

CONCEPCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
EN LA ADOLESCENCIA

CONCEPCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Recomendaciones para la implementación
del Plan Regional de Salud en la región de La Libertad
en las prioridades sanitarias de embarazo no deseado,
aborto y violencia familiar que afectan a los/las adolescentes

Susana Chávez
Rossina Guerrero
Janeth Espinoza
Gabriela Ayzanoa



CIES
consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



- © Susana Chávez A, con la colaboración de Rossina Guerrero V.
- © Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.consortio.org/observatorio>
- © CARE-Perú
Programa Derechos en Salud
<www.care.org.pe>
- © Centro de Promoción y Defensa de los Derechos
Sexuales y Reproductivos – PROMSEX
<www.promsex.org>

Edición: Lima, marzo de 2007
Edición y corrección de estilo: Carmen Ollé
Cuidado de edición: Hilda Sarabia
Arte de carátula: Julissa Soriano
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-03274
ISBN 978-9972-804-71-7

Esta publicación forma parte del proyecto Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford.

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

El Observatorio del Derecho a la Salud y CARE-Perú no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de sus autoras.

Contenido

Presentación	11
Introducción	13
Capítulo 1	
SITUACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES	39
1.1 Características de la población adolescente en el Perú y en la región de La Libertad	39
1.2 Problemas de salud sexual y reproductiva que afectan los derechos de los/las adolescentes en el Perú y en la región de La Libertad	41
Capítulo 2	
EL ROL DE LAS INSTITUCIONES SOCIALES EN EL EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES: FAMILIAS, ESCUELA Y SERVICIOS DE SALUD	61
Capítulo 3	
LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA	75
3.1 Funciones de las instancias de gobierno en el marco de la descentralización que pueden influir en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los y las adolescentes	76

3.2 El Plan Participativo Regional de Salud de La Libertad (PPR-Salud). Marco para el desarrollo de políticas de la región para disminuir el embarazo en adolescentes, el aborto y la violencia	80
---	----

Capítulo 4

EL EMBARAZO NO DESEADO, EL ABORTO EN ADOLESCENTES Y LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO PROBLEMAS SANITARIOS PRIORIZADOS EN EL PLAN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DISTINTOS ACTORES SOCIALES DE LA LIBERTAD	85
--	----

Capítulo 5

RESULTADOS	89
------------	----

5.1 Apreciaciones de la adolescencia. Cómo ven los/las informantes a los/las adolescentes	89
5.1.1 Percepciones acerca de la situación y los problemas que enfrentan los/las adolescentes	91
5.1.2 El escaso reconocimiento de los derechos humanos de los niños y niñas	93
5.2. Los espacios y los adolescentes: hogar, escuela y servicios de salud	94
5.2.1 Los hogares	95
5.2.2 Las escuelas	95
5.2.3 Los establecimientos de salud	95
5.3. Las dinámicas sexuales. El inicio sexual, regulación de la fecundación, el embarazo y el aborto	96
5.3.1 Cómo se percibe el ejercicio de la sexualidad en los/las adolescentes	96
5.3.2 Información y educación sexual	99
5.3.3 Inicio sexual	100
5.3.4 Regulación de la fecundidad, acceso a métodos anticonceptivos	102
5.3.5 Embarazo	104
5.3.6 Aborto	105
5.4 Factores que interfieren con las dinámicas sexuales y reproductivas	107

5.4.1	Falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados para adolescentes	107
5.4.2	Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes	112
5.5	Violencia basada en género, uno de los principales problemas que enfrentan las familias	116
5.5.1	Cómo se define la violencia	116
5.5.2	Causas que están a la base de la violencia que afecta a los/las adolescentes	117
5.5.3	Violencia sexual	119
5.5.4	Vulnerabilidad frente a la violencia basada en género y la violencia sexual	120
5.5.5	Resultados de la violencia que afecta a los/las adolescentes	121
5.6	Respuestas desde el Estado. Cómo evalúan los informantes la política pública	122
5.6.1	Servicios que están orientados a los/las adolescentes	122
5.6.2	Recursos disponibles	124
5.6.3	Esfuerzos multisectoriales	124
5.6.4	Expectativa con respecto a los servicios	124
5.6.5	Recursos claves	125
5.6.6	Organización para la atención de violencia intrafamiliar	126
5.6.7	Participación de los/las adolescentes en los programas	127
5.7	El proceso de consulta ciudadana para determinar prioridades sanitarias en el marco de la descentralización	127
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	135
	BIBLIOGRAFÍA	151

Presentación

Definida por los organismos internacionales como el grupo humano que se encuentra entre 10 y 19 años, la adolescencia es un periodo vulnerable sujeto a cambios somáticos y psicológicos y expuesto a fuertes presiones sociales de su entorno.

En la adolescencia, las personas buscan y definen su propia identidad y se autoafirman como individuos. Sin embargo, existe una percepción estereotipada de los/las adolescentes como un grupo humano carente de reflexión, discoló, hedonista y siempre abierto a cualquier experimentación. La adolescencia es vista como una etapa problemática, especialmente por la aparición de características sexuales secundarias, por el crecimiento emocional psicológico, social y mental.

Centrado en los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan los derechos de los/las adolescentes en la región de La Libertad, el estudio destaca lo que –en términos teóricos– parece obvio: que la ley internacional declara que niños, niñas y adolescentes gozan de los mismos derechos humanos que los adultos bajo determinadas condiciones y tutelaje. No obstante, en la vida cotidiana, el tutelaje que se impone sobre ellas y ellos muestra, muchas veces, falta de reconocimiento a su calidad de seres humanos portadores de derechos.

La controversia surge cuando se juzga a los/las adolescentes totalmente incapacitados/as para determinar “sus propios intereses”, siendo los adultos e instituciones encargados de su cuidado –la familia, la escuela, el Estado– los únicos que pueden hacerlo. Los/las adolescentes se enfrentan así a realidades que niegan y contradicen sus expectativas de vida y realización personal, pues muchos de aquellos cambios son del orden sexual

y tienden a derivarse en lo reproductivo, de ahí que el abordaje del tema sea más complejo en una sociedad donde las reglas de reproducción de religiones y morales particulares influyen y, muchas veces, determinan las funciones del Estado y la política pública.

A la luz de los instrumentos normativos que protegen y garantizan los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los/las adolescentes en el plano internacional y la legislación vigente en el ámbito nacional, el estudio que se presenta analiza la problemática y vaivenes de la política pública frente al embarazo adolescente, la educación sexual en los hogares, escuelas y la orientación sexual y reproductiva en los servicios de salud.

Con el fin de profundizar los conocimientos e información sobre el embarazo no deseado, el aborto y la violencia, que afectan particularmente a la población adolescente, se dan a conocer las concepciones y percepciones que tienen las y los adolescentes y las autoridades y decisores/as, acerca del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y se identifican las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los/las adolescentes que residen en las zonas rural y urbana en la Región de La Libertad.

CARE-Perú, Programa Derechos en Salud
CIES, Observatorio del Derecho a la Salud

Introducción

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ADOLESCENCIA Y LA SEXUALIDAD

En una declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) definieron como adolescentes al grupo humano que se encuentra entre 10 y 19 años. Entre los 10 y 14 años son considerados “adolescentes tempranos”, mientras que entre los 15 y 19 se denominan “adolescentes tardíos”.¹

Sin embargo, la adolescencia –así como la juventud– son conceptos contemporáneos, pues aunque siempre han existido niños, niñas, adolescentes y jóvenes –como componentes del ciclo vital referido a los cambios naturales–, su conceptualización se vincula con los procesos de construcción social y cultural. A ello se debe en parte que algunos autores cuestionen la definición de la “adolescencia” como un concepto generalizador, ya que no habría “adolescencia” sino “adolescentes”, lo que permitiría recuperar no solo las distintas maneras de vivir esta etapa sino también los distintos significados dados por las sociedades y culturas. Es decir, “la adolescencia” ha de interpretarse como un fenómeno social, cultural e históricamente determinado, siendo el/la adolescente

1 FOCUS on Young Adults, 1998. Manual de capacitación para facilitadores. Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva. Lima: FOCUS on Young Adults.

producto y agente en todo proceso recurrente cognoscible de constitución e interpretación de la(s) realidad(es) negociada(s) con otros.²

La creación de la definición de adolescencia, como estadio diferenciado, tiene un origen eminentemente occidental y, como condición, aparece junto con la definición y “descubrimiento” de la niñez (siglo XVIII).³ El surgimiento de la etapa se relaciona con la extensión de la educación obligatoria hasta edades más avanzadas, con los límites permitidos para trabajar, así como con el reconocimiento de la responsabilidad legal limitada de los jóvenes. Estos nuevos conceptos motivaron cambios sustantivos en la percepción del adolescente, de un “adulto en formación”, al reconocimiento de etapas particulares que implican cambios somáticos y psicológicos que requieren del control ejemplificador y de la educación, que deberían permitir el proceso de desarrollo personal e integración social de las nuevas generaciones. Desde esta mirada, la adolescencia se considera como el “tiempo de espera” y el principal objetivo de los entornos –familias, comunidad, instituciones– es fortalecer el “proceso formativo” y garantizar la “protección”. Sin embargo, en la medida que las organizaciones sociales no pueden desligarse de sus características de inequidad, injusticia, discriminación y autoritarismo, dicho proceso formativo se traduce en la imposición de parámetros que buscan controlar no solo los comportamientos sino las propias vivencias de los/las adolescentes. En este sentido, para muchos, la adolescencia además de ser una etapa de vida con determinadas características y encargos sociales –la nueva generación de recambio–, también es considerada *per se* como una etapa “problemática”, con déficit, crisis irresolubles o carencias insalvables, las cuales deben ser cuidadosamente controladas, evaluadas y encauzadas; esta labor tiene que estar a cargo, en primer lugar, de las familias y, luego, de las instituciones.

En la definición de adolescencia también han contribuido otras disciplinas, como la medicina y la psicología. Desde el punto de vista biomédico, la adolescencia está referida “al tiempo entre el comienzo de la maduración sexual (pubertad) y la edad adulta”, el mismo que ocurre

2 J. M. Moral: “La juventud como construcción social: Análisis desde la psicología social de la adolescencia”, *Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social*, AS 933-1998. Disponible en www.psyco.unionvi.es

3 *Ibidem*.

por lo general entre los 13 y 19 años de edad.⁴ En este periodo, los y las adolescentes, experimentan una serie de cambios físicos que se expresan en su cuerpo, pero que también dan inicio a nuevas funciones biológicas, como las sexuales y las reproductivas.

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es un periodo del ciclo vital humano caracterizado por la aparición de características sexuales secundarias, la evolución de los procesos psicológicos que implican cambios y crecimiento emocional, psicológico, social y mental, en el que las personas buscan y definen su propia identidad y se autoafirman como individuos, se apropian de valores y amplían su mundo de referencia social, más allá de la familia. Es una etapa en donde las decisiones se van haciendo más autónomas, se producen cuestionamientos al orden social y se experimentan nuevas vivencias, particularmente en el campo afectivo emocional, tales como el enamoramiento y/o la atracción sexual. En la medida que la infancia y la adolescencia son etapas de dependencia familiar no pueden desvincularse de los conceptos de familia que, históricamente, han pasado por diferentes paradigmas y desde donde también se han ido delineando las distintas prácticas formativas.

El campo legal también ha aportado en el ámbito de las definiciones a partir de sus distintas doctrinas y principios, que se han ido modificando con el avance en el reconocimiento de los derechos humanos. Forma parte de este bagaje la “Doctrina de la situación irregular”, cuyo principio se basa en que la sociedad debe ser protegida de individuos que en el futuro pueden ser problemáticos y para lo cual se busca “corregir” oportunamente una situación anómala, como aquellos que no pertenecen a una “buena familia”,⁵ los que se encuentran en un estado de peligro, los que han cometido faltas o los que están en abandono material y moral. Se incluye dentro de los grupos de interés a aquellos que padecen de un déficit físico o mental.⁶ Esta condición exige no solo tratamiento jurídico sino también el control tutelar institucional.

Esta doctrina ha sido superada por la “Doctrina de la protección integral”, que reconstruye el concepto de infancia y de adolescencia desde

4 Disponible en <www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>

5 Socialmente aceptable; es decir, hijos de parejas formalmente constituidas por el matrimonio.

6 Jorge Valencia Corominas, citado en *Derechos Humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral* .

una visión de reconocimiento de la persona como sujeto de derechos y que toma en consideración los propios intereses, tanto del niño como del adolescente. Sin embargo, con esta doctrina se sigue viendo, tanto al niño como al adolescente, como un “objeto” de propiedad de sus padres, cuya relación se desenvuelve exclusivamente en el ámbito “privado”. Según esta perspectiva, los menores de edad estarían totalmente incapacitados para determinar “sus propios intereses”, siendo los adultos e instituciones encargados de su cuidado los únicos que pueden hacerlo.

En términos de la sexualidad y la reproducción, el abordaje todavía resulta más complejo, dado que muchos de los cambios son del orden sexual y tienden a derivarse en lo reproductivo. La sexualidad está reconocida como “una confluencia de factores –biológicos, psicológicos, culturales, éticos, entre otros– que permite a las personas construir su identidad y establecer redes sociales y afectivas; es decir, tendría un componente intrapersonal, referido al individuo, y uno relacional o psicosocial, referido a las relaciones sociales”.⁷

En un contexto de globalización de la información, en donde lo sexual ocupa un lugar importante en la vida cotidiana de las personas, los y las adolescentes no están fuera de esta influencia, y aunque en el desarrollo y ejercicio de sus sexualidades se han generado cambios sustantivos que se expresan en las diversas facetas de sus vidas, es claro que también se enfrentan a realidades que niegan y contradicen dichas expresiones, generando no solo desencuentros entre adultos y adolescentes, sino también afectando su desarrollo y desenvolvimiento.

DERECHOS HUMANOS DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES, TENSIONES EN SU CUMPLIMIENTO

La protección de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes en el plano internacional es una concepción relativamente nueva que ha venido instaurándose de manera progresiva, tal como ha venido ocurriendo con los derechos de otros grupos específicos: mujeres, indígenas, desplazados/as, etcétera.

7 D. Tarazona: “Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente”, *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, N° 6, Año II (diciembre 2005), pp. 1-18.

Según Pedro Nikken, “la noción de derechos humanos se corresponde con la afirmación de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas frente al Estado. El poder público debe ejercerse al servicio del ser humano; no puede ser empleado lícitamente para ofender atributos inherentes a la persona...”⁸ En ese sentido implica aspectos políticos y sociales que se juridifican debido a la necesidad, ya sea de garantía, de protección y promoción, para lograr el desarrollo integral de la persona; es decir, que se requiere de su reconocimiento escrito, a nivel nacional e internacional, como medio para hacerlos valer frente al Estado.

La ley internacional declara que niños y niñas, incluidos los y las adolescentes, gozan de los mismos derechos humanos que los adultos, por tanto, los documentos y tratados internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), los Pactos Internacionales sobre los Derechos Civiles y Políticos, y sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), alcanzan a todas las personas sin distinción de edad, sexo o procedencia social y sus principios están plenamente reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la misma que se considera un referente esencial de las políticas públicas relativas a los derechos de los niños y adolescentes.

Los derechos del niño, que incluyen a los/las adolescentes hasta los 18 años de edad de acuerdo a lo que la Convención sobre los derechos del niño (CDN) define en su artículo 1, abarcan tres temas esenciales:

- a) El reconocimiento como sujeto de derechos; pues desde su incapacidad jurídica relativa, sus derechos como sujetos no pueden estar negados, pero sí implica que se desarrollen en un contexto favorable que facilite su participación en los actos relativos a su persona, la que tendrá una forma distinta en cada etapa de su vida. Este aprendizaje dentro del proceso de socialización contribuye a cimentar la responsabilidad familiar y social del niño y la niña, a través de su cooperación en los actos que lo afectan”.⁹ Es importante dentro de este concepto incorporar el concepto de las capacidades en evolución (CDN, Artículos 5 y 14), pues a medida que el niño va desarrollando su facultad de formar sus propios puntos de vista y de tomar decisiones,

8 Pedro Nikken, *Manual de Fuerzas Armadas*. Rodolfo Cerdas Cruz y Rafael Nieto Loaiza, ed. San José Costa Rica: IIDH, 1994.

9 Cecilia Grosman: “Derecho de Comunicación entre padres e hijos”, disponible en <www.infanciayjuventud.com/anterior/academic/academ12a.html>

los padres y otras personas a cargo de su cuidado deben ejercer sus responsabilidades tomando en cuenta su creciente autonomía.

- b) Principio del Interés Superior del Niño; reconocido en la Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959), que establece que “el interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación”. Bajo este principio se reconoce que el niño –y el adolescente–, está en desarrollo, necesita protección adicional de la que tiene consagrada por el hecho de ser persona. Es decir, bajo este principio puede producirse la intervención del Estado frente a situaciones que afecten el interés superior, aunque ello signifique interferir con las decisiones de los padres. Bajo este principio se reconocen y se diferencian los derechos de los niños y las responsabilidades de los padres, que deben proporcionar dirección y orientación al niño para que este ejerza sus derechos humanos. Es importante reconocer que la orientación y protección de los padres no es ilimitada; debe ser “apropiada” y concordante con las “capacidades en evolución”.
- c) Derechos específicos del niño y la niña; referidos al mandato de protección prioritaria en las distintas esferas –educación, salud, alimentación, etcétera–, con el fin de mejorar y reforzar las normas que han sido otorgadas a los seres humanos en general y que deben ser adecuadas, dado que son sujetos en proceso de formación.¹⁰ Bajo este principio se reconoce el derecho de los niños, niñas y adolescentes a tener un rol más activo: a desarrollarse en una dinámica familiar o en un entorno que tome en cuenta su participación, principalmente en los actos que los afectan.

Todos estos principios están vinculados al concepto de justicia y del bien común y concretan exigencias de dignidad, libertad e igualdad humana, que tendrían que estar reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos nacionales; sin embargo, no se puede ignorar que su aplicación se ve influida por cada “momento histórico”,¹¹ por lo que es necesario contar con una definición operativa que permita a las personas sin distinción de ningún tipo obtener la consideración de sus prioridades, con respecto

10 Valencia Corominas, *Derechos humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral*, 1999, p. 98.

11 Tomado de <http://www.iepala.es/DDHH/ddhh30.htm>.

a los arreglos institucionales en cualquier campo: político, económico, doméstico o comunitario. Desde esta perspectiva se propone que los derechos humanos fortalezcan el “empoderamiento” de las personas para que sean capaces de conducir sus propias vidas y no sean los sistemas los que terminen conduciéndolas.¹²

Este enfoque, ampliamente aceptado por la comunidad de derechos humanos, no es sencillo de materializarse en políticas públicas o en enfoques educativos y su efectivización resulta muy compleja, particularmente en países pobres y en sociedades inequitativas, más aún cuando estos acuerdos tienen alguna relación con el ejercicio de la sexualidad y el control de la reproducción, ambos sujetos a mecanismos de control social, dominación y discriminación. Es en la vivencia de la sexualidad donde no se les quiere reconocer capacidad de decisión o de autonomía. Esto hace que, muchas veces, los derechos que son reconocidos para los adultos encuentren serias resistencias para ser admitidos en los adolescentes.

