la coexistencia de malnutrición por déficit y por exceso. Se pone de manifiesto, por lo tanto, la combinación de inseguridad alimentaria y nutricional con inseguridades por excesos e imbalances de energía y nutrientes debido a los cambios sociales del transitar hacia el paradigma de las enfermedades no transmisibles asociadas a la nutrición en los países en desarrollo. Los resultados negativos de la transición nutricional que están asociados a las enfermedades

¹⁹Frenk, J. et al, La Transición Epidemiológica en América Latina, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 111(6), 1991.

²⁰Flores, E. Transiciones. Recuperado de: <http://www.uacj.mx/docentes/eflores/Documentos%20de%20materias/Curso%20de%20Sistemas%20de%20Salud/Transiciones.ppt>.

²¹Palmieri, M, et al, Apreciación de la situación de la seguridad alimentaria nutricional en América Latina y el Caribe. Publicación INCAP ME/120; Guatemala, marzo 2006.



no transmisibles vinculadas a la nutrición son la obesidad, los cambios dietéticos adversos y la disminución de la actividad física²².

CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD

Esta es una modalidad de análisis de los patrones de morbilidad y mortalidad de la población basada en los estudios realizados y/o promovidos por la Organización Mundial de la Salud a partir de 1990. En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó su primer estudio de Carga Global de Enfermedad ('Global Burden of Disease', en inglés) con el objetivo de analizar y detallar los patrones de morbi-mortalidad por medio de un análisis de la situación de salud mundial.

La descripción y comparación de datos de la carga de enfermedades, lesiones y sus factores de riesgo, constituye una herramienta importante para apoyar la toma de decisiones en el campo de la salud pública²³. Debido a problemas técnicos, gerenciales y administrativos relacionados con la recolección y análisis de datos en instituciones públicas, la información sobre mortalidad y salud en el mundo es insuficiente e incompleta la mayoría de las veces, por lo que surge la necesidad de integrarla, validarla y analizarla para tener un diagnóstico comparativo de enfermedades, lesiones y factores de riesgo que causan muerte prematura en diferentes latitudes. El primer estudio de Carga Global de Enfermedades²⁴ realizado en 1990 cuantificó los efectos en salud de más de 100 enfermedades para ocho regiones del mundo, y generó estimaciones consistentes de mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región. El estudio introdujo una nueva forma de medir estos efectos – los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o DALYs, por sus siglas en inglés – como una medida única para cuantificar la carga de enfermedades, lesiones y riesgo, expresada como la suma de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida experimentados con deficiencias a la salud.

El estudio fue actualizado en 2000-2002 e incluyó un análisis más amplio de la mortalidad y carga de enfermedades atribuibles a 26 factores de riesgo globales utilizando un marco analítico denominado Diagnóstico Comparativo de Factores de Riesgo²⁵; estas estimaciones se actualizaron para el 2004²⁶, y el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud y otros colaboraron en el desarrollo de un nuevo estudio de Carga Global de Enfermedades para 2010 que fue publicado en diciembre del 2012²⁷. Esta serie de artículos incluye estimaciones regionales sobre muertes y AVAD, empleando un nuevo método de cálculo, para los años 1990, 2005 y 2010.

De acuerdo a la división clásica de las causas de muerte²⁸, y para propósitos de realizar un análisis para la región de América Latina y El Caribe en su conjunto, de acuerdo

²²Popkin, Barry. The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences; *Public Health Nutrition*: 5(1A), 205–214.
²³GBD, Wang, H, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.
²⁴Murray, C and Lopez, A. The Global Burden of Disease and Injury 1. Global Burden of Disease - A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020; Harvard University Press, 1990; Murray, C and Lopez, A. The Global Burden of Disease and Injury 2. Global Health Statistics - A Compendium of Incidence, Prevalence and Mortality Estimates for Over 200 Conditions; Harvard University Press, 1990; Murray, C and Lopez, A. The Global Burden of Disease and Injury 3. Health Dimensions of Sex and Reproduction - The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies; Harvard University Press, 1990
²⁵World Health Organization. Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54; Geneva, 2003
²⁶World Health Organization. The Global Burden of Disease – 2004 Update; Geneva, 2008
²⁷Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: generating evidence, guiding policy; Washington, 2013
²⁸Murray and López 1996, Op cit.; Salomon, J, and Christopher J. L. Murray. The epidemiological transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex", *Population and Development Review*, vol. 28, N° 2, New York, Population Council, 2002.

Carga Global de Enfermedades y Lesiones



a las dinámicas epidemiológicas planteadas por Omran²⁹, se pueden identificar tres grupos de causas³⁰, las cuales se utilizarán más adelante en el análisis de los datos:

- Grupo 1: Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales (identificadas como causas transmisibles o causas infecciosas y parasitarias): enfermedades infecciosas y parasitarias —diarrea, malaria, tuberculosis, enfermedades helmínticas—, infecciones respiratorias agudas, causas de muertes maternas, causas perinatales, carencias nutricionales.
- Grupo 2: Enfermedades no transmisibles (identificadas como causas no transmisibles o crónico degenerativas): neoplasias, desórdenes endocrinos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades de la piel y subcutáneas, desórdenes del sistema nervioso, enfermedades músculo-esqueléticas, anomalías congénitas, enfermedades genito-urinarias, enfermedades y síntomas de senilidad.
- Grupo 3: Causas accidentales y violentas (identificadas como causas accidentales y violentas o causas externas): accidentes intencionales (suicidios y homicidios) y no intencionales.

DETERMINANTES, FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES Y DAÑOS A LA SALUD

1. Determinantes sociales de la salud

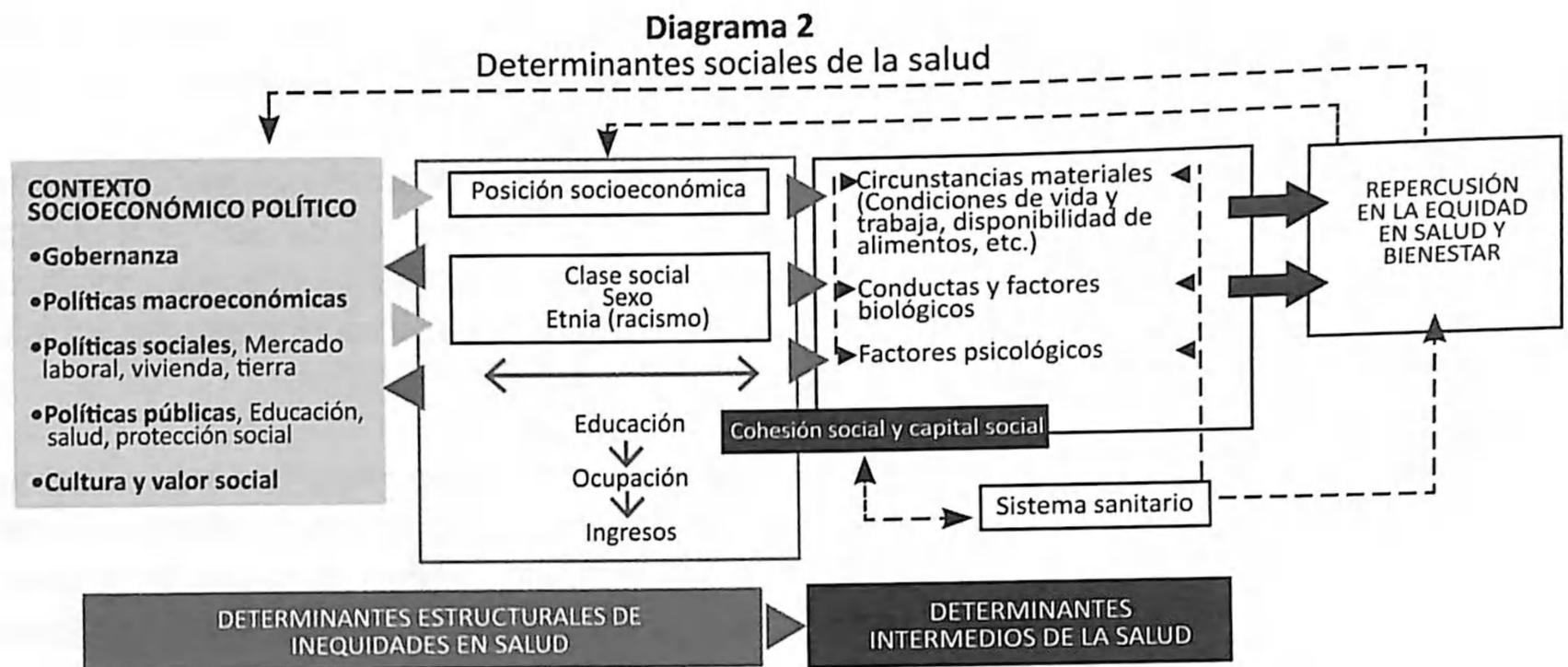
El enfoque de determinantes sociales de la salud y de sus desigualdades es un esquema para realizar Análisis de la Situación de Salud según niveles de causalidad. Para la Organización Mundial de la Salud³¹, la mayor parte de enfermedades y muertes son resultado de las condiciones materiales que rodean a las personas. A estas condiciones se les ha denominado determinantes sociales de la salud, un término resumido para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Como se aprecia en el Diagrama 2, los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación en la sociedad: son los llamados determinantes estructurales. “Estos mecanismos estructurales o determinantes que afectan e influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las diferencias que son producidas por estos determinantes configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, operando sobre determinantes intermedios como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud”³².

²⁹Omran, A. R. The epidemiological transition theory revisited thirty years later, *World Health Statistics Quarterly*, N° 51, 1998.

³⁰CEPAL/UNFPA. Perfil Epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, limitaciones, acciones; Santiago de Chile, 2011.

³¹OMS 2011, Op cit.

³²Ibid.

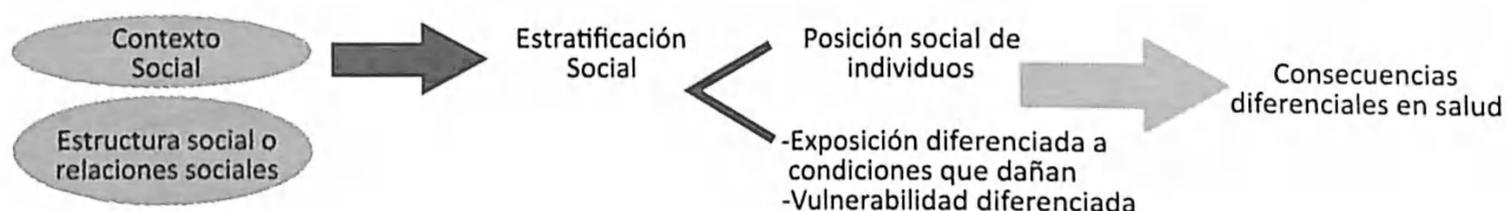


Fuente: Solar and Irwin. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health; WHO; 2010

El modelo teórico de determinantes de la salud toma nota de las diferentes teorías de la producción social de la salud y la enfermedad para explicar causalidad mediante tres mecanismos, a saber³³: la selección social o movilidad social, la causalidad social y la perspectiva de curso de la vida. Cada teoría pone énfasis en el concepto de posición social. Tomando como base el modelo de Diderichsen sobre los mecanismos de las desigualdades en salud que estratifican los efectos en la salud, Solar e Irwin explican cómo la posición social contribuye a las desigualdades en salud, según se aprecia en el Diagrama 3:

- ★ Los contextos sociales, que incluyen la estructura social o las relaciones sociales de la sociedad, crean la estratificación social y le asignan a los individuos diferentes posiciones sociales.
- ★ La estratificación social genera exposición variable a las condiciones que dañan la salud, y producen vulnerabilidad diferencial en términos de las condiciones de salud y la disponibilidad de recursos materiales.
- ★ La estratificación social también determina consecuencias diferenciales de mala salud para grupos más o menos desprotegidos (incluyendo consecuencias económicas y sociales, así como efectos diferenciales en salud).

Diagrama 3
Interacción de la estructura social y las consecuencias diferenciales en salud



Fuente: Representación con base en el texto de los autores

³³Solar, O and Irwin, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health; WHO; 2010

Para el propósito específico de este perfil epidemiológico de adolescentes y jóvenes guatemaltecos, en la categoría de determinantes se incluirán las subcategorías de demografía, producción (o empleo) y reproducción social (condiciones de vida o consumo utilizando el proxy de pobreza). Ver Diagrama 4 a continuación.

Diagrama 4

Modelo de determinantes, factores de riesgo o protección y daños a la salud en los jóvenes



Fuente: Adaptado de ISIS/Medicusmundi. Perfil Epidemiológico Nacional, Guatemala

2. Factores de riesgo y protectores

Un factor de riesgo es una variable que eleva la probabilidad de sufrir un daño, como por ejemplo la alimentación deficiente. A continuación se presentan algunos factores de riesgo que son de naturaleza universal:

- ⊙ tabaquismo
- ⊙ abuso del alcohol
- ⊙ alimentación deficiente
- ⊙ insuficiente ejercicio físico
- ⊙ relaciones sexuales desprotegidas por falta de acceso a anticoncepción y educación sexual

Por el contrario, un factor protector es una variable que eleva la probabilidad de permanecer sano, como por ejemplo la actividad física; se presentan a continuación algunos factores protectores:

- ⊙ autoeficacia
- ⊙ autoestima
- ⊙ familia contenedora
- ⊙ proyecto de vida
- ⊙ capacidad de autocontrol
- ⊙ escolaridad
- ⊙ inserción social
- ⊙ red social

La Organización Panamericana de la Salud propone en las categorías de factores de riesgo o factores protectores de la salud de adolescentes y jóvenes, aspectos relacionados con ³⁴:

³⁴OPS/OMS. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral; Washington, 2010.

Cuadro 2

Factores de riesgo y factores protectores de jóvenes: una propuesta genérica

Factores de riesgo		
La alteración en los vínculos familiares	Situaciones del contexto	Enfermedades o problemas del adolescente
<p>Parejas parentales disfuncionales con o sin violencia.</p> <p>Madre sola en la crianza y/o adolescente.</p> <p>Pérdida del trabajo del progenitor que ejerce el sostén económico.</p> <p>Maltrato y/o abuso, negligencia o abandono.</p> <p>Alcoholismo u otra drogadicción de algún progenitor.</p> <p>Enfermedad grave de uno de los progenitores o muerte.</p> <p>Prisión de alguno de los progenitores.</p>	<p>La pobreza.</p> <p>Falta de respeto a la cultura familiar de ese adolescente.</p> <p>Migraciones traumáticas.</p> <p>La imposibilidad de acceder a la educación y/o dificultades para integrarse en el sistema educativo formal.</p> <p>Ausencia de oportunidades para trabajar de acuerdo a su educación y potencial.</p> <p>Desocupación o trabajo ilegal o insalubre.</p> <p>La imposibilidad de acceder a un servicio de salud y/o educación para la salud.</p> <p>Medio social de alto riesgo (pares o adultos significativos que viven en la promiscuidad, usan drogas, delinquen).</p> <p>Habitar en la calle o institución por carencia de continencia familiar.</p> <p>Ser víctima de maltrato, abuso y/o abandono.</p>	<p>Enfermedades que afectan seriamente o crónicamente aspectos físicos/corporales.</p> <p>Problemas psicológicos/psiquiátricos que requieren tratamiento o apoyo especial.</p> <p>Problemas sociales que comprometen sus necesidades básicas: afecto, vivienda, alimentación, abrigo, educación, acceso a un servicio de salud y derechos.</p>
Factores protectores		
<p>La integración familiar.</p> <p>El gradual desarrollo de la autoestima, toma de decisiones, autonomía e integración social.</p> <p>Escolaridad adecuada.</p> <p>Oportunidades de tener un trabajo digno.</p> <p>Ocupación positiva del tiempo libre.</p> <p>Ejercicio y alimentación balanceada.</p> <p>Información adecuada y oportuna sobre sexualidad.</p> <p>Promoción para la capacidad de decisión del uso y del abuso de sustancias psicoactivas.</p>	<p>Oportunidades de participación social.</p> <p>Promoción para la prevención de accidentes.</p> <p>Promoción para la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Controles periódicos en salud o en enfermedad.</p> <p>Clarificación de los valores personales, familiares, sociales.</p> <p>Saneamiento ambiental.</p> <p>Legislación acorde a las necesidades de los adolescentes.</p> <p>Redes sociales de apoyo efectivo</p>	

Para el caso del presente perfil epidemiológico de adolescentes y jóvenes, se analizarán y discutirán datos obtenidos sobre los aspectos siguientes:

- ★ Desórdenes alimentarios
- ★ Abuso de sustancias
- ★ Falta de actividad física
- ★ Relaciones sexuales desprotegidas
- ★ Inaccesibilidad al sistema de atención a la salud
- ★ Violencia

III. LAS TRANSICIONES DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA Y NUTRICIONAL

EL CONTEXTO GLOBAL Y DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. Resumen de la transición demográfica en América Latina

Para el período 2005-2010 se definieron en la literatura cuatro grandes grupos o etapas de la transición demográfica: moderada, plena, avanzada y muy avanzada, de acuerdo con la terminología ya acuñada en la CEPAL³⁵. Para ubicar a los países en cada etapa, dada la diversidad de situaciones existentes (véase el cuadro 3), se decidió considerar la ‘relativa coherencia’ entre los avances respecto de las variables de fecundidad y esperanza de vida al nacer.

Cuadro 3
Etapas de la transición

Moderada	Plena	Avanzada	Muy avanzada
Bolivia, Haití, Guatemala	Ecuador, El Salvador, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Guyana, Surinam, Jamaica, Guyana Francesa, Belice	Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Trinidad y Tobago, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico	Barbados, Cuba

Fuente: CEPAL, Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y El Caribe; Santiago 2008

1.1. Transición muy avanzada

Según los análisis, Cuba y Barbados son los países que se encuentran en etapa de transición demográfica muy avanzada. En el caso de Cuba, su tasa de fecundidad ya era baja en 1950-1955, según los estándares del momento - alrededor de cinco hijos por mujer -, pero la tasa global de fecundidad alcanzó el nivel de reemplazo entre fines de los setenta y comienzos de los ochenta, situándose por abajo del nivel de reemplazo de la población (1.5 hijos por mujer en 2005-2010), con un crecimiento demográfico natural de 0.29%. En cuanto a su nivel de mortalidad, Cuba ha sido el país que ha hecho mayores esfuerzos en términos del aumento de la esperanza de vida de su población, la cual actualmente se ubica en 78.3 años.

1.2. Transición avanzada

Entre los países en etapa de transición avanzada se aprecia más de una situación específica por los actuales niveles de fecundidad y mortalidad. Un primer subgrupo está integrado por Argentina y Uruguay, con descenso temprano de las tasas vitales, ya que se registraron transiciones de la fecundidad y de la mortalidad en la primera mitad del siglo pasado, con niveles de fecundidad de alrededor de tres hijos por mujer en 1950³⁶. En segundo lugar está Chile, que en 1950-1955 mostraba una tasa de fecundidad similar a la de Cuba, sin que luego se tuviera un descenso tan acentuado. Aunque su tasa no es tan baja como la de Cuba, es el segundo país que ya se encuentra por debajo del nivel de reemplazo de su población. Argentina, Uruguay y Chile tienen tasas de crecimiento demográfico inferiores a 1%.

³⁵CEPAL 2008, Op cit.

³⁶CEPAL 2008, Op cit.

El tercer subgrupo lo integran Brasil, Colombia, Costa Rica y México, los cuales, a diferencia de los anteriores en este grupo, en 1960-1965 tenían tasas globales de fecundidad entre seis y ocho hijos por mujer, reduciéndose éstas a la mitad o menos a fines de los ochenta y comienzos de los noventa. En la actualidad sus tasas de crecimiento natural oscilan entre 1.3% y 1.4%. Brasil y Colombia tienen una menor esperanza de vida (72.4 y 72.8 años, respectivamente), mientras que en los otros países del grupo se supera los 75 años.

1.3. Transición plena

En esta fase coinciden dos grupos de países con distintas trayectorias: los que ya habían logrado descensos de la fecundidad a comienzos de los años ochenta (Ecuador, El Salvador, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) y, por otro, los que la redujeron significativamente en los últimos años (Honduras, Nicaragua y Paraguay). En la actualidad, ambos grupos de países se han equiparado en un nivel de fecundidad caracterizado como "intermedio", con tasas de crecimiento heterogéneas que van de 1.5% en Perú a 2.3% en Honduras.

1.4. Transición moderada

En esta fase de la transición se encuentran Bolivia, Haití y Guatemala. En estos países la fecundidad ha bajado, pero no suficiente, de tal cuenta que Guatemala tiene la tasa global de fecundidad (3.6 hijos) y la de crecimiento demográfico (2.5%) más elevadas de la región de América Latina y El Caribe. Por otra parte, las tasas de mortalidad de Haití y Bolivia son las más altas de la región, con esperanzas de vida al nacer para ambos sexos de 60.6 y 65.5 años en 2005-2010, que representaba una diferencia de 12.7 y 7.8 años, respectivamente, con respecto a los promedios de la región.

2. Resumen de los patrones de transición epidemiológica a nivel mundial y en América Latina y El Caribe

Como se indicó antes, la estimación exacta del número de muertes en cada grupo etario y por sexo a nivel de países, regiones y a nivel global es un punto de partida fundamental para entender la carga global de enfermedades en una realidad particular. La situación mundial se resume así³⁷:

- Los años de vida perdidos por causas de mortalidad prematura representan casi dos tercios de la carga global de enfermedades en el 2010; en los últimos 40 años se ha avanzado en la reducción del número de muertes en menores de 5 años y se ha pospuesto la muerte a edades superiores.
- Las muertes de adultos jóvenes han aumentado, sobre todo en Europa del Este, por el consumo de alcohol, y en el África Subsahariana como resultado del VIH/SIDA.
- Los cambios en esperanza de vida al nacer en los últimos 40 años son considerables: la esperanza de vida al nacer de hombres aumentó en 11.1 años y la de mujeres en

³⁷ GBD. Wang, et al. 2010, Op cit.

un año más, observándose un incremento de la brecha entre hombres y mujeres de 4.8 a 5.7 años.

Para ilustrar los cambios globales en las causas de muerte, se calcularon AVAD (DALY's) para 291 causas, en 20 grupos de edad, ambos sexos y para 187 países, agregados por región, en tres puntos en el tiempo³⁸. En el siguiente cuadro se presenta la evidencia sobre el cambio global en AVAD (expresado en miles de años) para todas las causas y en todas las edades³⁹, y causas específicas seleccionadas⁴⁰. Como se aprecia, en 2010 había una predominancia de enfermedades no transmisibles (ENT) con 54% de los AVAD vinculados a ENT, comparado con 35% relacionados a las transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, y 11% por causas externas. En 2010 el cáncer y las enfermedades circulatorias representaron el 19% de AVAD globales y un tercio de la carga global de enfermedades provino de otras ENT como enfermedad respiratoria crónica, digestiva, neurológica, mental y conductual, endocrina, hepática, entre otras.

Cuadro 4
Cambios en AVAD en todas las edades según causas, población mundial, 1990 - 2010

Causas	AVAD todas las edades (en miles)		
	1990	2010	Cambio
Todas	2,502,601	2,490,385	-0.5
Grupo 1	1,181,610	868,024	-26.5
VIH/SIDA y TB	79,368	130,944	65.0
Infecciosas	543,168	282,982	-47.9
Tropicales y malaria	103,808	108,739	4.7
Maternas	21,582	16,104	-25.4
Neonatales	273,711	201,959	-26.2
Deficiencias nutricionales	111,787	85,341	-23.7
Grupo 2	1,075,297	1,343,696	25.0
Neoplasmas	148,078	188,487	27.3
Cardiovasculares y circulatorias	240,667	295,036	22.6
Mentales y conductuales	134,598	185,190	37.6
Grupo 3	245,694	278,665	13.4
Accidentes de carretera	61,026	81,577	33.7
Suicidios y violencia	49,198	62,195	26.4
Naturaleza, guerras e intervenciones legales	6,282	14,347	128.4

Fuente: GBD. Murray, C, et al. Disability -adjusted life years (DALY's) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010

En América Latina y El Caribe se habla de un “modelo epidemiológico polarizado prolongado”⁴¹, con alta incidencia de enfermedades transmisibles (ET) y enfermedades no transmisibles (ENT), una ruptura del principio unidireccional transicional, una transición prolongada y una heterogeneidad entre grupos sociales, según área geográfica de cada país y entre los diferentes países⁴². De acuerdo a la gráfica 1, existe muy alta heterogeneidad entre los países: la distribución de las muertes en relación a los tres grupos de causas muestra cómo a países como el Uruguay, Costa Rica y Cuba, con proporciones de defunciones por enfermedades transmisibles inferiores o cercanas al 10%, se contraponen países con una proporción superior al 30%, como Guatemala (con casi 40% de defunciones por enfermedades transmisibles). Adicionalmente, se observan algunos países del área centroamericana con carga alta por ET que ya presentan una proporción considerable en ENT, como es el caso de Honduras, Nicaragua, Panamá y Belice.

³⁸GBD. Murray, C, et al. Disability -adjusted life years (DALY's) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.

³⁹Grupo 1: enfermedades transmisibles, Grupo 2: enfermedades no transmisibles, Grupo 3: enfermedades externas

⁴⁰GBD. Murray, et al. 2010, Op. cit.

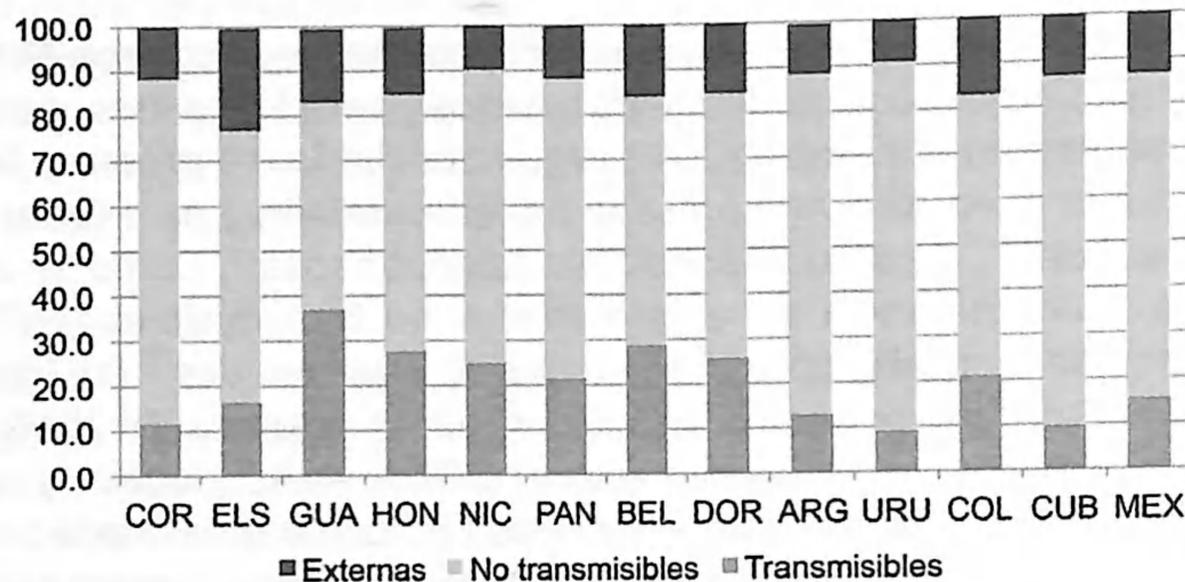
⁴¹Frenk, et al. 1991, Op cit.

⁴²CEPAL 2011, Op cit.