Los adolescentes, como cualquier otro grupo poblacional, deberían gozar automáticamente del reconocimiento, protección y ejercicio de sus derechos humanos; no obstante ello no es posible si no se reconocen y abordan problemas de carácter estructural, tales como la inequidad de género, la discriminación por edad y la propia aversión frente a los temas sexuales y reproductivos que, siendo íntimos y personales, requieren de la protección y garantía del Estado para ser ejercidos de manera autónoma. Esta situación es particularmente difícil en sociedades donde las religiones y morales particulares influyen y, muchas veces, determinan las funciones del Estado y la política pública, pues en estos contextos los sectores conservadores tratan de mantener el “orden”, generando mayor resistencia hacia el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente para la población adolescente y, sobre todo, para las mujeres, ya que la sexualidad adolescente, ejercida fuera del matrimonio, atenta contra la sexualidad reproductiva, el matrimonio y la familia tradicional.

12 Alicia Ely Yamin: “Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law”, *Human Rights Quarterly* 18 (1996), p. 401. La autora propone un análisis de los derechos al interior de consideraciones en torno al poder, perspectiva sumamente pertinente en sociedades como la peruana. A ella volveremos repetidas veces en este trabajo.

Ello tiene un impacto en el diseño de las políticas, programas e intervenciones, redundando en efectos negativos en la educación como proceso formativo que habilita para la vida, el bienestar físico, mental y social, por lo cual es necesario desarrollar esfuerzos explícitos y concretos para promover la superación de dichas disparidades e inequidades.

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Los derechos reproductivos de los/las adolescentes para muchos sectores de la sociedad son considerados como temas polémicos y controversiales. Gulia Tamayo (2001), en su texto *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*, hace un exhaustivo análisis que permite entender el complejo entramado de estos derechos y cuáles son las principales controversias o campos de disputa en la sexualidad y la reproducción, y que remiten al derecho elemental de decidir sobre su propia corporeidad, cuyo principio es el de la autodeterminación. En un contexto de inequidad de género, las mujeres usualmente no tienen la posibilidad de ejercitar el derecho de decidir sobre su propio cuerpo, ya que este pasa a ser controlado por el “otro”, representado por la fuerza institucional a través del matrimonio, la familia, la escuela, los servicios de salud, las leyes, entre otros. Por lo tanto, la esencia básica de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es devolver a los individuos, particularmente a las mujeres, prerrogativas básicas, que le permitan recuperar un campo de control que les pertenece pero que históricamente ha sido arrebatado y politizado; es a partir de ello, que se proponen derechos tan fundamentales como el derecho a contraer matrimonio con quién uno elija, a tener los hijos que cada uno quiera tener, a establecer relaciones sexuales de manera voluntaria, de tener derecho al placer y a estar libres de consecuencias adversas a causa de ejercicio sexual.

Aunque en la actualidad, en términos teóricos, el ejercicio de estos derechos parece obvio, en la vida cotidiana es mucho más complejo de lo que se supone. El tutelaje que se impone sobre aquellos/as que se supone no van a tener manejo suficiente de los campos de libertad, así como la falta de reconocimiento del otro/a como sujeto de derecho, impiden que estos derechos sean ejercidos en plenitud, lo cual expresa la

tolerancia social hacia la violencia contra la mujer, los niños y las niñas, así como contra los adolescentes. Solo cuando se ha demostrado el impacto social ya sea por los costos, por el impedimento para el desarrollo y se han visibilizado los problemas a través de las cifras registradas, estos derechos han comenzado a tener relevancia. Sin embargo, es necesario también decir que, lamentablemente, son derechos aún en proceso de construcción que se enfrentan a un escenario de grandes resistencias para su configuración, conceptualización y realización, ya sea por razones económicas, conceptuales y/o políticas. Se colocan permanentemente como puntos de negociación; de allí, su escasa consistencia en las leyes y en la operativización de los programas, y cualquier avance puede ser rápidamente revertido, ya sea dentro de los mismos procesos o en las distintas gestiones. Un ejemplo de ello es la última modificatoria del Código Penal relativo a los delitos contra La Libertad sexual mediante la Ley 28704, que endurece las penas para los infractores y sanciona como delito el ejercicio sexual consensuado de los/las adolescentes –menores de 18 años–. Definitivamente, esta modificatoria no solo atenta contra el derecho inalienable de las personas sino que, además, su prohibición restringe de manera grave la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Otro ejemplo, referido a las gestiones, es lo que viene ocurriendo con la aplicación de los mandatos de los acuerdos de El Cairo y Beijing, con respecto a desarrollar políticas conducentes a la mejora del estatus y condiciones de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, y que a la fecha, paulatinamente, se han ido abandonando por concepciones pro familiaristas, que terminan invisibilizando el sentido fundamental de estos acuerdos.

INSTRUMENTOS NORMATIVOS QUE PROTEGEN Y GARANTIZAN LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Está plenamente reconocido en los distintos instrumentos internacionales y nacionales, el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, su espaciamiento y el momento de tenerlos y ello se aplica a todos los individuos, incluyendo a los adolescentes. Algunos de los instrumentos que contienen estos principios y que están plenamente reconocidos por el Estado Peruano son los siguientes:

- a) En el plano de compromisos internacionales de carácter vinculante:
- Declaración Universal de los Derechos del Niño
Es el documento internacional más importante de reconocimiento de protección a los derechos del niño. Refiere que las leyes deben tener la consideración fundamental de atender el interés superior del niño.
 - La Convención Internacional de los Derechos del Niño
Establece en su artículo 1 que el niño es todo ser humano menor de 18 años. En concreto, el artículo 24 reconoce el derecho de los niños “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. También exige que los Estados Partes tomen las medidas adecuadas “para desarrollar la educación y los servicios en materia de planificación familiar”. Además, a la vez que la Convención Internacional de los Derechos del Niño establece que los Estados Partes “respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres ... de impartirle ... dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención,” claramente reconoce que, en todas las cuestiones, el interés superior del niño tiene prioridad y que este debe poder ejercer sus derechos.

La Convención sobre los Derechos del Niño también fue el primer tratado internacional de derechos humanos que explícitamente reconoció la violencia y el abuso sexual como una violación a la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. Es importante que este derecho no sea soslayado por el Estado en vista no solo del impacto epidemiológico y de salud pública que tiene el embarazo no deseado y el aborto inseguro, sino del propio proceso de desarrollo y de realización de las personas. Por lo tanto, bajo este acuerdo, los Estados están obligados a garantizar el acceso a la información y servicios de planificación familiar, a fomentar leyes que impidan la exclusión, el abandono y la deserción escolar y en prevenir los embarazos producto de una violación o de interrumpir aquellos que pongan en grave riesgo la vida o de causar daños permanentes a su salud, tal como lo señala el Código Penal en su artículo 119.

Ante la dificultad de los Estados de garantizar y proteger el derecho a la información y la toma de decisiones de los/las adolescentes, el Comité

de los Derechos del Niño, en la Observación General 4¹³, ha planteado algunas preocupaciones con lo relacionado, por ejemplo, a los obstáculos para la aplicación de programas de educación y planificación familiar; al disfrute por parte de las madres de sus derechos básicos; al derecho a la educación, al constatar las dificultades de acceso a la escuela y el alto número de abandono escolar. También se pronunció respecto del elevado índice de embarazos tempranos y de abortos peligrosos, por lo que recomienda al Estado adoptar medidas para impartir educación familiar y prestar servicios adecuados a los/las jóvenes en la escuela y en los programas de salud que se llevan a cabo en el país.¹⁴ Textualmente, en el párrafo 31 señala:

Los niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación.

- Convención para la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

13 Observación General 4. La Salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el Contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, 21/07/2003. CRC/GC/2003/4.

14 104 Observaciones finales del 13º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Uruguay, par. 12 y 22, 11 de octubre de 1996, Doc. ONU CRC/C/15/Add.62, visitada el 20 de agosto de 1999.

El Comité que supervisa la CEDAW emitió la Recomendación General 24 llamada “La mujer y la Salud”, la cual explica el contenido normativo del artículo 12¹⁵ de la Convención. Señala con relación al derecho de las mujeres sin discriminación a acceder a servicios de atención médica incluyendo los de planificación de la familia, embarazo, parto postparto, lactancia; también les corresponde a las niñas y adolescentes, ya que el término “mujer” se debe interpretar a la luz de la Convención, que abarca a la niña y adolescente.

b) Acuerdos de carácter internacional que establecen recomendaciones de gran contenido ético para los Estados, pero que no son vinculantes:

La Conferencia Internacional de El Cairo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (CCMM) han generado una mayor atención hacia el tema de los derechos y problemas de la salud reproductiva de los/las adolescentes. Los documentos aprobados por consenso en estas conferencias internacionales reconocen explícitamente que “todo el mundo tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que incluye el derecho a la salud reproductiva, definida en ambos documentos como:

... el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

La CIPD y la CCMM reflejan muchas de las disposiciones claves recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño relacionadas con los

15 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Párrafo 1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Párrafo 2.

derechos y la salud reproductiva de los/las adolescentes. El principio 10 de la CIPD establece que "...El interés superior del niño deberá ser el principio por el que se guíen los encargados de educarlo y orientarlo; esa responsabilidad incumbe ante todo a los padres", de manera específica, respecto de los derechos de los niños y jóvenes, en el párrafo 6.15 señala:

Los jóvenes deberían participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria. Ello es particularmente importante en lo que respecta a las actividades y los servicios de información, educación y comunicación sobre la salud reproductiva y sexual, incluida la prevención de los embarazos tempranos, la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA y de otras enfermedades que se transmiten sexualmente. Se debería garantizar el acceso a esos servicios, así como su carácter confidencial y privado, con el apoyo y la orientación de los padres y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, se requieren programas educacionales a favor de la difusión de conocimientos que permitan planificar la vida y alcanzar estilos de vida satisfactorios y en contra del uso indebido de drogas.

Por otro lado, la CCMM explicita lo siguiente en el párrafo 93:

...Las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento; sin embargo, a menudo carecen de ese acceso. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas. La maternidad temprana sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo. En líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo

plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos. No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción.

c) Desde la legislación nacional vigente se cuenta con las siguientes leyes:

- El Código de los Niños y Adolescentes, donde se señala que el derecho a la educación comprende:
 - a) El desarrollo de la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño y del adolescente, hasta su máximo potencial.
 - b) El respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales.
 - c) La promoción y difusión de los derechos de los niños y adolescentes.
 - d) La preparación para una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de solidaridad, comprensión, paz, tolerancia, igualdad entre los sexos, amistad entre los pueblos y grupos étnicos, nacionales y religiosos.
 - e) La orientación sexual y la planificación familiar.
 - f) El desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico y creativo.

Tal como señala Melzi¹⁶, al ser los derechos sexuales y reproductivos derechos humanos quedan implícitamente contenidos en el inciso b. Además, son complemento para el desarrollo de la personalidad del niño hasta su máximo potencial, así como para prepararlos a llevar una vida responsable, con tolerancia e igualdad entre los sexos (incisos a y d). La educación sexual y reproductiva lleva a pensar más en las decisiones que uno va a tomar a lo largo de su vida, incluyendo la planificación familiar (incisos e y f).

- Ley General de Educación

Establece los lineamientos generales de la educación y del sistema educativo peruano, así como las responsabilidades de la sociedad en su función educadora. Declara a la educación como un servicio público y garantiza su

16 F. Melzi, *Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos Humanos de los y las adolescentes*. UNFPA Perú, 2004, p. 94.

gratuidad. Establece una serie de criterios para garantizar la equidad en su acceso y su calidad. Menciona, asimismo, el rol de las otras instancias de gobierno en el proceso educativo, como los gobiernos locales.

- Ley General de Salud

Con esta Ley se reconoce el derecho de todas las personas a elegir el método anticonceptivo, a conocer los beneficios, riesgos y contraindicaciones, y, en general, a recibir información adecuada;¹⁷ en el artículo 4 de esta misma Ley, se señala que ninguna persona podrá ser sometida a tratamientos médicos¹⁸ o quirúrgicos sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviera impedida de hacerlo. Es importante señalar que el llamado que se hace sobre la participación de los padres o tutores en el consentimiento informado, no debe aplicarse a la prevención sino fundamentalmente al tratamiento.

- El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002–2010

Uno de los instrumentos más importantes de política pública, que concierne a los niños y adolescentes, donde se abordan los derechos sexuales y los derechos reproductivos, involucra un conjunto de acciones que deben desarrollar el MINDES (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social), los ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Agricultura, Justicia, Interior, el Ministerio Público, así como RENIEC, los municipios, las Defensorías del Niño y el Adolescente. Los objetivos de este plan son los siguientes:

- Contribuir al ejercicio de los derechos y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes, en el marco de la ley y el respeto de los derechos humanos.
- Crear condiciones en el Estado y la sociedad civil para garantizar el desarrollo humano de todos los niños, niñas y adolescentes y reducir la pobreza y exclusión.

17 Artículo 6 de la Ley.

18 Es importante señalar que el término tratamiento médico se aplica a enfermedades y el ejercicio de la sexualidad no es una enfermedad, por lo que las y los adolescentes tendrían acceso en los casos de consejería, educación y suministros de anticonceptivos temporales. Tomado de F.Melzi, *Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos Humanos de los y las adolescentes*.

Entre los resultados esperados al 2010, con relación a la salud sexual y reproductiva, se consideran:

Resultado 1: Condiciones para la maternidad y nacimientos saludables y seguros, planteando metas de reducción de la mortalidad materna y perinatal; incremento de la cobertura del parto y control prenatal mejorando su capacidad resolutive. Mejora de la calidad y adecuación cultural de la atención y educación a madres gestantes, desarrollo de proyectos educativos sobre educación de salud sexual y reproductiva en centros educativos, atención de los casos de violencia contra la mujer gestante denunciados; complementación nutricional a madres gestantes de zonas de pobreza extrema, lo que implica, entre otras:

- Aplicación de medidas de prevención del embarazo, asistencia y protección a la maternidad por parte de los sectores Salud, Educación, Ministerio Público y Poder Judicial, así como por la familia y la comunidad.
- Programas formativos a padres de familia para una paternidad responsable.
- Extensión del SIS, prioritariamente en áreas de pobreza y exclusión social.

Resultado 11: Tasa de embarazo de adolescentes reducida, cuyas metas están referidas a la reducción de la tasa de fecundidad y mortalidad materna en adolescentes, desarrollo de proyectos educativos en centros educativos sobre educación sexual, equidad de género, prevención de comportamientos sexuales de riesgo, cuidado prenatal y cuidados integrales de la niñez, eliminación del abandono de estudios por motivos de embarazo adolescente. Esas metas incorporan la participación de la escuela, las familias, los grupos comunitarios y los gobiernos locales en acciones de prevención del embarazo en adolescentes, así como la implementación de servicios y programas de prevención y atención adecuados a las necesidades y cultura de los y las adolescentes.

Resultado 12: Reducción de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes, con metas de reducción de incidencia de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes, y conocimientos y competencias masivos sobre educación sexual y riesgos de ITS y VIH/SIDA en adolescentes y docentes de secundaria. Ello incluye programas de

atención especializada a niños, niñas y adolescentes infectados con VIH y enfermos de SIDA, así como la promoción de comportamientos sexuales adecuados en adolescentes en escuelas y sus organizaciones.

Resultado 14: Prevención y disminución de la violencia adolescente, con metas relacionadas con la violencia en general hacia adolescentes, incluyendo violencia familiar y sexual. Algunas de sus acciones están referidas a:

- Programas de integración familiar y prevención de la violencia con base en la familia y la comunidad.
- Programas especializados en la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia familiar, sexual, política y de otro tipo.
- Fortalecimiento de los servicios de salud en el abordaje, atención y prevención de la violencia familiar y maltrato de adolescentes.

Resultado 22: Disminución del maltrato y erradicación del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, con una meta de erradicación del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, y propone:

- Campañas de IEC sobre crianza adecuada de niños, niñas y adolescentes.
- Difusión de normas sobre maltrato y abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.
- Fortalecimiento de programas y servicios orientados a la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual.
- Incorporación del enfoque de resiliencia y actividades lúdicas como medios de prevenir el maltrato infantil y abuso sexual y recuperar a las víctimas del mismo.
- Difusión de programas que previenen y atienden casos de maltrato.

La principal limitación de este plan es la posibilidad de ejecución intersectorial, pues aunque el Plan de Acción se conceptúa exclusivamente como sistema de monitoreo y evaluación no existen condiciones institucionales para su conducción debido a que la coordinación intersectorial tiene problemas serios tanto a nivel central como a nivel regional, y a que tampoco existen sistemas de información que efectivamente hagan factible dicho monitoreo.

- Acuerdo Nacional

La Décimo Sexta Política de Estado llamada “Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud” –tal

como lo definen los objetivos de este acuerdo—pretende servir de base para el proceso de consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro.

Es importante señalar textualmente lo que dice esta política, ya que permite ver cómo el orden social se traslada a una política, poniendo en riesgo La Libertad de las personas y, dentro de ellas, la de los adolescentes de vivir su sexualidad en responsabilidad. Esta política señala:

Nos comprometemos a fortalecer la familia como espacio fundamental del desarrollo integral de las personas, promoviendo el matrimonio y una comunidad familiar respetuosa de la dignidad y de los derechos de todos sus integrantes. Es política de Estado prevenir, sancionar y erradicar las diversas manifestaciones de violencia que se producen en las relaciones familiares. Nos proponemos, asimismo, garantizar el bienestar, el desarrollo integral y una vida digna para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en especial de aquellos que se encuentran en situación de riesgo, pobreza y exclusión. Promoveremos espacios institucionales y entornos barriales que permitan la convivencia pacífica y la seguridad personal, así como una cultura de respeto a los valores morales, culturales y sociales.

Con este objetivo el Estado: (a) garantizará programas educativos orientados a la formación y al desarrollo de familias estables, basados en el respeto entre todos sus integrantes; (b) promoverá la paternidad y la maternidad responsables; (c) fortalecerá la participación y el liderazgo de las niñas, niños y adolescentes en sus centros educativos y otros espacios de interacción; (d) garantizará el acceso de las niñas, niños y adolescentes a una educación y salud integrales, al enriquecimiento cultural, la recreación y la formación en valores, a fin de fortalecer su autoestima, personalidad y el desarrollo de sus habilidades; (e) prevendrá todas las formas de violencia familiar, así como de maltrato y explotación contra niños, niñas y adolescentes, aportando a su erradicación; (f) prevendrá el pandillaje y la violencia en los jóvenes y promoverá programas de reinserción de los adolescentes infractores; (g) desarrollará programas especiales de atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes que sufren las secuelas del terrorismo, (h) fortalecerá el ente rector del sistema de atención a la niñez y a la adolescencia, las redes de Defensorías del Niño y Adolescente en municipalidades y escuelas, y los servicios integrados para la denuncia, atención especializada y sanción de casos de violencia y explotación contra aquéllos; (i) fomentará programas especiales de recreación, creación y educación productiva y emprendedora de los más jóvenes; (j) implementará

servicios de atención integral para adolescentes embarazadas, jefas de hogar menores de edad y parejas jóvenes; (k) fortalecerá sistemas de cuidado infantil diurno desde una perspectiva multisectorial; (l) apoyará la inversión privada y pública en la creación de espacios de recreación, deporte y cultura para los jóvenes, en especial de zonas alejadas y pobres; (m) promoverá que los medios de comunicación difundan imágenes positivas de la niñez, adolescencia y juventud, así como contenidos adecuados para su edad; (n) promoverá la educación sexual respetando el derecho de los padres de brindar la educación particular que crean más conveniente para sus hijos; (o) implementará programas de becas, capacitación u otras formas de apoyo que ayuden a una mejor formación intelectual y profesional de la juventud; (p) institucionalizar políticas multisectoriales para la reducción de la violencia familiar y juvenil; y (q) promoverá la institucionalización de foros juveniles sobre los asuntos de Estado.

Desde este enfoque se privilegia el fortalecimiento a la familia, como si esta acción de por sí pudiera dar solución a las distintas situaciones de vulneración de derechos que se dan al interior de la misma, incluyendo la violencia, a la cual se da especial énfasis. Ello deja de lado la titularidad individual de los derechos humanos y permite, en nombre de la protección de la “familia” como se hacía en años no muy lejanos, que mujeres, niñas, niños y adolescentes vivan en violencia y discriminación por razones de sexo, género y edad.

Por otro lado, esta política parte de un enfoque negativo del período de la adolescencia y de su ejercicio sexual, ya que si bien no debe restársele importancia a la atención hacia las adolescentes embarazadas o que sufren violencia, muestra un enfoque reduccionista de las necesidades de las y los adolescentes en el ámbito de lo sexual, y no hace ninguna mención a la necesaria educación sexual en las escuelas, a la orientación sexual y reproductiva en los servicios de salud para que puedan tomar decisiones informadas. En este sentido, está muy por debajo de los estándares internacionales que han sido aceptados por el Estado al suscribir los acuerdos y pactos mencionados más arriba; y muy por debajo de la normativa nacional y de las políticas públicas que ya habían sido desarrolladas para este momento.

Por otro lado, en lo que respecta a políticas públicas, es importante recalcar que durante los años 2001 y 2003 se dio un retroceso en el reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos de los y

las adolescentes. Los avances de los años noventa con relación a la salud sexual y reproductiva adolescente sufrieron una franca regresión. Entre los años 1994 y 2000 los programas reconocían los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los y las adolescentes y adoptaban los acuerdos de la CIPD. Con la creación del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH) en 1996, se puso especial énfasis en la promoción de los derechos de la mujer y de la juventud, incluyendo los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En 1996 se creó, además, el Programa PROJOVEN del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, con apoyo de UNFPA, que incluyó capacitación en salud sexual y reproductiva dentro de la capacitación laboral a jóvenes mujeres y hombres en pobreza. Instancias de la sociedad civil se han preocupado por promover y abogar por los derechos y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (Mesa Adolescencia y Juventud, MAJ).¹⁹

No obstante los compromisos del Estado en la CIPD o en la IV Conferencia Mundial de la Mujer en torno a los derechos reproductivos, a la salud reproductiva y al lenguaje de género, en 2001 se desactivó el Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000, que incorporaba el lenguaje de la CIPD y contó con la participación de la sociedad civil para su diseño, implementación, seguimiento y evaluación. Tenía un enfoque de habilidades para la vida que significaba un mejor manejo de la sexualidad en el adolescente. En cambio, el Programa de Promoción de la Salud en el Centro Educativo, preparado por el MINSA en mayo de 2003, enfatiza el retraso del inicio sexual, la abstinencia, el valor de la fidelidad, sin hacer referencia al uso del condón para la prevención de la ITS/VIH-SIDA o de los métodos anticonceptivos.²⁰

Es a partir del año 2004, con el cambio de la política gubernamental en materia de salud sexual y reproductiva, que se crean las estrategias sanitarias, entre ellas la de salud sexual y reproductiva; y se crea también la oficina de la Etapa de Vida Adolescente. En este contexto se generan nuevos documentos normativos que permiten retomar el marco de derechos y equidad de género en las acciones que desarrolla el sector Salud. Ello evidencia cuán volátil resulta el avance respecto del reconocimiento y atención a la salud sexual y reproductiva en tanto derecho humano, y

19 R. Guerrero, *El Perú a diez años de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo. Situación y compromisos pendientes*. Lima, 2003.

20 *Idem*.

cuán precarias son aún las fuerzas democráticas y la institucionalidad en el Perú.

Así, a partir del año 2004, se desarrolla una serie de documentos normativos en salud, documentos que por su novedad son en su mayoría aún poco conocidos, pero que permiten sentar una base para el avance; entre los más importante tenemos:

- Los Lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes (Resolución Ministerial 107–2005/MINSA), comprenden un conjunto de acciones orientadas a precisar las prioridades del Estado en materia de salud de los y las adolescentes. Entre los lineamientos que brinda este documento de política, se resalta el número 1, donde se reconoce el derecho al acceso universal de las/los adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva; prevención y atención de violencia basada en género, familiar, sexual, social y relacionada con las secuelas de la violencia, el lineamiento número 4, donde se establece la necesidad de desarrollar capacidades para el empoderamiento de los/las adolescentes que garanticen el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

- Normas de Planificación Familiar
Aprobada en el 2005 (Resolución Ministerial 536–2005/MINSA) como normatividad específica sobre salud sexual y reproductiva, ha tratado de superar la barrera interpretativa de acceso de las y los adolescentes a servicios sin que sea obligatoria la presencia de padres o tutores. Así, ya no se estipula edad mínima, sino que se indica que los métodos anticonceptivos temporales se podrán suministrar a adolescentes que los soliciten, que sean referidos y que hayan recibido orientación/consejería si presentan riesgo de embarazo no deseado, de contraer una ITS o VIH/SIDA, ser sexualmente activa/o, antecedente de embarazo y haber sido víctima de violencia sexual. Además establece la obligación de adecuar ambientes y horarios de atención para esta consejería. Esta norma es reciente, de poco conocimiento y se enfrenta a prejuicios que aún se tienen dentro del sistema sanitario.

- Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente
Aprobada con Resolución Ministerial 633–2005/MINSA, señala la necesidad de mejorar la atención integral de salud que se brinde a los

y las adolescentes, en el marco de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que incluye la existencia de profesionales con capacidades técnicas para la atención, así como la implementación de servicios diferenciados y de calidad para las y los adolescentes, que aseguren las condiciones de privacidad, dedicación exclusiva y horario preferente; no hace referencia a la atención de la salud sexual y reproductiva, ya que no señala equipamiento especial para esta atención o habilidades en los/las profesionales que brindan la atención en estos temas, sin embargo sí incluye la atención de adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual. Finalmente, es importante resaltar el rol de participación que asigna a los/las adolescentes en el desarrollo de acciones extramurales y de análisis de necesidades.

- Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva Aprobada con Resolución Ministerial 290-2006/MINSA, que establece acciones protocolizadas en orientación /consejería en general, y desarrolla orientaciones especiales para adolescentes, dentro de la cual se incluyen conocimientos sobre fisiología, sexualidad, maternidad y paternidad responsable, opciones anticonceptivas, que consideran la anticoncepción oral de emergencia, las consecuencias y riesgos del embarazo no deseado, del aborto, ITS y VIH y SIDA.

RACIONALIDAD PARA QUE LA POLÍTICA PÚBLICA INCORPORE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

En líneas generales podemos observar que, en el campo de los derechos humanos, a lo largo de las dos últimas décadas, se ha generado un conjunto de compromisos relacionados con las niñas, niños y adolescentes que deberían haberse incorporado a nuestras leyes y políticas públicas, programas e intervenciones, permitiendo así abrir nuevos paradigmas tanto en la sociedad como en el Estado. Sin embargo, el avance en este proceso ha sido mínimo, y aún la dotación de legislación y política pública se debate entre el tutelaje y el reconocimiento de aquellos y aquellas como sujetos plenos, lo cual, definitivamente, tiene implicancias en la vivencia de la sexualidad de las y los adolescentes y su situación de vulnerabilidad, marcada por la enfermedad, el dolor y la marginalidad.

Un punto de partida fundamental para el desarrollo de políticas públicas, particularmente en el campo de la sexualidad, es el reconocimiento de la situación particular que enfrentan los/las adolescentes y el impacto de la misma en el desarrollo. Algunos de los puntos que se señalan a continuación son parte de un diagnóstico que ayudará a entender no solo las prioridades, sino también los enfoques de las políticas públicas y cómo se relacionan con el ejercicio de los derechos humanos, particularmente con los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Aunque existe una producción bastante amplia y comprensiva sobre la definición de adolescencia y hay normatividad suficiente para su reconocimiento y garantizar su adecuado desenvolvimiento, existen también tensiones que ya se han señalado con respecto a las posibilidades que los y las adolescentes tienen para ejercer sus derechos humanos, particularmente sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Pues la adolescencia no solo es una etapa de tránsito entre la dependencia y la autonomía, tanto en el orden afectivo, social y económico, sino también es un concepto relativo, dependiente del tiempo que cada adolescente tiene entre la niñez y la adultez, este último adelantado muchas veces con el inicio de la fecundidad, el ingreso prematuro al mundo laboral o, lo que es peor, con la deserción y abandono de la escuela y el hogar.

En este sentido, el tránsito de la adolescencia sin el inicio de la fecundidad y/o sin la interrupción de los procesos formativos básicos resulta clave, pues permitirá la maduración social de los individuos y una mejor preparación para la actividad productiva y, por lo tanto, mejores condiciones para el desarrollo. Esta particularidad hace que la adolescencia sea reconocida como una etapa de oportunidades, pero también de vulnerabilidad, porque –como una generación que emerge– abre cambios que pueden ser sustantivos para nuevos ordenamientos sociales; y vulnerabilidad, porque de estos cambios surgen nuevas necesidades que, de no ser adecuadamente atendidas, exponen a los/las adolescentes a situaciones de alto riesgo, comprometiendo su salud, su bienestar e incluso su supervivencia.

Lamentablemente, la niñez y la adolescencia en el Perú están marcadas por la alta vulnerabilidad, pues forman parte de la principal población pobre del país (66,9%) y es uno de los grupos más afectados por la pobreza extrema. En términos de salud, los/las adolescentes son los que se encuentran en mayor precariedad y, en la mayoría de los casos, se debe a causas evitables, como son las muertes por causas externas; accidentes,

suicidios y violencia, correspondiendo un poco más del 15% las muertes a los homicidios.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, los y las adolescentes también presentan las estadísticas más críticas; el 15% de muertes maternas corresponde a mujeres entre 15 y 19 años (26% más alta que la muerte materna promedio nacional).²¹ Es el principal grupo que recurre al aborto inseguro,²² comparable solo con aquellas que no tienen grado de instrucción.²³ Es también el grupo de edad más afectado por el VIH/SIDA, pues según los datos reportados por el MINSA, el promedio de edad de diagnóstico es alrededor de los 24 años, lo que indica que la mayor parte fue infectada durante la adolescencia.

En cuanto a violencia sexual, los datos nacionales señalan que, por lo menos, una de cada cinco mujeres antes de cumplir 15 años ha sufrido violencia sexual.²⁴ La información recogida del Instituto Materno Perinatal, (ex Maternidad de Lima) señala que, por lo menos, el 60% de embarazos en niñas menores de 14 años fue producto de una violación sexual, la mayor parte producida por una persona cercana o de su entorno familiar.

Estos datos no son fortuitos, son el resultado de la ineficacia y ausencia en la implementación de políticas públicas. Pues, aunque el Perú ha firmado compromisos internacionales en materia de derechos humanos, es muy poco lo avanzado y existen aún grandes brechas que se expresan en la escasa oferta de servicios, en la mala calidad de las escuelas y en la alta deserción escolar, que afectan principalmente a la población pobre y, particularmente, a la población rural.

Al parecer, no es solo un hecho aislado que ocurre en el Perú, ya que estimaciones de CEPAL y UNICEF señalan que en la década del noventa el número total de niñas, niños y adolescentes que viven en el mundo en situación de pobreza aumentó de 110 a 114 millones y hubo un mayor incremento de hogares pobres, con mayor presencia de niños y niñas;

21 Ministerio de Salud. *Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes*. Lima, 2005.

22 Esto no puede interpretarse como el grupo poblacional que más aborta.

23 D. Ferrando, *Aborto Clandestino en el Perú. Hechos y Cifras*. Pathfinder International y CMP Flora Tristán, 2002.

24 A. Guezmes, N. Palomino, M. Ramos, *La Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Estudio Multicéntrico de la OMS sobre Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres*. CMP Flora Tristán, OMS, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.

todo ello en un marco de compromisos de derechos humanos y de lucha contra la pobreza, adoptados por la mayoría de los países, así como de cambios legislativos muy importantes.

Según datos del INEI, la región de La Libertad ha mantenido un crecimiento poblacional constante en los últimos treinta años y se proyecta que dicho crecimiento se mantendrá por lo menos hasta el año 2020, alcanzando un incremento en 2,3 veces con respecto a la población que se tuvo en el año setenta,²⁵ lo que implica que las demandas de salud sexual y reproductiva que atañen a la población adolescente se mantendrán vigentes en los próximos diez años, por lo menos.

Es importante señalar que la región de La Libertad, al igual que todo el territorio nacional, también está muy afectada por las brechas entre las zonas rurales y urbanas, replicando, a su vez, distinciones muy marcadas al interior de sus provincias y distritos. Según el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, que agrupa a indicadores tales como esperanza de vida al nacer, alfabetismo, escolaridad, logro educativo e ingreso familiar per cápita, alcanza a 0,6, un poco mayor que el promedio nacional, que llega a 0,59, comparable con las demás regiones de la costa, sin incluir Lima Metropolitana.²⁶ Sin embargo, también tiene provincias cuyos índices de desarrollo se comparan con regiones de extrema pobreza como, por ejemplo, las provincias de Sánchez Carrión y Santiago de Chuco. Estas diferenciaciones también pueden ser observadas en los distritos, como el de Poroto, cuyo índice corresponde a 0,58, ocupando un ranking de 562; mientras que su capital de provincia, Trujillo, tiene un índice de 0,63 y se encuentra en el ranking 20.

En este sentido, las políticas no solo deberán estar direccionadas a mejorar la condiciones de vida de la población en general, sino principalmente a cerrar las brechas territoriales y, específicamente, las brechas por grupos de edad, pues –tal como se ha señalado– corresponde al grupo de mayor pobreza y, por lo tanto, el más afectado por la ausencia de las políticas públicas.

25 MINSA, Dirección Regional de Salud de La Libertad. *Análisis de la Situación de Salud La Libertad*, 2002.

26 Disponible en <www.pnud.org.pe>

CAPÍTULO 1

Situación de los y las adolescentes

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL PERÚ Y EN LA REGIÓN DE LA LIBERTAD

En el Perú, según cifras de INEI,²⁷ el 41% de la población peruana es menor de 20 años y casi la mitad de esta tiene entre 10 y 19 años. En el caso de la región de La Libertad, según datos de ENDES 2000, la población menor de 25 años corresponde al 53% de la población y un tercio de la población es menor de 15 años y, si bien es cierto, el 60% de la población es urbana, el 40% de la población rural está conformada por una población menor de 15 años, mientras que en la zona urbana esta solo corresponde al 29%.

La población adolescente no solo es mayoritaria sino también constituye, junto con los menores de 10 años la población en mayor pobreza, pues mientras que el promedio nacional de pobreza es de 54,8% – que corresponde a la región de La Libertad–, la pobreza en la población entre los 10 y 19 años se calcula entre el 67% y 57%. Estas diferencias se acentúan entre las zonas rurales y urbanas, pues la población adolescente pobre alcanza el 74%, mientras que en las zonas urbanas ello solo ocurre en el 39,8%. La mayor parte de los niños y niñas, menores de 15 años, tanto en zonas urbanas como rurales, viven con sus padres (73%); sin embargo, hay un significativo 10% de niñas y niños que son adoptados, pero solo un 4% del total de los niños y niñas son huérfanos.

27 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Perú en Cifras*, 2005.

Según INEI, el promedio de años de estudios a nivel nacional es de 8,9. En el año 2002 el promedio de años de escolaridad de las mujeres rurales era de 6,9 años, es decir, casi la totalidad de las mujeres rurales no tiene acceso a la educación secundaria.²⁸ A nivel nacional, la tasa de analfabetismo corresponde al 11%. En la región de La Libertad, la tasa de analfabetismo corresponde al 13,5; el analfabetismo en mujeres (19,4) casi triplica el analfabetismo en hombres (7,4).

De acuerdo a datos del Ministerio de Educación,²⁹ en la región de La Libertad el 7% de niños y niñas entre los 6 y 11 años está fuera de la escuela. Esta situación se incrementa hasta el 18% en la población entre los 12 y 16 años. El promedio de ausentismo escolar supera en 6 puntos al promedio nacional. Los datos de ENDES 2000 La Libertad señalan que, el 7% de los abandonos se debe a un embarazo o a un matrimonio temprano y, si bien es cierto, el nivel educativo particularmente de mujeres se ha incrementado en los últimos años, es preocupante que el 16% de las mujeres solo tenga primaria incompleta y que ello ocurra en el 36% de mujeres rurales.

La información recogida de UNICEFF señala que el 33% de los adolescentes entre los 12 y 18 años trabaja. Solo la mitad de estos niños también estudia, pero un 40% de los que estudian y trabajan se ven afectados en su escolaridad –49% tiene uno o dos años de retraso escolar–. Según datos de la OIT, 50 mil niños, niñas y adolescentes trabajan en condiciones de alto riesgo, desarrollando actividades peligrosas, tales como recolectores en rellenos sanitarios, en canteras y corte de caña, y hay por lo menos un 62% de adolescentes trabajadoras del hogar que no asisten a la escuela y tienen una jornada semanal de 57 horas. En la región de La Libertad (ENDES 2000), casi el 35% de mujeres entre los 15 y 19 años trabaja para otra persona.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, los y las adolescentes es el grupo que mayores limitaciones enfrenta. El 62% de las adolescentes señala que no va a los servicios de salud por falta de personal femenino (62%), a diferencia de los otros grupos de edad en los que solo ocurre en el 40%. Al parecer, en las otras barreras –económicas y de distancia– no

28 MINSa. Dirección General de Promoción de la Salud. *Plan de Implementación de eje temático de Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. Lima, 2005.