Gráfica 1

Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte, en porcentajes, países seleccionados de Latinoamérica, 2010

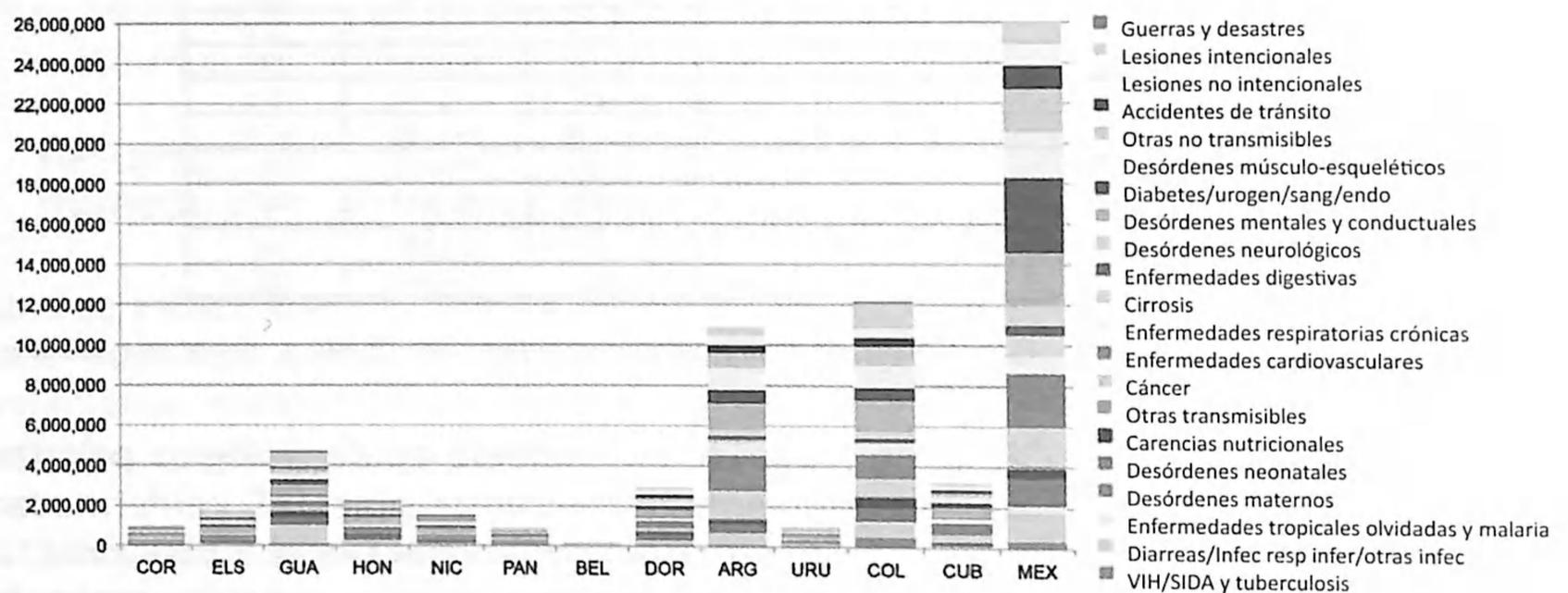


Fuente: Elaboración propia con datos de las Bases de Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Study 2010. Disponible en <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>

En la gráfica siguiente se observa el tipo de carga (perfil de muertes) para esos mismos países y la magnitud de la misma en millones de AVAD, reflejo del tamaño poblacional de cada uno. Guatemala es el país con mayor carga de muerte en Centroamérica.

Gráfica 2

Número de causas de muertes, ambos sexos, por país, AVAD reales, países seleccionados de Latinoamérica, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos de las Bases de Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Study 2010. Disponible en <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>

Finalmente, en el cuadro siguiente se detallan las primeras diez causas de muerte en la región para el año 2010⁴³. El modelo polarizado prolongado propuesto por Frenk y otros⁴⁴ sigue siendo válido; a enfermedades típicas de perfiles epidemiológicos todavía no maduros (como condiciones perinatales y las infecciones diarreicas y respiratorias) se agregan enfermedades características de un perfil epidemiológico maduro (enfermedades cardiovasculares, cánceres y diabetes). Además, las causas relativas al grupo 3 (guerras, desastres y lesiones intencionales) ya son importantes.

⁴³Bases de Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Study 2010. Disponible en <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>.

⁴⁴Frenk, et al. 1991, Op cit.

Cuadro 5
América Latina y El Caribe: primeras diez causas de muerte según AVAD, 2010

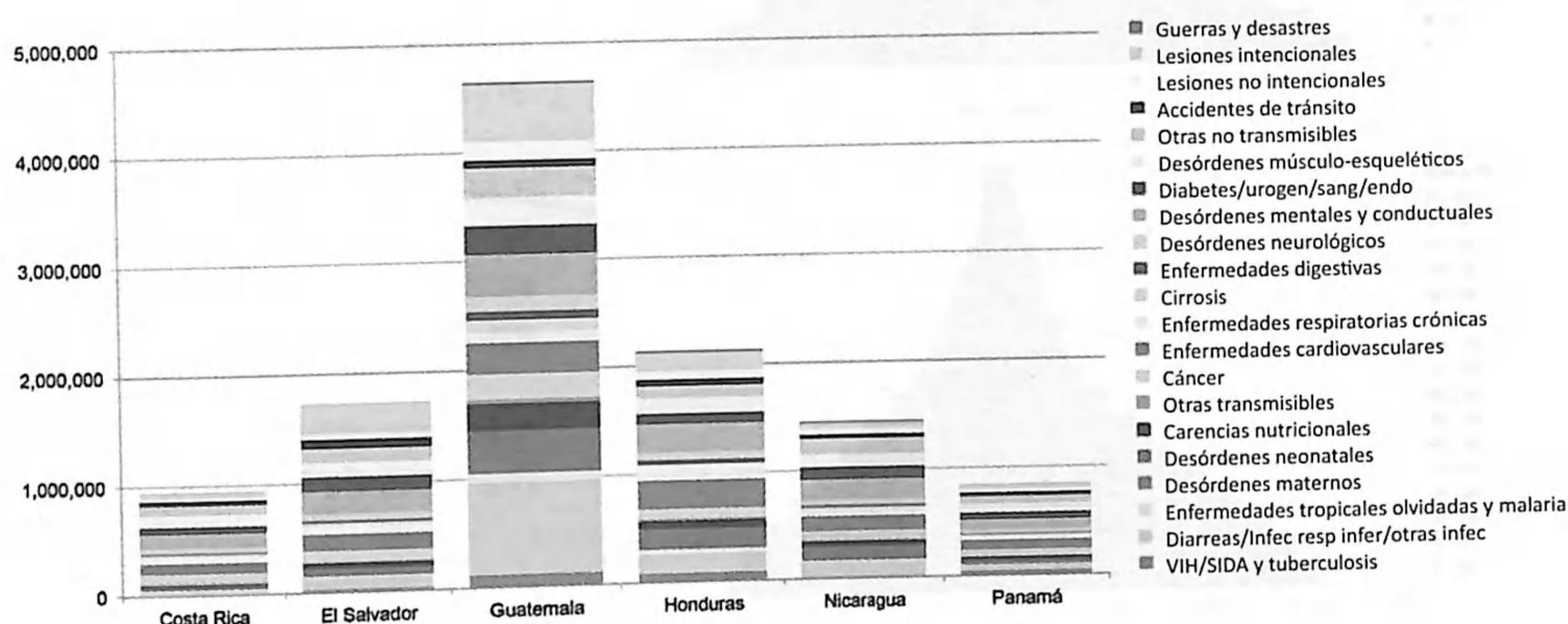
Causas de muerte	Porcentaje del total de defunciones
Enfermedades cardiovasculares	11.0
Desórdenes mentales y conductuales	10.4
Desórdenes músculo-esqueléticos	7.8
Guerras y desastres	7.4
Diabetes/urogenitales/de la sangre/endocrinas	7.2
Cáncer	7.1
Otras no transmisibles	6.5
Diarreas/infecciones respiratorias inferiores/otras infecciosas	6.1
Lesiones intencionales	6.0
Desórdenes neonatales	5.5
Resto de causas	24.9
TOTAL	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de las Bases de Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Study 2010. Disponible en <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>

SITUACIÓN DE CENTROAMÉRICA

La gráfica que sigue proporciona una idea de la estructura y magnitud de la mortalidad de la población total de América Central: se destaca, en primer lugar, como ha sido reportado antes, la preponderancia de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, fundamentalmente) en países como Guatemala y, en menor medida, Honduras; aunado a ello, se aprecia el peso de las muertes por desórdenes neonatales, también en Guatemala y Honduras, y de las muertes por desórdenes mentales y conductuales en Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica. Como esperado, las carencias nutricionales en Guatemala representan una proporción considerable de su perfil. Los AVAD por cáncer y enfermedades cardiovasculares en Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica son también considerables. Es importante destacar el peso de las causas violentas en Guatemala y El Salvador, así como en Honduras.

Gráfica 3
Número de causas de muertes, ambos sexos, por país, AVAD reales, Centroamérica, año 2010



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns (<http://healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>)

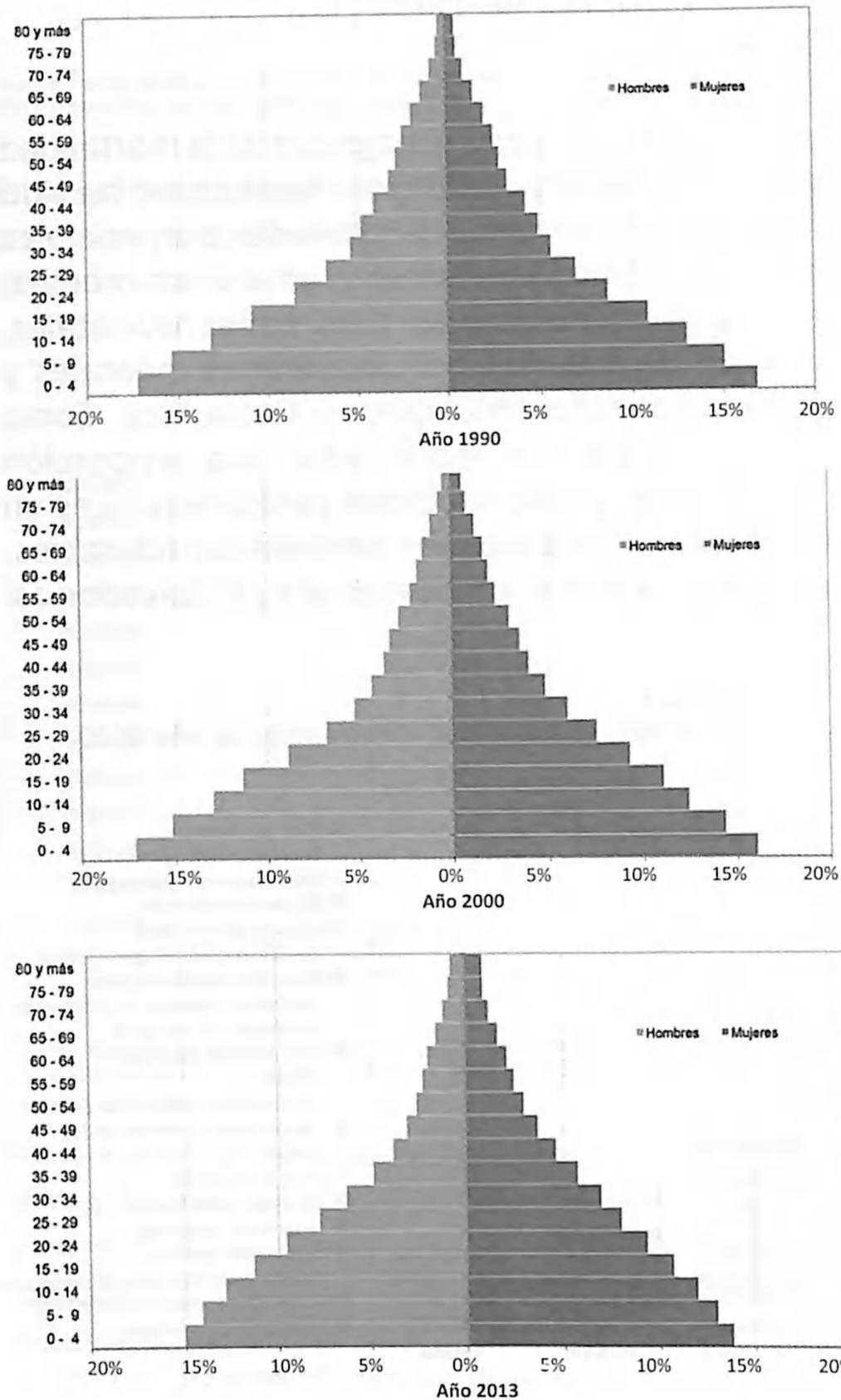


SITUACIÓN DE GUATEMALA

1. Transición demográfica

Con base en las proyecciones de población del censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, para el año 2013 la población total es de 15,438,384 habitantes, con una tasa de crecimiento poblacional de 2.5% en los últimos años, y una reducción en la tasa global de fecundidad de 5.4 en 1990 a 3.6 en 2009⁴⁵. En virtud del ritmo de crecimiento demográfico, la composición por edades de la población guatemalteca muestra todavía una estructura predominantemente juvenil, donde cuatro de cada diez personas son menores de 15 y 51% no alcanzan a cumplir los 20 años según las proyecciones para el 2013.

Gráfica 4
Pirámides de población, Guatemala 1990, 2000 y 2013



La comparación entre las representaciones gráficas de la población guatemalteca en 1990, 2000 y 2013, permite aseverar que:

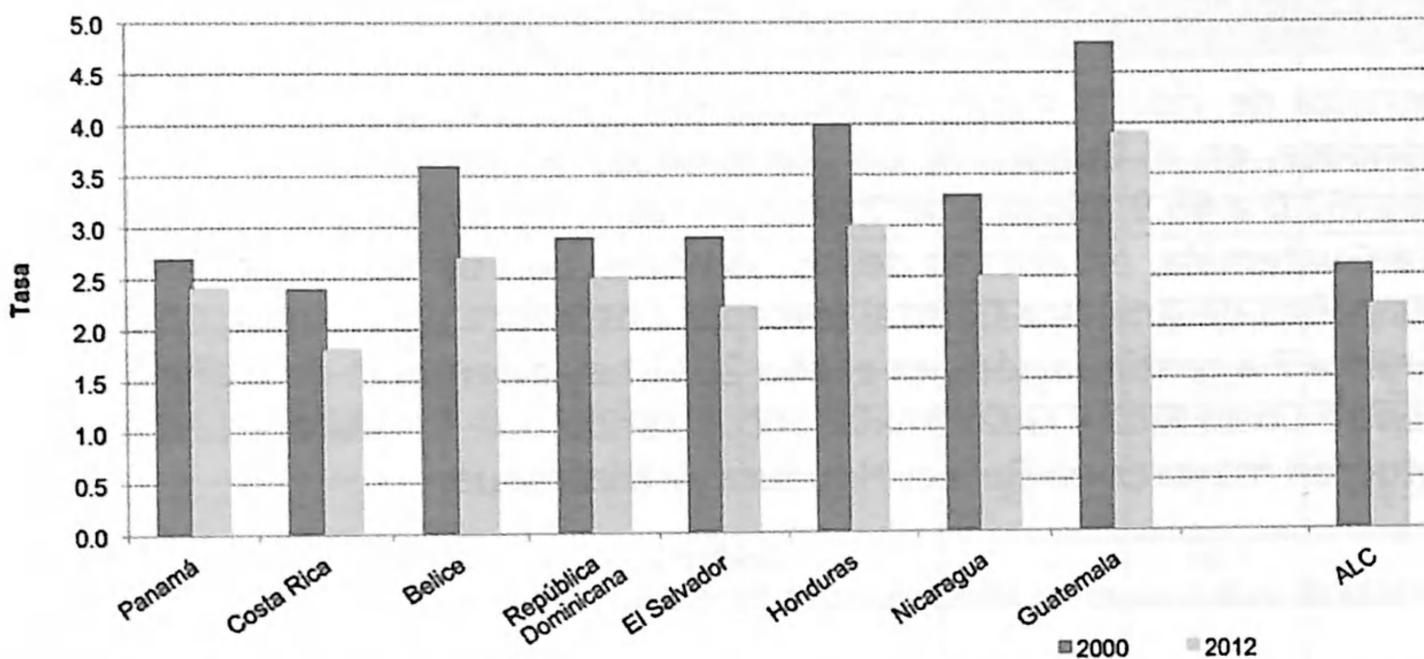
- Se ha ido reduciendo la base de la pirámide, por efecto de la disminución de la población menor de cinco años.
- Hay una leve reducción del tamaño de los grupos en edad escolar.
- Se observa una estabilidad relativa en la proporción de grupos adolescentes y jóvenes en la población total.
- Aumento absoluto y relativo de la población económicamente activa: 51.3% en 1990, 51.9% en 2000 y 55.1% en 2013.
- Mayor sobrevivencia en mayores de 70 años.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE: Proyecciones de población en base al XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación de Guatemala, 2002

⁴⁵ INE. Proyecciones de población en base al XI Censo Nacional de Población y

Tanto a través de los datos de Estadísticas Vitales del INE, como de aquellos provenientes del Informe Mundial de Desarrollo Humano (2013) y de la ENSMI, las gráficas 5 y 6 y los Cuadros 6 y 7 confirman una reducción de 36% de la tasa global de fecundidad en el período de mediados de los 80 al 2010, destacándose una mayor disminución entre las mujeres residentes en áreas rurales e indígenas.

Gráfica 5
Tasa global de fecundidad (nacimientos por mujer), países de Centroamérica y República Dominicana, 2000 y 2012



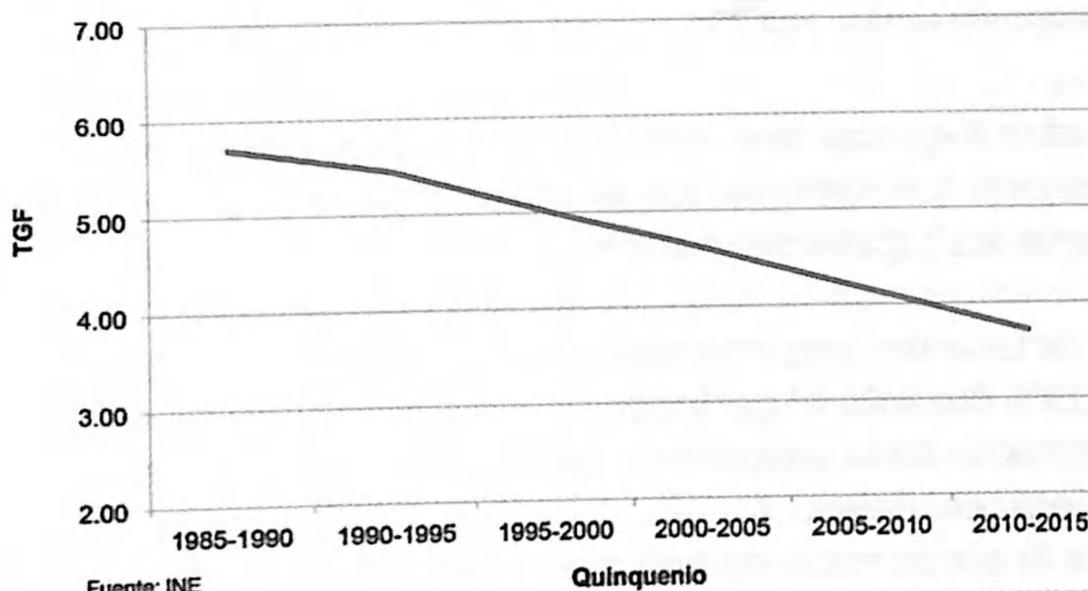
Fuente: Informe Mundial de Desarrollo Humano, 2013

Cuadro 6
Tasas globales de fecundidad (TGF) estimadas por quinquenios, Guatemala 1985-2015

Quinquenio	Tasa	Quinquenio	Tasa hipótesis media o recomendada
1985 - 1990	5.70	2000 - 2005	4.60
1990 - 1995	5.45	2005 - 2010	4.15
1995 - 2000	5.0	2010 - 2015	3.71

Fuente: INE, Proyecciones de Población para el período 1950-2050; Guatemala 2004

Gráfica 6
Tasas globales de fecundidad (TGF) estimadas por quinquenios, Guatemala 1985-2015



Fuente: INE

Cuadro 7

Tasa global de fecundidad (TGF) para 3 años anteriores a cada encuesta, según residencia y grupo étnico, Guatemala 1987 - 2008/2009

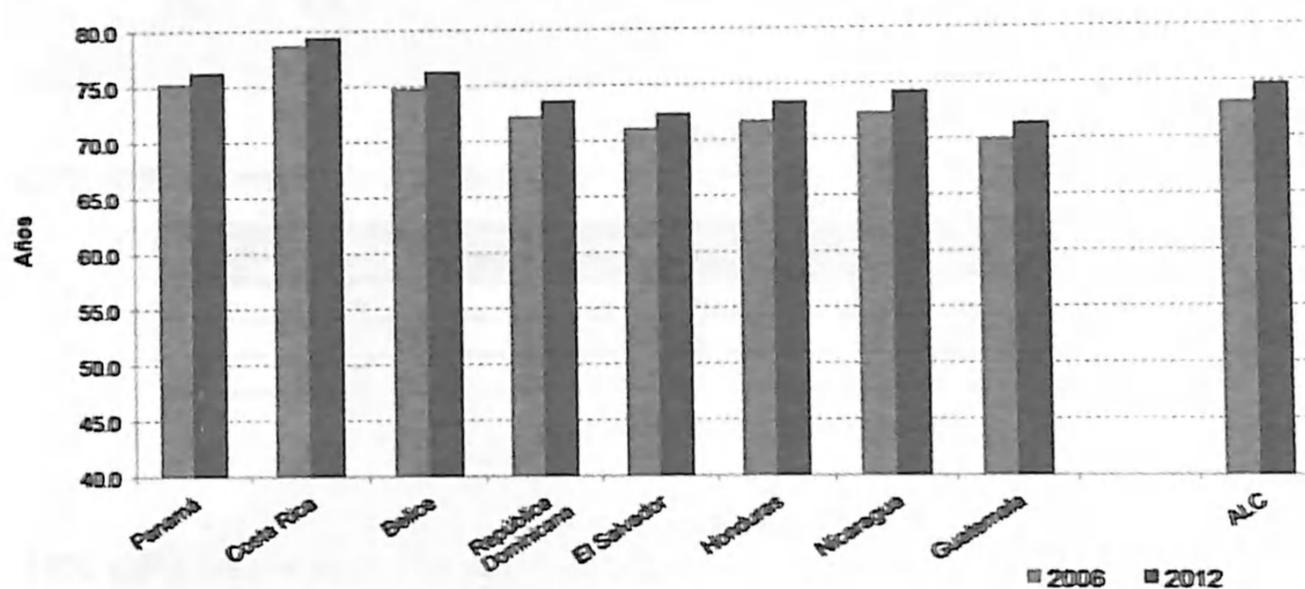
Encuesta / período	Tasa				
	Total	Urbana	Rural	Indígena	No indígena
1987 (83-87)	5.6	4.1	6.5	6.8	5.0
1995 (92-95)	5.1	3.8	6.2	6.8	4.3
1998/1999 (95-98)	5.0	4.1	5.8	6.2	4.6
2002 (99-02)	4.4	3.4	5.2	6.1	3.7
2008/2009 (05-08)	3.6	2.9	4.2	4.5	3.1

Fuente: MSPAS, V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/2009; Guatemala, 2010

La esperanza de vida al nacer en Guatemala ha mostrado avances considerables, observándose, en el Cuadro 9, un aumento de 5 años entre 1990 y 2010 en los hombres (62.0 a 66.9 años) y de 7 años en las mujeres (67.1 a 74.0 años)⁴⁶, lo cual coloca a Guatemala, en el caso de los hombres, con un ritmo de cambio similar al de otros países de América Central (excepto Costa Rica y Panamá). Como se aprecia en la Gráfica 7 a continuación, en el año 2012 hay diferencia de 8 años, para ambos sexos, entre Costa Rica y Guatemala, encontrando que los avances en el período de 6 años fueron mayores en Belice, Honduras y Nicaragua.

Gráfica 7

Esperanza de vida al nacer en años, países de Centroamérica y República Dominicana, 2006 y 2012



Fuente: Informe Mundial de Desarrollo Humano, 2013

Los datos del cuadro 8 que se presentan a continuación permiten concluir de forma contundente que, en los últimos 25 años, la situación demográfica del país ha evolucionado según los siguientes patrones:

- ★ Reducción de la tasa de crecimiento poblacional: la tasa de crecimiento natural disminuyó en 19% durante el período.
- ★ Aumento consistente de la proporción de población residente en áreas urbanas de casi 27 puntos porcentuales.
- ★ No variación de la proporción de población indígena en la población total.
- ★ Disminución de la tasa global de fecundidad y de la tasa bruta de natalidad.

⁴⁶GBD. Salomon, J. et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010

- ★ Reducción de la tasa bruta de mortalidad y de la razón de mortalidad materna: en el caso de esta última, los datos que cubren el período 1990 – 2010 indican una disminución de 36%.
- ★ Disminución en más de 50% de la tasa de mortalidad infantil.
- ★ Aumento de la Esperanza de Vida al Nacer en ambos sexos, con una brecha de 7 años entre hombres y mujeres en el último período.

Cuadro 8
Tendencias demográficas Guatemala 1990-1995 – 2010-2015

Indicadores/Período	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Porcentaje de la población económicamente activa (año superior)	55.30	59.25	60.93	62.74	64.78
Tasa de crecimiento de la población					
Tasa de crecimiento natural (por 1000)	30.81	30.4	29.73	27.48	24.92
Tasa de crecimiento total (por 1000)	23.18	23.04	24.71	24.52	23.94
Porcentaje de población urbana (año superior)	36.5	43.0	50.0	57.2	63.7
Porcentaje de la población indígena (Auto identificación) 1/	38-42%	38-42%	38-42%	38-42%	38-42%
Tasa global de fecundidad	5.5	5.0	4.6	4.2	3.7
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	38.9	37.3	35.8	33.3	30.5
Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes	8.09	6.93	6.05	5.79	5.54
Razón de mortalidad materna x 10000 NVR 2/	219	190	153	140.0	--
Tasa de mortalidad Neonatal x 1000 NVR	26	23	22	--	--
Tasa de mortalidad Infantil 1000 NVR	54.8	45.5	38.6	30.1	26.3
Tasa de mortalidad Post Infantil 1000 NVR	19.6	13.2	9.9	17.7	18.3
Tasa de mortalidad Niñez 1000 NVR	74.4	58.7	48.5	47.8	44.6
Esperanza de vida al nacer					
Ambos sexos	63.49	66.33	68.98	70.14	71.27
Hombres	60.51	62.87	65.5	66.59	67.67
Mujeres	66.78	69.98	72.5	73.67	74.81

Fuente: con base en proyecciones de población y estadísticas vitales, INE-CELADE (Actualización 2012). 1/ Considerando los errores muestrales y la auto identificación como criterio para clasificar a la población indígena. 2/ Última estimación 2007, Estudio de mortalidad materna.

Según PNUD⁴⁷, el ‘bono demográfico’ se produce en “una fase en que el equilibrio entre edades resulta en una oportunidad para el desarrollo; sucede cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población productiva (jóvenes y adultos) y la dependiente (niños y personas mayores) con un peso relativo de la primera en relación con la segunda...implica que la mayor parte de la población está en condiciones de trabajar, mientras que el porcentaje de personas que no está en edad laboral es minoritario”. En opinión de los expertos⁴⁸, Guatemala todavía no se beneficia del ‘bono demográfico’, en la medida que se encuentra en la fase 1 de éste: en esta fase, la relación de dependencia se mantiene por encima de dos dependientes por tres personas en edad productiva, y termina alrededor del año 2030. En la fase 2 se alcanzará una relación de dependencia por debajo de dos dependientes por tres personas activas en el año 2050, y, finalmente, la fase 3, en que se mantendrá la relación de dependencia de la fase anterior, finalizará en el año 2067.

⁴⁷PNUD 2011/2012, Op cit.

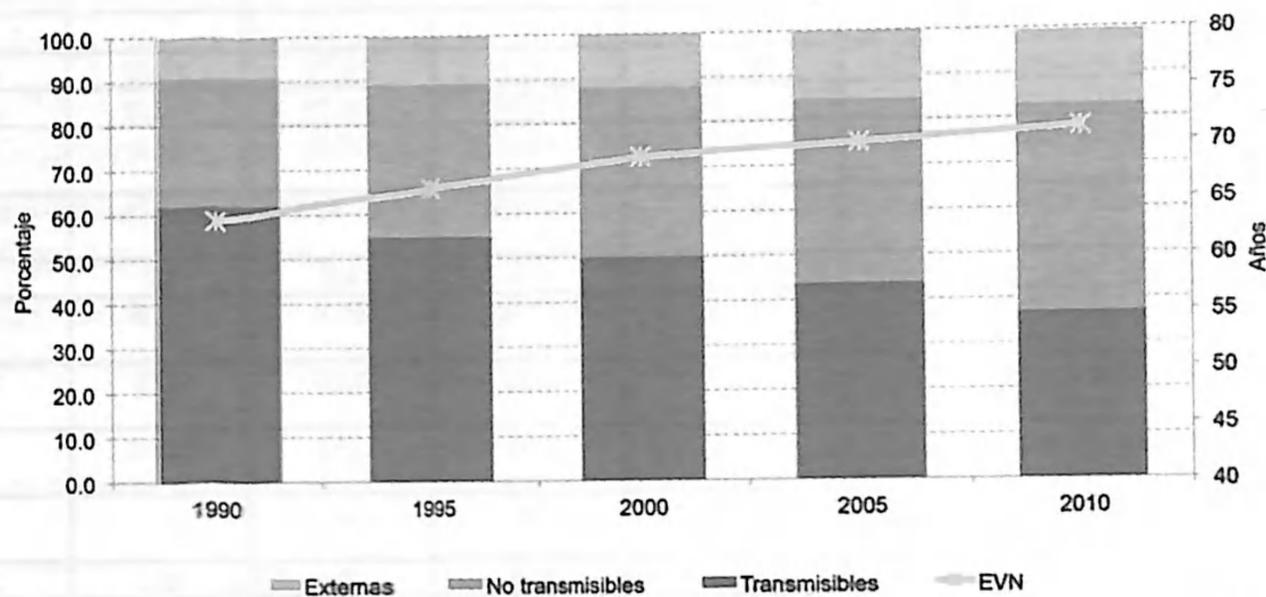
⁴⁸Paulo Murad Saad, Tim Miller, Ciro Martínez. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina; R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 237-261, jul/dic. 2009.

2. Transición epidemiológica: polarización epidemiológica en Guatemala

En las gráficas siguientes se ilustran los cambios que se han dado de 1990 a 2010 del peso de las causas de muerte en el total de muertes, mostrando una aceleración mayor de los cambios a partir del año 2000. Se destaca la importancia que van adquiriendo las causas externas y las no transmisibles, y un incremento de la EVN, para ambos sexos, en aproximadamente ocho años.

Gráfica 8

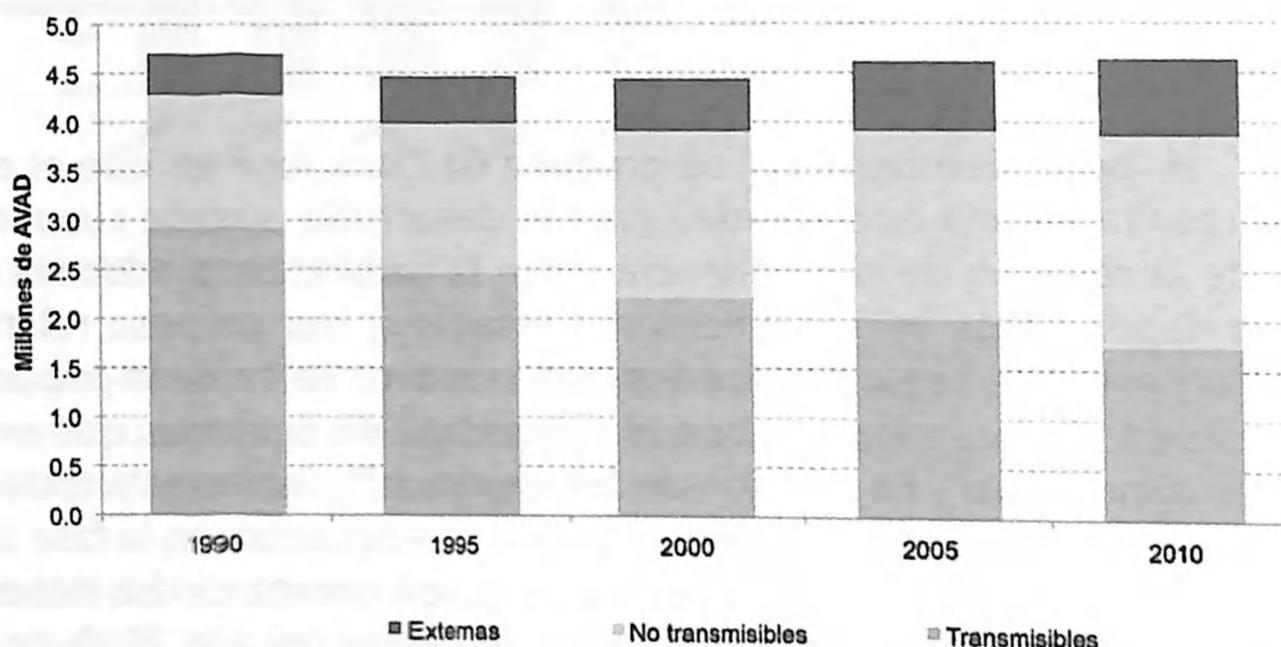
Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte y Esperanza de Vida al Nacer, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, en porcentajes, Guatemala



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

Gráfica 9

Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, en AVAD, Guatemala



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

Hacer un resumen sobre las tendencias del perfil epidemiológico nacional⁴⁹ necesariamente implica recordar que Guatemala se caracterizaba, al inicio de los 60's, por un peso mayoritario de las causas transmisibles (50%) en el total de causas de muerte, y un peso de las enfermedades crónico degenerativas de sólo un poco más del 10%. En cincuenta años los esfuerzos nacionales para disminuir las muertes por causas transmisibles han conseguido reducir a 20% la proporción de muertes correspondiente a este grupo, observándose, al mismo tiempo, un aumento de las enfermedades crónico degenerativas en 20 puntos porcentuales. El peso de las causas externas para los hombres es mucho más alto que para las mujeres.

El perfil de morbilidad del país en el período 1990-2005 se caracteriza por la concentración de enfermedades transmisibles y carenciales en los menores de 5 años; los datos del MSPAS confirman una reducción sostenida de la tasa de enfermedades diarreicas (x 10,000 habitantes) desde el 2001⁵⁰, y un descenso leve en los casos de IRAS, debido a cambios en la definición de casos y agrupamiento de causas.⁵¹ Entre las primeras causas de enfermedades a nivel nacional aparece la malaria, enfermedad endémica en 267 municipios por las condiciones climáticas y ambientales, con 66% de la población expuesta a transmisión⁵². Como indica Moscoso, los registros del Ministerio reportan “una disminución de los casos de enfermedades evitables por vacuna desde 1990 cuando fueron implementadas acciones de vacunación de forma sostenida... Desde el año 1999 no se han notificado casos de sarampión y el último caso de difteria se reportó en el año 1997, la erradicación de la poliomielitis fue certificada en el año 1993”⁵³. Respecto del VIH/SIDA, el número de casos de SIDA ha aumentado desde 1990 (serie 1990-2012, en Cuadro 9 y Gráfica 10.) La razón de masculinidad ha oscilado entre 8.0 y 1.31 en el período 1988 - 2012.

⁴⁹ISIS/UE/Gobierno de Navarra/Medicusmundi. Perfil epidemiológico nacional; Guatemala, 2012.

⁵⁰Moscoso, V. El Sistema de Salud en Guatemala, 3: Retratos de muertes evitables. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008; Moscoso, V. Perfil de los sistemas de salud en Guatemala – monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma; USAID/OPS-MS, Washington D.C., 2007

⁵¹Moscoso 2008, Op cit

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid.

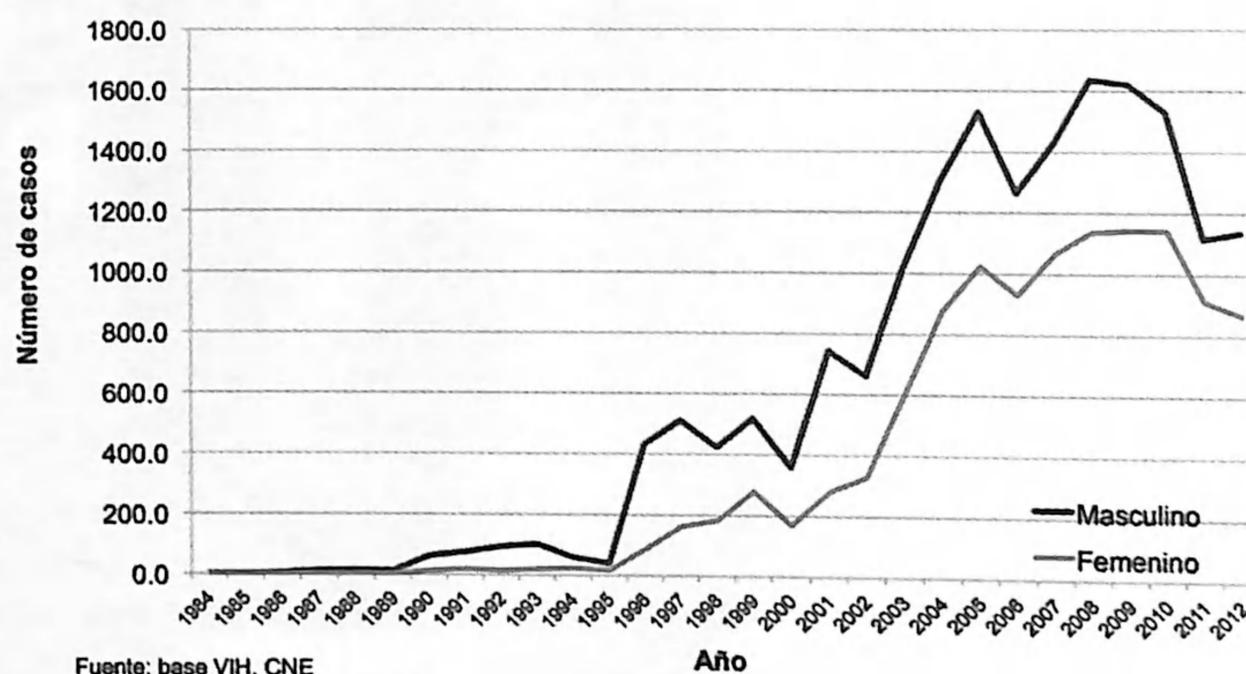


Cuadro 9
Casos acumulados de VIH/SIDA por sexo y año de notificación, 1984 - 2012

Año	Masc.	Fem.	Sin dato	Total	Relación masculinidad
1984	3	0	0	3	0.00
1985	4	0	0	4	0.00
1986	7	3	0	10	2.33
1987	14	2	0	16	7.00
1988	16	2	0	18	8.00
1989	14	3	0	17	4.67
1990	63	14	0	77	4.50
1991	77	20	0	97	3.85
1992	95	15	0	110	6.33
1993	104	21	0	125	4.95
1994	60	25	0	85	2.40
1995	41	18	0	59	2.28
1996	435	89	0	524	4.89
1997	514	164	0	678	3.13
1998	426	184	4	614	2.32
1999	522	280	0	802	1.86
2000	361	170	0	531	2.12
2001	746	282	1	1,029	2.65
2002	663	329	4	996	2.02
2003	1,022	602	8	1,632	1.70
2004	1,311	878	0	2,189	1.49
2005	1,532	1,026	0	2,558	1.49
2006	1,267	932	0	2,199	1.36
2007	1,430	1,067	0	2,497	1.34
2008	1,638	1,139	0	2,777	1.44
2009	1,622	1,145	2	2,769	1.42
2010	1,531	1,144	3	2,678	1.34
2011	1,117	914	0	2,031	1.22
2012	1,138	869	0	2,007	1.31
Sin dato	45	31	3	79	1.45
Total	17,818	11,368	25	29,211	1.57

Fuente: base VIH, CNE; Datos al 31 de diciembre de 2012

Gráfica 10
Casos acumulados de VIH/SIDA por sexo y año de notificación, 1984 - 2012



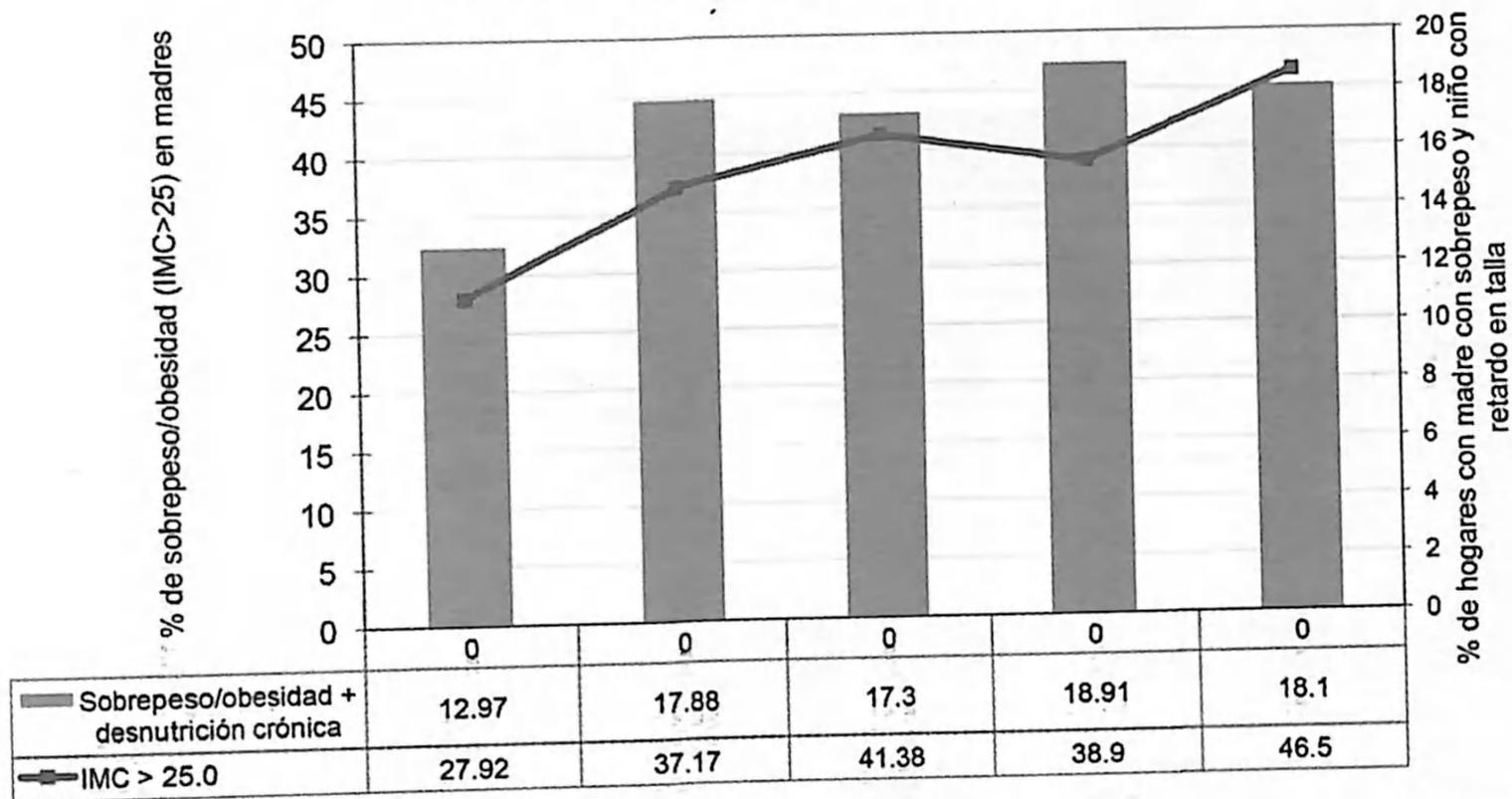
Fuente: base VIH, CNE
Datos al 31 de diciembre de 2012

3. Transición nutricional: coexistencia de déficits y excesos

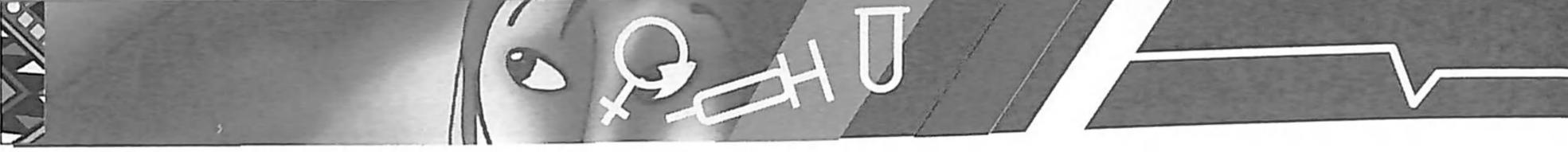
Los cambios ocurridos en la alimentación del guatemalteco, así como en el patrón de actividad física en todas las edades, son responsables de un incremento significativo en la tasa de sobrepeso y obesidad en niños y adultos, mientras, al mismo tiempo, se mantienen tasas elevadas de desnutrición infantil, en especial la crónica. Asimismo, se evidencia una tendencia creciente en la proporción de familias en las que coexisten madres con sobrepeso y obesidad con hijos con desnutrición crónica.

La Gráfica 11 que sigue presenta datos sobre la coexistencia de problemas de altas tasas de desnutrición crónica en niños menores de 3 años con el creciente problema del sobrepeso y la obesidad de sus madres, durante el período 1995-2008/9. Los últimos datos permiten aseverar que casi la mitad de mujeres en edad reproductiva no embarazadas tenían, para 2008/2009 sobrepeso y obesidad, mientras que, como se observa en las columnas cuyos valores se interpretan en el eje derecho de la gráfica, en casi una de cada cinco familias hay una madre con sobrepeso y obesidad y un niño desnutrido crónico.

Gráfica 11
Coexistencia de sobrepeso y obesidad en madre y desnutrición crónica en sus hijos menores de 36 meses en Guatemala, estándares OMS, 1995-2008/9



Fuente: Centro de Cómputo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá - INCAP



IV. EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS Y LAS JÓVENES EN GUATEMALA

DETERMINANTES: DEMOGRAFÍA Y REPRODUCCIÓN SOCIAL

1. Jóvenes y dinámica demográfica

Se abre acá la discusión sobre los principales procesos de cambio en variables demográficas que determinan, y al mismo tiempo son afectados por, las condiciones sociales y económicas que rodean a los jóvenes y adolescentes en países con un modelo de desarrollo concentrador y excluyente que perpetúa las desigualdades estructurales.

1.1. Fecundidad de las jóvenes

El ritmo de disminución de la tasa de fecundidad en las adolescentes y jóvenes, entre 1988 y 2008, sobrepasa el 20% en todos los grupos, pero, comparando con el grupo de mujeres entre 30 y 34 años, es menos acentuado, según los datos que se incluyen en el Cuadro 10. La gráfica 12 ilustra la caída de las tasas de fecundidad por grupos etarios de mujeres. Según datos del INE, la reducción de la tasa pareciera ser mayor en el grupo de mujeres de 25 a 29 años, como se ha podido concluir con los datos del cuadro anterior.

Cuadro 10

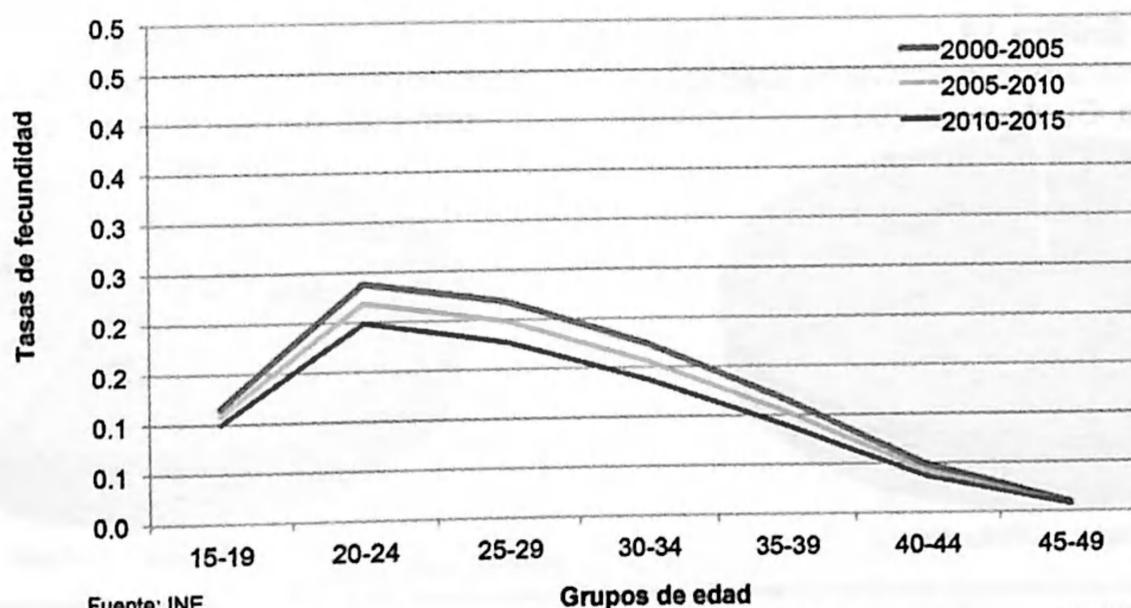
Tasas específicas de fecundidad para período octubre del primer año a septiembre del último año por edad de la madre, 1988 - 2008

Edad de la madre	Periodo			
	1988-1993	1993-1998	1998-2003	2003-2008
15-19	129	139	133	101
20-24	264	266	240	189
25-29	269	254	217	181
30-34	222	193	177	140
35-39	----	153	126	98
40-44	----	----	64	38
45-49	----	----	----	8

Fuente: ENSMI 2008/2009

Gráfica 12

Tasas de fecundidad proyectadas por quinquenios de edad, hipótesis media, en Guatemala, períodos 2000-2005, 2005-2010, 2010-2015



Fuente: INE



1.2. Distribución de la población joven, por sexo, etnia y lugar de residencia
 Los datos que se presentan en el Cuadro 11 sugieren que, entre 2006 y 2011 no hubo mayores modificaciones en relación a la distribución de la población joven según sus características de sexo, etnia y lugar de residencia.

Cuadro 11
 Población adolescente y joven según sexo, etnicidad y lugar de residencia, por grupo etario, Guatemala, 2006 y 2011

AÑO	Grupo etario						Total
	13 a 17	%	18 a 24	%	25 a 29	%	
ENCOVI 2006	1,583,974	12.2	1,588,337	12.3	910,366	7.0	12,937,467
Hombre	792,866	12.8	721,246	11.6	402,517	6.5	6,208,226
Mujer	791,108	11.8	867,091	12.9	507,849	7.5	6,729,241
Indígena	616,253	12.4	577,578	11.6	317,471	6.4	4,959,264
No indígena	966,252	12.1	1,003,766	12.6	588,798	7.4	7,954,327
Urbana	721,680	11.6	815,689	13.1	485,105	7.8	6,211,560
Rural	862,294	12.8	772,648	11.5	425,260	6.3	6,725,907
ENCOVI 2011	1,810,858	12.5	1,960,477	13.5	1,020,090	7.0	14,498,757
Hombre	908,226	12.8	942,541	13.3	468,948	6.6	7,104,163
Mujer	902,632	12.2	1,017,936	13.8	551,142	7.5	7,394,594
Indígena	753,538	13.2	717,219	12.6	357,585	6.3	5,696,471
No indígena	1,056,969	12.0	1,243,258	14.1	662,505	7.5	8,801,659
Urbana	815,839	11.6	1,015,312	14.4	551,483	7.8	7,031,932
Rural	995,019	13.3	945,164	12.7	468,607	6.3	7,466,824

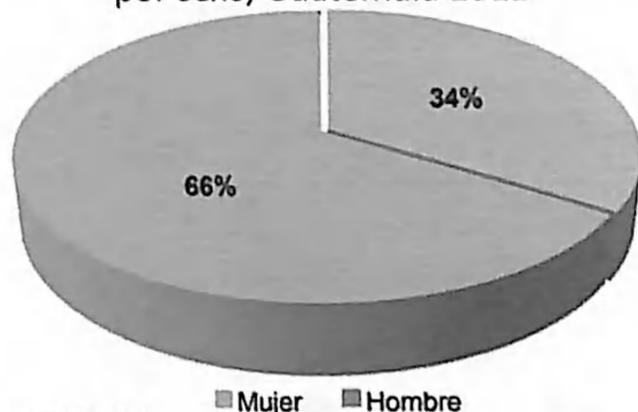
Fuente: ENCOVI 2006 y 2011 (Ajuste PNUD).

2. Empleo en los jóvenes⁵⁴

2.1. Integración al mercado laboral

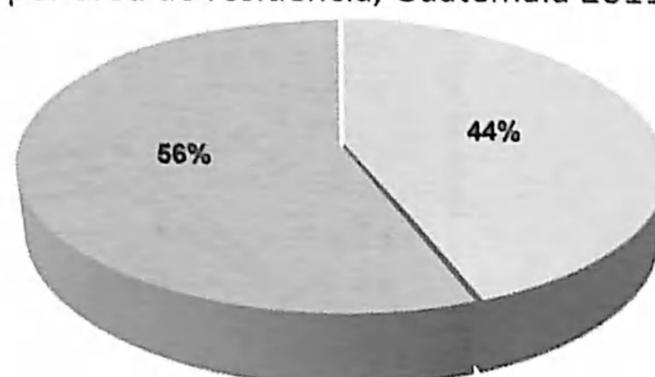
La Población Económicamente Activa (PEA) a nivel nacional, en el 2011, comprendía a 5,571,358 personas, de las cuales 42% correspondía a jóvenes, mientras que en el área rural la PEA juvenil representaba el 45% del total. De acuerdo con Torres, los jóvenes que trabajaban y los que estaban dispuestos a trabajar en el campo representaban el 56% del total de jóvenes, y 44% en el área urbana. Las diferencias por sexo y condición étnica sugieren que hay más jóvenes hombres que mujeres y más no indígenas que indígenas que trabajan o buscan empleo.