29 Disponible en <www.minedu.gob.pe>

hay diferenciación significativa.³⁰ En cuanto al perfil sanitario, según el Análisis de la Situación de Salud en el Perú, 2005, la primera causa de muerte de los/las adolescentes se debe a causas externas; el riesgo de morir por estos daños es dos veces mayor en hombres que en mujeres. En los demás accidentes, las tasas para hombres y mujeres fue de 9,0 y 3,7 respectivamente. En cuanto a los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), que mide las muertes prematuras por cada 1000 habitantes, corresponde a nivel nacional a 157,9. La región de Huancavelica es una de las que más vidas prematuras pierde (319 por 1000 habitantes); en la región de La Libertad no deja de ser significativo, pues aunque se encuentra en un penúltimo lugar, junto con Tacna, Lambayeque y Arequipa, la muerte prematura se produce en casi 110 por cada 1000 habitantes.

1.2 PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE AFECTAN LOS DERECHOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES EN EL PERÚ Y EN LA REGIÓN DE LA LIBERTAD

A pesar de que la adolescencia es una etapa relativamente corta y transitoria, suelen concentrarse un conjunto de problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias determinan su desarrollo personal. En el campo de la salud sexual y reproductiva, se ha demostrado que las adolescentes tienen menos posibilidades de tomar decisiones autónomas. Los datos tomados en la región de La Libertad (ENDES 2000) demuestran que las adolescentes reconocen en menor medida que los otros grupos de edad que las mujeres pueden rehusarse a tener relaciones sexuales (70% versus 82%), por lo que es necesario que los Estados implementen intervenciones claves que contribuyan a mejorar su decisión informada y a que se fomente un mejor reconocimiento de sus propios derechos.

Algunos indicadores de comportamiento sexual en la población femenina de La Libertad evidencian que la edad mediana de la primera relación sexual es 19,4 años, dos años antes de la edad conyugal (ENDES 2000) y que el 50,4% de las mujeres es sexualmente activa.³¹ Este dato coincide con lo reportado en un estudio nacional de la población joven

30 ASIS. *Mortalidad Materna*.

31 Según ENDES 2000, sexualmente activa significa con al menos una relación sexual en las últimas 4 semanas

hecho por APROPO con relación al comportamiento sexual, donde se señala que aproximadamente el 10% de jóvenes tuvo más de una pareja en los últimos treinta días.³² Lo que implica una gran necesidad de servicios de salud sexual y reproductiva en este grupo de edad.

Cuadro 1
INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL, LA LIBERTAD, PERÚ (ENDES 2000)

<i>Indicador</i>	<i>La Libertad</i>	<i>Perú</i>
Edad mediana a la primera relación sexual (años) – zona urbana		19,1
Edad mediana a la primera relación sexual (años) – zona rural		
% de mujeres sexualmente activas en las últimas 4 semanas	50,4	50,4

Raguz, en el reanálisis que hace de la ENDES 2000 muestra que de cada 10 adolescentes sexualmente activas 5 ó 6 ya son madres o están gestando, sin contar con las que interrumpieron el embarazo. El 61% de las adolescentes que están gestando no deseaban dicho embarazo. Según estos resultados, el embarazo no deseado y la maternidad adolescentes ocurren con mayor frecuencia en adolescentes rurales, pobres, con poca escolaridad y en condiciones de mayor exclusión.

Esta situación implica la necesidad no solo de programas de atención de salud sexual y reproductiva para adolescentes sino de intervenciones y programas que respondan a sus necesidades y les permitan participar en los distintos procesos de definición de prioridades, planificación, vigilancia y evaluación. Sin embargo, en el Perú, estas intervenciones hasta la fecha han sido muy escasas, poco sistemáticas y, en todo caso, muy focalizadas, pues la tendencia que ha prevalecido ha sido incluir a los y las adolescentes en paquetes de atención infantil o de mujeres adultas –lo que termina excluyendo a los adolescentes hombres–, perdiendo de vista no solo

32 APROPO. *Estudio de comportamientos sexuales para el desarrollo de productos y servicios en salud sexual y reproductiva*, Perú, 2005.

necesidades específicas, sino desarrollando acciones poco efectivas para este grupo de edad. Ello ha dado como resultado que los/las adolescentes sean uno de los grupos con menos cambios en los indicadores de salud sexual y reproductiva, y en donde convergen también la mayor parte de problemas emergentes o de reciente reconocimiento público, tales como la violencia sexual o la extensión del VIH/SIDA.

En la región de La Libertad, durante los últimos cinco años, se han desarrollado algunos esfuerzos para facilitar el acceso de los servicios de salud en general a los/las adolescentes, permitiendo un resultado positivo respecto de sus propias programaciones; sin embargo, es importante precisar que las atenciones reportadas se refieren fundamentalmente a la salud oral, sin ninguna mención a la atención de la salud sexual y reproductiva.³³

Algunos indicadores de salud sexual y reproductiva que afectan a los/las adolescentes, tanto a nivel nacional, como regional:

a) ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO EN EDAD TEMPRANA

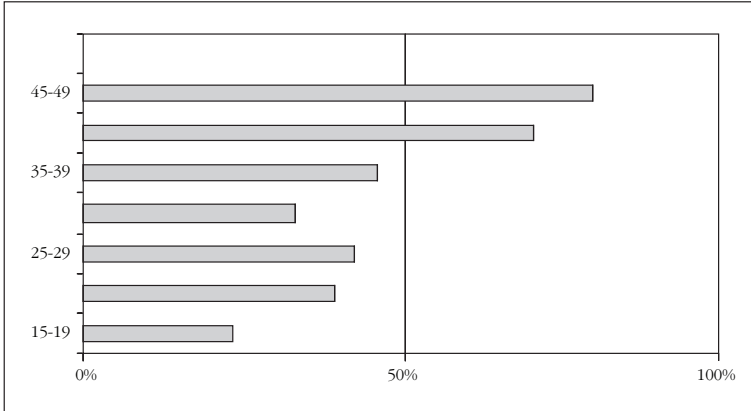
La actividad sexual en los/las adolescentes es probablemente mucho más frecuente de lo que las estadísticas señalan, pues, lamentablemente, este es un tema del cual se habla poco debido a la poca aceptación social, por lo que cabe esperar un subregistro, en especial, en mujeres.

En cuanto a la Tasa de Fecundidad Específica para este grupo de edad, es de 61 nacidos vivos por cada 1000 mujeres, y aunque hay un avance con respecto a ENDES anteriores, estos son mínimos a diferencia de lo ocurrido con los otros grupos de edad (ver gráfico 1).

En la región de La Libertad se encontrará el mismo patrón, las adolescentes presentan una menor reducción de la fecundidad a diferencia de los otros grupos de edad, con excepción del grupo de 30 a 34 años (ver gráfico 2).

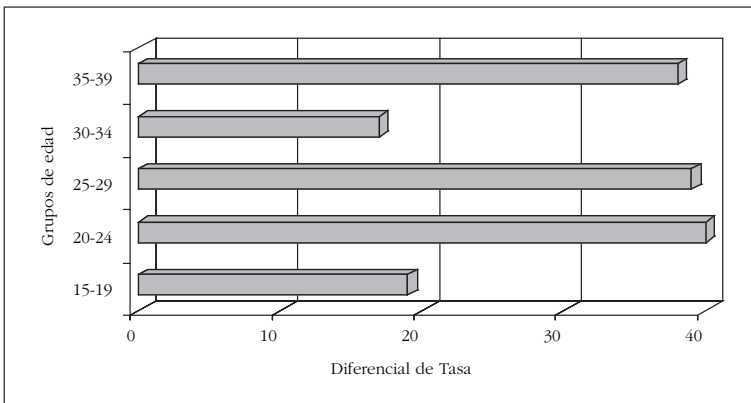
Como resultado tenemos que, por lo menos, durante los últimos 15 años a nivel nacional, se ha mantenido prácticamente invariable el porcentaje de adolescentes que esté gestando o que ya son madres (entre 13 y 11%), cuyas cifras ascienden hasta un 33% cuando se compara entre la zona rural y urbana y por grado de escolaridad.

Gráfico 1
 DIFERENCIAL DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD,
 POR GRUPOS DE EDAD ENTRE ENDES 1986 Y 2004
 A NIVEL NACIONAL



Fuente: INEI, UNFPA, 2005

Gráfico 2
 DIFERENCIAL DE TASA DE FECUNDIDAD
 ENDES 2004-ENDES 92, LA LIBERTAD



Fuente; ENDES 2000, La Libertad.

Se estima que alrededor del 25% -27% de los embarazos en la región La Libertad ocurren en población menor de 19 años de edad (2003). También se calcula que entre el 19%-21% del total de partos registrados ocurren en adolescentes.³⁴ Para dimensionar mejor la seriedad de estas cifras es conveniente incorporar el análisis del estado de la salud sexual y reproductiva en la región. Para el año 2000, la Tasa Global de Fecundidad fue de 2,9 en La Libertad, siendo la TGF deseada de 1,8.³⁵ Los datos de fecundidad en las adolescentes revelan que aproximadamente una de cada 10 adolescentes residentes en La Libertad ha estado alguna vez embarazada (ENDES 2000) y el 7,9% de ellas ya habían sido madres en el pasado.³⁶

Cuadro 2

FECUNDIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES, LA LIBERTAD, PERÚ (ENDES 2000)

Ámbito	Ya son madres (%)	Embarazadas con el primer hijo (%)	Total alguna vez embarazada (%)
La Libertad	7,9	1,7	9,6
PERÚ	10,7	2,3	13,0

Es importante tomar en consideración las brechas existentes entre el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas del área urbana, que son el 6,5% respecto del 15% que ocurre en las zonas rurales.

La maternidad durante la adolescencia acarrea una serie de riesgos, ya que este evento tiene mayores probabilidades de desencadenar en muerte debido a que las mujeres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar obstrucción del parto, trabajo de parto prolongado y una mayor cantidad de complicaciones como hemorragias, infecciones y cuadros crónicos de morbilidad, como fístulas y otras lesiones en el canal del parto.³⁷

34 Ministerio de Salud. *Estadísticas de la Dirección General de Salud de las Personas*. Perú, 2004.

35 De acuerdo a la información proporcionada por ENDES 2000, en el Perú la TGF real es de 2,9 y la TGF deseada es de 1,9.

36 Gobierno Regional de La Libertad. *Plan Participativo Regional de Salud de La Libertad 2005 – 2010*. La Libertad, 2006.

37 PATH (Program for Appropriate Technology in Health). *Improving interactions with clients: a key to high-quality services*. Outlook 17(2) (July 1999).

En el Perú, los riesgos de la gestación temprana consisten en hemorragias, anemia, desnutrición, obstrucción o retraso del alumbramiento, bajo peso al nacer y muerte de la madre o del infante. En términos de indicadores, entre las mujeres de 15 y 19 años, la razón de la muerte materna es mucho más alta (172 por 100.000 nv) que entre las mujeres entre los 20 a 30 años.

En cuanto al acceso a los servicios para garantizar una maternidad segura, los datos en la región de La Libertad señalan que las restricciones de acceso a los servicios de control prenatal son mayores en la población menor de 20 años (24%) que en el grupo de edad entre 20 y 34 años (19%). En cuanto a la atención institucional del parto, solo el 48% de mujeres menores de 20 años ha recibido este servicio, mientras que la cobertura en mujeres de mayor edad ha alcanzado el 56%. El acceso a cesáreas por parte de las adolescentes es también preocupante. Solo el 10% de las mujeres adolescentes ha recibido este tipo de intervenciones, a pesar de que la recomendación internacional indica debe ser el 15%, cifra que sí se cumple en los otros grupos de edad. La situación es mucho más crítica en la mujeres de zonas rurales (5%) y en mujeres sin educación (3,8%).

Según datos del Ministerio de Salud, el 16,3% de las muertes maternas corresponde a las adolescentes, cifra un poco mayor a la de años anteriores; puede explicarse por el incremento del número de mujeres gestantes y atendidas en los establecimientos de salud.

Los problemas derivados del embarazo y parto no solo afectan a la mujer sino también tienen serias consecuencias en la salud de sus hijos. Los hijos de madres adolescentes tienen 50% más probabilidades de riesgo que los hijos de las mujeres mayores de 20 años.³⁸ Con respecto a la muerte materna en adolescentes, no se han encontrado datos que precisen la situación de esta problemática, pero se infiere que los problemas son los mismos del ámbito nacional.

b) EMBARAZOS NO DESEADOS

Se calcula a nivel general que, al menos, el 60% de embarazos que se producen en adolescentes en los países en desarrollo son no planeados o no deseados, esto se explica en parte por la baja cobertura en el uso de métodos de planificación familiar.

38 Disponible en <www.savethechildren.org/mothers/report_2004/index.asp>

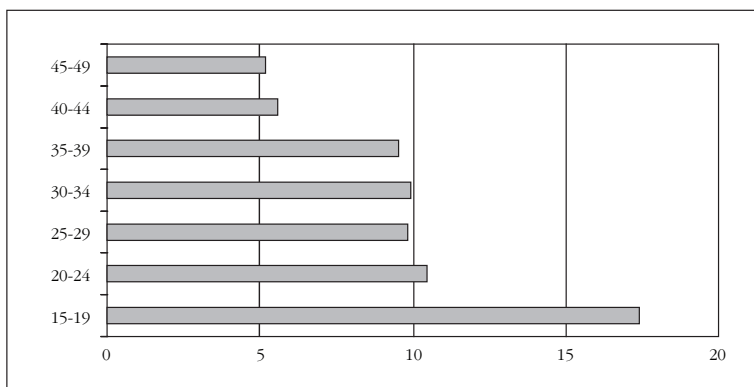
Según datos de ENDES Regional de La Libertad, la mayor parte de mujeres adolescentes unidas desea tener otro hijo, pero quisiera que ello ocurra posteriormente (81%). Un 7% de adolescentes unidas asegura no querer tener más hijos.

De acuerdo a datos nacionales de ENDES, solo el 41% de las mujeres unidas entre 15 y 19 años usa algún método anticonceptivo, a diferencia de los otros grupos de edad que sobrepasan el 45%. Solo entre los 45 y 49 años el uso se reduce al 33%. Cuando este dato se compara con mujeres sin escolaridad, la proporción de uso de métodos anticonceptivos ocurre solo en el 24%, comparable con las mujeres que aún no tienen hijos (25,3). Estos datos indican que las tendencias de uso de las mujeres adolescentes se producen cuando son mayores, cuando tienen un mayor nivel de escolaridad y cuando ya tienen hijos.

En la región de La Libertad el porcentaje de mujeres unidas entre los 15 y 19 años que usan métodos anticonceptivos es un poco mayor (59%) que el promedio nacional, pero, a su vez, este porcentaje es menor si se compara con los otros grupos de edad, cuyo uso está por encima del 67%. Solo el grupo entre los 45 y 49 años –periodo de baja fertilidad– tiene un promedio parecido al de adolescentes.

Para el caso de las mujeres de La Libertad, aunque la necesidad insatisfecha coincide con los valores nacionales, la mayor concentración se acentúa en el grupo de adolescentes –que supera ligeramente el nivel nacional– y en las mujeres sin educación, que prácticamente triplican los datos nacionales.

Gráfico 3
NECESIDAD INSATISFECHA POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: ENDES Continua 2004

Cuadro 3
COMPARACIÓN DE NECESIDAD INSATISFECHA EN ADOLESCENTES A NIVEL
NACIONAL Y EN LA REGIÓN DE LA LIBERTAD

<i>Características</i>	<i>Total Nacional</i>	<i>Total La Libertad</i>
Edad		
15-19	17,4	18,5
Área de residencia		
Urbana	7,1	5,1
Rural	11,7	14,8
Educación		
Sin educación	8,1	22
Primaria	7,6	13,6
Secundaria	9,5	4,4
Superior	10,6	2,8
Total 2004	8,8	8,8

Fuente: ENDES Continua 2004

Tal como se puede ver en estos datos, las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos y la alta tasa de necesidad insatisfecha implica no solo mejorar la actual disponibilidad de métodos anticonceptivos, mediante servicios que aseguren consejería y provisión de insumos, sino, también, poner a su disposición métodos como la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), pues –como se sabe– es el único método postcoital que brinda la posibilidad de prevenir un embarazo no deseado. Lamentablemente, en la región de La Libertad, entre los años 2003 y 2005, solo una adolescente había recibido AOE por parte del sector público,³⁹ mientras que las farmacias –que no aseguran una adecuada información y consejería– han sido prácticamente las únicas proveedoras de AOE en la región.

Está plenamente comprobado que los embarazos no deseados acarrearán un conjunto de problemas y trastornos emocionales, así como

39 Información obtenida por acceso a la información pública de la DIRESA de La Libertad.

dificultades sociales y económicas, especialmente si se tiene que enfrentar dicha maternidad sin el apoyo de la pareja; ello incluye el estigma y desaprobación familiar y social, por lo que muchas veces las adolescentes se ven obligadas a recurrir al aborto, en la mayoría de los casos en forma tardía y/o en condiciones de inseguridad. Para el año 2004, el MINSA señala que 28 mujeres se suicidaron estando embarazadas; todo hace pensar que su suicidio fue a causa de una gestación no deseada.

Las adolescentes que continúan con sus embarazos, por lo general se ven obligadas a abandonar la escuela, a pesar de que la ley garantiza que continúen sus estudios. Tal como se ha señalado anteriormente, en la región de La Libertad, el embarazo y/o el matrimonio temprano, aunque no es la razón mayoritaria (4%), es una de las causas importantes de abandono o deserción escolar.

Está plenamente demostrado que la postergación del embarazo tiene beneficios tanto para mujeres como para las sociedades, pues las mujeres que tienen hijos después de la adolescencia tienen mayores oportunidades de obtener educación y desarrollar habilidades necesarias para formar luego hogares más estables y/o insertarse con mejores condiciones en la oferta laboral. Una mejor educación se relaciona directamente con la postergación de los matrimonios y con un mejor control de su propia reproducción.⁴⁰

c) EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

Al ser el aborto una práctica clandestina en nuestro país hace que las mujeres enfrenten algunos riesgos, que no necesariamente corresponden a la interrupción en sí misma, sino a las condiciones en las cuales se realizan. Está plenamente demostrado que, en países con leyes restrictivas como el nuestro, el impacto del aborto en la salud pública es mayor que en países en donde esta práctica está permitida. Cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que en países del África, hasta el 70% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos tienen menos de 20 años.⁴¹

40 Alan Guttmacher Institute (AGI). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. 1998.

41 Disponible en <http://www.crlp.org/esp_pub_art_adol_endnotes.html>.

De todos los embarazos que se producen, se estima que por lo menos el 60% terminan en aborto. De este total, solo una pequeña parte corresponde a abortos espontáneos, siendo la mayoría inducidos. Del total de abortos inducidos, una parte será inseguro, cuyo registro parcial permite hacer las estimaciones más reales, mientras que otra parte –no poco significativa– será seguro y es, probablemente, el dato más difícil de estimar con seguridad, pues, por lo general, esta información pasará al campo de la confidencialidad de cada una de las personas, más aún considerando que, en el Perú, el aborto está prohibido por la ley, excepto cuando el embarazo implique riesgo de muerte o daño grave y permanente para la salud de la mujer.