Gráfica 13
 Población económicamente activa de jóvenes por sexo, Guatemala 2011



Fuente: ENEI 2011

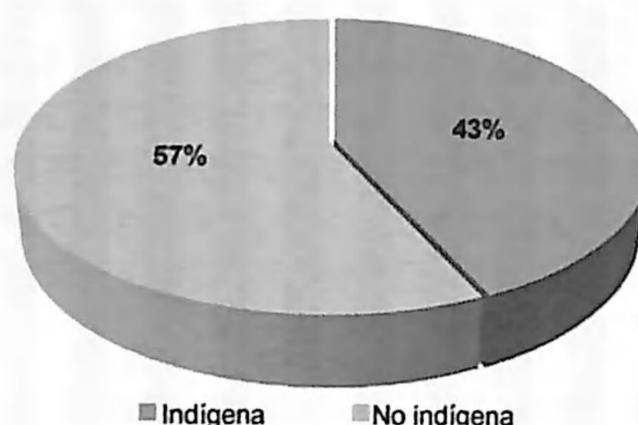
Gráfica 14
 Población económicamente activa de jóvenes por área de residencia, Guatemala 2011



Fuente: ENEI 2011

⁵⁴Datos y extractos de texto tomados del estudio realizado por Torres E. Edelberto. La Juventud guatemalteca, Condiciones y Situaciones. Programa Juventud UE 2012. p. 63 (con datos ENCOVI 2011). Los datos se refieren a grupos de adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años de edad.

Gráfica 15
Población económicamente activa de jóvenes por grupo étnico, 2011



Fuente: ENEI 2011

La incorporación al trabajo es temprana de acuerdo a la edad. Según la encuesta de empleo ENEI 2011, el 40% de los jóvenes que tenían ocupación reportaron haber comenzado a trabajar entre los 10 y 15 años de edad, el 42% en el rango de 15 a 20 años y el 10% iniciaron entre los 20 y 25 años, mientras que el 5% lo hizo entre seis y 10 años. Del total del desempleo nacional, 73% corresponde a los grupos de jóvenes. Otro fenómeno vinculado a la desproporción en la oferta de trabajo es el porcentaje de subocupación, visible o invisible⁵⁵. Del total de subocupados a nivel nacional (3,111,343 personas), equivalente al 56% de la población ocupada total, más de la mitad - el 55% - corresponde a jóvenes, cifra que aumenta a 60% en el área rural.

Cuadro 12
Estructura del mercado laboral, Guatemala 2011

	PEA		Ocupación		Desocupación		Subocupación	
	Nacional	Rural	Nacional	Rural	Nacional	Rural	Nacional	Rural
Total	5,571,358	2,893,967	5,341,221	2,747,953	230,137	146,014	3,111,343	1,781,241
Joven	2,366,156	1,315,308	2,197,912	1,207,451	168,368	107,685	1,310,808	795,502

Fuente: ENEI 2011, cuadro elaborado por Torres, E.

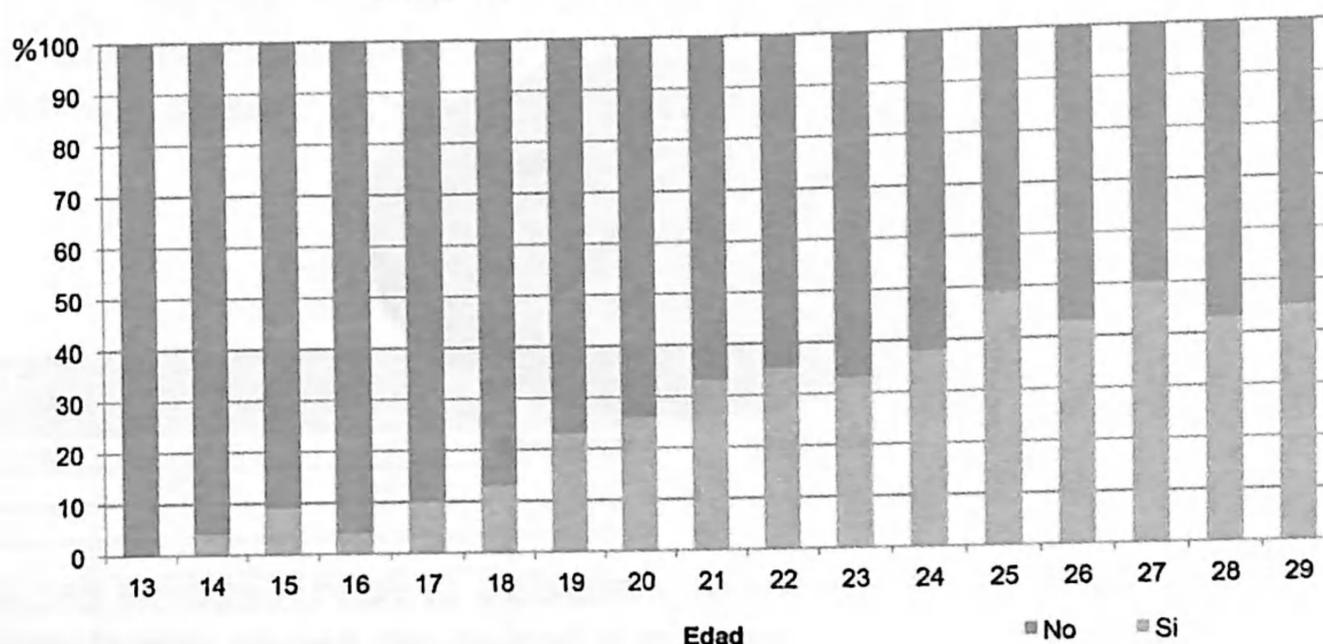
De acuerdo a Torres, los datos de la ENEI 2011 indican, según se aprecia en la Gráfica 16, que la informalidad es mayor en los adolescentes y se va reduciendo en la edad adulta.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central

⁵⁵Es decir que no cumple con los tiempos establecidos en jornadas laborales o con los salarios mínimos establecidos oficialmente por rama de actividad.



Gráfica 16
Tiene contrato de trabajo, Guatemala 2011



Fuente: ENEI 2011

2.2. Actividad económica y salarios

En el país no se cumple con las obligaciones salariales mínimas por parte de los empleadores, de manera que el promedio de salarios se registra por debajo de la media del salario mínimo nacional⁵⁶. Las diferencias sectoriales se reflejan en esa estructura salarial cuando se desagrega por sectores sociales y geográficos. En un extremo superior se tiene el salario promedio de no indígenas adultos, hombres y del área urbana, en el otro el salario percibido por mujeres indígenas del área rural. En el primer grupo se registran salarios promedio que representan el 48% por encima del promedio nacional, mientras el segundo alcanza el 53% por debajo de ese promedio. Si el cálculo se realizara respecto del salario mínimo establecido por la ley, concluye Torres⁵⁷, los cocientes serían aún más bajos. En el caso de los adolescentes, este grupo registra los salarios más bajos para todos los dominios del estudio, como ilustra el Cuadro 13.

Cuadro 13
Salarios promedio por sector y dominio de estudio, 2011

Grupo poblacional de interés	DOMINIO			
	Total Nacional	Urbano Metropolitano	Resto Urbano	Rural Nacional
Promedio nacional	1,945.61	2,668.46	1,775.18	1,434.67
Sector público	3,386.62	3,756.71	3,397.42	2,722.25
Sector privado	1,781.88	2,541.65	1,506.90	1,355.52
Hombres	2,063.87	2,893.18	1,919.96	1,548.20
Mujeres	1,689.47	2,289.38	1,505.45	1,048.13
Indígenas	1,243.09	1,623.09	1,369.26	1,052.03
No indígenas	2,239.27	2,741.77	2,046.63	1,692.24
10 - 17 años	769.61	911.25	746.66	751.40
18 - 44 años	1,988.46	2,582.36	1,798.67	1,576.99

Fuente: ENEI 2011

⁵⁶Las actividades agrícolas y no agrícolas para 2011 se [fijaron] en un salario mínimo diario de Q 63.70, equivalente a Q. 1 mil 937.54, mensuales, más la bonificación incentivo de ley de Q250, lo que hace un total de Q2 mil 187.54 al mes. En cuanto al sector de actividades de Exportación y de Maquila, con el aumento de Q 7.70 diarios se fijó un salario mínimo de Q 59.45 diarios, equivalente a Q1 mil 808.27 mensuales, más la bonificación incentivo de ley para hacer un total de Q2 mil 58.27. Acuerdo Gubernativo 388-2010.

⁵⁷Torres 2012, Op cit

3. Pobreza y escolaridad en grupos jóvenes

En términos de desarrollo humano, Guatemala está a la zaga de los países del área centroamericana, ubicándose en los lugares más bajos de la categoría de desarrollo humano medio, donde se encuentra el resto, con excepción de Panamá y Costa Rica, cuyos índices superan el promedio regional⁵⁸. Entre 2000 y 2011, el índice global ha mostrado un incremento de 68 puntos, con aumentos significativamente más altos en el componente de educación seguido por el de salud.

Cuadro 14
Evolución del IDH (estimación nacional) y sus componentes, 2000, 2006 y 2011

Categoría	2000	2006	2011
Salud	0.718	0.823	0.807
Educación	0.357	0.419	0.452
Ingresos	0.525	0.533	0.534
IDH	0.512	0.569	0.580

Fuente: INDH-PNUD 2011/2012, Guatemala.

El índice de pobreza multidimensional⁵⁹ intenta solventar las insuficiencias de las mediciones de la pobreza basadas en ingresos o en consumo⁶⁰, con base en la conceptualización del desarrollo humano: en la medida que la pobreza se concibe como privación de capacidades humanas para lograr bienestar⁶¹, PNUD propone medir pobreza de capacidades a través de indicadores multidimensionales. El índice de pobreza multidimensional se operacionaliza a través de las siguientes categorías⁶²:

- Pobreza agregada: toda la población que sufre al menos una privación
- Pobreza media: privaciones > 30%
- Pobreza extrema: privaciones > 60%
- Pobreza severa: privaciones > 90%

Los datos de pobreza multidimensional correspondientes a los años 2000, 2006 y 2011 para el país indican una reducción importante en la pobreza agregada de todos los grupos entre 2000 y 2006, pero, a partir de este último año, se percibe un aumento moderado en todos ellos, con la excepción del grupo indígena. Este mismo patrón se repite en la pobreza media. Adicionalmente, se observa una reducción constante en la pobreza severa de todos los grupos.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central

⁵⁸PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2013: el ascenso del Sur, progreso humano en un mundo diverso; Nueva York, 2013.

⁵⁹Para revisar los criterios de construcción del índice de pobreza multidimensional, ver el Anexo Metodológico del Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011/2012, Guatemala: ¿Un país de oportunidades para la juventud?

⁶⁰PNUD 2011/2012, Op cit.

⁶¹Se habla de distintas privaciones en los siguientes temas: salud, educación e ingresos

⁶²PNUD 2001/2012, Op cit.



Cuadro 15
Índice de pobreza multidimensional según área y etnicidad, 2000, 2006 y 2011

Característica	Total	Urbana	Rural	Indígena	No-indígena
2000					
Pobreza agregada	0.490	0.279	0.622	0.624	0.397
Media	0.450	0.206	0.602	0.602	0.343
Extrema	0.319	0.093	0.459	0.469	0.214
Severa	0.078	0.011	0.120	0.125	0.045
2006					
Pobreza agregada	0.412	0.244	0.568	0.551	0.326
Media	0.361	0.169	0.538	0.517	0.263
Extrema	0.227	0.064	0.377	0.368	0.139
Severa	0.046	0.007	0.081	0.080	0.024
2011					
Pobreza agregada	0.420	0.259	0.571	0.547	0.337
Media	0.369	0.181	0.546	0.517	0.273
Extrema	0.219	0.059	0.369	0.348	0.135
Severa	0.033	0.004	0.061	0.050	0.022

Fuente: INDH-PNUD, Guatemala, con base en ENCOVI ajustada.

El cuadro a continuación refleja el comportamiento de la pobreza, en un período de cinco años, entre la ENCOVI 2006 y la 2011, para el total de adolescentes y jóvenes y cada uno de los grupos etarios de interés. Los datos sugieren que, en el 2006, la pobreza agregada y media afectaban a una mayor proporción de adolescentes (13-17) en comparación con el resto de grupos específicos. Por otra parte, entre ambos años aumentó tanto la pobreza agregada como la media en cada grupo, siendo el incremento más elevado en los y las adolescentes que en los otros grupos.

Cuadro 16
Incidencia de pobreza de la población según nivel de privaciones, total y por grupos de edad, Guatemala 2006 y 2011

Categoría	Pobreza agregada		Pobreza media	
	2006	2011	2006	2011
Población total	88.6	90.6	59.5	62.4
Población 13-17 años	90.9	94.7	62.9	67.4
Población 18-24 años	86.0	87.4	53.1	56.6
Población 25-29 años	85.9	86.3	50.5	53.3

Fuente: ENCOVI 2006 y 2011 (ajuste PNUD).

La escolaridad⁶³ en Guatemala es reflejo de las condiciones de exclusión en que se encuentran sectores poblacionales mayoritarios y del bajo desempeño del sistema educativo para atraer y retener a amplios grupos de niños y niñas y adolescentes dentro de las aulas escolares. El primer punto que debe precisarse es que ha habido un tímido aumento de escolaridad entre 2006 y 2011 en la población de 13 años y más, que el incremento es más alto en el grupo de 18 a 24 años (1 año más), en las mujeres del grupo de 13 a 29, por encima de los hombres, en los no indígenas más que en los indígenas (13-29) y en las áreas rurales en comparación con las urbanas.

⁶³La escolaridad se expresa en años promedio de educación formal

Cuadro 17
Años de escolaridad según sexo, área y etnicidad por grupo etario, Guatemala 2006 y 2011

Estudio y año	Grupo etario				Total (13 o más)
	13 a 17	18 a 24	25 a 29	30 o más	
ENCOVI 2006	5.2	6.3	6.0	4.2	5.0
Hombre	5.3	6.9	6.6	4.7	5.5
Mujer	5.1	5.9	5.5	3.7	4.6
Indígena	4.5	4.6	3.9	2.0	3.2
No indígena	5.6	7.3	7.1	5.4	6.0
Urbana	6.1	8.2	7.9	6.2	6.7
Rural	4.4	4.4	3.7	1.9	3.1
ENCOVI 2011	5.7	7.3	6.6	4.2	5.4
Hombre	5.8	7.6	7.1	4.8	5.8
Mujer	5.7	7.0	6.1	3.7	5.0
Indígena	5.2	5.7	4.4	2.1	3.7
No indígena	6.1	8.2	7.8	5.4	6.3
Urbana	6.4	8.8	8.7	5.9	6.9
Rural	5.1	5.6	4.1	2.2	3.7

Fuente: ENCOVI 2006 y 2011 (Ajuste PNUD).

FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

En esta sección se presentarán algunos datos nacionales relacionados a prácticas nocivas como el tabaquismo, abuso del alcohol y sustancias, desórdenes alimentarios, insuficiente ejercicio físico, relaciones sexuales desprotegidas y las condiciones de acceso al sistema de salud, todos íntimamente relacionados con las condiciones de salud de estos grupos.

1. Sistema de salud

En un afán de contextualizar la situación de cobertura del sistema de salud a nivel del conjunto de la población, se analizaron las coberturas específicas de las instituciones del sector, y se concluye que hubo un leve aumento, entre 2010 y 2011, de la población cubierta por el MSPAS, y una disminución de los grupos que no tienen acceso.

Cuadro 18
Prestación de servicios de salud 2010 y 2011

Institución prestadora de servicios	Población cubierta			
	2010		2011	
	n	%	n	%
Ministerio de Salud y Asistencia Social	6,843,485	47.7	7,717,784	52.5
Extensión de cobertura (PSS, ASS)	4,333,657	30.2	4,404,089	30
IGSS	1,135,926	7.9	1,050,683	7.2
Otras instituciones (sanatorios, hospitales privados, etc)	425,287	2.9	544,614	3.7
Sin acceso a servicios de salud	1,623,226	11.3	975,680	6.6
Total	14,361,581	100.0	14,692,850	100.0

Fuente: Memoria de Vigilancia Epidemiológica, CNE

En el cuadro 19 a continuación se presentan los datos de consulta médica a distintos tipos de proveedores de salud. De ahí se concluye que toda la población adolescente y joven, independientemente de la edad, área de residencia, sexo o grupo étnico, consulta mayoritariamente a los médicos. Entre 2006 y 2011 se incrementó la población que consultó a este mismo recurso de salud. Se observa menor proporción de población joven rural e indígena que consulta a algún proveedor, en comparación con aquella que es no indígena y que reside en el área urbana, brecha que se ha agudizado entre ambas encuestas.

Cuadro 19

Guatemala (2006 y 2011), ¿a quién consultó cuando se enfermó o tuvo un accidente?
(% de quienes se enfermaron o tuvieron un accidente el mes pasado)

	ENCOVI 2006						ENCOVI 2011					
	Profesional médico	Enfermero(a) o técnico(a)	Farmacéutico	Otras	No hizo nada	Total	Profesional médico	Enfermero(a) o técnico(a)	Farmacéutico	Otras	No hizo nada	Total
Total	39%	7%	4%	41%	9%	100%	41%	11%	5%	30%	12%	100%
13 a 17	30%	6%	4%	50%	10%	100%	29%	12%	5%	40%	14%	100%
18 a 24	39%	6%	4%	41%	10%	100%	38%	9%	5%	35%	13%	100%
25 a 29	40%	5%	5%	39%	11%	100%	45%	10%	6%	28%	11%	100%
Área urbana	49%	3%	5%	35%	8%	100%	53%	6%	5%	26%	10%	100%
13 a 17	37%	2%	6%	47%	8%	100%	39%	8%	5%	34%	13%	100%
18 a 24	46%	3%	5%	38%	8%	100%	44%	4%	5%	33%	14%	100%
25 a 29	45%	2%	7%	33%	13%	100%	60%	4%	6%	22%	8%	100%
Área rural	29%	11%	3%	46%	11%	100%	29%	17%	5%	35%	14%	100%
13 a 17	22%	11%	3%	52%	12%	100%	19%	17%	4%	45%	15%	100%
18 a 24	30%	10%	3%	45%	12%	100%	31%	14%	5%	38%	13%	100%
25 a 29	35%	8%	3%	45%	9%	100%	25%	19%	7%	35%	14%	100%
Hombres	37%	7%	4%	42%	9%	100%	40%	12%	5%	32%	11%	100%
13 a 17	27%	7%	6%	51%	9%	100%	28%	14%	6%	39%	14%	100%
18 a 24	38%	5%	4%	42%	10%	100%	39%	8%	4%	36%	13%	100%
25 a 29	36%	4%	6%	42%	12%	100%	42%	8%	9%	31%	10%	100%
Mujeres	41%	7%	4%	39%	9%	100%	43%	11%	5%	29%	13%	100%
13 a 17	32%	6%	3%	48%	11%	100%	31%	10%	4%	40%	14%	100%
18 a 24	39%	6%	4%	41%	9%	100%	37%	9%	6%	35%	14%	100%
25 a 29	43%	5%	4%	37%	10%	100%	47%	13%	4%	25%	12%	100%
Indígena	27%	10%	4%	48%	11%	100%	27%	17%	6%	35%	15%	100%
13 a 17	19%	10%	5%	53%	13%	100%	21%	17%	4%	41%	17%	100%
18 a 24	28%	9%	3%	48%	12%	100%	26%	12%	5%	40%	18%	100%
25 a 29	30%	7%	4%	46%	13%	100%	24%	16%	8%	37%	15%	100%
No indígena	46%	5%	4%	37%	8%	100%	51%	8%	4%	28%	10%	100%
13 a 17	35%	4%	4%	48%	9%	100%	37%	8%	5%	39%	12%	100%
18 a 24	44%	4%	5%	38%	9%	100%	45%	7%	5%	32%	11%	100%
25 a 29	45%	4%	5%	35%	10%	100%	57%	7%	5%	22%	9%	100%

Fuente: Elaboración con datos de ENCOVI 2006 y 2011 (ajuste PNUD).

Los datos de lugar de consulta en el cuadro que aparece a continuación indican que, entre ambas encuestas, se dio un leve aumento en la población joven que acude a hospitales públicos, sobre todo en los grupos de 13 a 17 y 18 a 24, independientemente del área de residencia. A su vez, los datos sugieren que una menor proporción de la población consulta en clínica privada, en todos los grupos de edad, probablemente debido a que para visitar a los proveedores privados es necesario contar con suficientes recursos económicos para el pago de honorarios, exámenes y medicinas.

Cuadro 20
Guatemala (2006 y 2011), lugar de atención en caso de enfermedad por área
(% de población que sufrió trastorno de salud y se trató)

Lugar de atención	ENCOVI 2006				ENCOVI 2011			
	13 a 17	18 a 24	25 a 29	Total	13 a 17	18 a 24	25 a 29	Total
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital público	10%	9%	11%	12%	17%	19%	11%	15%
IGSS	2%	8%	9%	7%	2%	5%	7%	7%
Hospital privado	2%	3%	3%	3%	4%	4%	6%	4%
Centro de salud	15%	14%	11%	13%	23%	13%	12%	17%
Puesto de salud	8%	7%	5%	7%	11%	9%	9%	10%
Centro comunitario	3%	1%	3%	3%	4%	2%	3%	3%
Clínica privada	39%	42%	45%	41%	26%	31%	35%	29%
Farmacia	10%	9%	10%	8%	8%	9%	10%	8%
En la casa de quien lo atendió	3%	3%	2%	3%	3%	2%	1%	2%
En su casa	4%	4%	1%	3%	2%	4%	1%	2%
Otro	3%	1%	1%	1%	0%	2%	3%	2%
Área urbana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital público	10%	7%	11%	12%	18%	20%	12%	16%
IGSS	2%	8%	9%	9%	2%	6%	9%	9%
Hospital privado	2%	3%	2%	3%	5%	6%	8%	6%
Centro de salud	11%	12%	9%	11%	23%	11%	6%	15%
Puesto de salud	3%	3%	1%	2%	5%	2%	3%	4%
Centro comunitario	0%	0%	1%	1%	3%	2%	4%	3%
Clínica privada	51%	49%	52%	48%	35%	39%	46%	38%
Farmacia	12%	10%	13%	8%	7%	7%	9%	7%
En la casa de quien lo atendió	3%	2%	1%	2%	1%	2%	0%	1%
En su casa	4%	4%	0%	3%	0%	4%	1%	2%
Otro	2%	1%	1%	1%		0%	4%	1%
Área rural	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital público	10%	11%	12%	12%	17%	17%	10%	13%
IGSS	1%	8%	9%	4%	1%	5%	4%	3%
Hospital privado	3%	4%	3%	2%	3%	2%	4%	3%
Centro de salud	20%	16%	13%	16%	23%	16%	23%	20%
Puesto de salud	15%	13%	11%	14%	20%	18%	20%	19%
Centro comunitario	7%	3%	5%	5%	5%	3%	3%	4%
Clínica privada	25%	31%	36%	31%	13%	20%	16%	19%
Farmacia	7%	7%	6%	7%	9%	11%	13%	9%
En la casa de quien lo atendió	4%	3%	3%	4%	5%	3%	2%	4%
En su casa	4%	3%	2%	3%	3%	2%	3%	3%
Otro	5%	1%	1%	2%	1%	3%	2%	4%

Fuente: Elaboración con datos de ENCOVI 2006 y 2011 (ajuste PNUD).

Se observa en el cuadro siguiente un patrón de uso de servicios de salud diferente entre el grupo de adolescentes y jóvenes indígena y el no indígena. En todos los grupos de edad, y en la población total de jóvenes y adolescentes, hay una mayor proporción de indígenas que asisten a los servicios del MSPAS y a centros comunitarios del PEC, mientras que entre la población no indígena se utiliza más la clínica privada.

Cuadro 21
Guatemala (2006 y 2011), lugar de atención en caso de enfermedad por etnicidad
(% de población que sufrió trastorno de salud y se trató)

Lugar de atención	ENCOVI 2006				ENCOVI 2011			
	13 a 17	18 a 24	25 a 29	Total	13 a 17	18 a 24	25 a 29	Total
Total	100%							
Hospital público	10%	9%	11%	12%	17%	19%	11%	15%
IGSS	2%	8%	9%	7%	2%	5%	7%	7%
Hospital privado	2%	3%	3%	3%	4%	4%	6%	4%
Centro de salud	15%	14%	11%	13%	23%	13%	12%	17%
Puesto de salud	8%	7%	5%	7%	11%	9%	9%	10%
Centro comunitario	3%	1%	3%	3%	4%	2%	3%	3%
Clínica privada	39%	42%	45%	41%	26%	31%	35%	29%
Farmacia	10%	9%	10%	8%	8%	9%	10%	8%
En la casa de quien lo atendió	3%	3%	2%	3%	3%	2%	1%	2%
En su casa	4%	4%	1%	3%	2%	4%	1%	2%
Otro	3%	1%	1%	1%	0%	2%	3%	2%
Indígena	100%							
Hospital público	8%	9%	10%	11%	8%	15%	11%	11%
IGSS	0%	2%	5%	4%	1%	4%	2%	2%
Hospital privado	2%	4%	6%	3%	2%	4%	3%	3%
Centro de salud	19%	20%	14%	17%	35%	15%	17%	22%
Puesto de salud	10%	10%	6%	11%	15%	14%	15%	17%
Centro comunitario	8%	2%	3%	6%	7%	5%	4%	4%
Clínica privada	23%	35%	38%	30%	17%	20%	24%	19%
Farmacia	11%	8%	10%	9%	10%	12%	17%	11%
En la casa de quien lo atendió	7%	5%	4%	5%	3%	4%	3%	4%
En su casa	5%	3%	2%	4%	2%	2%	2%	3%
Otro	6%	2%	1%	2%	1%	4%	4%	4%
No-indígena	100%							
Hospital público	10%	9%	12%	12%	24%	21%	11%	17%
IGSS	2%	10%	10%	8%	2%	6%	9%	9%
Hospital privado	2%	3%	1%	3%	5%	4%	8%	5%
Centro de salud	13%	11%	9%	11%	14%	13%	10%	14%
Puesto de salud	8%	5%	5%	6%	9%	7%	7%	7%
Centro comunitario	1%	1%	2%	2%	2%	1%	3%	2%
Clínica privada	46%	44%	47%	45%	32%	36%	40%	35%
Farmacia	10%	9%	10%	7%	7%	7%	8%	6%
En la casa de quien lo atendió	2%	2%	1%	2%	2%	1%	0%	1%
En su casa	3%	4%	1%	2%	1%	4%	1%	2%
Otro	2%	1%	1%	1%	0%	1%	3%	1%

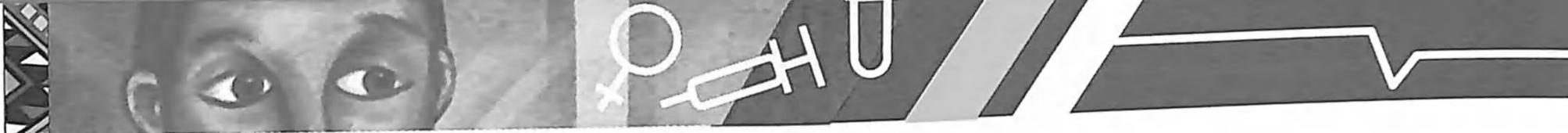
Fuente: Elaboración con datos de ENCOVI 2006 y 2011 (ajuste PNUD).

Los datos del cuadro que sigue son preocupantes porque ilustran la marcada ausencia de cualquier mecanismo de protección social que permita cubrir financieramente la búsqueda de atención en salud de los grupos adolescentes y jóvenes. La severidad de esta situación se acentúa en el grupo de menor edad, en el área rural y en los indígenas en ambos años.

Cuadro 22
Guatemala (2006 y 2011), cobertura o afiliación de salud (% de la población)

Lugar de atención	ENCOVI 2006				ENCOVI 2011			
	13 a 17	18 a 24	25 a 29	Total	13 a 17	18 a 24	25 a 29	Total
Total	100%							
Cobertura privada	3%	4%	4%	3%	1%	2%	2%	1%
IGSS	4%	18%	24%	12%	1%	11%	20%	10%
Ninguno	94%	78%	72%	85%	98%	87%	78%	89%
Área urbana	100%							
Cobertura privada	5%	6%	6%	5%	2%	3%	3%	2%
IGSS	4%	24%	32%	18%	1%	16%	28%	15%
Ninguno	91%	69%	62%	77%	97%	81%	69%	83%
Área rural	100%							
Cobertura privada	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%
IGSS	3%	11%	15%	7%	1%	5%	9%	5%
Ninguno	96%	88%	84%	93%	99%	94%	90%	95%
Hombres	100%							
Cobertura privada	3%	3%	5%	3%	1%	2%	2%	2%
IGSS	4%	23%	30%	15%	1%	12%	24%	11%
Ninguno	93%	73%	65%	82%	98%	86%	74%	87%
Mujeres	100%							
Cobertura privada	3%	4%	3%	3%	1%	1%	2%	1%
IGSS	3%	14%	19%	10%	1%	10%	16%	8%
Ninguno	94%	82%	78%	87%	98%	89%	83%	91%
Indígenas	100%							
Cobertura privada	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
IGSS	3%	9%	13%	6%	0%	4%	8%	4%
Ninguno	96%	90%	86%	93%	99%	96%	92%	96%
No indígenas	100%							
Cobertura privada	4%	5%	5%	4%	1%	2%	3%	2%
IGSS	4%	23%	30%	16%	1%	15%	26%	14%
Ninguno	92%	71%	64%	80%	97%	83%	71%	84%

Fuente: Elaboración con datos de ENCOVI 2006 y 2011 (ajuste PNUD).

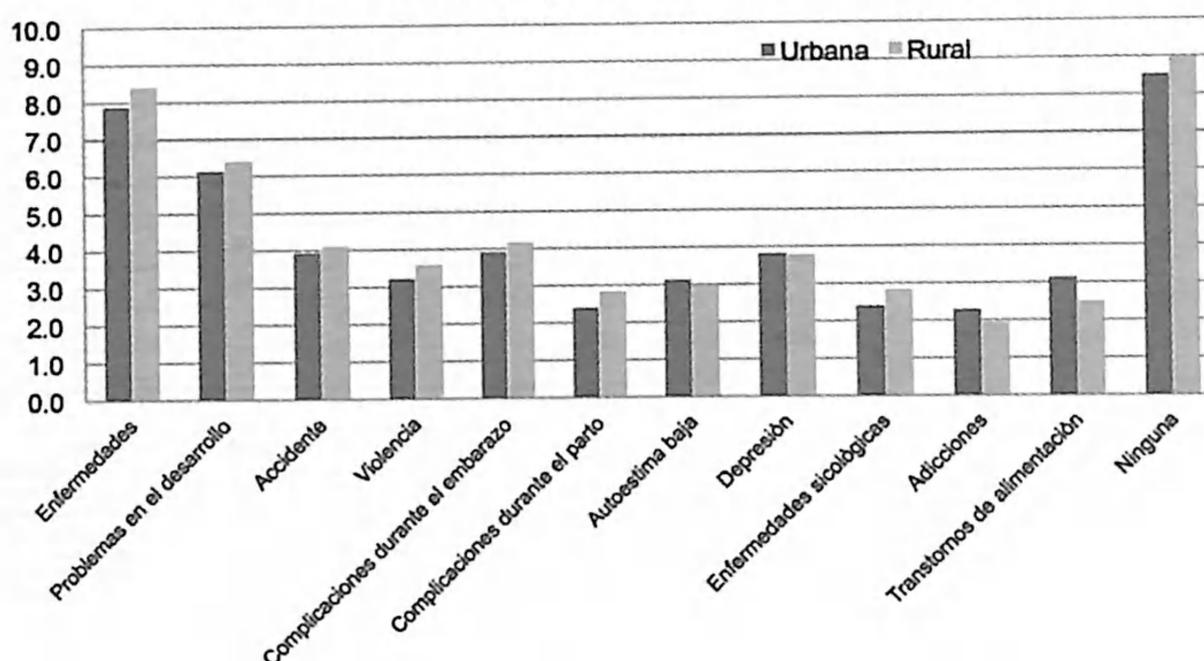


2. Hábitos y adicciones

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud⁶⁴, “El hábito de fumar, el abuso del alcohol y de las drogas y la falta de respeto a las reglas de tránsito son ejemplos de los patrones de comportamiento que a menudo ponen en peligro la salud de los jóvenes”. Es importante aclarar que no es lo mismo consumo que adicción y que la diferencia entre ambas estriba en los patrones e intensidades de consumo. Hay consenso en la denominación del consumo de drogas o sustancias, al dividir las en drogas lícitas (como el tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes), y las drogas ilícitas, entre las que se encuentran la marihuana, solventes o inhalantes, cocaína, crack y otros. En este documento se pone atención al consumo de tabaco y alcohol (como drogas lícitas) y se da una mirada general al consumo de drogas ilícitas con algunos datos que se ha podido recabar.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI, 2011) indaga sobre los diversos problemas de salud reportados por los entrevistados: se ha logrado establecer que las adicciones representan el 2.0% del total, convirtiéndose en la situación reportada de menor significancia estadística, como se aprecia en la gráfica siguiente.

Grafica 17
Problemas de salud, ponderación logarítmica, 2011



Fuente: Torres E. Edelberto. La Juventud guatemalteca, Condiciones y Situaciones. Programa Juventud UE 2012. p. 63. (con datos ENCOVI 2011)

Según el cuadro 23, la proporción de hombres que consumen alcohol y tabaco es considerablemente mayor que la de mujeres. Estos datos indican, además, que el consumo de tranquilizantes de los hombres es ligeramente más alto que en las mujeres.

⁶⁴Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la “Salud para Todos en el Año 2000”. Serie de Informes Técnicos 731. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986.

Cuadro 23
Consumo de drogas lícitas por sexo y nivel de consumo, Guatemala 2012

Tipo	Hombres (%)	Mujeres (%)	Mayor consumo vida (%)	Mayor consumo reciente (%)	Mayor consumo actual (%)
			45-65 años	17-25 años	19-25 años
Cigarrillos	53.1	17.5	40.0	17.9	13.6
Alcohol	63.6	43.8	62.9	23.9	14.0
Tranquilizantes	8.5	8.3	11.6	4.7	2.5
Estimulantes (sin receta médica)	2.8	2.7	4.1	1.9	0.9

Fuente: SECCATID. Resultados de Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Adictivas. Enero, 2012.

En el décimo tercer informe sobre la “Situación de la Niñez y Adolescencia en Guatemala” de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado⁶⁵, correspondiente al 2008, se presenta la situación del uso y consumo de drogas en niños y adolescentes⁶⁶: los datos del cuadro 24 reflejan que el consumo de sustancias y drogas entre los 12 a los 18 años es mayoritariamente masculino, ocupando las bebidas alcohólicas el primer lugar, siguiéndole en orden de importancia el tabaco. En cuanto al consumo de drogas ilícitas, aunque la prevalencia presentada es inferior a la reportada para drogas lícitas, siempre se reporta un consumo mayor en los hombres que en las mujeres. Sólo en el caso de tranquilizantes y estimulantes es mayor el consumo y el uso en las niñas y adolescentes, aunque cabe aclarar que para otros grupos de edad el consumo de estimulantes se invierte, presentándose mayores prevalencias en los hombres.

Cuadro 24
Prevalencia de consumo de drogas en población menor de edad, 12 a 18 años, 2007

Tipo de droga utilizada	%	Diferencia por sexo
Tabaco	13.9	Mayor entre varones
Bebidas alcohólicas	23.2	Mayor entre varones
Tranquilizantes	4.4	Mayor entre mujeres
Estimulantes	1.2	Sólo se da en mujeres en ese rango de edad
Drogas ilícitas *	1.6	Mayor entre varones

Fuente: ODHAG, 2008. Situación de la Niñez y Adolescencia 2008, p.22 (con base en la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias adictivas. (CIDAC/OEA, INE, 2007)

* Marihuana, solventes, cocaína, crack, pasta de coca, alucinógenos, hashis, heroína, éxtasis, morfina y opio.

2.1. Alcohol

De acuerdo a la OPS⁶⁷, “La adicción al alcohol es un trastorno del comportamiento caracterizado por la dependencia, que supone deficiente control personal de su consumo, tolerancia creciente a sus efectos, síndrome de abstinencia, ansias de beber y consumo incesante”. En la región americana es muy común el consumo excesivo ocasional de alcohol, configurándose así un patrón de consumo perjudicial que supone daños para la salud, como los problemas relacionados con lesiones intencionales y no intencionales, las cuales repercuten de manera particular sobre los jóvenes⁶⁸.

⁶⁵ODHAG. Situación de la Niñez y Adolescencia 2008, p.22 (con base en la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias adictivas. (CIDAC/OEA, INE, 2007)

⁶⁶Con datos de la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias adictivas

⁶⁷OPS. Salud en las Américas. Volumen I – Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C, 2007.

⁶⁸Ibid.

De acuerdo a la OMS, se ha comprobado que los factores sociales y ambientales explican de manera considerable el aumento del consumo de alcohol entre la juventud, corriendo un riesgo mayor los jóvenes menos privilegiados⁶⁹.

El estudio de OPS titulado "Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción" de Maristela Monteiro⁷⁰, reporta, entre otros, los siguientes datos para la juventud latinoamericana:

- Al alcohol se le atribuye el 4% de la carga de morbilidad en el mundo.
- El alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en los países en vías de desarrollo de las Américas.
- Las investigaciones sugieren que los niños en la región están comenzando a beber ya desde los diez años de edad.
- En 2002, al menos 69,000 muertes de personas entre 15 y 29 años de edad se atribuyeron a la ingesta de alcohol.
- Los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol son una importante causa de muerte y discapacidad entre los jóvenes.
- El uso de alcohol también está relacionado con muertes en la juventud por ahogamiento, incendio, suicidio y homicidio.
- Los adolescentes que usan alcohol tienen más probabilidades que los adolescentes abstemios de ser sexualmente activos a edades más tempranas, de tener relaciones sexuales con mayor frecuencia y de tener sexo sin protección.
- Los jóvenes que beben tienen más probabilidades que los demás de ser víctimas de delitos violentos, incluyendo violación, asalto a mano armada y robo.
- Los adolescentes que beben tienen más probabilidades de tener problemas de asistencia a la escuela, con las tareas y el comportamiento escolar.
- El individuo que comienza a beber como adolescente tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que quien espera hasta la edad adulta para usar alcohol.
- El consumo excesivo episódico es especialmente más elevado en jóvenes.
- El uso de alcohol entre jóvenes escolares de 14 a 17 años en Guatemala (2001-2005), reporta para el mes anterior a la encuesta un uso total de alcohol del 15.8%, (13.3% para mujeres y el 19.3% para hombres)". Monteiro, 2007: 1, 3, 9-16, 278

De acuerdo al estudio de Monteiro, los datos sobre la exposición al alcohol en Guatemala en 2002, se resumen así: el consumo per cápita de alcohol era de 3.8 litros, con un consumo no registrado de 2.0 litros; el consumo per cápita por bebedor era de 11.5 litros; el patrón de consumo se ubicaba en 4 (el puntaje de consumo de riesgo va de 1 a 4, donde 1 significa menor riesgo y 4 el más perjudicial); y el porcentaje de abstemios era de 49% para hombres y 84% en mujeres⁷¹.

En el Cuadro 25 se reporta la frecuencia de consumo de alcohol por sexo, de acuerdo a las categorías utilizadas en la ENJU⁷², observándose que la frecuencia de consumo en hombres es, por lo general, tres veces mayor que la reportada para las mujeres, en todas las categorías de frecuencia. También se evidencia que las mayores frecuencias se reportan para aquellos que indicaron beber en forma ocasional, y le sigue el consumo reportado como alguna vez.

⁶⁹OMS 1986, Op cit.

⁷⁰Monteiro, M. Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.

⁷¹OPS 2007, Op cit.

⁷²Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala, (ENJU 2011) SESC/CONJUVE/INE

Cuadro 25
Frecuencia de consumo de alcohol por sexo, 2011

Frecuencia de consumo	Sexo	
	Hombre	Mujer
	%	%
Diariamente	0.5	0.1
Una vez a la semana	2.5	0.4
Una vez al mes	2.9	0.8
Ocasionalmente	9.2	3.9
Alguna vez	8.3	5.4
No responde	0.3	0.2

Fuente: ENJU 2011, SESC/CONJUVE/INE

La información de acuerdo a los grupos etarios reportados y etnicidad (Cuadro 26) pone de manifiesto que el consumo diario es bajo para todos los grupos de edad, y la mayor frecuencia reportada es de los que respondieron no haber consumido nunca bebidas alcohólicas. Se observa una mayor frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas en los que respondieron consumir ‘ocasionalmente’, particularmente en el grupo de edad de 25 a 29 años, y siguen los que respondieron que consumen ‘alguna vez’ en el mismo grupo de edad (25-29 años). Por otra parte, el menor consumo se da en jóvenes indígenas quienes reportaron no haber consumido nunca alcohol en un 90%. Destaca que el consumo diario es cinco veces mayor en jóvenes no indígenas, y para aquellos que beben una vez a la semana el consumo se triplica en los no indígenas.

Cuadro 26
Frecuencia de consumo de alcohol por grupos etarios y etnicidad, 2011

Frecuencia de consumo	GRUPOS DE EDAD			ETNICIDAD	
	15-18	19-24	25-29	Indígena	No Indígena
	%	%	%	%	%
Diariamente	0.1	0.2	0.5	0.1	0.4
Una vez a la semana	1.1	1.7	1.2	0.5	1.7
Una vez al mes	1.0	2.1	2.7	1.4	2.0
Ocasionalmente	3.2	7.4	10.2	3.1	7.9
Alguna vez	5.5	7.2	8.3	4.8	7.6
Nunca	88.8	81.1	76.9	89.9	80.2
No responde	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala, (ENJU 2011) SESC/CONJUVE/INE

2.2. Tabaco

La Organización Mundial de la Salud indica que en los tiempos modernos, fumar cigarrillos o tabaco es uno de los más graves peligros para la salud y una de las principales causas de mortalidad evitable⁷³. Respecto del abuso provocado por las campañas publicitarias de comercialización del tabaco y su influencia particularmente en jóvenes, los estudios de Monteiro⁷⁴ y OMS coinciden en que las tendencias a largo plazo sugieren que el consumo aumentará a niveles alarmantes. Los datos reportados por UNICEF⁷⁵ indican que, en América Latina, alrededor del 25% de los adolescentes, de 13 a 15 años, usan tabaco. OPS⁷⁶, en el informe “Salud en las Américas” hace

⁷³OMS 1986, Op cit.

⁷⁴Monteiro 2007, Op cit.

⁷⁵UNICEF. Desarrollo Positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Tema de Políticas Públicas. Panamá, 2008.

⁷⁶OPS 2007, Op cit.



referencia a la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud, la cual destaca que en la mayoría de países, al menos 30% de los jóvenes estaban expuestos al humo del tabaco en el hogar una vez por semana, y que la exposición de los adolescentes de 14 a 17 años a la publicidad de tabaco era muy alta⁷⁷. Según datos de la OPS, el hábito del tabaquismo en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 15 años tuvo una prevalencia de 23% en hombres y 21% en mujeres, ocupando el lugar número 12 de 31 países analizados, para el período 2001-2005⁷⁸.

En el Cuadro 27 se reporta la frecuencia de consumo de tabaco por sexo, de acuerdo a las categorías utilizadas en la ENJU. Se observa un comportamiento similar al consumo de bebidas alcohólicas, donde las mayores prevalencias son masculinas; las diferencias en el consumo por sexo son más marcadas, por ejemplo, para los jóvenes que respondieron que consumían tabaco una vez a la semana y ocasionalmente: el consumo es seis veces mayor en hombres que en mujeres. Los consumidores diarios en su mayoría son hombres, 5%, contra un 0.54% en el caso de las mujeres.

Cuadro 27
Frecuencia de consumo de tabaco por sexo, 2011

Frecuencia de consumo	Sexo	
	Hombre %	Mujer %
Diariamente	5.1	0.5
Una vez a la semana	3.0	0.6
Una vez al mes	1.2	0.3
Ocasionalmente	6.8	1.1
Alguna vez	7.3	3.1
Nunca	76.3	94.2
No responde	0.3	0.2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala (ENJU 2011) SESC/CONJUVE/INE

En cuanto al consumo de tabaco según edad (Cuadro 28), el menor consumo en todos los grupos se da entre los que respondieron hacerlo una vez al mes, y la mayor frecuencia reportada en todos los grupos se observa en los que respondieron no haber consumido nunca tabaco o cigarrillos. El consumo mayor se da siempre en el grupo de 25 a 29 años; llama la atención que el porcentaje de quienes respondieron haber fumado alguna vez es similar en los tres grupos de edad.

El análisis de los datos de la ENJU relacionado con la frecuencia en el consumo de tabaco por etnicidad pone de manifiesto que el consumo es siempre mayor en los no indígenas.

Cuadro 28
Frecuencia de consumo de tabaco por grupos etarios y etnicidad, 2011

Frecuencia de consumo	GRUPOS DE EDAD			ETNICIDAD	
	15-18	19-24	25-29	Indígena	No Indígena
	%	%	%	%	%
Diariamente	1.8	2.5	4.0	0.7	3.4
Una vez a la semana	1.2	1.5	2.8	1.2	1.9
Una vez al mes	0.6	1.0	0.4	0.8	0.7
Ocasionalmente	1.7	5.1	4.7	3.0	3.9
Alguna vez	4.8	4.9	5.4	3.3	5.6
Nunca	89.7	84.7	82.5	91.1	84.3
No responde	0.3	0.3	0.2	0.1	0.3

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala, (ENJU 2011) SESC/CONJUVE/INE

⁷⁷Ibid.

⁷⁸OPS 2007, Op cit.

2.3. Drogas ilícitas

Sobre el uso de sustancias, OPS⁷⁹ reporta que “el 10% de los adolescentes escolares entre 13 y 17 años de edad en la región había consumido alguna vez en su vida drogas ilícitas”. En Guatemala se han realizado diversos estudios sobre el uso ilícito y abuso de drogas, dentro del marco de la Ley contra la Narcoactividad⁸⁰. En 1996 se definieron políticas y estrategias nacionales, delegando la coordinación de la ejecución en la Secretaría Ejecutiva de la Comisión –SECCATID, la cual ha desarrollado los estudios que se presentan a continuación⁸¹.

Año	Estudio	Propósito / Resultados
1997	Evaluación del impacto del consumo de drogas representa en seis departamentos: Quetzaltenango, Chimaltenango, Guatemala, Escuintla, El Progreso e Izabal	Determinar la problemática del uso de sustancias adictivas, sus consecuencias económicas institucionales y el grado de conocimiento y conciencia que tiene el personal de los centros de asistencia.
	Diagnóstico situacional del problema de abuso de drogas en el departamento de Izabal	Reflejó la alta prevalencia en el consumo de cocaína, alcohol, marihuana, estimulantes y tranquilizantes.
1998	Encuesta Nacional de Investigación Diagnóstica, Inventario de Tamizaje sobre uso de Drogas -DUSI	Investigación diagnóstica en estudiantes del nivel medio del sector público de ambos sexos. Los resultados obtenidos revelaron que los encuestados entre 12-18 años de edad constituyen el grupo más vulnerable. En el caso de las mujeres, las drogas de mayor consumo fueron los tranquilizantes, seguido de los estimulantes y el alcohol. Para los hombres fue la marihuana, seguida del tabaco y la cocaína.
2000	Investigación de Riesgos Macro-sociales de Drogodependencia a nivel departamental	El estudio reveló que los departamentos con nivel de riesgo extremo eran Petén y Guatemala; riesgo muy alto: Izabal, Alta Verapaz y Quiché; riesgo alto: San Marcos, Sololá, Escuintla, Huehuetenango, Chiquimula, Baja Verapaz, Suchitepéquez, Zacapa, Retalhuleu y Jutiapa; y con riesgo medio los restantes departamentos.
2002	Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media a nivel Metropolitano en Establecimientos Públicos y Privados -SIDUC	La encuesta constató que las drogas como el tabaco y el alcohol fueron las de mayor consumo, y señaló la existencia de un consumo significativo de marihuana, tranquilizantes y estimulantes. La encuesta también reveló que el mayor riesgo para el consumo de drogas se presenta entre los 13 y 15 años de edad.
	Estudio Nacional sobre la Desregulación Psicológica y su relación con el Consumo de Drogas en Jóvenes y Adolescentes guatemaltecos	El estudio se realizó con adolescentes y jóvenes de 12 a 20 años. El estudio determinó que el 52% había bebido alcohol y 44% había fumado cigarrillos, una o más veces en su vida; el 25% de las mujeres informó haber usado tranquilizantes y 10% estimulantes. El consumo de marihuana fue de 4%; inhalables/cocaína 2%; éxtasis y crack 1%. El estudio permitió conocer que la edad de inicio de consumo de drogas legales e ilegales es de 12.5 años.
2005	Primera Encuesta Nacional de Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Adictivas	La encuesta confirmó que el alcohol es la droga lícita de mayor consumo, seguida del tabaco. El consumo de drogas, en general, es más elevado en el grupo de los hombres comprendidos en las edades de 19 a 25 años (17.9%); en el caso de las mujeres el grupo de mayor prevalencia es el comprendido entre 45 a 65 años (6.6%), aumentando las prevalencias en la medida que los entrevistados manifestaron tener más años de escolaridad. El grupo de mayor consumo está entre los 19 a 24 años.

Cuadro 29
Frecuencia de consumo de marihuana por sexo, grupos de edad y etnicidad, 2011

Frecuencia de consumo	Sexo		Grupos de edad			Etnicidad		Total
	Hombre	Mujer	15-18	19-24	25-29	Indígena	No indígena	
	%	%	%	%	%	%	%	%
Diariamente	0.30	0.06	0.16	0.16	0.18	0.02	0.25	0.16
Una vez a la semana	0.26	0.01	0.08	0.15	0.14	0.08	0.15	0.12
Una vez al mes	0.10	0.01	0.09	0.04	0.00	0.09	0.04	0.05
Ocasionalmente	0.66	0.11	0.40	0.31	0.33	0.05	0.43	0.35
Alguna vez	2.37	0.95	1.43	1.67	1.69	1.15	1.75	1.57
Nunca	95.88	98.52	97.56	97.10	97.45	98.30	96.98	97.36
No responde	0.42	0.34	0.28	0.56	0.21	0.31	0.41	0.37

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala (ENJU 2011) SESC/CONJUVE/INE

⁷⁹ OPS 2007, Op cit.

⁸⁰ Decreto No. 48-92 del Congreso de la República, el cual creó la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –CCATID, adscrita a la Vicepresidencia de la República con la finalidad de estudiar y decidir las políticas nacionales para la prevención y tratamiento de adicciones, así como la prevención de acciones ilícitas vinculadas con el tráfico de drogas establecidas en la Ley.

⁸¹ Información tomada de la Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, enero 2009.

Datos de la ENJU indican que el orden de importancia para el consumo de drogas ilícitas es la marihuana, en primer lugar, y el crack en último lugar. Hay que considerar el sub-registro en las declaraciones del consumo de drogas ilícitas por las implicaciones legales que podría tener para los encuestados. Dentro del consumo de drogas ilícitas, se resalta el consumo de marihuana (Cuadro 29). El porcentaje promedio de hombres que nunca han consumido marihuana está alrededor del 96%, mientras que las mujeres presentan una diferencia de tres puntos porcentuales de menor consumo. Al analizar los datos por grupos de edad, no se ven diferencias entre los tres grupos que respondieron no haberla consumido.

3. Actividad física

Diversos estudios que se han venido realizando en relación con los efectos positivos que tiene la actividad física en la salud integral de jóvenes y adolescentes subrayan el impacto que tiene ésta en el sistema cardiovascular y neuromuscular, así como en el estado psicológico de los individuos, permitiendo un manejo más adecuado de la ansiedad y depresión y contribuyendo al fomento de la confianza y mejores relaciones sociales, mayor rendimiento académico y el no consumo de drogas⁸². A nivel global, según la ENJU, el 46.3% de jóvenes desarrolla alguna actividad física. Los datos del Cuadro 30 sugieren una baja frecuencia de actividad física en los jóvenes, sobre todo en las mujeres encuestadas, en los y las que pertenecen a sectores socioeconómicos bajos y los que tienen bajo nivel educativo.

Cuadro 30
Frecuencia, por sexo, de la actividad física, desarrollo de alguna actividad física, y actividad física en 13% de jóvenes sin nivel educativo, 2011

Actividad física por sexo				Desarrollo de alguna actividad física			Frecuencia de actividad física en 13% de jóvenes sin nivel educativo	
Frecuencia	Hombre	Mujer	Total	Estrato socio económico	Sí	No	Frecuencia	%
	%	%	%		%	%		
Todos los días	25	17	22	nivel muy alto	71	29	todos los días	17
Tres veces por semana	33	27	31	nivel alto	63	37	tres veces a la semana	22
Una vez a la semana	33	42	36	nivel medio alto	56	44	una vez a la semana	48
Algunas veces al mes	6	10	7	nivel medio	53	47	algunas veces al mes	13
Esporádicamente	2	4	3	nivel medio bajo	45	54		
				nivel muy bajo	42	58		

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala (ENJU 2011) SESC/CONJUVE/INE

4. Desórdenes alimentarios⁸³

Las prácticas alimentarias condicionan el estado de salud de cualquier grupo humano. A su vez, los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones continuas del comportamiento alimentario que, en general, indican un consumo y absorción anormal de alimentos para controlar el peso, y tienen efectos negativos en la salud física y mental de los individuos. Existe abundante literatura sobre los trastornos alimentarios en general y, en particular, en niños y adolescentes, incluidos la Anorexia Nerviosa, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado y la Bulimia Nerviosa⁸⁴. Acá se presenta la escasa evidencia que hay en Guatemala sobre

⁸² SESC/CONJUVE/INE 2011, Op cit.

⁸³ Palmieri, M. Relación entre malnutrición y desarrollo humano en la juventud. Aporte para la elaboración del INDH 2011/2012, PNUD, Guatemala, 2012

la Anorexia Nerviosa, que constituye el desorden alimentario más severo y peligroso, y la Bulimia Nerviosa. Asimismo se abordarán, de forma muy preliminar, algunas cifras que proyectan algunas dimensiones de los problemas de excesos alimentarios en los grupos de jóvenes.

4.1. Evidencia en Guatemala de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

La prevalencia de anorexia nerviosa ha aumentado⁸⁵ a nivel mundial, sobre todo en mujeres de 15 a 25 años; los datos revelan que entre 5% y 15% de la anorexia nerviosa y de 10% a 15% de bulimia ocurre entre los hombres. Datos de Guatemala del año 1988 ponen de manifiesto que la prevalencia de sintomatología de anorexia nerviosa era mayor en jóvenes de nivel socioeconómico más alto; en 1998 se estudiaron estas conductas en adolescentes y jóvenes de una escuela pública y se documentó lo que podía concluirse como un aumento de la prevalencia en el período.

Hay poca evidencia sobre la prevalencia o incidencia de estos dos tipos de trastornos de conductas alimentarias entre los adolescentes y jóvenes de Guatemala. Se consultó un estudio⁸⁶ de la prevalencia de dichos trastornos entre jóvenes de ambos sexos de 12 a 17 años de edad, que presentaban diferentes características socioeconómicas y asistían a centros educativos públicos y privados. El principal método de recolección de datos en esta investigación fue el desarrollo de entrevistas a los sujetos involucrados con la Prueba de Actitudes Alimenticias -26 (Eating Attitudes Test-26, o EAT-26 por sus siglas en inglés), la cual está diseñada para investigar características de personas con Trastornos Alimentarios.