Las fuentes de provisión de aborto según la clasificación que hace Ferrando, son de tres tipos: médicos/as, obstetrices y personal no calificado. Las mujeres consideradas no pobres, y que viven en zonas urbanas, acceden principalmente al personal médico (77%), mientras que las fuentes de las mujeres pobres que viven en zonas urbanas se distribuyen entre personal médico (17%), obstetrices (39%). La fuente de provisión, conformada por personas no capacitadas está más presente en las poblaciones pobres; esta será la fuente principal de las mujeres pobres que viven en la zona rural (65%), de las mujeres urbanas pobres (44%) y de las mujeres rurales no pobres (36%), y, aunque en un porcentaje bastante menor (2%), también estará presente entre las mujeres urbanas no pobres.

Por lo tanto, el dato más importante para la salud pública son los abortos inseguros, que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres y que, en la mayoría de los casos, son provistos por personal no calificado o por ellas mismas. Este tipo de abortos, por lo general, se realiza en condiciones poco higiénicas y con métodos no adecuados, tales “como la introducción vaginal de medicamentos, sustancias y objetos”.⁴² También se señala el uso de medicamentos con contenido de antiprostaglandinas, cuyo uso inadecuado puede generar complicaciones.⁴³ Muchos de estos métodos no siempre resultan efectivos, por lo que las mujeres tienden a usar más de un método, incrementando su grado de peligrosidad y de complicación.

42 D. Ferrando, *Cifras y Hechos, el Aborto Clandestino en el Perú*. Pathfinder International y CMP Flora Tristan, Perú, 2003.

43 M. Lafaurie, Grossman y col. *El aborto con medicamentos en América Latina, Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council, 2005.

Las complicaciones más frecuentes del aborto son los abortos incompletos, las infecciones, la hemorragia y las lesiones intraabdominales. Buena parte de estas complicaciones puede dejar en la mujer secuelas crónicas que le originan problemas para fecundar, embarazo ectópico y dolencias pélvicas crónicas. Desafortunadamente, no hay muchos estudios de salud mental que den cuenta de los efectos psicológicos, aunque se reconoce que el embarazo no deseado y el aborto acarrearán conflictos éticos y morales muy severos. Sin embargo, ello no significa un impedimento para someterse a un aborto. Lo que sí señalan algunos especialistas es que el impacto psicológico, más que del aborto mismo, proviene de la idealización de la maternidad y de los roles sociales que se enfrentan ante la difícil situación de decidir. Un contribuyente muy importante a los efectos negativos del aborto es la mala calidad de los servicios, especialmente de aquellos que solo están interesados en lucrar con las necesidades de las mujeres. A pesar de estos efectos y situaciones, el costo de asumir los posibles efectos psicológicos relacionados con el aborto inducido son evaluados por las mujeres como menores frente a un embarazo no deseado y las consecuencias en sus vidas.

En la actualidad, hay un evidente incremento de adolescentes que recurren al aborto; ello se debe fundamentalmente a la disminución de la menarquía –que origina que el grupo de mujeres fértiles se incremente–, así como a la falta de acceso a servicios elementales de salud sexual y reproductiva, incluyendo la educación sexual. Según estadísticas mundiales, cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o en daños irreparables que incluyen infertilidad. En el Perú, aproximadamente un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tienen entre 15 y 24 años.

El aborto en las adolescentes resulta más riesgoso porque tienen menos acceso a información de calidad y a servicios de salud. Muchas de las mujeres que comienzan a usar anticonceptivos lo hacen después de tener hijos, lo que demuestra también las limitaciones de acceso para las mujeres que no tienen hijos y que por lo general no tienen pareja estable.

Es importante también considerar la escasez y debilidad de redes sociales con adecuada información con la que cuentan las adolescentes, pues muchas de ellas enfrentan esta etapa de sus vidas con cambios psicosociales que tienden a la diferenciación con sus padres, y su red más importante –sus pares– por lo general tienen la misma desinformación y

dificultades de acceso. Frente a ello, las adolescentes tratan de resolver solas sus dificultades haciendo mucho más riesgosa cualquier intervención. La falta de disponibilidad de recursos económicos es también un grave problema.

Las consecuencias del aborto inseguro son dramáticas, no solo en lo que respecta a la salud física y mental sino también a su futuro reproductivo. Una consecuencia visible y extrema es la muerte materna. En el Perú, cada año, se producen 1.200 muertes maternas; la cuarta causa de estas muertes es por aborto y el 13% corresponde a mujeres adolescentes. De todas las mujeres que se someten a un aborto, según estimados de Ferrando, 1 de cada 7 llega a un establecimiento de salud debido a las complicaciones. Los datos oficiales del MINSA señalan que al menos 44.000 mujeres son hospitalizadas a causa del aborto cada año.⁴⁴ De este total 11,4% corresponde a adolescentes. Lamentablemente, no se cuenta con datos de la región de La Libertad sobre el aborto.

Según información reciente obtenida de la propia Dirección Regional de Salud de La Libertad, mediante el recurso de acceso a la información pública⁴⁵ se puede saber que el número de embarazos entre adolescentes es bastante elevado y es un indicador que permanece sin mayores variaciones en los últimos tres años (véase el cuadro 4)

Cuadro 4

Años	Número de embarazos adolescentes estimados	Número de partos atendidos (institucionalizados) en adolescentes	Porcentaje que representan (%)
2003	43.065	3.731	8,7
2004	44.523	4.256	9,6
2005	43.403	4.486	10,0

Fuente: Información obtenida por acceso a la información pública de la DIRESA de La Libertad. Elaboración propia. 2006

44 Ferrando llega a esta conclusión después de una revisión exhaustiva de las estadísticas oficiales del MINSA.

45 El 13 de febrero de 2006, se envió una carta de solicitud de acceso a la información pública a la Dirección Regional de Salud, en el marco del uso de la Ley 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ello demuestra que la mayor parte de embarazos no llegan a su fin y el problema de base es, sin duda, el embarazo no deseado.

En las tablas que se presentan a continuación se muestra el número de abortos en adolescentes que han sido registrados en los establecimientos de salud. Sin embargo, y de acuerdo a un estudio nacional,⁴⁶ cada mujer hospitalizada por aborto representa a otras 7 mujeres que se han sometido a una interrupción del embarazo pero que no acuden a los servicios de salud. Tomando como referencia este dato, pero considerando que la proporción entre abortos producidos y registrados puede ser menor por las condiciones de inseguridad en que se producen estas intervenciones, se presentan los siguientes cuadros que brindan una mejor aproximación al problema del aborto entre adolescentes en la región:

Cuadro 5

Años	Número de adolescentes atendidas	Porcentaje que representan respecto del total de abortos atendidos
2003	452	16%
2004	392	13%
2005	394	17%

Fuente: Información obtenida por acceso a la información pública de la DIRESA de La Libertad. Elaboración propia. 2006

Cuadro 6

Años	Número estimado de adolescentes que recurrieron a un aborto clandestino en la región
2003	3.164
2004	2.744
2005	2.758

Fuente: Información obtenida por acceso a la información pública de la DIRESA de La Libertad. Elaboración propia. 2006

46 D.Ferrando, *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Pathfinder Internacional. Lima, 2002.

e) Las infecciones del tracto reproductivo, incluyendo las infecciones de transmisión sexual ITS y el VIH/SIDA.

En cuanto al VIH/SIDA se calcula que en el mundo una persona se infecta de VIH cada 14 segundos y alrededor de 300 personas mueren cada día por este mal. A fines de 2001 se estimaba que el tercio de la población que vive con el VIH/SIDA pertenece a América Latina y, sin embargo, solo una pequeña proporción conoce su diagnóstico.

Según datos de la OPS-OMS,⁴⁷ 6.000 jóvenes contraen alguna infección de transmisión sexual (ITS) cada día en las Américas, muchos de los cuales, lamentablemente, nunca serán identificados por los servicios de salud, ya que las manifestaciones en algunas de estas enfermedades pasan desapercibidas o son incluidas en definiciones sindrómicas, cuyo registro es prácticamente inexistente.

En la región de La Libertad, según ENDES 2000, más de la mitad de las mujeres (52,9%) no conoce sobre las ETS. Las adolescentes tienen un poco más de desconocimiento (53,6%) que los otros grupos de edad (52% y 46% los grupos de 20 a 24 y de 25 a 30, respectivamente). Igualmente, con los síntomas específicos de las ETS, el 12% no identifica ningún síntoma. Con respecto a infecciones específicas, las adolescentes tienen mayor información que los otros grupos de edad, siendo las más conocidas la sífilis y la gonorrea (70% y 69% respectivamente).

Uno de los pocos estudios poblacionales sobre infecciones del tracto reproductivo que se ha hecho en mujeres de zonas rurales del Perú,⁴⁸ indica que por lo menos el 43% de mujeres presentaba vaginosis bacteriana,⁴⁹ 11% trichomoniasis, cervicitis (24,7%), sífilis (2,9%), papiloma virus (5%). Aunque estos datos no están referidos a mujeres adolescentes, dan cuenta de la gran extensión e importancia que tienen las infecciones vaginales y pélicas en general, sobre todo por la mayor probabilidad de incrementar la transmisión del VIH.

47 OPS-OMS, 41 Consejo Directivo. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA en las Américas. CD 41/9. Julio 1999.

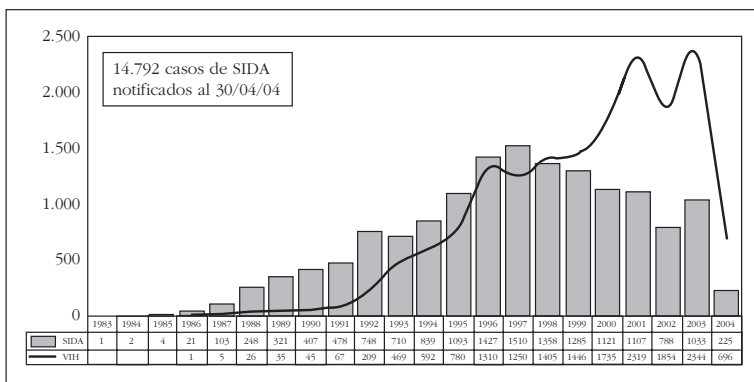
48 P. García, S. Chávez, B. Feringa, M. Chiappe, Li Weili, K. Jansen, C. Carcamo, K. Holmes: "Reproductive tract infection in rural women from the highlands, jungle and coastal regions of Peru", *Who Bulletin of the World Health Organization*, July, 2004, 82, 7.

49 No todas las vaginosis bacterianas están consideradas como ITS (infecciones de transmisión sexual), pero sí como ITR (infecciones del tracto reproductivo).

En cuanto a los/las adolescentes, algunos estudios señalan que cerca del 20% de adultos/as jóvenes y adolescentes sexualmente activos contrae al menos una infección de transmisión sexual cada año, lo cual indica que una gran proporción de relaciones sexuales coitales, en este grupo de edad, se realiza sin protección, es decir, sin el uso del condón. Esta información concuerda con últimos datos nacionales de ENDES 2000, en los que solo el 8% de adolescentes usa condón durante sus relaciones sexuales con cualquier pareja. Datos correspondientes a la región de La Libertad señalan que solo el 2% de adolescentes ha usado condón en sus relaciones sexuales en los últimos dos meses, lo que da cuenta que su uso es ínfimo.

En los inicios de la epidemia, la transmisión del VIH/SIDA estaba asociada principalmente a hombres que tienen sexo con hombres, pero, en la actualidad, la mayoría de los contagios ocurre en el grupo heterosexual. Según datos ofrecidos por la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud, la tasa de prevalencia del VIH/SIDA hasta el año 2000 era 0,20 % y hasta la fecha se han registrado alrededor de 22.000 portadores/as de VIH y 17.054 personas con SIDA. Sin embargo, de acuerdo a cálculos conservadores, se estima que el total de afectados/as podría alcanzar a más de 76.000 personas, muchas de las cuales ignoran su condición de portadoras. De este total, se calcula que 18.000 son mujeres y 4.500 niños/as menores de 15 años.

Gráfico 4
CASOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO
PERÚ, 1983-2004



Fuente: GT ETS/VIH-SIDA OGE. MINSA

Una característica importante de la epidemia a nivel mundial es el rápido incremento del porcentaje de mujeres infectadas: del 4% que se tenía en 1987, subió al 20% para el año 2000. En cuanto a la distribución territorial en el Perú, en Lima y Callao se concentra hasta el 75% de los afectados, pero, también, cada vez más se visibiliza su presencia en el interior del país, especialmente en regiones ubicadas en la costa y en la selva, particularmente en las regiones de Ica, Loreto, La Libertad y Ancash.

Desde el inicio de la epidemia en el Perú (1983), hasta el año 2002, en la región de La Libertad se han registrado 296 casos. El 89% de estos ha sido transmitido por vía sexual y los grupos más afectados se encuentran entre los 20 y 44 años. Hasta el 2002, el 31% de los casos registrados ya había fallecido, lo que indica que el diagnóstico se está haciendo de manera tardía, en la fase SIDA. Esto significa que muchas de las personas que son diagnosticadas como seropositivas han contraído la enfermedad durante la adolescencia.

Con la problemática del VIH/SIDA se concatena un conjunto de factores entre los que se mencionan como los más importantes:

- La pobreza; según una investigación del Banco Mundial, aplicada en 72 países se demostró que el bajo ingreso per cápita y la desigualdad en los ingresos estaban vinculados con una mayor tasa de infección con el VIH. El incremento de 2.000 dólares en el ingreso per cápita se asociaba a una disminución del 4% en las infecciones.
- La alta prevalencia de las infecciones de transmisión sexual; está plenamente comprobado que las ITS, incrementan considerablemente las posibilidades de contagio del VIH, según algunos estudios esto ocurre en un 30%. Asimismo, se señala que es altamente probable que los/las adolescentes y jóvenes se recontagien de una ITS, extendiendo en mayor tiempo su exposición al riesgo.
- La edad y el sexo femenino; biológicamente las mujeres tienen mayores probabilidades de ser contagiadas por el VIH, pero también por la corta edad, dado que la falta de desarrollo del tejido epitelial expone a mayores excoriaciones, por lo tanto a una mayor viabilidad para la transmisión.
- Relaciones inequitativas de género; sobre todo en contextos en que las relaciones entre los hombres y las mujeres se dan en desigualdad (edad, manejo de recursos económicos, autonomía), violencia y discriminación.

- Falta de información y de conocimientos prácticos para el autocuidado; ocurre en sociedades que ven las cuestiones sexuales con muchas reservas, donde no se habla de estos temas por considerarlos pecaminosos o poco apropiados y donde la educación sexual es negada, restringida o basada en prohibiciones. En el escenario nacional, solo el 45% de la población adolescente conoce que el uso del condón puede evitar la transmisión del VIH y el 65% no tiene la percepción de riesgo, según datos de ENDES Continua 2004-2005.
- Factores psicosociales propios de los/las adolescentes; hay una alta percepción de que no serán afectados/as ni por el embarazo no deseado ni por el VIH, y recurren a una serie de explicaciones estereotipadas que en la mayoría de los casos tiene amplio respaldo social, como que el VIH está solo asociado al trabajo sexual o a las relaciones homosexuales. No faltan explicaciones como por ejemplo que el VIH solo ocurre en las personas que son promiscuas.⁵⁰

En la región de La Libertad, al igual de lo que ocurre a nivel nacional, es preocupante la poca información que tienen los/las adolescentes con respecto a este problema. El 15% de mujeres entre los 15 y 19 años no conoce sobre el VIH/SIDA, pero lo que más llama la atención es que el 31% no sabe cómo evitarlo. Solo 27% de las adolescentes sabe que el VIH puede evitarse usando el condón. Llama la atención la escasa participación de los servicios de salud en la información; el 59% señala que su fuente principal es la televisión y solo una adolescente de 4 menciona como fuente la escuela.

d) VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La violencia basada en género cada vez cobra mayor importancia debido a su influencia en la salud sexual y reproductiva y en el acceso a los servicios. Según datos de ENDES, la violencia es un hecho que está presente en

50 Promiscuidad, como concepto altamente valorativo, tiene muchas acepciones y no se adapta a la realidad de los adolescentes o jóvenes que, no reconociéndose a sí mismos como promiscuos, podrían claramente corresponder a esta categoría. Su experiencia sexual ocurre antes del matrimonio y antes de casarse cambiarán al menos de una pareja.

una proporción importante en la vida de las personas, pues, al menos, el 5,7% del total de personas ha sufrido violencia y, aunque esta violencia está presente tanto en hombres como en mujeres, las mujeres son las que sufren las consecuencias más adversas. Dentro de este grupo, probablemente las más afectadas sean las adolescentes, especialmente en lo que se refiere a la violencia sexual, y es preciso señalar que este tipo de violencia se encuentra principalmente en el ámbito doméstico. ENDES 2004 da cuenta que el 10% de las mujeres en el Perú ha sido forzada alguna vez en sus vidas a tener relaciones sexuales por su pareja/compañero.

La violencia basada en género tiene múltiples expresiones, desde aquella más evidente como es la violencia física, hasta la más sutil o menos clara, como, por ejemplo, la manipulación económica o psicológica. Uno de los tipos de violencia más extendido y más dañino para la salud sexual y reproductiva es la violencia sexual, pues las relaciones sexuales no consensuadas originan muchas veces embarazos no planificados, abortos e ITS/VIH. Desde la perspectiva psicológica, este tipo de violencia puede originar ansiedad, depresión hasta intentos de suicidio, junto con la asunción de conductas de riesgo, como, por ejemplo, el inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas y el no uso de condones y el uso y abuso de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas –alcoholismo, uso de cocaína–.

Según datos nacionales, en el Perú, el 48% de las mujeres de Lima y el 61% del Cusco reportan haber sufrido violencia física por parte de su pareja. El 23% y el 47% de Lima Metropolitana y del Cusco reportan haber sufrido violencia sexual, igualmente, por parte de su pareja; lo que permite concluir que en la región de Lima y Cusco, 2 de cada 3 mujeres han sido violentadas física y sexualmente.⁵¹ Solo una de cada tres mujeres ha buscado ayuda en un servicio, principalmente en la policía, aunque la respuesta recibida no deja satisfechas a muchas mujeres. La principal razón para buscar ayuda remite a situaciones límites: gravedad, temor al asesinato, violencia contra los hijos. Las principales barreras se refieren al temor a no ser creídas o que el servicio no será de gran ayuda.