La prueba se aplicó a 1,096 estudiantes de 12 a 17 años: en ningún grupo se encontró una mayor prevalencia por edad, no hay diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de adolescentes de centros educativos privados (hombres y mujeres en conjunto) con los dos grupos de adolescentes de centros educativos públicos, y, de manera contraria, se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar los dos grupos de adolescentes mujeres (de centros educativos privados y públicos en conjunto) con los dos grupos de adolescentes hombres. Al comparar el grupo de mujeres de centros educativos privados con el grupo de mujeres de centros educativos públicos, no se encontró diferencia estadísticamente significativa⁸⁷.

4.2. Excesos alimentarios asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes y jóvenes

En las últimas décadas se han producido importantes cambios dietéticos en los países en desarrollo que se relacionan con transformaciones críticas en la estructura de la dieta. Estas transformaciones tienen que ver con el incremento en el consumo de azúcares refinados, la reducción de la ingesta de frutas, vegetales y fibra, y, por otro lado, aumentos en la densidad energética y grasa, en especial las saturadas⁸⁸.

⁸⁴Lenoir, M. Silbert. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1), criterios, diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch.argent.pediatr 2006; 104(3): 253-260.

⁸⁵Cifuentes, M, Tesis de Prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género; Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Medicina, Guatemala, Mayo 2004.

⁸⁶Ibid.

⁸⁷Las prevalencias en los grupos son las siguientes: 22.5% y 7.3% en mujeres y hombres, respectivamente, de centros educativos privados, y 16.2% y 8.2% en mujeres y hombres, respectivamente, en centros educativos públicos.

⁸⁸Palmieri, M, Delgado, H, y Palma, P, 2006, Op cit

Estos patrones de alimentación, que contribuyen al aumento de enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a estilos de vida de países desarrollados, se vienen manifestando desde edades tempranas, de manera que ya en el período de adolescencia y juventud, los intentos para modificar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas⁸⁹ - factores como la obesidad⁹⁰, cambios dietéticos y disminución de actividad física - se topan con barreras importantes. Es importante, entonces, insistir en la prevención de las enfermedades crónicas ya enumeradas anteriormente, en etapas tempranas de la vida, colocando un especial énfasis en la promoción de prácticas alimentarias saludables desde la infancia, en la adopción y mantenimiento de hábitos adecuados y el fomento de la actividad física en cada etapa del ciclo de vida.

Hay en Guatemala algunos estudios aislados que han intentado caracterizar los patrones de ingesta y actividad física de jóvenes y adolescentes, dos procesos cruciales para garantizar un buen estado de nutrición y salud en estos grupos. Hay algunos datos, por ejemplo, de actividad física en la población joven⁹¹ del país que ponen de relieve que aproximadamente 47% de los escolares llevan una vida sedentaria⁹², sin observarse mayores diferencias entre los porcentajes de centros educativos privados y públicos. Esto se confirma con los datos de la Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala (ENJU) realizada en el año 2011⁹³.

Con respecto a los hábitos alimentarios, los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar – capítulo Guatemala⁹⁴ - sugieren que:

- El 27% de los sujetos no incluye las frutas como parte de su alimentación, no habiéndose encontrado diferencias de acuerdo a su lugar de residencia;
- Alrededor del 23% no incluye las verduras u hortalizas en su dieta;
- Aproximadamente la mitad de escolares (54.4%) beben bebidas carbonatadas entre una y cinco o más veces al día;
- Para el 40% de escolares los jugos de fruta no son un elemento de su dieta diaria;
- Más de la mitad de escolares - 55% - indicó que comidas como papalinas, tortrix o plataninas eran parte habitual de su dieta, es decir las consumían entre una y cinco o más veces al día;
- El 47% de los estudiantes reportaron consumo de comida alta en grasa entre una y cinco veces o más veces por día;
- El 52% de escolares indicó que había consumido comidas rápidas en los últimos 7 días entre uno y siete días a la semana.

5. Relaciones sexuales tempranas y desprotegidas

Como fue indicado en el marco teórico de este perfil, las relaciones sexuales tempranas y desprotegidas constituyen un riesgo para la salud integral de las adolescentes y jóvenes debido a que existe mayor probabilidad de comenzar la maternidad a una corta edad e incrementar los riesgos de muerte de la madre y el niño. Los datos del cuadro a continuación indican que se incrementó, en el período 2002-2008, la

⁸⁹Tales como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y algunos tipos de cáncer.

⁹⁰El sobrepeso y la obesidad constituyen el quinto factor de riesgo de la mortalidad y entre 44% y 7% de la carga de diabetes, enfermedad del corazón y algunos tipos de cáncer, ver WHO, Population based prevention strategies for child obesity; Geneva, Switzerland; 2010.

⁹¹MSPAS/OPS-OMS/CDC. Documento Encuesta Mundial de Salud Escolar; Guatemala 2009.

⁹²Definida como aquella en que los informantes respondieron que en la última semana no habían realizado actividad física por un total de 60 minutos diarios, o sólo la habían realizado un día por semana.

⁹³SESC/CONJUVE/INE 2011, Op cit.

⁹⁴MSPAS/OPS-OMS/CDC 2009, Op cit

proporción de mujeres que había tenido relaciones sexuales antes de los 20 años, que este aumento fue mayor en las residentes en área urbana, entre las de mayor escolaridad y en las no indígenas. Se observan aumentos poco importantes en las mujeres de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales en los tres meses anteriores (de 84% a 86% en todo el grupo).

Es importante destacar que, en el período indicado, menos mujeres de 15 a 19 años señalaron conocer métodos anticonceptivos modernos, aunque un mayor número de adolescentes y jóvenes indígenas indicó conocerlos en el 2008, en comparación con el 2002. En 2008 se reporta que seis de cada 10 mujeres de 15 a 19 años tenían necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva, un aumento de 7 puntos porcentuales en el período. La condición de necesidad insatisfecha es menor en el área urbana, en mujeres que han cursado la secundaria y en las indígenas.

Cuadro 31
Indicadores reproductivos seleccionados en mujeres de 15 a 24 años, Guatemala 2002 y 2008

Indicador	% mujeres 20-24 años con relaciones sexuales antes de unión y de los 20 años		% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas [∞]				% mujeres 15-19 años conoce método anticonceptivo moderno [©]		% mujeres 15-19 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva			
	2002	2008	Total		En unión		2002	2008	Total		En unión	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008
Total	17.7	20.5	84.4	86.4	83.3	88.4	84.8	76.7	51.9	59.2	50.0	54.2
Residencia												
Urbana	19.3	28.8	83.2	87.4	80.3	86.3	90.1	91.0	41.2	46.2	35.0	43.4
Rural	16.7	15.2	84.7	85.9	84.2	89.6	81.1	68.0	57.1	65.0	56.1	58.8
Escolaridad												
0	12.5	9.2	76.5	76.9	76.2	89.2	59.9	44.8	55.3	62.0	55.4	44.7
1-6	19.0	17.9	86.9	85.3	86.1	84.9	81.2	74.5	51.7	59.3	50.4	53.7
≥ 7	18.9	32.1	87.5 ^α	94.2	83.7 ^α	97.9	98.0	98.9	46.4	56.4	34.1	66.3
Grupo étnico												
Indígena	11.1	12.2	83.5	88.9	82.6	88.2	69.5	60.7	66.7	55.2	65.2	55.0
No indígena	16.0	26.4	85.0	85.1	83.8	69.8	92.5	85.5	42.1	62.2	39.6	53.7

Fuente: Figueroa, W. et al. Maternidad Temprana en Guatemala: un desafío constante. En Resumen, Nueva York, Instituto Guttmacher, 2006, No. 5, INCAP con datos de ENSMI 2002 y 2008-2009

Notas:

∞ = Todas las mujeres en unión, así como las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores.

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

↑ = Mujeres tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción si son sexualmente activas, no desean un hijo en los siguientes dos años y no usan método efectivo.

CARGA GLOBAL DE ENFERMEDADES: DAÑOS A LA SALUD

1. Mortalidad y morbilidad

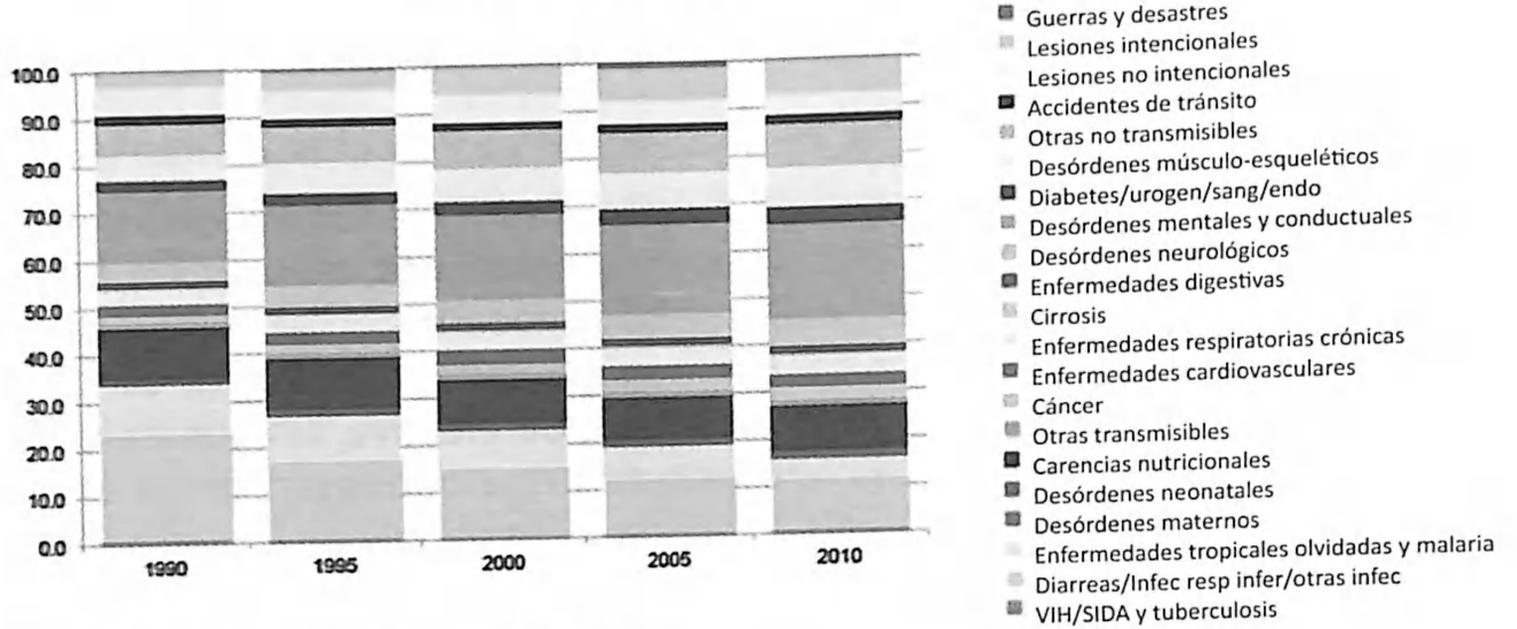
1.1. Datos del estudio de Carga Global de Enfermedades

En el grupo de adolescentes y jóvenes de 10 a 14 años de edad, durante el período 1990-2010, se observa, en las tres gráficas a continuación, la disminución inobjetable de las enfermedades diarreicas y respiratorias, las tropicales olvidadas y la malaria, así como un aumento de los desórdenes mentales y conductuales⁹⁵, las causas violentas, otras no transmisibles y la diabetes.

⁹⁵Esta categoría incluye, entre otros: esquizofrenia, trastornos por consumo de alcohol y de drogas (opio, cocaína, anfetaminas, cannabis), trastornos depresivos unipolares (trastorno depresivo mayor, distimia), trastorno afectivo bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos generalizados del desarrollo (autismo, síndrome de Asperger), trastornos de conducta infantil (hiperactividad y déficit de atención, trastorno de conducta), discapacidad intelectual idiopática, otros trastornos mentales y del comportamiento.



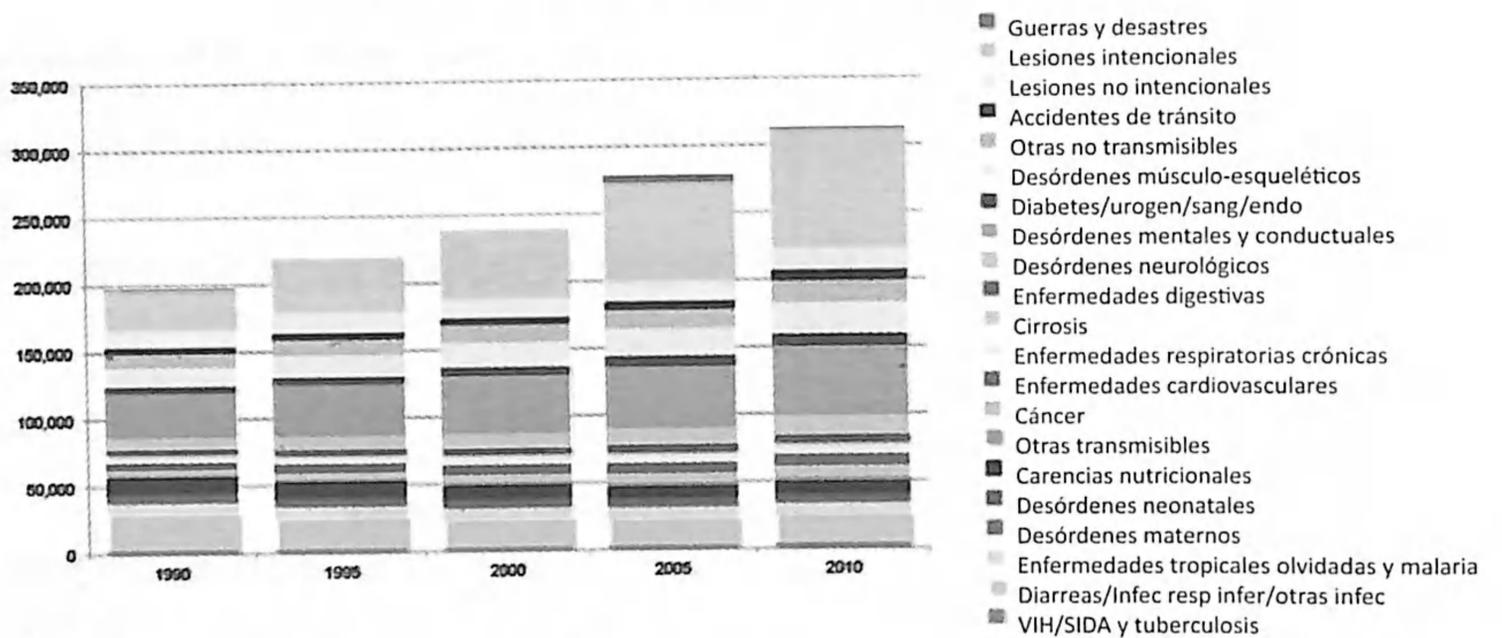
Gráfica 18
Causas de muerte para el período de 1990-2010, en porcentajes, grupo de edad de 10 a 14 años, Guatemala



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

En el grupo de 15 a 19 años se aprecia la continuación de la tendencia a la reducción del peso que tienen las enfermedades infecciosas, las tropicales y las carencias nutricionales, manteniéndose estable la proporción de muertes por desórdenes mentales y conductuales durante el período; se observa, también, una leve reducción en la proporción de las causas por desórdenes maternos. Adicionalmente, es clara la importancia que han adquirido, a partir de 1995, las muertes por lesiones intencionales (homicidios y suicidios).

Gráfica 19
Causas de muerte para el período de 1990-2010, en AVAD, grupo de edad de 15 a 19 años, Guatemala

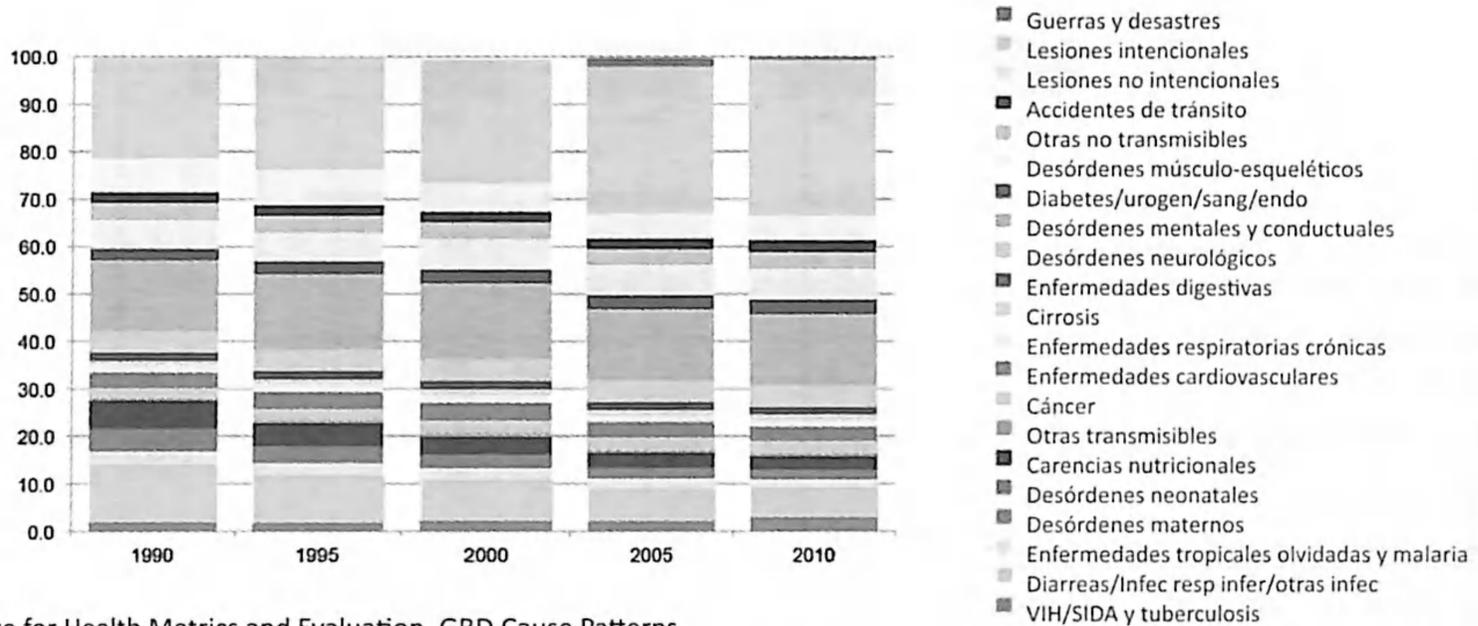


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>



En el grupo de edad de 20 a 24 años se aprecia la continuidad de los patrones de mortalidad descritos en relación a los grupos anteriores, tanto en términos de la disminución de las causas infecciosas y por carencias nutricionales, como del aumento de las causas violentas. Durante el período se observa una reducción importante en la proporción de muertes por causas maternas en este grupo de edad. Es crítico advertir el aumento de la mortalidad por VIH/SIDA y tuberculosis.

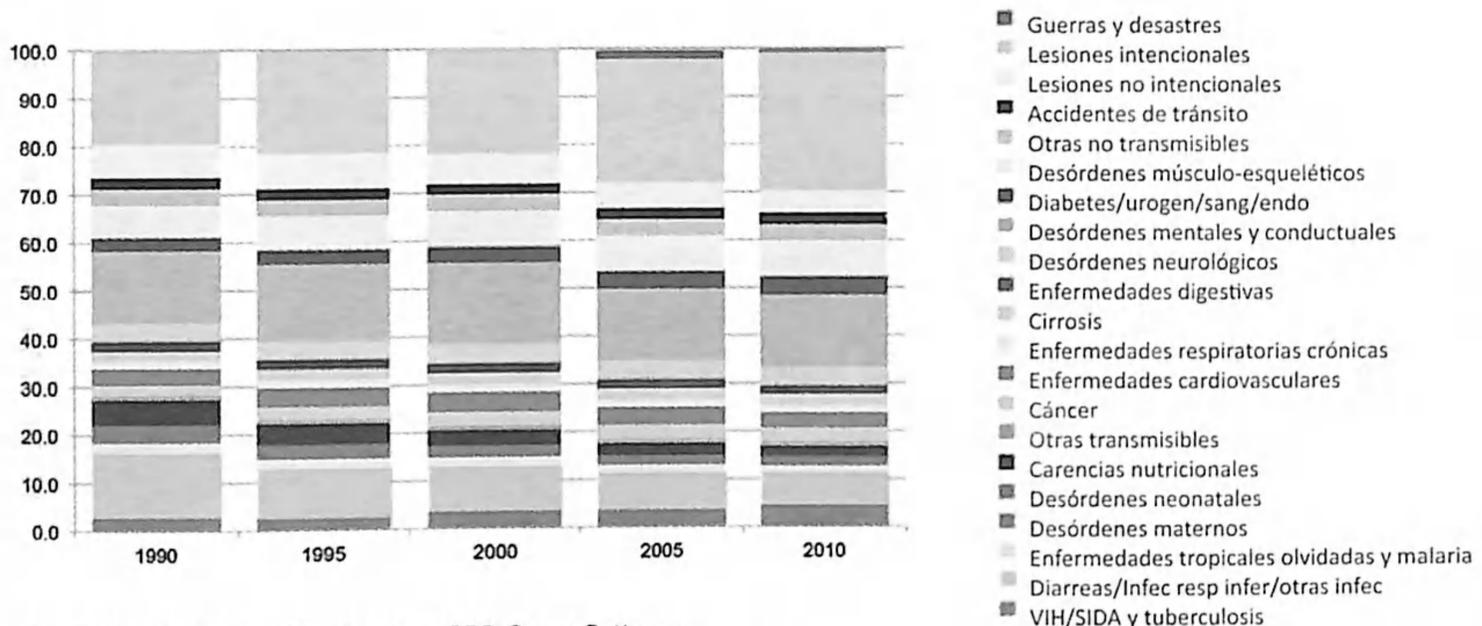
Gráfica 20
Causas de muerte para el período de 1990-2010, en porcentajes, el grupo de edad de 20 a 24 años, Guatemala



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

En este grupo de edad, 25 a 29 años, se continúa el patrón de reducción en la proporción de muertes por diarrea y respiratorias, en la de carencias nutricionales y la de desórdenes maternos. Por otra parte se observa un leve aumento en el peso de las muertes por diabetes y cirrosis. Se confirma el aumento en la proporción de las muertes por VIH/SIDA y tuberculosis y de las lesiones intencionales (violencia).

Gráfica 21
Causas de muerte para el período de 1990-2010, en porcentajes, grupo de edad de 25 a 29 años, Guatemala

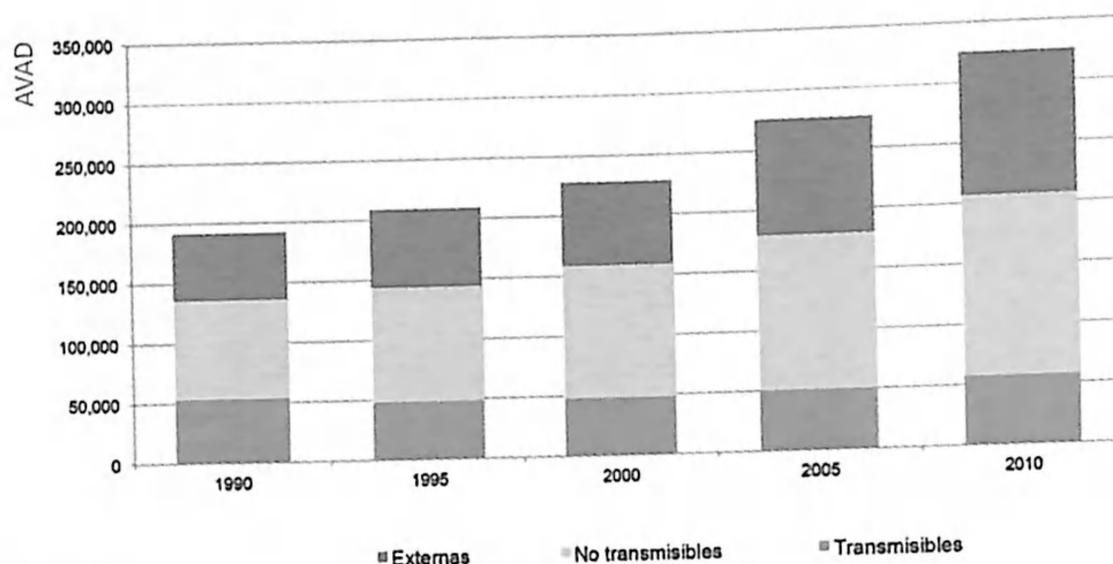


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>



Gráfica 22

Distribución de los decesos por los tres macro grupos de causas de muerte para el período de 1990 -2010, grupo de edad de 25 a 29 años, en AVAD, Guatemala



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Cause Patterns
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

1.2. Principales causas de mortalidad y morbilidad según los sistemas de información en salud

El cuadro siguiente presenta datos del SIGSA sobre la distribución de las primeras causas de muerte en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años de edad. Para el grupo global, la primera causa en 2012 era la violencia, la cual se mantiene como primera causa en los grupos de hombres de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años. En las mujeres de 10 a 14, 15 a 19 y 25 a 29, las enfermedades respiratorias son la primera causa, pero en las de 20 a 24 ocupa el primer puesto la muerte por disparo y agresión por armas de fuego.

Cuadro 32

Distribución de primeras causas de mortalidad general en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes entre 10 y 29 años, Guatemala, 2012

No	Diagnóstico	10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		Total									
		F	M	F	M	F	M	F	M	n	%								
1	Disparo y Agresión Por Armas de Fuego	2	0.9	14	4.7	19	4.8	178	26.6	36	7.9	318	31.5	19	4.2	311	30.1	897	19.8
2	Neumonía y bronco-neumonías	21	9.9	39	13.2	24	6.1	26	3.9	28	6.1	37	3.7	31	6.9	59	5.7	265	5.9
3	Asfixia	9	4.2	21	7.1	14	3.6	40	6.0	6	1.3	51	5.0	5	1.1	32	3.1	178	3.9
4	Traumatismo intracraneal, no especificado	5	2.4	13	4.4	5	1.3	28	4.2	5	1.1	45	4.5	11	2.4	35	3.4	147	3.3
5	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	5	2.4	5	1.7	15	3.8	6	0.9	23	5.0	12	1.2	23	5.1	28	2.7	117	2.6
6	Paro cardíaco, no especificado	3	1.4	7	2.4	16	4.1	15	2.2	7	1.5	22	2.2	14	3.1	20	1.9	104	2.3
7	Otras enfermedades diarreicas agudas	10	4.7	10	3.4	10	2.5	14	2.1	15	3.3	4	0.4	9	2.0	16	1.6	88	1.9
8	Traumatismos múltiples, no especificados	3	1.4	5	1.7	4	1.0	19	2.8	4	0.9	29	2.9	4	0.9	19	1.8	87	1.9
9	Epilepsia, tipo no especificado	10	4.7	6	2.0	8	2.0	6	0.9	11	2.4	9	0.9	14	3.1	8	0.8	72	1.6
10	Traumatismo de la cabeza, no especificado	0	0.0	3	1.0	3	0.8	16	2.4	5	1.1	20	2.0	2	0.4	17	1.6	66	1.5
	Principales Causas de Mortalidad	68	32.1	123	41.6	118	29.9	348	51.9	140	30.7	547	54.2	132	29.2	545	52.8	2,021	44.7
	Resto de causas	144	67.9	173	58.4	276	70.1	322	48.1	316	69.3	463	45.8	320	70.8	487	47.2	2,501	55.3
	Total	212	100	296	100	394	100	670	100	456	100	1,010	100	452	100	1,032	100	4,522	100

Fuente: SIGSA 2: Defunciones

En el cuadro 33 se incluyen los datos correspondientes a las diez primeras causas de morbilidad en cada uno de los tres grupos de edad de interés: 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años. El grupo de 10 a 14, tanto hombres como mujeres, asiste más a los servicios en búsqueda de atención por afecciones de tipo respiratorio e intestinal, y por infecciones urinarias. El grupo de 15 a 19 años visita por las mismas causas, aunque en diferente orden. Las primeras cuatro causas en el grupo de 20 a 24 son las mismas del grupo de 15 a 19, pero en el caso de las mujeres aparece la cefalea como quinta causa y la cefalea por tensión como novena. Es importante subrayar la importancia de la anemia como motivo de consulta por las mujeres de todas las edades.



Cuadro 33
Distribución de primeras diez causas de morbilidad general en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, Guatemala, 2012

No	Diagnóstico	10 a 14 años				Total	
		F		M		n	%
		n	%	n	%		
1	Resfriado Común	42,054	12.4	31,952	12.5	74,006	12.4
2	Parasitosis intestinal, sin otra especif.	30,456	9.0	24,542	9.6	54,998	9.2
3	Amigdalitis aguda, no especificada	25,282	7.4	20,351	8.0	45,633	7.7
4	Amebiasis, no especificada	13,488	4.0	9,877	3.9	23,365	3.9
5	Infección vjas urinarias, sitio no especificado	16,227	4.8	6,611	2.6	22,838	3.8
6	Anemia de tipo no especificada	13,067	3.8	6,572	2.6	19,639	3.3
7	Otras infecciones respiratorias agudas	10,066	3.0	8,006	3.1	18,072	3.0
8	Gastritis, no especificada	11,241	3.3	4,491	1.8	15,732	2.6
9	Caries dental, no especificada	7,872	2.3	6,530	2.6	14,402	2.4
10	Otras enf. diarreicas agudas	6,809	2.0	6,430	2.5	13,239	2.2
	Resto de causas	163,408	48.1	130,105	50.9	293,513	49.3
	TOTAL	339,970	100.0	255,467	100.0	595,437	100.0

No	Diagnóstico	15 a 19 años				Total	
		F		M		n	%
		n	%	n	%		
1	Infección vjas urinarias, sitio no especificado	44,633	9.6	5,959	3.7	50,592	8.0
2	Resfriado Común	36,695	7.9	12,886	7.9	49,581	7.9
3	Gastritis, no especificada	32,314	6.9	7,200	4.4	39,514	6.3
4	Amigdalitis aguda, no especificada	22,693	4.9	10,658	6.6	33,351	5.3
5	Parasitosis intestinal, sin otra especif.	16,402	3.5	8,085	5.0	24,487	3.9
6	Anemia de tipo no especificada	17,324	3.7	3,036	1.9	20,360	3.2
7	Cefalea	16,948	3.6	3,049	1.9	19,997	3.2
8	Amebiasis, no especificada	11,707	2.5	4,674	2.9	16,381	2.6
9	Otras infecc. resp. agudas	9,134	2.0	3,874	2.4	13,008	2.1
10	Micosis, no especificada	7,929	1.7	4,103	2.5	12,032	1.9
	Resto de causas	250,514	53.7	98,659	60.8	349,173	55.6
	TOTAL	466,293	100.0	162,183	100.0	628,476	100.0

No	Diagnóstico	20 a 24 años				Total	
		F		M		n	%
		n	%	n	%		
1	Infección vjas urinarias, sitio no especificado	58,495	10.5	6,359	4.5	64,854	9.3
2	Gastritis, no especificada	44,482	8.0	8,889	6.3	53,371	7.6
3	Resfriado Común	41,088	7.4	9,824	6.9	50,912	7.3
4	Amigdalitis aguda, no especificada	25,882	4.6	8,409	5.9	34,291	4.9
5	Cefalea	23,256	4.2	3,283	2.3	26,539	3.8
6	Parasitosis intestinal, sin otra especif.	16,363	2.9	5,920	4.2	22,283	3.2
7	Anemia de tipo no especificada	17,679	3.2	2,170	1.5	19,849	2.8
8	Amebiasis, no especificada	13,600	2.4	4,531	3.2	18,131	2.6
9	Cefalea debida a tensión	12,135	2.2	1,931	1.4	14,066	2.0
10	Amenorrea, sin otra especificación	13,467	2.4	-----	0.0	13,467	1.9
	Resto de causas	291,453	52.2	90,390	63.8	381,843	54.6
	TOTAL	557,900	100.0	141,706	100.0	699,606	100.0

Fuente: SIGSA 3: Consulta diaria (Puestos, Centros y Hospitales), SIGSA 7: Reporte mensual de morbilidad prioritaria

2. Coexistencia de déficits nutricionales y excesos alimentarios en mujeres adolescentes y jóvenes

Los datos de los cuadros 34a y 34b señalan la situación extremadamente grave en el estado nutricional de las mujeres en edad fértil, con especial énfasis en los grupos de las adolescentes y jóvenes que eran madres en el 2002 y 2008. Los datos de Índice de Masa Corporal de 25 y más, que expresan sobrepeso y obesidad, indican que este problema se ha agudizado significativamente en los seis años transcurridos entre ambas encuestas en todos los grupos de edad, incluyendo a las más jóvenes. A esto se agrega la baja estatura de estas jóvenes madres y el incremento del riesgo reproductivo en que se encuentran por su severo déficit de talla.

Cuadro 34a

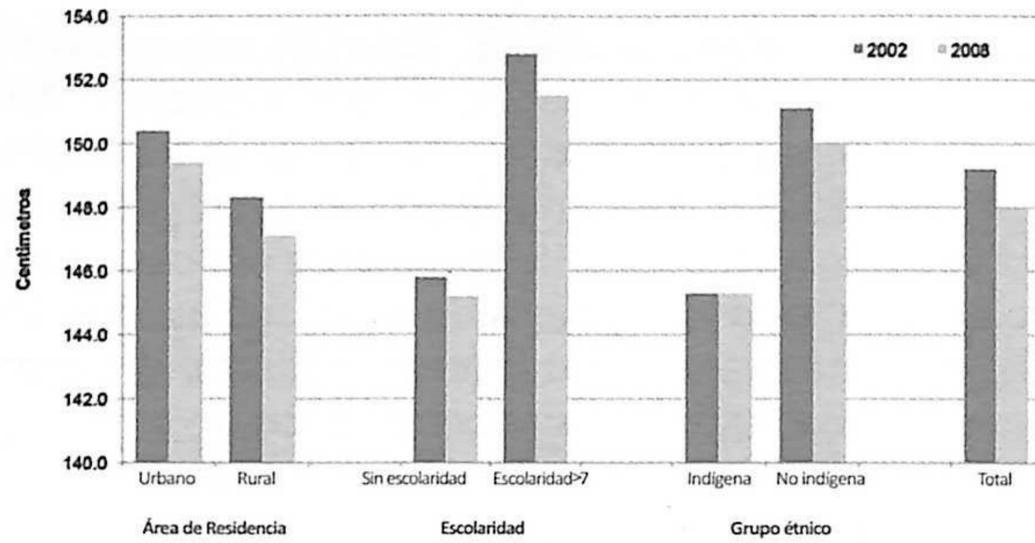
Indicadores antropométrico – nutricionales seleccionados en mujeres en edad fértil, total y por grupos de edad, 2002-2008

Indicador	Total		Residencia				Año de Escolaridad						Grupo Étnico			
			Urbano		Rural		0		1-6		≥ 7		Indígena		No Indígena	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008
(1) Talla promedio total MEF (cms)	149.2	148.0	150.4	149.4	148.3	147.1	145.8	145.2	148.7	147.8	152.8	151.5	145.3	145.3	151.1	150.0
(2) Talla promedio 15-19 años (cms)	149.4	148.5	151.0	149.6	148.3	147.8	145.1	146.2	147.8	147.8	152.9	151.3	145.7	145.8	151.5	150.0
(3) Talla promedio 20-24 años (cms)	149.8	148.1	150.7	149.6	149.2	147.2	145.3	145.0	149.1	147.5	152.6	151.2	145.3	145.2	151.8	150.1
(4) Talla promedio 25-29 años (cms)	148.8	148.2	150.1	149.4	147.9	147.1	146.0	145.2	148.4	147.8	152.3	151.5	145.3	145.5	150.5	149.9
(5) Talla promedio 15-24 años (cms)	149.6	148.3	150.9	149.6	148.7	147.4	145.2	145.3	148.3	147.6	152.8	151.2	145.5	145.4	151.7	150.1
(6) % de MEF con talla < 145 cms	25.4	31.2	19.7	25.0	29.7	35.3	44.6	49.0	25.4	30.4	9.3	13.8	47.1	47.9	15.2	19.2
(7) % de mujeres 15-19 con talla < 145 cms	24.5	24.9	17.8	24.5	29.4	25.1	46.5	45.3	31.5	24.4	8.9	15.2	44.6	40.2	13.2	16.4
(8) % de mujeres 20-24 con talla < 145 cms	22.1	31.2	18.3	24.9	24.7	35.2	45.0	53.5	23.3	32.7	10.7	16.1	45.2	50.2	11.9	18.7
(9) % de mujeres 25-29 con talla < 145 cms	27.1	30.5	20.8	24.0	31.8	35.8	44.1	48.3	28.8	30.7	8.2	14.3	45.9	47.1	18.3	20.0
(10) % de mujeres 15-24 con talla < 145 cms	23.5	31.2	18.0	24.8	27.3	32.1	45.7	51.3	28.3	30.0	9.7	15.8	44.8	47.4	12.6	18.0



**Gráfica 23**

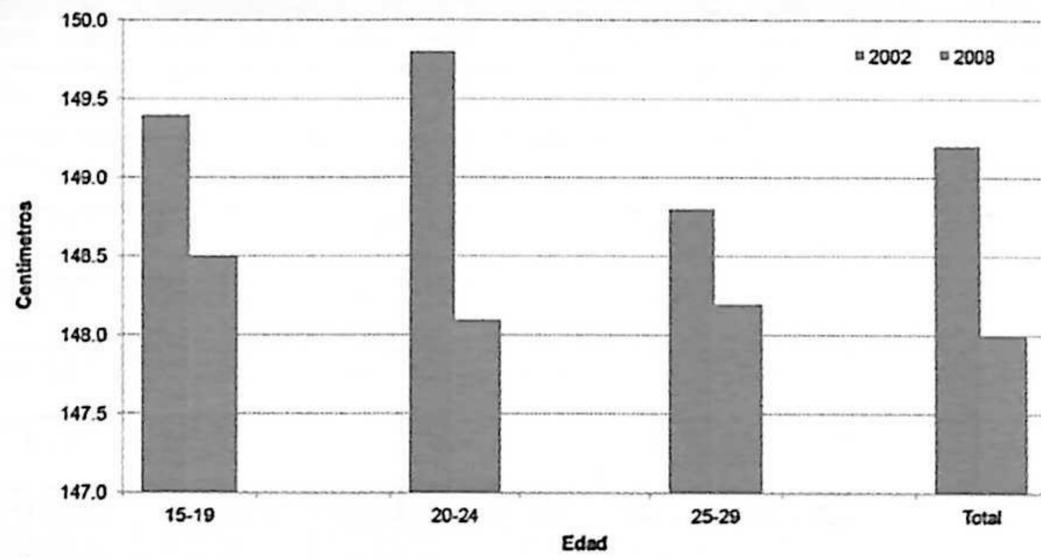
Talla promedio en mujeres en edad fértil, total por área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, Guatemala 2002 y 2008



Fuente: ENSMI 2002 y 2008/2009

Gráfica 24

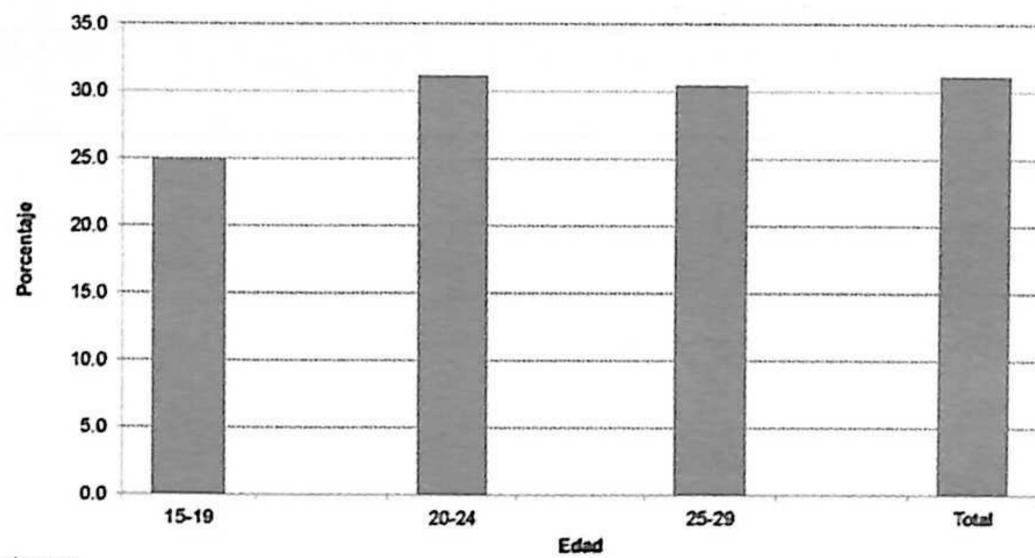
Talla promedio en mujeres en edad fértil, total por grupos de edad, Guatemala 2002 y 2008



Fuente: ENSMI 2002 y 2008/2009

Gráfica 25

Porcentaje de mujeres en edad fértil con talla <145 cms, total y por grupos de edad, Guatemala 2008



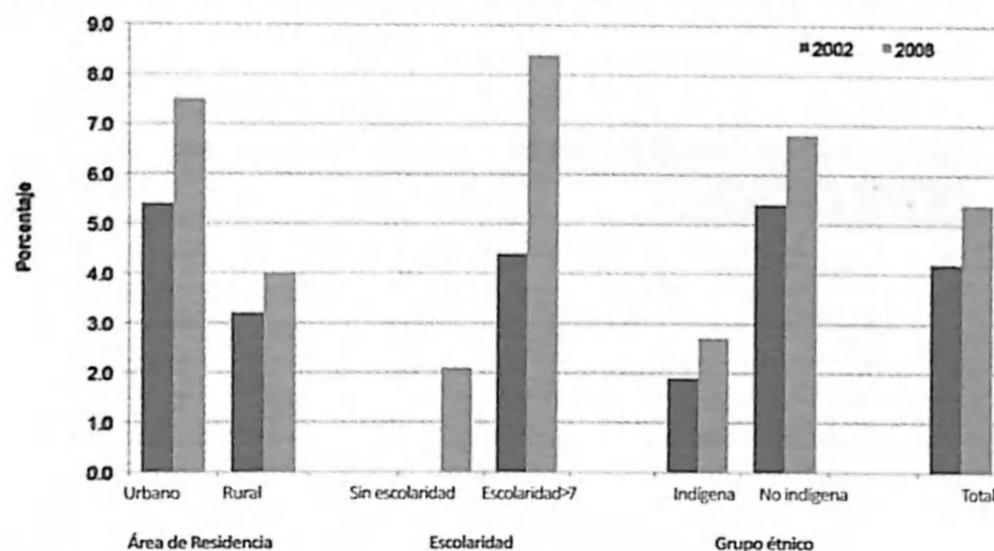
Fuente: ENSMI 2002 y 2008/2009

Cuadro 34b
Indicadores antropométrico – nutricionales seleccionados en mujeres en edad fértil, total y por grupos de edad, 2002-2008

Indicador	Total		Residencia				Año de Escolaridad						Grupo Étnico			
	2002	2008	Urbano		Rural		0		1-6		≥ 7		Indígena		No Indígena	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008
(11) % de MEF con IMC < 18.5	1.9	1.6	2.1	1.8	1.8	1.5	0.8	0.8	2.3	1.6	2.4	2.4	0.9	0.7	2.4	2.2
(12) % de mujeres 15-19 con IMC < 18.5	4.2	5.4	5.4	7.5	3.2	4.0	0.0	2.1	5.0	4.8	4.4	8.4	1.9	2.7	5.4	6.8
(13) % de mujeres 20-24 con IMC < 18.5	1.8	1.6	3.0	1.5	1.1	1.7	0.6	0.4	1.0	1.7	3.2	2.2	0.4	0.9	2.4	2.1
(14) % de mujeres 25-29 con IMC < 18.5	2.3	1.3	1.2	1.8	3.1	0.9	1.2	1.0	3.3	1.0	1.5	2.1	0.6	0.3	3.1	1.9
(15) % de mujeres 15-24 con IMC < 18.5	3.2	2.7	4.4	3.2	2.3	2.4	0.3	0.8	3.5	2.7	3.9	3.9	1.3	1.4	4.1	3.6
(16) % de MEF con IMC ≥ 25.0	44.5	50.5	50.8	57.8	39.7	45.6	44.9	45.8	45.0	51.5	43.5	53.4	39.7	46.7	46.8	53.2
(17) % de mujeres 15-19 con IMC ≥ 25.0	21.9	28.9	26.3	33.3	18.6	26.2	25.1	32.7	21.7	28.5	21.2	27.7	23.7	28.8	20.9	29.0
(18) % de mujeres 20-24 con IMC ≥ 25.0	33.0	43.4	37.1	51.7	30.2	38.2	31.0	35.5	34.2	45.4	32.7	43.8	31.5	38.4	33.7	46.7
(19) % de mujeres 25-29 con IMC ≥ 25.0	49.2	50.8	57.7	55.3	43.0	47.1	43.5	41.1	50.4	53.3	52.3	54.2	43.6	45.4	51.9	54.2
(20) % de mujeres 15-24 con IMC ≥ 25.0	26.7	39.0	30.8	46.2	23.7	34.5	28.2	34.7	26.6	40.0	26.2	39.3	26.7	35.7	26.6	41.1

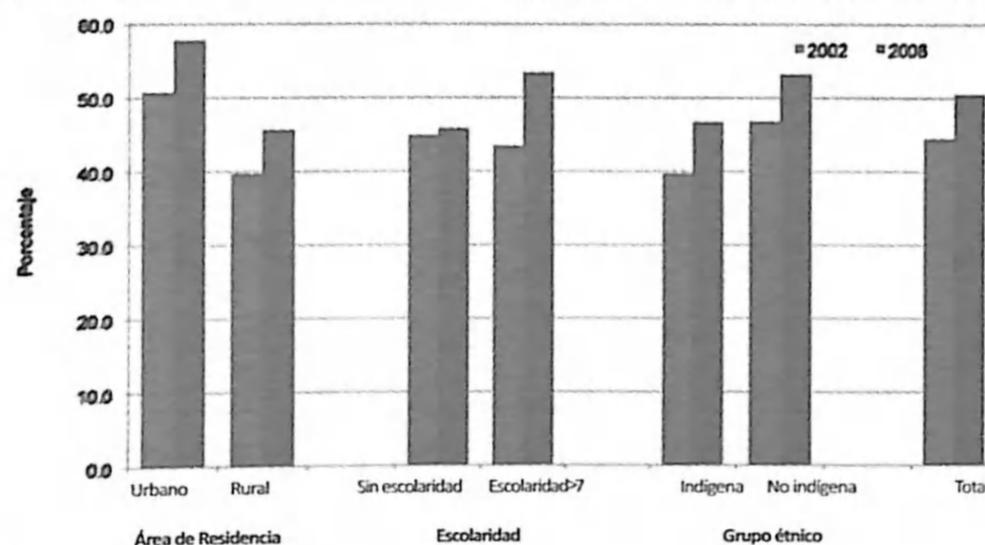
Fuente: Elaboración propia con datos de ENSMI 2002 y ENSMI 2008/9

Gráfica 26
Porcentaje de mujeres en edad fértil con IMC <18.5, total, por área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, Guatemala 2002 y 2008



Fuente: ENSMI 2002 y 2008/2009

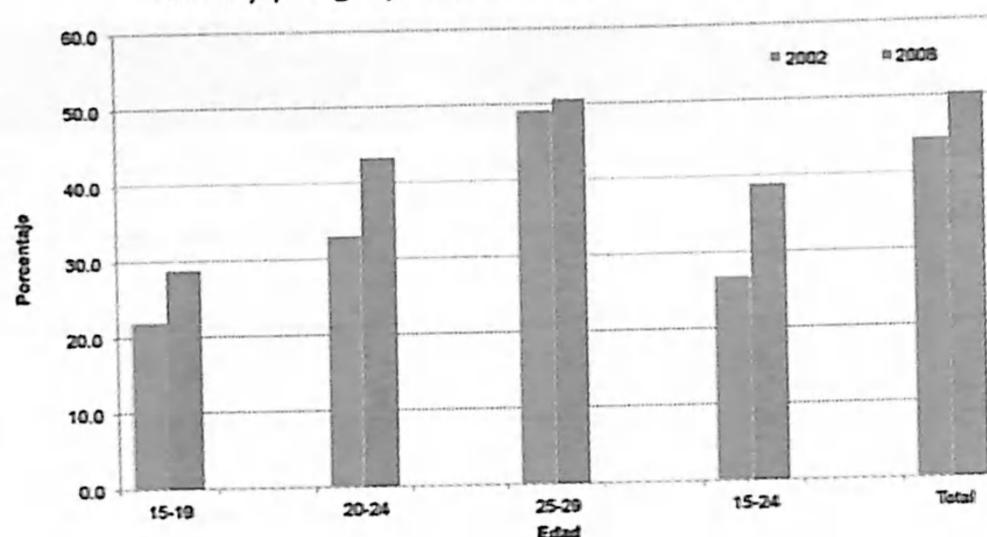
Gráfica 27
Porcentaje de mujeres en edad fértil con IMC >25.0, total, por área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, Guatemala 2002 y 2008



Fuente: ENSMI 2002 y 2008/2009



Gráfica 28
Porcentaje de mujeres en edad fértil con IMC >25.0,
total y por grupos de edad Guatemala 2008



Fuente: ENSMI 2002 y 2008/2009

3. Salud sexual y reproductiva: mortalidad materna, maternidad adolescente y acceso a la atención materna

La información del MSPAS sobre muertes maternas en niñas, adolescentes y jóvenes entre 10 y 29 años de edad, que aparece en el cuadro 35, sugiere que, del total de muertes maternas del año 2012 que ocurrieron entre las edades de 10 a 29 años, la mayor proporción se generó entre las mujeres de 20 a 24 años. En el mismo año se atendieron 15,266 partos de mujeres de las mismas edades, de los cuales 31% corresponden al grupo de 10 a 19 años.

Cuadro 35
Distribución de partos y muertes maternas, según la edad, 2012

Edad de la madre	Partos		Muertes maternas	
	n	%	n	%
10 - 14 años	299	2	5	3
15 - 19 años	4,468	29	46	23
20 - 24 años	6,151	40	75	38
25 - 29 años	4,348	28	74	37
Total	15,266	100	200	100

Fuente: SIGSA 8: Producción por servicio según unidades de medida, SIGSA 1: nacimientos y SIGSA 2: defunciones

La mortalidad materna aumenta en ambos extremos del grupo de 10 a 44 años, mostrando un nivel alto en las niñas y adolescentes de 10 a 14 y en mujeres de 40 a 44. El Estudio Nacional de Mortalidad Materna publicado en 2011⁹⁶ señala como primeras causas de muerte materna en adolescentes de 10 a 19 años la hipertensión, las hemorragias y la sepsis.

⁹⁶ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007; Guatemala, 2011.

Cuadro 36

Razón de mortalidad materna (x 100,00 NV) por grupos de edad en mujeres, entre 10 y 49 años. Guatemala 2011

Grupo de edad	No. de muertes maternas	Nacidos vivos	Razón de mortalidad
10 - 14	5	2,282	219.1
15 - 19	55	70,590	77.9
20 - 24	100	112,998	88.5
25 - 29	111	90,917	122.1
30 - 34	121	59,106	204.7
35 - 39	95	33,605	282.7
40 - 44	47	12,697	370.2
45 - 49	3	1,714	175.0
General	537	384,434	139.7

Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna; 2011

El descenso de la fecundidad general, que ha sido comentada en secciones anteriores, contrasta, sin embargo, con la maternidad adolescente, que desconcierta porque persiste en niveles altos. Con datos de las ENCOVI 2000, 2006 y 2011, en el cuadro 37 se comparan los números absolutos y las distribuciones de embarazos en adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años, como porcentaje del total de embarazos. Estos datos permiten arribar a las siguientes conclusiones: en términos absolutos, hay incrementos en los números de embarazadas por cada grupo de edad (con excepción del área rural y de mujeres indígenas en el grupo de 12 a 18 años), mientras que se manifiesta un leve descenso en la proporción de embarazos entre las mujeres de 12 a 18 y de 19 a 24 años, más acentuado en el área rural y entre las indígenas.

Cuadro 37

Guatemala: jóvenes mujeres que han estado embarazadas según grupo etario, 2000-2011

Características	ENCOVI 2000		ENCOVI 2006		ENCOVI 2011	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Total 12 a 18 años	88,100	9.2	94,767	8.4	91,463	7.3
Urbana	24,607	6.6	36,953	7.0	34,168	6.0
Rural	63,493	10.8	57,814	9.6	57,295	8.3
Indígena	39,400	10.1	36,042	8.0	38,107	7.3
No-indígena	48,700	8.5	58,638	8.7	53,356	7.3
Total 19 a 24 años	346,941	57.4	423,143	57.7	449,409	53.2
Urbana	119,301	44.4	199,050	54.2	210,494	47.6
Rural	227,640	67.8	224,093	61.2	238,915	59.2
Indígena	138,848	63.1	157,179	58.4	176,066	57.1
No-indígena	208,093	54.2	263,918	57.1	273,343	50.9

Fuente: Elaboración con datos de ENCOVI y PNUD.

Adicionalmente, los datos de la ENSMI que se incluyen en el cuadro 38, permiten comparar indicadores de los años 2002 y 2008 y sugieren incrementos en el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvieron un hijo antes de cumplir 20, 18 ó 15 años: estos incrementos son mayores en las áreas urbanas, entre mujeres de mayor escolaridad y en las no indígenas.

Cuadro 38

Indicadores reproductivos seleccionados en mujeres de 15 a 24 años, Guatemala, 2002 y 2008

Característica	% de mujeres de 20-24 años que tuvo un hijo antes de la unión y antes de los 20 años		% de mujeres de 20-24 años que dio a luz antes de la edad indicada					
			20 años		18 años		15 años	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008
Total	3.9	4.8	43.5	65.6	24.4	32.7	2.6	3.5
Residencia								
Urbana	4.8	5.9	35.0	59.9	18.6	28.6	1.7	3.3
Rural	3.4	4.1	49.2	69.2	28.3	35.3	3.3	3.6
Año de escolaridad								
0	3.7	5.1	67.9	79.8	42.8	48.2	6.1	6.2
1-6	4.3	4.1	53.3	69.0	30.5	35.6	2.8	3.3
≥ 7	3.7	5.9	21.7	51.0	9.2	18.5	0.9	2.3
Grupo étnico								
Indígena	4.4	2.4	54.3	70.1	33.7	35.4	4.4	2.9
No indígena	3.8	6.4	39.0	62.6	20.5	30.9	1.9	3.9

Fuentes: Figueroa, W. et al. Maternidad Temprana en Guatemala: un desafío constante. En Resumen, Nueva York, Instituto Guttmacher, 2006, No. 5; INCAP, con datos de ENSMI 2002 y 2008-2009

La evidencia disponible para Guatemala permite aseverar que en los últimos 10 años la cobertura del control prenatal y la atención institucional del parto han aumentado en todo el país. Los datos correspondientes al grupo de 15 a 24 años, en el cuadro a continuación, confirman esta tendencia, aunque se mantienen serias disparidades entre mujeres urbanas y mujeres rurales, entre aquellas sin educación y con secundaria, y entre indígenas y no indígenas.