En cuanto a violencia específica con la población adolescente, esta misma investigación proporciona información relevante. El 28,4% de

51 A. Guezmes y col. *La violencia física y sexual en el Perú*. OMS, UPCH y Flora Tristán, 2002.

mujeres en Lima y el 31,8% en Cusco ha sufrido violencia física, a partir de los 15 años, por parte de alguna persona distinta a la pareja. Una de cada 5 mujeres en Lima y Cusco reporta haber sufrido violencia sexual en la infancia y el principal agresor sexual resulta algún otro familiar masculino y, en segundo lugar, un desconocido; y una de cada 10 mujeres en Lima y Cusco ha sufrido violencia sexual, a partir de los 15 años, por parte de alguna persona distinta a la pareja. Los principales agresores siguen siendo los varones de su familia, amigos o enamorados.

Según informaciones recogidas por UNFPA (1997), el 40% de mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fue contra su voluntad. En esta misma fuente se menciona que, de acuerdo a un estudio realizado en el Perú, el 90% de las madres adolescentes entre 12 y 16 años eran víctimas de violación, a menudo por parte de un miembro de su familia. Al igual que en Costa Rica, donde la mayoría de las madres adolescentes de alrededor de 15 años eran víctimas de incesto.

En la región de La Libertad hay pocos datos relativos a violencia en adolescencia; el 32% de las mujeres respondió afirmativamente ante la pregunta si habían sufrido violencia por parte de su pareja. Las víctimas más frecuentes de violencia son las mujeres sin educación (1 de cada 5 mujeres que solo tienen educación primaria). El 12% de las mujeres aseguraron haber sido golpeadas, abofeteadas, heridas, por otra persona diferente al esposo.

La amplia extensión de la violencia está explicada principalmente por las inequidades de género que se perpetúan no solo en el ejercicio abusivo de los roles, sino en la aceptación social de estas prácticas, incluyendo a las propias afectadas. El estudio en mención señala, por ejemplo, que las propias mujeres contribuyen con la impunidad al considerar que los problemas de la familia deben manejarse exclusivamente en el ámbito “privado”. En el departamento de Cusco, 3 de cada 4 mujeres consideran que las mujeres deben obedecer al esposo aunque no estén de acuerdo con él. Un importante número de mujeres, sobre todo en Cusco, justifica la violencia física cuando es una respuesta a la infidelidad de la mujer –aunque sea una simple sospecha–, cuando la “mujer desobedece”, y cerca del 10% de mujeres en Lima y más de la mitad en Cusco consideran que una mujer no puede negarse a tener relaciones sexuales si ella no lo desea.

No obstante esta violencia extendida, es muy poco lo que se ha logrado y aunque en el país hay avances significativos que han permitido llamar la atención sobre el problema, así como un incremento en número de

denuncias –a la fecha, el Instituto de Medicina Legal registra un aproximado de 24.000 denuncias de violencia sexual–, la mayoría de los casos pasa desapercibido, sobre todo porque las víctimas, particularmente los/las adolescentes, no buscan ayuda o no se protegen de la coerción sexual. Ello, porque en sociedades donde existen estrictos roles de género y dobles estándares resulta difícil para las jóvenes buscar apoyo o escapar de las insinuaciones sexuales por coerción, sin sentirse o verse como culpables. Un factor que contribuye enormemente a esta situación es la escasa información, la poca credibilidad que se deposita en los niños, niñas y adolescentes, y en la falta de servicios atentos para la detección y con capacidad resolutive para este tipo de problemas.

En la región de La Libertad, el 40% de mujeres maltratadas pidió ayuda a una persona cercana, pero solo el 21% de las mujeres maltratadas acudió a una institución. Las adolescentes conforman el grupo que menos ayuda ha solicitado, pues mientras que solo el 1,9% decidió acudir a un establecimiento, sí lo hizo el 18% de mujeres entre 20 y 24 años. Algunas de las razones para no demandar o solicitar ayuda, particularmente en las adolescentes, se debe a que consideran que los daños no fueron serios (21%), pero hay casi un 16% que considera que mereció ese abuso. Un 10% señala que no sabe adónde ir, que no desea dañar al agresor o que tiene temor a una respuesta más violenta, pero hay un 11% que cree que la violencia no se volverá a producir.

A pesar de que existen relativamente pocos estudios que den cuenta cabal de la dimensión del problema, los que se han realizado indican que los/las adolescentes en todo el mundo tienen un alto riesgo de sufrir distintas formas de abusos sexuales, incluida la violación, agresión sexual, incesto, explotación comercial sexual y esclavitud sexual.

CAPÍTULO 2

El rol de las instituciones sociales en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los/las adolescentes: familias, escuela y servicios de salud

Las instituciones juegan un rol fundamental en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Cuando aquellas incorporan positivamente este concepto, basándose en el desarrollo de la autodeterminación, se producen cambios positivos, tal como se pueden ver en algunas experiencias demostrativas tanto en el campo de la familia, la escuela y los servicios de salud. Ejemplo de ello son las intervenciones de educación sexual que se promueven desde estos distintos espacios y que han demostrado ser exitosas, no solo por haber incorporado nuevos conocimientos sino porque han contribuido a la incorporación de prácticas positivas que han dado como resultado el incremento de la edad en el inicio sexual consentido, la reducción del embarazo no planificado, la disminución de la extensión del VIH/SIDA, entre otros aprendizajes.

Sin embargo, es importante reconocer que los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas adolescentes y, en particular, el ejercicio de la sexualidad adolescente han provocado la oposición de quienes se consideran autorizados para determinar lo que debe o no debe permitirse a estas personas, llámense padres/madres de familia, profesores y/o proveedores de servicios. No obstante, desde hace varios años, se ha reafirmado en el ámbito mundial el concepto de que los/las adolescentes pueden y tienen derecho a disfrutar del ejercicio y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos con igual legitimidad y plenitud que las personas adultas,⁵² y ello implica, concretamente, su

52 Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. *Las Hojas de andar*. México, 2005. Disponible en <www.andar.org.mx>

derecho a recibir información fidedigna, a ser protegido de situaciones adversas, a recibir educación sexual y acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

En este sentido, y como una manera de comprender la autonomía, La Convención sobre los Derechos del Niño recoge dicho concepto y reconoce que la capacidad de un “niño” para adoptar decisiones importantes aumenta con la edad y la experiencia. Según ese documento, los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar los derechos de todos los “niños”, lo que comprende el derecho a la privacidad y a la información. Ello implica que padres y madres estén obligados a preservar el *interés superior* de las niñas y los niños y de las y los adolescentes, al punto de evitar “injerencias arbitrarias o ilegales” que lesionen sus intereses o afecten sus decisiones.⁵³

El Programa de Acción de El Cairo también ofrece el concepto de capacidades en evolución y señala:

Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a estos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud (pero también podría ser de los maestros o cualquier otro funcionario público encargado de su atención) no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales.⁵⁴

Sin embargo, y a pesar de lo señalado en estos documentos y a nuestra propia normativa, el interés superior no solo es desconocido al interior de las familias sino que se traslada muchas veces al ámbito de las escuelas y de los servicios de salud, privilegiando convicciones religiosas e ideológicas, que se refuerzan por la permanencia de algunas leyes, y que se colocan por encima de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a contar con información confiable y amplia sobre sexualidad y reproducción y con recursos disponibles para prevenir cualquier resultado adverso que implique la vivencia de su propia sexualidad.

53 Idem.

54 Párrafo 7, 45.

Es por ello que la negativa de atender las necesidades específicas en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes no solo puede explicarse por los escasos recursos económicos sino, principalmente, por barreras ideológicas, por patrones culturales y de género predominantes, que se traducen en la negación de una ciudadanía sexual y en la ausencia de mecanismos de apoyo que permitan a los niños, niñas y adolescentes tomar sus propias decisiones.

Este desconocimiento ocurre incluso en grupos sociales donde explícitamente se “protege” el derecho de los niños, niñas y adolescentes, pero cuyo limitado concepto de ciudadanía no incluye, lamentablemente, las dimensiones sexuales, pues no obstante haber una clara comprensión del derecho a la alimentación y a la educación, no ocurre lo mismo con respecto al derecho a la información y, mucho menos aún, al derecho a tomar decisiones sexuales y reproductivas. El no ejercicio de estos derechos se constituye en un obstáculo para el logro de una ciudadanía real y no solo declarativa.

Aunque el embarazo adolescente ha acaparado la atención de los gobiernos, los temas más amplios de salud sexual y reproductiva preventiva y de relaciones de género no siempre se tratan de forma adecuada. Es lo que se puede observar cuando se analizan las intervenciones y los enfoques de los programas públicos que se promueven desde el Estado, por lo que desde la institucionalidad se terminan estableciendo prácticas discriminatorias que operan impidiendo el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los/las adolescentes.

INSTITUCIONES DE LA REGIÓN DE LA LIBERTAD QUE REALIZAN ACCIONES O QUE ESTÁN VINCULADAS CON EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Desde hace muchos años existen en la región de La Libertad instituciones y organizaciones que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, particularmente en el campo de la adolescencia; sin embargo, recién en los últimos años, a propósito del proceso de descentralización y con el objetivo de establecer el Plan Participativo Regional de Salud de La Libertad, se ha logrado identificar un conjunto amplio de instituciones políticas, sociales, culturales, de asistencia y seguridad, así como de prestación directa de

servicios, que muchas veces parecería que no tienen nada que ver con el grupo de adolescentes ni mucho menos con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, pero que pueden afectar positiva o negativamente el ejercicio de los mismos.

Aunque la familia no suele estar considerada formalmente como una institución, es la primera instancia a la que se demanda cuando se trata de garantizar el desenvolvimiento y desarrollo de los/las adolescentes. Las demás instituciones –probablemente más visibles– también cumplen diversos roles. Hay algunas que tienen que ver con la normatividad o con el desarrollo de políticas que pueden incidir de manera muy directa en la vida de los/las adolescentes, tales como el gobierno regional y municipal. Otras están relacionadas con la educación y el proceso formativo de los individuos y de sus colectividades, como por ejemplo las instituciones educativas, las universidades y otros centros de formación. También se considera a las organizaciones que tienen que ver con la seguridad ciudadana, el orden público y el desarrollo ambiental seguro, entre las que se encuentran el Gobierno regional, los municipios, la policía, la fiscalía. Deben incluirse, asimismo, las instituciones involucradas en el tema del fortalecimiento organizativo de la ciudadanía, la vigilancia y el control ciudadano, como por ejemplo las organizaciones de base, las ONG y las instituciones que protegen ante situaciones de vulnerabilidad y abandono, como el INABIF, las comisarías o las organizaciones vinculadas a las iglesias.

Todas estas organizaciones actúan dentro del marco de reconocimiento social y legal de la región y deberían aportar a las distintas dimensiones del desarrollo humano en la región de La Libertad. En el caso de los/las adolescentes, además de sus funciones, deberán contribuir desde sus distintos quehaceres a su desarrollo, a la garantía de su desenvolvimiento, al reconocimiento de sus derechos humanos, particularmente de sus derechos sexuales y reproductivos, y a promover en los y las adolescentes la capacidad de tomar decisiones y de elegir sus mejores opciones en el marco de valores que proveen los derechos humanos. Son también responsabilidades de estas instancias generar condiciones para disminuir la inseguridad, así como las brechas entre hombres y mujeres y entre los distintos estratos de clase social, edad, distribución territorial.

Para efectos de este análisis, se hará hincapié en una pequeña proporción de instituciones, solo con el fin de tener una idea más clara acerca del contexto en que se desarrollan los y las adolescentes en el Perú, particularmente en la región de La Libertad.

a) LAS FAMILIAS

La familia juega un rol fundamental en la vida de las personas y está considerada como la principal institución en la que la sociedad basa su desarrollo. El espacio familiar está reconocido como uno de los referentes más importantes de desenvolvimiento de los individuos a partir del cual es posible vincularse con una red de relaciones sociales mucho más amplia.

Dado el rol que cumple, varios de los instrumentos de derechos humanos hacen referencia a su responsabilidad y a través de esta normatividad se busca generar su fortalecimiento. Es decir, se espera que las familias se constituyan en un primer eje integrador donde las personas, unidas por algún vínculo y que comparten espacios comunes, tengan las mismas oportunidades de desarrollo y que, a su vez, protejan y garanticen derechos elementales, particularmente de los/las integrantes que lo requieran –ya sea por su condición de dependencia o de vulnerabilidad–, especialmente de los niños, niñas y adolescentes, y de las personas adultas mayores o de aquellos que puedan verse limitados o restringidos en el ejercicio de algún derecho. Estos derechos incluyen alimentación, cuidado de la salud, convivencia pacífica, educación, acceso a servicios, entre otros. En estos espacios, por lo tanto, son primordiales los principios de equidad, solidaridad, respeto, autodeterminación, de no discriminación.

La mayor parte de los grupos sociales dan también gran importancia a la familia. Según la encuesta del Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima,⁵⁵ el 96,4% de encuestados/as considera a la familia como un referente importante, mientras que el 58,5% la considera muy importante.

La familia, al igual que todas las instituciones, se ha ido modificando en el tiempo adaptándose a los cambios sociales y culturales; la disminución de la fecundidad, el incremento de años de estudios, de años de vida, el proceso de migración y urbanización, el mayor acceso a los medios de comunicación y servicios han ido configurando no solo nuevos modelos de familias, sino también de roles. Algunos de los cambios más importantes que se señalan con respecto a las familias son:

55 Universidad de Lima. Grupo de Opinión Pública, Estudio 220, *Encuesta de Opinión Pública de Lima y Callao*, el 24 y 25 de abril de 2004.

- Una mayor tendencia a la familia nuclear; según datos de INEI, el 58% de los hogares tiene esta característica, seguida de la familia extensa que corresponde al 25%.⁵⁶
- Un menor número de miembros; el número promedio de integrantes es 4,5, no presentándose ninguna variación entre la zona rural y urbana, a pesar de que en las zonas rurales hay una mayor fecundidad, pero cuyo equilibrio podría estar explicado por la migración. En el caso de la región de La Libertad, las familias se hallan compuestas entre 3 y 5 miembros, pero el 15% de hogares tiene más de 7 miembros.
- La mayoría de los hogares están constituidos sobre la base del matrimonio (48,9%) o por la convivencia (23,3%) y, si bien es cierto, hay una mayor proporción de hogares jefaturados por hombres, también hay una proporción importante de familias jefaturadas por mujeres (20%). En la región de La Libertad esta proporción es similar, pero la jefatura de mujeres en zonas urbanas es ligeramente superior (21,7%) que en zonas rurales (15,9%).
- Cambios en el modelo tradicional de padre proveedor y madre ama de casa, dedicada al trabajo doméstico y al cuidado de los hijos. Actualmente solo el 36% de las familias se conforman según ese modelo. En la región de La Libertad, el 45% de mujeres actualmente casadas mantienen una actividad laboral permanente, al igual que el 40% de mujeres convivientes. Hay un incremento de mujeres que trabajan que tienen hijos (46%) con respecto a las mujeres que aún no tienen hijos (34%).
- Las familias también han sido duramente afectadas por la pobreza, que no solo determina condiciones de vida sino también acceso a los principales servicios, incluyendo el acceso a una vivienda digna. Según datos de INEI, el 46% de la población peruana tiene por lo menos una necesidad básica insatisfecha;⁵⁷ el 11% de los hogares está considerado físicamente inadecuado, casi el 20% de las viviendas se halla en condición de hacinamiento y el 23% de hogares no cuenta con servicios higiénicos; el 2,6% de hogares es altamente dependiente debido a su condición de pobreza.

56 INEI. *Encuesta Nacional de Hogares 2001*.

57 Dentro de sus componentes se consideran: viviendas físicamente inadecuadas, viviendas con hacinamiento, sin servicios higiénicos u hogares con niños que no asisten a la escuela o alta dependencia económica.

En cuanto a las decisiones sobre el hogar, según datos de ENDES 2000 –que ha tomado como referente dos situaciones: las grandes compras y las visitas–, se señala que un 53,7% de las mujeres decide qué comprar en unión con sus parejas, mientras que un 57% decide las visitas conjuntamente.

En cuanto a las dinámicas familiares, no se han identificado datos de la región, pero como referencia hay una encuesta realizada en Lima y Callao que puede ser inferida a La Libertad, en la que se señala que los tres principales problemas en las relaciones familiares son la falta de comunicación (34,9%), problemas económicos (24,4%) y desconfianza (11,6%),⁵⁸ lo cual definitivamente afecta de manera significativa el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

La violencia es un tema relevante que afecta la relación familiar; aunque ya se ha hecho referencia a cómo afecta de manera particular a los/las adolescentes, en especial en lo que se refiere a violencia sexual, es importante explicar cómo opera e interfiere en las relaciones familiares, afectando principalmente a quienes se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad: las mujeres y sus hijos. De acuerdo a datos regionales de La Libertad ENDES 2000, el 32% de las mujeres alguna vez unidas han sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por sus esposos o compañeros. El 14% de ellas sufre esta agresión de manera frecuente y un 83% señala que este tipo de maltratos ocurre a veces.

Según datos del Centro de Emergencia Mujer (CEM), del MIMDES, correspondientes al año 2002,⁵⁹ en la región de La Libertad se han atendido 950 casos de violencia, que corresponden al 3% de los casos a nivel nacional, encontrándose en el séptimo lugar de casos nuevos, por encima de las regiones de Arequipa e Ica. Aunque para la población adulta, la mayoría de víctimas son mujeres (por cada hombre víctima, hay 18 mujeres que son víctimas); en el caso de los/las adolescentes, esta proporción disminuye (por cada hombre víctima, hay 4 mujeres víctimas), en este último caso, los principales agresores pueden ser los padres, madres o

58 Estudio 220 del Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima. *Encuesta en Lima Metropolitana y Callao*, el 24 y 25 de Abril de 2004.

59 Viviano, *Perfil de los casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer. Resumen de datos estadísticos del año 2002. Atendiendo a las víctimas de violencia familiar y sexual*. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. MIMDES, marzo, 2004.

hermanos mayores. Las estadísticas de La Libertad, del MIMDES, señalan que desde el 2002 a la fecha, el 45% de los casos atendidos de violencia en los establecimientos del CEM corresponden a adolescentes entre los 12 y 17 años.

La principal razón que expresan para ejercer la violencia (47%) es para “controlar la vida de otra persona”, y fue identificada en el 43,7%. Seguida por el carácter dominante e impulsivo del agresor (33,3%); los celos (33,1%), motivos económicos (28%); conflictos por desacuerdos en la crianza de los hijos, interferencia de otros familiares (24%). También hay un significativo 10% sin motivo aparente.

Con respecto al uso de la violencia contra los niños y niñas, el 41 % de padres y madres golpean a sus hijos para corregirlos, y el 33% de las mujeres en edad fértil cree que los golpes son necesarios para corregir a sus hijos.⁶⁰

b) LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Las evidencias destacan que el acceso a la educación produce cambios sustantivos en las sociedades y contribuye de manera muy significativa a la equidad social, particularmente en aquellos sectores que sufren de exclusión, como el de las mujeres. Todos los indicadores señalan que el incremento en el nivel educativo impacta sobre el cuidado de la salud reproductiva, la autoestima, el ejercicio de la ciudadanía y sobre la capacidad de autosostenerse. Por lo tanto, en mujeres con mayores niveles de educación se va a encontrar una menor tasa de muerte materna, un mejor control de la fecundidad y una mayor supervivencia de los hijos e hijas.⁶¹ Para que estos cambios sean efectivos, se necesita al menos tener cinco años de educación escolar, lo cual mejorará el control sobre su vida reproductiva. Es más probable que una adolescente que ha recibido educación busque atención para su salud sexual y reproductiva, que otra que no la haya recibido.