Cuadro 39

Indicadores reproductivos seleccionados mujeres de 15 a 24 años, Guatemala, 2002 y 2008

Características	% de mujeres de 15-24 años que recibió atención prenatal profesional		% de mujeres de 15-24 años que recibió atención profesional en el parto	
	2002	2008	2002	2008
Total	69.9	78.1	50.9	60.8
Residencia				
Urbana	81.0	86.5	72.1	86.2
Rural	64.0	72.8	39.5	46.8
Año de escolaridad				
0	50.6	63.6	25.4	36.7
1-6	72.4	75.1	48.2	54.3
≥ 7	86.1	91.8	86.5	87.4
Grupo étnico				
Indígena	54.0	68.1	23.3	35.2
No indígena	79.2	84.3	66.9	76.8

Fuente: Figueroa, W. et al. Maternidad Temprana en Guatemala: un desafío constante. En Resumen, Nueva York, Instituto Guttmacher, 2006, No. 5, INCAP con datos de ENSMI 2002 y 2008-2009

4. Análisis de las causas externas

4.1. Homicidios

Dentro de los diversos actos violentos, el homicidio es el de mayor gravedad y visibilidad⁹⁷, y para clasificarlo se usan diversos parámetros. De acuerdo a la OPS, el índice normal de criminalidad oscila entre 0 y 5 homicidios por cada 100,000 habitantes por año: cuando el índice se sitúa entre 5 y 8, la situación es ‘delicada’ y si excede 8, es de ‘criminalidad epidémica’⁹⁸. Para la OMS, la tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes se clasifica en dos categorías: de 0 a 10 corresponde a inferior a epidemia, y de 11 a 47 constituye una epidemia de violencia⁹⁹.

De acuerdo al INDH¹⁰⁰, “Centroamérica –y en especial los países que forman su Triángulo Norte – es hoy por hoy la región más violenta del mundo. Esta región registra las tasas de homicidio más elevadas del planeta”, con 29.3 homicidios por cada 100,000 habitantes en el 2004, sólo superada por la región sudafricana, con 31.7 homicidios. La información del cuadro 40 pone de manifiesto que los jóvenes de la región latinoamericana y del Caribe tienen mayores probabilidades de morir a causa de un homicidio (mayor de 30) que sus pares en Europa y Oceanía.

Cuadro 40

Tasa de homicidio por 100,000 habitantes en jóvenes y no jóvenes, en varias regiones del mundo, 2009

Región	Joven	No joven
África	16.1	8.5
América del Norte	12.2	4.6
América Latina	36.6	16.1
Asia	2.4	2.1
Caribe	31.6	13.2
Europa	1.2	1.3
Oceanía	1.6	1.2

Fuente: Microdata WHOSIS y complementarios (2009)

El Informe estadístico de la violencia en Guatemala¹⁰¹ reporta la tasa de homicidios entre 1996 y 2006, pudiendo observarse un alza permanente, a partir del 2000, registrando para los años 2005 y 2006 valores superiores a los encontrados en el período previo a la firma de los Acuerdos de Paz.

Cuadro 41

Tasa de homicidio por 100,000 habitantes. Guatemala, 1995-2006

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
tasa	38	40	43	34	26	28	30	32	37	38	44	47

Fuente: Informe estadístico de la violencia en Guatemala. PNUD, 2007

⁹⁷CEPAL 2008, Op cit.

⁹⁸CEPAL 2008, Op cit.

⁹⁹PNUD. Informe estadístico de la violencia en Guatemala. Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD Guatemala, Arturo Matute Rodríguez e Iván García Santiago, 2007.

¹⁰⁰PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010; Guatemala, 2010.

¹⁰¹ PNUD 2007, Op cit.



Según datos incluidos en el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009-2010, en Guatemala se observa un repunte de la tasa de homicidios, la cual aumentó –hasta casi duplicarse– entre el 2000 y el 2009, de 28 a 48 homicidios por cada 100,000 habitantes¹⁰². Al analizar la información de acuerdo a grupos de edad (Cuadro 42), se observa que en nueve meses del 2011 casi dos terceras partes de los homicidios (61.7%) suceden en grupos de adolescentes y jóvenes (entre los 13 y 29 años de edad).

Cuadro 42

Distribución porcentual de muertes violentas y lesiones, por grupo etario, enero a septiembre 2011

Grupo de edad	Homicidios	Lesionados
13-17	11.4	4.7
18-21	16.8	18.1
22-25	18.1	16.4
26-29	15.4	15.0
30-33	12.8	15.6
34-37	7.4	8.4
38 y más	18.1	21.7

Fuente: PDH con datos de la PNC

La información por sexo de la víctima, sugiere que el 88.3% de los homicidios registrados entre enero y septiembre de 2011 eran de hombres, mientras que el 11.7% fueron mujeres. Con estos datos se constata la sobreexposición o concentración de la mortalidad juvenil masculina, ya que nueve de cada diez homicidios eran de hombres. Este dato no disminuye el peligroso fenómeno del femicidio, el cual va en aumento, por lo que se le dedicará atención especial en este documento.

El Informe estadístico de la violencia en Guatemala¹⁰³ analizó los homicidios en los municipios del país con mayor representación indígena y no indígena y calculó la tasa de homicidios en ambos grupos. El análisis revela que en aquellos municipios con mayoría de población indígena, la tasa de homicidios fue de 15.8, mientras que en los municipios con mayoría de población no indígena, la tasa casi se cuadriplica a 58.2¹⁰⁴.

4.2. Violencia sexual

De acuerdo a la OMS¹⁰⁵, la “violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados”. Según el INDH¹⁰⁶, “la tasa de violaciones en Guatemala para 2005 y 2006 es como ‘elevada’ dentro del ranking mundial”, reportando tasas de 39 y 31, respectivamente, superior a 25 por 100,000 habitantes, según IIsed¹⁰⁷. Los datos de la PNC del cuadro siguiente ponen de manifiesto que una altísima proporción de las violaciones de

¹⁰² PNUD 2009/2010, Op cit.

¹⁰³ PNUD 2007, Op cit.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2002.

¹⁰⁶ PNUD 2009/2010, Op cit.

¹⁰⁷ PNUD 2007, Op cit.

mujeres en el 2010 se concentraban en el grupo de 11 a 20 años. Preocupa también que 9% del total de ese año ocurriera en niñas de 0 a 10 años.

Cuadro 43
Casos de violación de mujeres por grupos de edad, 2010

Grupo de edad	No. de casos	%
0 a 10	45	9.1
11 a 20	326	65.7
21 a 30	78	15.7
31 a 40	29	5.8
41 a 50	6	1.2
51 a 60	2	0.4
61 a 70	3	0.6
71 y más	1	0.2
Ignorados	6	1.2
Total	496	100

Fuente: Policía Nacional Civil

En el cuadro a continuación se presentan datos de ENSMI en 2002 y 2008 sobre actos de violencia verbal, física y sexual experimentados por mujeres guatemaltecas. Se observa un incremento de los actos de violencia sexual en casi todos los grupos por igual, con excepción de mujeres entre los 40 y 44 años y las que no tenían educación. Las manifestaciones de violencia física disminuyeron en el total de mujeres, pero se incrementaron en algunos grupos como en los de mujeres de 15 a 29 años, en áreas urbanas, en mujeres no indígenas y en las de mayor educación.

Cuadro 44
Mujeres que sufrieron acto de violencia por pareja o ex pareja en últimos 12 meses, 2002 y 2008

Característica	2002			2008-2009		
	Verbal	Física	Sexual	Verbal	Física	Sexual
Total	25.2	8.6	3.5	21.6	7.8	4.8
Edad						
15-19	20.7	3.6	2.8	26.6	10.8	5.1
20-24	23.5	8.8	2.7	25.8	10.0	4.7
25-29	23.8	8.9	3.4	23.5	9.5	5.0
30-34	27.2	10.8	4.1	21.1	7.2	4.7
35-39	27.3	10.7	3.2	19.9	6.9	4.6
40-44	28.6	9.9	5.4	20.2	5.7	4.8
45-49	28.8	8.1	3.8	14.8	4.9	4.5
Área de residencia						
Urbana	22.1	8.1	3.4	24.8	8.8	4.8
Rural	27.5	8.9	3.6	19.1	7.1	4.7
Grupo étnico						
Indígena	33.0	11.4	3.9	17.7	6.6	4.2
No indígena	21.8	7.3	3.3	24.1	8.6	5.1
Nivel de educación						
Sin educación	33.8	12.7	5.4	15.5	7.1	4.9
Primaria	26.4	8.8	3.5	22.7	8.0	5.1
Secundaria	16.5	4.7	1.8	26.4	8.3	3.9
Superior	7.5	1.9	2.0	23.9	8.7	3.8

Fuente: ENSMI 2002 Y 2008/2009



4.3. Femicidios

La Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la Mujer¹⁰⁸, conceptualiza el femicidio como la "...muerte violenta de una mujer, ocasionada en el contexto de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres". Del 2001 a 2006 se registró un repunte del número de femicidios registrados, duplicando la cifra de 303 en el año 2001 a 603 en 2006, como puede apreciarse en el cuadro 45¹⁰⁹. El promedio de mujeres asesinadas en estos seis años corresponde al 9.9% del total de homicidios en el mismo periodo, haciendo notar que estas cifras se dan en un contexto de aumento del total de homicidios, por lo que la frecuencia se incrementó en casi un 100% en esos seis años.

Cuadro 45
Porcentaje de femicidios del total de homicidios, 2001-2006

Año	No. Femicidios	% del total de homicidios	No. total homicidios
2001	303	9.3	3,230
2002	317	8.7	3,631
2003	383	9.0	4,237
2004	497	12.4	4,507
2005	518	9.7	5,338
2006	603	10.3	5,885

Fuente: Informe Estadístico de la Violencia en Guatemala, PNUD, 2007:19 y 30.

Datos más recientes del Ministerio Público, de acuerdo al INDH¹¹⁰, señalan que el femicidio ha tenido un incremento del 390% en los últimos diez años - de 182 casos registrados en el año 2000 a 710 en 2011-, siendo las mujeres en edad reproductiva las más afectadas; los datos también ilustran la alarmante aparición de casos en niñas y adolescentes y jóvenes.

¹⁰⁸ Decreto 22-2008, Congreso Nacional de la República de Guatemala.

¹⁰⁹ PNUD 2007, Op cit.

¹¹⁰ PNUD 2011/2012, Op cit.

V. DESAFÍOS Y ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN

Como resultado del proceso de examen crítico de fuentes y datos para elaborar este perfil epidemiológico de la juventud en Guatemala, se han identificado vacíos importantes de información que permita llegar a tener una visión completa y actualizada de la situación epidemiológica de este grupo poblacional. Hace falta desarrollar estudios a nivel de hogar, en los servicios de salud y en la comunidad que consigan hacer visibles las necesidades no satisfechas de jóvenes y adolescentes, profundizando en el análisis, con sentido de prioridad, de la problemática de la violencia, la salud mental, los conocimientos y prácticas de naturaleza sexual y reproductiva, atendiendo a las particularidades de jóvenes y adolescentes indígenas. A partir de las tendencias y patrones que se han venido documentando en este perfil, resulta imperativo y urgente poner en marcha intervenciones de carácter intersectorial para reducir los riesgos que están afectando la salud de estos grupos, y fortalecer la adopción de conductas y hábitos relacionados a factores protectores que garanticen su sobrevivencia y mejor estado de salud y nutrición.

En tal sentido, los resultados del análisis del perfil epidemiológico permiten vislumbrar el desarrollo de intervenciones en dos ejes de carácter estratégico: uno de naturaleza intersectorial en el que se aborden, con sentido de prioridad, algunos de los determinantes estructurales e intermedios y factores de riesgo tales como los de tipo ocupacional (como la educación para el trabajo) de naturaleza psicológica y conductual, así como las barreras a un acceso gentil y pertinente a los servicios y atención en salud; y otro eje orientado al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud, con enfoque interdisciplinario, integral y universal.

EJE ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL

Deberá integrarse en los compromisos de gobierno para la juventud un conjunto de estrategias que fomenten la comunicación y colaboración entre sectores e instituciones alrededor de los grupos adolescentes y jóvenes. Ello implica que:

- ★ Se debe realizar un diagnóstico integral y diferenciado de adolescentes y jóvenes, con enfoque de riesgo, según grupos de edad, identidad étnica y región de residencia, para profundizar en la especificidad de sus necesidades y capacidades para construir nuevas realidades en su entorno.
- ★ Es importante incluir componentes programáticos de juventud y adolescencia que sean pertinentes y factibles en cada plan de desarrollo que formulan y ejecutan los Consejos Departamentales de Desarrollo, a fin de visibilizar los daños y problemas prioritarios y el conjunto de medidas eficaces a implementar.
- ★ El gobierno central debe fortalecer, técnica y financieramente, las capacidades en monitoreo y evaluación de impacto del Consejo Nacional de Juventud a fin de

determinar cuáles son los logros más importantes en relación al cambio de las condiciones de vida de los jóvenes y adolescentes en riesgo.

- ★ Se buscará concertar la elaboración de una estrategia operativa, de mediano y largo plazo, que movilice voluntades, poder y recursos alrededor de un número limitado de prioridades en el tema de juventud y adolescencia.
- ★ Cualquier política nacional de juventud debe contemplar, en sus lineamientos, orientaciones y líneas de acción, el mejoramiento de competencias de los recursos humanos de las distintas instituciones para el trabajo intersectorial, con énfasis en estrategias de promoción de estilos de vida, el fomento del auto-cuidado y el cambio de comportamientos, así como el desarrollo de acciones que fortalezcan los procesos en las dimensiones familiar y comunitaria.

EJE ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD

A partir de los resultados del perfil epidemiológico de adolescentes y jóvenes, y tomando en cuenta la existencia de instrumentos de política sectorial en salud, o diversos instrumentos que toman en consideración la problemática de jóvenes y adolescentes, se propone elaborar y poner en marcha un “plan de acción inmediata” que cumpla con el propósito de sensibilizar a todos y dar directrices, de sentido común, sobre el rol que juegan estos grupos en la construcción de un mejor país, mejor entorno y mejores condiciones sociales para la población.

Además de cumplir con la función de abogacía y sensibilización, el “plan de acción inmediata” debe conseguir el compromiso firme de todo aquel personal que trabaja en el sector salud, como parte de equipos multidisciplinarios, de aplicar su conocimiento y sensibilidad al mejoramiento de las vidas de grupos de adolescentes y jóvenes.

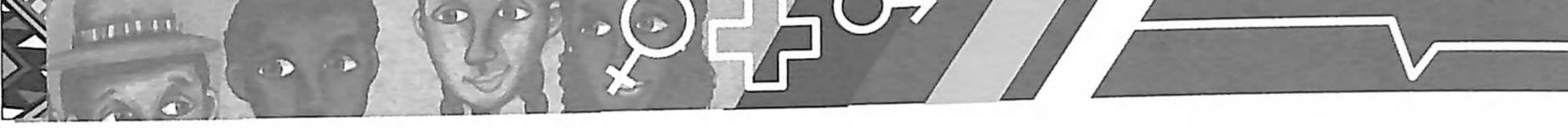
En cualquier programa o plan de salud integral para adolescentes y jóvenes, es crítico tomar en cuenta el rol protagónico que pueden jugar estos grupos - objetivo en la identificación de sus necesidades en orden de prioridad, y en el diseño, la organización y la ejecución de medidas tendientes a mejorar su salud integral y a promover la adopción de prácticas de auto-cuidado.

Como parte del conjunto de medidas que es necesario iniciar para darle a los adolescentes y jóvenes la posibilidad de prevenir los riesgos y atenuar los daños a la salud, se sugiere que se contemplen temas como los siguientes:

- Salud sexual y reproductiva con un fuerte componente de educación sexual, atención cálida en los servicios de salud, y atención psicológica con pertinencia cultural y de género, para una vida sexual plena y sin riesgo.

- Detección temprana de enfermedades y condiciones crónicas de morbilidad y atención oportuna en servicios de salud fortalecidos.
- Prevención de sobrepeso y obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con focalización en actividad física y promoción de alimentación saludable en centros escolares, instituciones empleadoras y grupos sociales en la comunidad y barrio.
- Estrategia integral de prevención de la violencia, con énfasis en el establecimiento de mecanismos de denuncia y penalización a los actos de violencia contra las mujeres y niñas, y puesta en marcha de medidas que promuevan una cultura de paz entre los ciudadanos y ciudadanas jóvenes.
- Salud mental basada en la comunidad, con acciones de fortalecimiento de competencias y capacidades de 'mentoría' dirigidas a padres, cuidadores y líderes locales.





VI. BIBLIOGRAFÍA

Abaunza, H. Agencia personal y juventud; documento mimeografiado, 2009.

Abaunza, H. De Juventudes y Jóvenes. Documento presentado ante el VI Comité Técnico Consultivo del Informe Centroamericano sobre Seguridad Ciudadana. Managua 02 de junio del 2009

Argueta, B. et al. Los intereses de la juventud en Guatemala – una aproximación desde las Escuelas Abiertas; Guatemala, 2011.

Bases de Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Study 2010. Disponible en <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>.

Cavalli, S. El Paradigma del curso de vida, Universidad de Ginebra/Universidad Nacional de Luján, 2005.

Chaves, M. Investigaciones sobre juventudes en la Argentina: estado del arte en ciencias sociales, 1983-2006. Papeles de trabajo. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. ISSN: 1851-2577. Año 2, no. 5, Buenos Aires, junio de 2009.

CEPAL/UNFPA. Perfil Epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, limitaciones, acciones; Santiago de Chile, 2011.

CEPAL. Juventud y Cohesión social en Iberoamérica, un modelo para armar. División de Desarrollo Social de la CEPAL, Santiago de Chile, 2008.

CEPAL. Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y El Caribe; Santiago 2008

CELADE: Basado en BID/CEPAL/CELADE (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina, Santiago, 1996.

Cifuentes, M. Tesis de Prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género; Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Medicina, Guatemala, Mayo 2004.

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

Flores, E. Transiciones. Recuperado de: <http://www.uacj.mx/docentes/eflores/Documentos%20de%20materias/Curso%20de%20Sistemas%20de%20Salud/Transiciones.ppt>

Frenk, J. et al. La Transición Epidemiológica en América Latina, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 111(6), 1991.

Global Burden of Disease (GBD). Gore, F, et al. Global Burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.

GBD. Lim, S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.

GBD. Murray, C, et al. Disability -adjusted life years (DALY's) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.

GBD. Salomon, J. et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010

GBD, Wang, H, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.

Global Burden of Disease 1990: Murray, C and Lopez, A. The Global Burden of Disease and Injury 1. Global Burden of Disease - A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020; Harvard University Press, 1990; Murray, C and Lopez, A. The Global Burden of Disease and Injury 2. Global Health Statistics - A Compendium of Incidence, Prevalence and Mortality Estimates for Over 200 Conditions; Harvard University Press, 1990; Murray, C and Lopez, A. The Global Burden of Disease and Injury 3. Health Dimensions of Sex and Reproduction - The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies; Harvard University Press, 1990

INE. Proyecciones de población en base al XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación de Guatemala, 2002.

Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: generating evidence, guiding policy; Washington, 2013

ISIS/UE/Gobierno de Navarra/Medicusmundi. Perfil epidemiológico nacional; Guatemala, 2012.

Kuh, D, Ben-Shlomo, Y, Lynch, J, Hallqvist, J, Power C. Life course epidemiology, 2003.

Lenoir, M. Silbert. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1), criterios, diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch.argent.pediatr 2006; 104(3): 253-260.

MSPAS/OPS-OMS/CDC. Documento Encuesta Mundial de Salud Escolar; Guatemala 2009

Monteiro, M. Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.

Moscoso, V. El Sistema de Salud en Guatemala, 3: Retratos de muertes evitables. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

Moscoso, V. Perfil de los sistemas de salud en Guatemala – monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma; USAID/OPS-OMS, Washington D.C., 2007

Murad Saad Paulo, Miller Tim, Martínez Ciro. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina; R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 237-261, jul/dic. 2009.

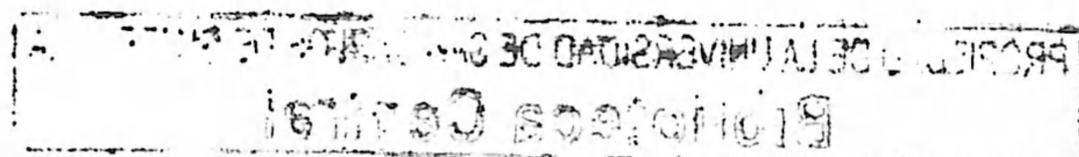
ODHAG, 2008. Situación de la Niñez y Adolescencia 2008, p.22 (con base en la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias adictivas. (CIDAC/OEA, INE, 2007)

Omran, A. R. The epidemiological transition theory revisited thirty years later, World Health Statistics Quarterly, N° 51, 1998.

OPS/OMS. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral; Washington, 2010.

OPS/OMS. Salud en las Américas. Volumen I – Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C, 2007.

OMS. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, 2013. Apoyo al decenio de acción. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad (VIP). Ginebra, Suiza. Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013.



Organización Mundial de la Salud (OMS). Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud; Conferencia Mundial sobre los Determinantes de la Salud, Brasil, 2011

OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2002.

Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000". Serie de Informes Técnicos 731. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986.

OMS. Datos sobre la seguridad vial en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud.

Palmieri, M. Relación entre malnutrición y desarrollo humano en la juventud. Aporte para la elaboración del INDH 2011/2012, PNUD, Guatemala, 2012

Palmieri, M, et al. Apreciación de la situación de la seguridad alimentaria nutricional en América Latina y el Caribe. Publicación INCAP ME/120; Guatemala, marzo 2006.

PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2013: el ascenso del Sur, progreso humano en un mundo diverso; Nueva York, 2013.

PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2011/2012; Guatemala, 2012.

PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010; Guatemala, 2010.

PNUD. Informe estadístico de la violencia en Guatemala. Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD Guatemala, Arturo Matute Rodríguez e Iván García Santiago, 2007.

Popkin, Barry. The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences; Public Health Nutrition: 5(1A), 205–214.

Salomon, J, and Cristopher J. L. Murray. The epidemiological transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex", Population and Development Review, vol. 28, N° 2, New York, Population Council, 2002.

SECCATID. Resultados de Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Adictivas. Enero, 2012

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007; Guatemala, 2011

SESC/CONJUVE/INE. Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala, ENJU 2011

Solar, O and Irwin, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health; WHO; 2010

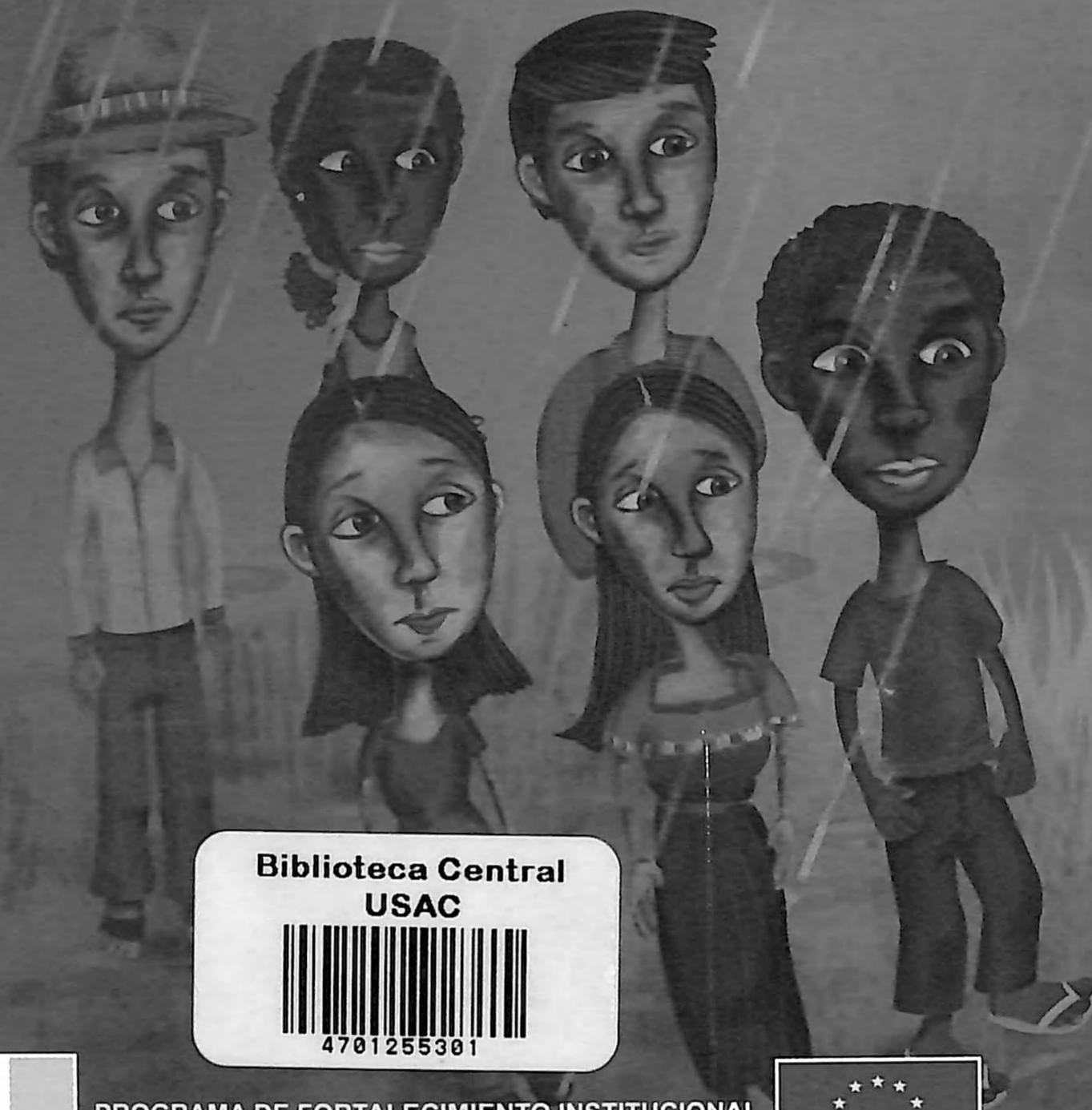
Torres E. Edelberto. La Juventud guatemalteca, Condiciones y Situaciones. Programa Juventud UE 2012.

UNICEF. Desarrollo Positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Tema de Políticas Públicas. Panamá, 2008

World Health Organization. The Global Burden of Disease – 2004 Update; Geneva, 2008

World Health Organization. Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54; Geneva, 2003

Hay que mirar a las y los jóvenes



**Biblioteca Central
USAC**



4701255301



GUATEMALA

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
DEL SECTOR JUVENTUD EN GUATEMALA**



UNIÓN EUROPEA

5a avenida 15-45 Zona 10, Edificio Centro Empresarial, Torre II, Oficina 1102

Tels.: (502) 2333-7548 / 2366-4891 / 2367-5842

info@ueprogramajuventud.org.gt / www.ueprogramajuventud.org.gt

Delegación de la Unión Europea en Guatemala

www.eeas.europa.eu/delegations/guatemala