A pesar de la amplia evidencia de que la educación es una palanca de cambio para las transformaciones sociales y superación de la inequidad, es

60 ENDES 2000.

61 ENDES 2004.

muy poca la inversión que se dedica en este rubro, dependiendo muchas veces de la inversión de las mismas familias. Aunque la educación, afortunadamente, es altamente valorada por la población, su calidad y permanencia dependerá mucho del gasto que pueda hacer la familia, para permitir a sus integrantes acceder a algún nivel de educación.

- Inversión del Estado en la educación.

En la región de La Libertad hay un total de 2.417 escuelas primarias y secundarias, dirigidas a la niñez y población adolescente, de las cuales 1.871 corresponden a nivel primario y 546 al nivel secundario. Muchas de estas escuelas cuentan con profesores unidocentes (sobre todo, las que están ubicadas en zonas rurales) o tienen un número mayor de alumnos por aula, superando, así, las recomendaciones didácticas.

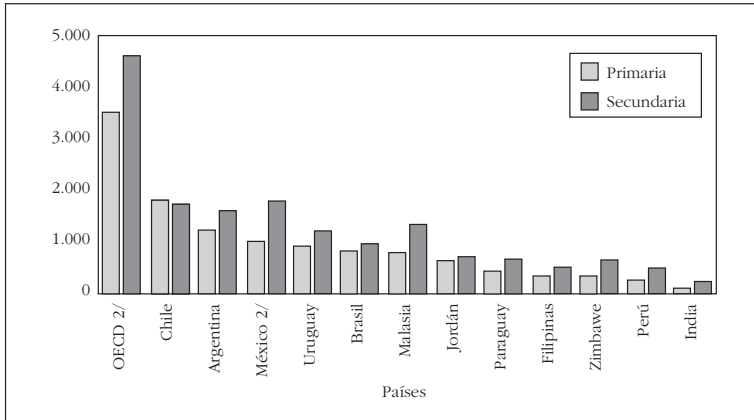
Según datos de INEI, se puede observar que en los últimos 10 años ha habido un incremento sostenido de la matrícula escolar, sin embargo continúan presentes algunas brechas que deben ser tomadas en cuenta. Según datos del Ministerio de Educación, para el año 2001, el 91,5% de la población asiste al nivel primario, pero solo un 65,6% asiste al nivel secundario, lo que implica que el 32,6% de adolescentes entre 12 y 16 años no asiste a la escuela.⁶²

Aunque el gasto anual por alumno/a ha crecido en el nivel primario, según datos de GRADE: de US\$ 73 (1990-1992) a US\$ 135 en el año 2000, y la educación secundaria de US\$ 112 a US\$ 191, el gasto en la educación pública es uno de los más bajos en América Latina (véase el gráfico 5).

La mayor parte de los gastos, según esta misma fuente, corresponde a remuneraciones y pensiones, y los gastos referidos directamente a los bienes y servicios corresponden solo a una pequeña parte. Ello significa que, aunque haya un mayor número de matriculados, lo que efectivamente se puede destinar por cada alumno cada vez es menor (véase el gráfico 6). El bajo presupuesto que aún se asigna a la educación influye de manera importante en la calidad de los servicios educativos, especialmente en lo que se refiere a disponibilidad y funcionamiento, afectándose servicios

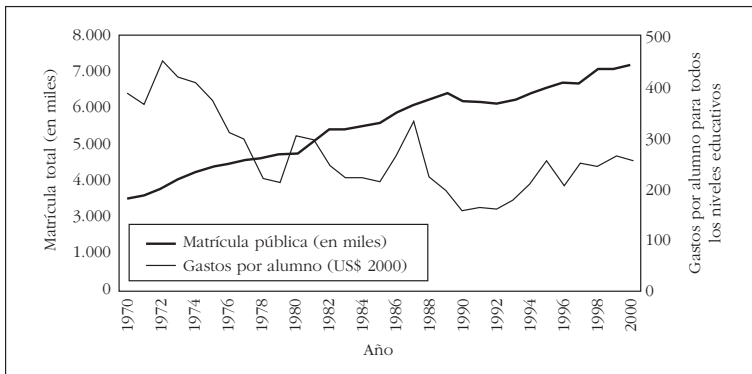
62 Tomado de *Lineamiento de Política de Salud de los/las Adolescentes*. Ministerio de Salud, 2005.

Gráfico 5
GASTO ESTATAL POR ALUMNO EN PRIMARIA Y SECUNDARIA 1997
(US\$ ppc)



Fuente Grade 2002⁶³

Gráfico 6
GASTO ESTATAL PROMEDIO POR ALUMNO Y MATRÍCULA
PARA TODOS LOS NIVELES EDUCATIVOS (US\$ 2000)



Fuente GRADE 2000⁶⁴

63 J. Saavedra y P. Suárez, *Financiamiento de la Educación en el Perú*. Documento de trabajo 38. GRADE, 2002.

64 *Ibidem*.

fundamentales como, por ejemplo, infraestructura, servicios higiénicos, profesores calificados; a la vez que abunda en una menor inversión en la capacitación de los docentes.

En el Perú, a pesar de las dificultades, la educación formal es altamente valorada, y en cuanto al acceso a la educación básica no hay mucha diferencia entre hombres y mujeres. Sin embargo, un tema de preocupación es la deserción escolar. En La Libertad, según datos de MINEDU, el 7% de la población entre los 6 y 11 años, y el 18% entre los 12 y 16 años está fuera de la escuela. Es decir, un aproximado de 29.000 niños y niñas residentes libertinos no reciben educación escolarizada.

Con respecto a la educación, el Estado peruano, ha asumido una serie de compromisos con la comunidad internacional de derechos humanos. Uno de los más importantes es la Convención sobre los Derechos del Niño, que señala que los Estados Partes deberán comprometerse a “implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos”, y deberán “fomentar el desarrollo, en sus diferentes formas, de la enseñanza secundaria... [y] hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella”. También señala, en el artículo 29, que los Estados Partes pondrán énfasis en orientar su educación con el fin de “preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia [e] igualdad de los sexos”... Sin embargo, una de las dificultades que actualmente enfrenta el sistema educativo público peruano es la baja calidad de la educación. En La Libertad, en el área de comunicación, a nivel primario, solo el 16% de los niños y niñas alcanza un desempeño suficiente, y, en matemáticas, ocurre solo en el 10%. Estas cifras, aunque bastante bajas, son ligeramente más altas de lo que ocurre a nivel nacional.

En el campo de la educación sexual, se puede decir que los avances son mucho menores, pues hasta la fecha su incorporación no deja de ser motivo de controversia, y lo logrado es poco consistente. La educación sexual, como materia educativa, se mantiene dentro de la Oficina de Tutoría, junto con otros temas que tienen características de problema, tal como el consumo de drogas y prevención de la violencia. Desde esta perspectiva, la educación sexual tiene un enfoque eminentemente preventivo, perdiendo su dimensión de realización y de integralidad dentro del proceso de desarrollo de las personas. Ello hace que en el Ministerio de Salud se prioricen temas relacionados con el embarazo en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Sin embargo, a pesar de esta limitación, se han elaborado módulos de educación sexual que

son accesibles por Internet y que abordan los temas desde un enfoque de derechos sexuales y de derechos reproductivos.

Una de las dificultades del sistema educativo –que no se debe ignorar– es la fuerte influencia y presencia de la Iglesia católica, que impide y limita muchos de los avances que podrían darse en materia de educación sexual, negando a los niños, niñas y adolescentes verdaderas oportunidades para preservar su salud sexual, retrasar el inicio de la fecundidad y prevenir la violencia sexual, así como para disminuir los riesgos referidos al embarazo no deseado y a la transmisión de las ITS y el VIH.

c) LOS SERVICIOS DE SALUD

La principal institución que provee servicios de salud sexual y reproductiva es el Ministerio de Salud (MINSA), responsable de formular y evaluar las políticas de alcance nacional en materia de salud y de supervisar su cumplimiento; así como normar las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación. Dentro de las competencias del MINSA, están consideradas la provisión de atención integral de la salud de la persona, así como la categorización y acreditación de los servicios de salud. También tiene dentro de sus funciones las acciones de promoción, mediante las cuales se desarrollan acciones para preservar la salud de la población desde una perspectiva de desarrollo integral y entornos saludables.

En los últimos años, el sector Salud es probablemente el sector que más cambios administrativos y de gestión ha tenido: reorganización de las prestaciones de programas a estrategias, la creación de nuevas direcciones, como la de Promoción de la Salud, la incorporación de un sistema de financiamiento (SIS), etcétera. Sin embargo, es importante señalar que, si bien algunos de estos cambios han impactado positivamente en el acceso a los servicios, otros han generado ciertas dificultades como, por ejemplo, la implementación de modelos sanitarios sin una adecuada planificación, que en la práctica no han logrado superar el diseño de los programas verticales, fuertemente instituidos en el sector, pero, que por su falta de precisión, tampoco han permitido mejorar los resultados que tenían anteriormente (pérdida de muchos registros, dificultades para la programación de presupuestos, disminución de la fuerza de intervenciones, como el de planificación familiar, etcétera).

Una de las limitaciones de los programas verticales, que afectan la calidad de atención, se debe a que son entregados de manera fragmentaria. Dado que las entidades clínicas son las que prevalecen, pierden de vista las necesidades específicas de las personas, lo cual influye de manera determinante en la salud y la enfermedad. Esta situación es particularmente grave para los/las adolescentes porque la base de sus problemas no está en las enfermedades en sí, sino en prácticas sexuales fuertemente influenciadas por la cultura, pero también por la falta de autonomía para tomar decisiones. Como consecuencia, sus principales problemas están relacionados con la falta de información y consejería, con la ausencia de detección temprana de problemas y con la de mecanismos de resolución de problemas y conflictos que podrían estar originándose por la violencia sexual, por ejemplo.

La atención oportuna de estas necesidades requiere del desarrollo de nuevas competencias en los proveedores, que incluyan el entendimiento y la operacionalización de los derechos humanos y de la equidad de género, y aunque en términos normativos existe una amplia base conceptual, legal y programática que permite avanzar en este sentido, la prestación de servicios, en general, resulta muy limitada, no solo porque estos avances carecen de un soporte económico y logístico sino, también, por las serias barreras conceptuales de los proveedores que les impide reconocer que los derechos sexuales y los derechos reproductivos están extendidos a todas las personas sin distinción de edad ni de otro tipo.

Un efecto directo de las restricciones económicas está presente, por ejemplo, en la limitada extensión de servicios diferenciados que, hasta la fecha, no alcanzan, según datos de La Rosa, ni al 3% de los establecimientos de salud. La falta de servicios diferenciados es una de las barreras más importantes para los/las adolescentes, pues es prácticamente imposible que estos vayan a servicios donde se ven expuestos a las críticas y a la estigmatización. La ausencia de servicios diferenciados también trae a colación la falta de personal entrenado.

En términos de financiamiento de los servicios de salud, se puede observar que una proporción importante del mismo (37%), está provista por los propios usuarios/as y sus familias, a lo que se denomina gasto de bolsillo. Las implicancias de este tipo de financiamiento es que cualquier evento de enfermedad, para una población pobre, se convierte en una catástrofe económica, poniendo en grave riesgo el uso oportuno del mismo. Considerando que los/las adolescentes es uno de los grupos

poblaciones más pobres, la barrera económica será de muchísimo mayor impacto para este grupo.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de diciembre de 2004, el porcentaje de personas que no ha asistido a un establecimiento de salud por “falta de dinero” corresponde al 25%, pero también hay otras respuestas que podrían estar relacionadas con el acceso económico, por ejemplo la lejanía, la falta de confianza, el tiempo que tardan en la atención (14%). Datos de La Libertad señalan que 8 de cada 10 mujeres tienen dificultad de acceder a un servicio de salud, al parecer, el problema económico para pagar “el tratamiento” es el principal motivo. Sin embargo, entre las adolescentes, aparte del problema económico, hay un 50% que señala no querer ir sola, y un 18% refiere como dificultad la falta de permiso.

En la región de La Libertad, los/las adolescentes son el grupo menos atendido (47%) por los establecimientos de salud, menor que la población infantil (73%) y femenina adulta (66%). De los/los adolescentes, los varones son menos atendidos (35%), mientras que en las mujeres la cobertura alcanza al 53%.

Asimismo, la concentración de atención también es mucho menor (3,1%), a diferencia de los demás grupos, como, por ejemplo, las mujeres adultas, que alcanza a 4,2%.

CAPÍTULO 3

Las políticas de salud sexual y reproductiva en el proceso de descentralización y la participación ciudadana

En los últimos 10 años, una de las más importantes transformaciones del Estado está relacionada con la descentralización y la promoción del poder local. Con el proceso de descentralización se espera que la población deje el rol pasivo, para constituirse en instancias organizadas que participan activamente en asuntos de políticas públicas, teniendo como referencia agendas de interés que se construyen de acuerdo a sus expectativas y necesidades. Sin embargo, este proceso de cambio es mucho más complejo de lo que parece, pues no solo responde a cambios culturales, sino también a la propia definición de instrumentos normativos, de organización, de distribución de recursos y de toma de decisiones, que muchas veces implican resistencia, enfoques políticos o prioridades distintas.

El cambio del Perú a un país efectivamente descentralizado, según los expertos en la materia, tomará muchos años, sin embargo, los procesos iniciales resultan claves para organizar una serie de funciones y cambios sustantivos de gobierno, que implican no solo inversión económica, sino un profundo cambio de mentalidad, pues nuestra principal característica histórica de gobierno es el centralismo acompañado de poderes tradicionales marcados por la clase social, política y económica, dentro de los que se incluye la jerarquía católica.

Desde el punto de vista normativo, se han establecido las bases de la descentralización, disponiendo la creación de los gobiernos regionales y del proceso electoral. Sobre la base de estas normas, también se aprobó la Ley de Bases de la Descentralización, la cual definió el proceso de descentralización, y se creó el Consejo Nacional de Descentralización (CND); estableciendo que el territorio de la República está integrado por

regiones, departamentos, provincias, distritos y centros poblados, sobre los cuales se constituye y organiza el Estado y gobierno en los ámbitos nacional, regional y local, conforme a sus competencias y autonomía propias, preservando la unidad e integridad del Estado.⁶⁵

La Ley establecía una etapa preparatoria, que debería haberse realizado entre junio y diciembre de 2002, sin embargo, la falta de definiciones de las competencias y los plazos establecidos no fueron cumplidos.⁶⁶ Por ejemplo, en el sector Salud, se establecía genéricamente como competencia compartida de los gobiernos regionales y gobiernos locales la “salud pública”, sin precisar su definición; es decir, se crearon las estructuras, pero, como en la mayoría de los casos, no se definieron los contenidos, generando un retraso en el proceso de descentralización y se realizaron cambios superficiales.⁶⁷

En el 2005, se inició formalmente el proceso de descentralización de los sectores Salud y Educación. Se promulgó el Plan de Transferencia Sectorial del Quinquenio 2005–2009; para el año 2005 y 2006, se prevé la transferencia de un significativo número de atribuciones. El sector Educación recién iniciará su transferencia en el 2008, por lo que a la fecha aún no se ha desarrollado ninguna estrategia correspondiente a este sector.

3.1 FUNCIONES DE LAS INSTANCIAS DE GOBIERNO EN EL MARCO DE LA DESCENTRALIZACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

a) GOBIERNO NACIONAL

Su rol fundamental es la elaboración de las políticas nacionales, la regulación y la provisión de la asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales.

65 Congreso de la República: *Ley de bases de la descentralización*; Ley N° 27783. Lima, 17 de julio de 2002.

66 *Ibidem*.

67 C. Bardález, *La descentralización política y la gestión de la salud sexual y reproductiva*. Proyecto del Foro Salud Desarrollando la propuesta de Reforma Sanitaria de la Sociedad Civil Peruana. Consultoría Foro Salud. Documento de trabajo.

En los distintos ministerios existen diversas actividades dirigidas a la población adolescente ya sea como provisión de servicios o planes, la mayoría de las cuales se halla dispersa y duplicando muchas de las acciones. Aunque hay en muchas de estas actividades referencias al Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002–2010, existe muy poca articulación entre los distintos sectores.

Dentro del desarrollo de políticas nacionales, es función del Gobierno nacional, a través de los ministerios, la elaboración de los grandes lineamientos; un ejemplo de ello es la Política de Salud de los y las Adolescentes del Ministerio de Salud, publicada en el 2004. En esta política, el Estado incluye medidas a las que debe ceñirse el sector Salud; por ejemplo, establece la implementación de servicios de salud diferenciados para adolescentes en todo el territorio nacional y plantea facilitar el acceso a la información, consejería y provisión de métodos anticonceptivos para aquellos adolescentes que así lo requieran. También considera la necesidad de establecer acuerdos multisectoriales para proveer atención integral a los y las adolescentes.

La regulación es otra de las funciones importantes que le corresponde al Gobierno central, aunque es importante señalar que probablemente este sea el componente menos desarrollado, sobre todo cuando tiene que ver con cuestiones consideradas controversiales, como es el caso de los/las adolescentes, cuyos derechos no son siempre admitidos. La Defensoría del Pueblo, en todo caso, responde a esta demanda, con la reciente conformación de la Defensoría de la Niñez y de la Adolescencia, que se espera sea extendida a nivel nacional.

Corresponde a los ministerios la asistencia técnica a los gobiernos regionales para el desarrollo de las capacidades que le permitan cumplir a cabalidad su nuevo rol, adecuar su organización basada en programas verticales a una redistribución de funciones y, con ello, al desarrollo de las competencias de los funcionarios y funcionarias regionales y locales con el fin de que los servicios y las acciones garanticen su continuidad y promuevan su mejoramiento.

b) GOBIERNOS REGIONALES

Los actuales gobiernos regionales surgen en el marco del proceso de descentralización política en curso. La Ley Orgánica de los Gobiernos

Regionales y sus modificatorias,^{68 69} establecen que los gobiernos regionales son los encargados de organizar y conducir la gestión pública regional con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia y conformando un pliego presupuestal. Es decir, a los gobiernos regionales les compete formular, aprobar, ejecutar, evaluar y administrar las políticas y planes regionales sectoriales, así como promover, regular, incentivar y supervisar los servicios públicos de su competencia. Dichas acciones deberán garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes, de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales de desarrollo.

En cuanto a sus funciones en materia de políticas sociales, en las cuales deberían considerar la mejora de la calidad de vida de los/las adolescentes, se consideran los siguientes:

- Formular, aprobar y evaluar las políticas en materia de desarrollo social e igualdad de oportunidades de su competencia, en concordancia con la política nacional, los planes sectoriales y los programas correspondientes de los gobiernos locales.
- Supervisar y evaluar el cumplimiento de la ejecución por los gobiernos locales de las políticas sectoriales y el funcionamiento de los programas de lucha contra la pobreza y desarrollo social del Estado, con énfasis en la calidad de los servicios, la igualdad de oportunidades con equidad de género y el fortalecimiento de la economía regional.
- Formular políticas, regular, dirigir, ejecutar, promover, supervisar y controlar las acciones orientadas a la prevención de la violencia política, familiar y sexual.
- Promover la participación ciudadana en la planificación, administración y vigilancia de programas de desarrollo e inversión social en sus diversas modalidades, brindando la asesoría y el apoyo que requieran las organizaciones de base involucradas.

68 Congreso de la República: Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, Ley N° 27687. Lima, 16 de noviembre de 2002.

69 Congreso de la República: Ley N° 27902, ley que modifica la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales N° 27687 para regular la participación de los alcaldes provinciales y la sociedad civil en los gobiernos regionales y fortalecer el proceso de descentralización y regionalización. Lima, 1° de enero de 2003.

- Gestionar y facilitar el aporte de la cooperación internacional y las empresas privadas en los programas de lucha contra la pobreza y desarrollo social.
- Promover una cultura de paz e igualdad de oportunidades.
- Formular y ejecutar políticas y acciones de asistencia social orientadas a la protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad.

El ejercicio de las funciones sectoriales se realiza a través de las direcciones regionales sectoriales, las cuales constituyen órganos técnicos especializados y desconcentrados⁷⁰ del gobierno regional, responsables de la implementación y ejecución de las políticas nacionales y regionales sectoriales en el ámbito regional y están bajo la dirección del sector y de la gerencia regional correspondiente.

Una de las acciones que ha desarrollado el Gobierno regional de La Libertad, es el “Plan Participativo Regional de Salud”, mediante el cual ha establecido prioridades sanitarias y desarrollado toda una propuesta de intervención para ser ejecutada en los próximos cinco años, estableciendo metas que deberán ser cumplidas hasta el año 2010. Este plan –el primero en la historia de la región–, marca no solo una forma de planificación distinta, sino involucra a un conjunto de sectores en la planificación y el establecimiento de compromisos, a la vez que sienta las pautas para el monitoreo y el control social, ya que establece indicadores que serán factibles de monitorear. Algunos de los temas que han sido priorizados en este plan, corresponden a embarazos en adolescentes, aborto y violencia.

c) GOBIERNOS LOCALES, LAS MUNICIPALIDADES

Las responsabilidades de las municipalidades son la planificación local, la provisión de servicios públicos y la fiscalización. Estas funciones permiten a las municipalidades participar activamente en la gestión educativa, monitoreando la gestión pedagógica y administrativa de las instituciones

70 En realidad el marco legal, tanto en la Ley N° 27867 como en la Ley N° 27902, no señala que las direcciones sectoriales sean órganos desconcentrados del gobierno regional, solo que sus gerencias regionales ejercen funciones específicas sectoriales.

educativas, así como diseñando, ejecutando y evaluando el proceso educativo de su ámbito.⁷¹ En el campo de la salud, les corresponde gestionar la atención primaria de la salud y, junto con el gobierno regional, gestionar el primer nivel de atención, tal como está precisado en el Plan de Transferencia Sectorial del Quinquenio 2005– 2009. En lo que respecta al sector de desarrollo social, les corresponde administrar los programas de asistencia social y de apoyo a niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores; organizar e implementar las defensorías municipales de niños y adolescentes (DEMUNA).⁷²

A las municipalidades también les corresponde ciertas atribuciones en la fiscalización del funcionamiento de los servicios públicos y privados dirigidos a la población mediante la autorización de su funcionamiento, teniendo la potestad de clausurarlos cuando no cumplan la regulación existente, en razón de su competencia para el ordenamiento territorial de sus jurisdicción.⁷³

Las municipalidades constituyen también entidades básicas de la organización territorial del Estado y son canales inmediatos de participación vecinal en asuntos públicos, institucionalizando los intereses de sus localidades.⁷⁴

3.2 EL PLAN PARTICIPATIVO REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD (PPR- SALUD). MARCO PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS DE LA REGIÓN PARA DISMINUIR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, EL ABORTO Y LA VIOLENCIA.

El Plan Participativo Regional de Salud es una experiencia reciente que se viene desarrollando en algunas de las regiones del país en el marco del proceso de la descentralización. Tiene como objetivo “establecer las políticas regionales –en concordancia con las políticas nacionales– y define intervenciones de salud con base en prioridades orientadas a mejorar la salud de la población y reducir las inequidades.”⁷⁵

71 *Ibidem.*

72 Congreso de la República: Ley Orgánica de Municipalidades; Ley N° 27972. Lima, 27 de mayo de 2003.

73 *Ibidem.*

74 *Ibidem.*

75 Gobierno Regional de La Libertad. Plan Participativo Regional de Salud de La Libertad. 2005.

Los principios que orientaron el desarrollo del plan fueron los siguientes:

- La inclusión en el sistema de protección a la salud de la población más vulnerable.
- El empoderamiento de las comunidades en las decisiones para promover y proteger la salud.
- El carácter transversal e intergubernamental de las estrategias.
- La efectividad de las intervenciones basadas en las evidencias reconocidas.

Dentro de los principales retos que se consideraron para el cumplimiento del PPR-Salud para mejorar la salud, se consideraron los siguientes:

- Garantizar el acceso a los servicios que influyen en el estado de salud de la población.
- Educación para la reducción de hábitos inadecuados y de riesgos para su salud.
- Creación de ambientes saludables.
- Articulación de acciones multisectoriales e intergubernamentales, así como de cooperación externa.
- Mayores recursos para el sector Salud.
- Cumplimiento de las personas e instituciones con el cumplimiento del PPR.
- Fortalecimiento de las capacidades de regulación de las autoridades sanitarias y de vigilancia para el cumplimiento de las políticas.
- Desarrollo de espacios efectivos de negociación con instituciones nacionales, involucradas en el plan.
- Promover mecanismos participativos de vigilancia del cumplimiento de las metas del plan.

Metodológicamente, el desarrollo del plan –por lo menos, en lo que se refiere al proceso llevado a cabo en la región de La Libertad– comprende seis pasos:

1. Diseño, organización e institucionalización del proceso de elaboración del PPR-Salud.
2. Identificación de las necesidades regionales de salud.
3. Priorización de los problemas sanitarios.
4. Formulación del plan estratégico.
5. Redacción y aprobación del documento oficial del PPR-Salud.
6. Vigilancia ciudadana del plan estratégico.

Desarrollo de los pasos:

- Paso 1: Diseño, organización e institucionalización del proceso de elaboración del PPR-Salud. Correspondió a una fase de acercamiento y de dar a conocer la propuesta a las organizaciones sociales e instituciones de la región de La Libertad.
- Paso 2: Identificación de las necesidades regionales de salud. Consistió en el desarrollo de una consulta ciudadana sobre la percepción de los problemas de salud de la región. Se realizó una encuesta regional.
- Paso 3: Priorización de los problemas sanitarios. En base a los resultados de la encuesta (Paso 2), se realizó una priorización de los mismos. La discusión fue llevada a cabo a través de talleres, uno para la zona de la costa (participaron representantes de Chepén, Pacasmayo, Ascope, Trujillo y Virú) y otro para la zona de la sierra (con representación de Gran Chimú, Otuzco, Julcán, Sánchez Carrión, Santiago de Chuco, Bolívar y Pataz). En estos talleres se eligieron los doce problemas más importantes relacionados a los servicios, al contexto social, al funcionamiento del sistema de salud. Estos doce problemas constituyeron la lista para el desarrollo de un referéndum o consulta ciudadana.

La consulta ciudadana se realizó en doce provincias de la región, para lo cual se desarrolló una amplia movilización social. Participaron más de 265.000 votantes y se incluyó a la población mayor de 14 años; los resultados fueron analizados por sexo (hombres y mujeres), constituyéndose en un hito no solo por la gran cobertura, sino también por la inclusión de la población adolescente. Cada votante tuvo la oportunidad de elegir tres prioridades y, como resultado del mismo, se eligieron como prioridades sanitarias los siguientes problemas:

- Pulmonía, bronquitis y asma.
- Embarazo no planificado, abortos y embarazos en menores de edad.
- Violencia familiar y maltrato al niño, al anciano y hombre.
- Delincuencia y pandillaje.
- Diarrea, parasitosis en el intestino y cólera.

Es importante señalar que, como problema de salud, el embarazo no planificado, aborto y embarazos en menores de edad se constituyó en el problema más votado (13%) en la costa y fue el segundo más votado en la sierra (12%). El problema de embarazos no deseados y el de pulmonía son los problemas mencionados mayormente como problemas de salud (11,8%), seguidos de desnutrición, diarrea, tuberculosis, con el 6% y 7%.

Dentro de los problemas sociales y funcionamiento de servicios de salud, se han identificado como los más frecuentes para la costa: “delincuencia y pandillaje” (13,6%) y “violencia familiar y maltrato al niño, al anciano, mujer y hombre (12%). Mientras que en la sierra, el problema mayor votado fue “poca educación de la población sobre el cuidado de la salud” (11,7%), seguido de “deficiente o falta de servicios de desagüe y agua en las viviendas” (10,6%) y la violencia familiar (8,2%).

Al analizar los resultados por los grupos poblacionales, los/las escolares (adolescentes), los más mencionados fueron el “embarazo no planificado, aborto y embarazo en menores de edad” (15,1%), y dentro de los problemas sociales y de funcionamiento de los servicios de salud se señala con mayor frecuencia la “delincuencia y el pandillaje” y la “violencia familiar y maltrato al niño, al anciano hombre y mujer (12,9%).

Paso 4: Formulación del Plan Estratégico. Proceso de identificación de las estrategias y compromiso de todos los actores para implementar las acciones tomando en cuenta sus propias responsabilidades y mandatos institucionales. Este paso fue ejecutado por los técnicos regionales, quienes propusieron metas y estrategias basadas en evidencias de intervenciones que fueron consultadas. Se definieron las políticas y se establecieron las metas. En base a cada prioridad se construyeron las estrategias, las mismas que fueron articuladas en una matriz integrada que incluye todas las prioridades seleccionadas.

Para cada prioridad se seleccionaron los indicadores claves y las metas. Los indicadores están referidos a los diagnósticos situacionales, provistos por los sistemas de información que la región cuenta, es decir, indicadores vigentes en el sistema sanitario.

Para cada prioridad sanitaria se estableció un conjunto de estrategias, organizadas en 5 componentes: a) de la prestación de servicios priorizados, b) de la calidad de los servicios de salud, c) de la promoción

de los temas de salud priorizados, d) de la participación ciudadana y e) del financiamiento.

Paso 5: Redacción y aprobación del documento oficial del PPR-Salud. Después de este proceso de identificación de prioridades y del desarrollo del plan, se procedió a la fase de redacción, para lo cual se conformó un equipo integrado por representantes del Consejo Regional de Salud (CRS). Inicialmente fue aprobado por el CRS y luego por el Consejo Regional del Gobierno Regional y fue oficialmente reconocido mediante la Ordenanza Regional 019-2005 CR/RLL (noviembre de 2005).

Paso 6: Vigilancia ciudadana del Plan Estratégico. Proceso que se encuentra en fase de definición. El carácter vinculante del plan que hace de este referencia obligatoria para el desarrollo de políticas de la región, así como el establecimiento de los indicadores y metas propuestas se constituye en una base fundamental para que la ciudadanía organizada y organizaciones especializadas desarrollen las acciones de vigilancia y de rendición de cuentas.

Como aprendizaje de esta experiencia se puede señalar lo siguiente:

- Es una experiencia innovadora de participación ciudadana, abre nuevas oportunidades para la región pues se han establecido hasta la fecha 18 mandatos o políticas, 23 compromisos del GR.
- Como proceso, está ampliamente validado por la población y se espera que se constituya en un referente de monitoreo y vigilancia ciudadana.
- Abre nuevas expectativas y demandas de la población pues ha permitido desarrollar todo un proceso metodológico que posibilita una amplia participación.
- Amplía los mecanismos de representación a temas que usualmente se restringen a especialistas.
- El desarrollo de la propuesta no ha terminado con el plan, sino más bien se constituye en un inicio para su legitimación, apropiación y obligación por parte del Estado.

CAPÍTULO 4

El embarazo no deseado, el aborto en adolescentes y la violencia familiar como problemas sanitarios priorizados en el plan desde la perspectiva de los distintos actores sociales de La Libertad

Con el fin de profundizar los conocimientos e información sobre el embarazo no deseado, el aborto y la violencia que afectan particularmente a la población adolescente, se desarrolló un estudio cualitativo cuyos objetivos respondieron a lo siguiente:

1. Conocer las concepciones y percepciones que tienen las autoridades y decisores/as, acerca del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los/las adolescentes.
2. Identificar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes desde la perspectiva de los/las adolescentes, que residen en zona rural y urbana.

El estudio se realizó en la región de La Libertad y se desarrollaron un total de 49 entrevistas a profundidad, 6 grupos focales y 8 historias de vida.

ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Se optó por entrevistas a profundidad debido a que permite una interacción más directa con las/los entrevistados, quienes para esta investigación se constituyeron en “expertos” que pueden dar cuenta de sus propias experiencias, reflexiones y puntos de vista, permitiéndonos a través de una guía abierta de preguntas conocer cómo están percibiendo no solo los problemas, sino la vida de los y las adolescentes. Para el caso de los/las adolescentes, fueron identificados en las escuelas y se incluyeron tres

adolescentes que no asistían a las escuelas (2 mujeres y 1 hombre). Dentro de los/las entrevistados, se han incluido los siguientes informantes.

Entrevistas a autoridades (10 entrevistas)

- 3 autoridades hombres del gobierno regional
- 3 autoridades regionales del Ministerio de Educación (2 hombres y 1 mujer)
- 2 autoridades del Ministerio de Salud (1 hombre y 1 mujer)
- 1 autoridad del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (1 hombre)
- 1 representante de la Defensoría del Pueblo (1 mujer)

Entrevista a proveedores (12 entrevistas)

- 6 profesores (3 hombres y 3 mujeres)
- 6 proveedores de salud (2 hombres y 4 mujeres)

Entrevista a representantes de la sociedad civil (3 entrevistas)

- 1 representante de la Mesa de Lucha contra la Pobreza (1 mujer)
- 2 representantes del Foro Salud (1 hombre y 1 mujer)

Entrevista a padres y a madres (16 entrevistas)

- 6 padres de familia y 2 madres de familia del ámbito rural
- 5 padres de familia (1 hombre y 4 mujeres de zonas populares)

Entrevista a adolescentes (8 entrevistas)

- 6 del estrato c y d (popular). 4 mujeres y 2 hombres (entre los 15 y 16 años).
- 2 del estrato a y b: (2 mujeres).

GRUPOS FOCALES

A través de los grupos focales con participación de adolescentes (hombres y mujeres), se trató de conocer los consensos sociales, así como las divergencias que pueden representar a distintas colectividades, que se originan en torno a algunas preguntas. Se hizo un total de 6 grupos focales; 4 se aplicaron en zonas urbanas (2 correspondientes al sector popular y 2 a un

sector medio) y 2 en zona rural. Participaron un total de 30 adolescentes entre 15 y 16 años (se seleccionaron alumnos de escuela entre 4° y 5° de secundaria).

HISTORIAS DE VIDA

Esta técnica fue aplicada a 8 adolescentes gestantes (2 de zonas urbanas y 2 de zonas rurales). Con las historias de vida, se trató de hacer un recorrido de la vida de las adolescentes, tratando de identificar los puntos críticos que han podido desencadenar determinadas situaciones. Entorno social y familiar, percepciones acerca de su propio desarrollo, así como su relación con el embarazo, sus perspectivas de futuro, entre otros.

Todos los testimonios fueron codificados y luego organizados para su análisis en las siguientes categorías:

1. Apreciaciones de la adolescencia, cómo ven los/as informantes a los/las adolescentes.
2. Los espacios y los/las adolescentes, hogar, escuela y servicios de salud.
3. Las dinámicas sexuales, el inicio sexual, regulación de la fecundación, el embarazo y aborto:
 - a. Cómo se percibe el ejercicio de la sexualidad en los/las adolescentes.
 - b. Información y educación sexual.
 - c. Inicio sexual.
 - d. Regulación de la fecundidad, acceso a métodos anticonceptivos.
 - e. Embarazo.
 - f. Aborto.
 - g. Factores que interfieren con las dinámicas sexuales y reproductivas.

CAPÍTULO 5

Resultados

5.1 APRECIACIONES DE LA ADOLESCENCIA. CÓMO VEN LOS/ LAS INFORMANTES A LOS/LAS ADOLESCENTES

Existe una percepción estereotipada de los/las adolescentes como un grupo humano carente de reflexión, discolo y siempre abierto a cualquier experimentación. Los/las adolescentes, para la mayoría de los informantes adultos, constituyen un grupo de referencia ajeno a su propia experiencia. Son percibidos como problemáticos, sin conciencia moral, necesitados y dependientes de disciplina, normas y orientación, pues, en caso contrario, enfrentarán serios problemas, sobre todo relacionados con el campo de la sexualidad. Se piensa que su naturaleza impetuosa y desbocada puede representar una amenaza para ellos mismos, y de no ser controlados podrían correr el riesgo de sufrir graves consecuencias para su vida futura.

Bien creo, los chicos cuando llegan a la adolescencia, el niño y/o el joven tienen una energía revitalizante, entonces esa energía tiene que ser encauzada y cuando esa energía no está encauzada adecuadamente, vienen los problemas. (Autoridad educativa 1)

P: ¿Y considera usted que ahora es más fácil o difícil criar a los hijos cuando son adolescentes?

R: Más difícil, ahora más difícil. Porque si uno no los educa bien desde menores, si no los educa bien como familia, luego a la edad de catorce, quince años, es difícil corregirlos, porque se arrebatan, hacen lo que quieren, hasta se le van de golpes a los padres o las madres. (Autoridad educativa 2)

En un mundo con tantas amenazas se requiere una atención especial a los adolescentes y reforzar los lazos familiares. Hemos visto con preocupación alguna estadística que nos proporciona la Policía Nacional respecto a que, el segmento de la población que más incidencia delictual tiene, es el segmento que va entre los 15 y 24 años, esa es una llamada de atención a este tema. (Autoridad municipal 1)

El ejemplo es uno de los mecanismos de enseñanza más valorados, pues a partir de este se espera que los/las adolescentes puedan aprender y responder de mejor manera al modelo que se promueve. De allí la importancia que los padres y madres no solo corrijan, orienten, sino también den el ejemplo. El problema es que la mayor parte de los entrevistados y entrevistadas consideran que los/las adolescentes no gozan del buen ejemplo de los padres y madres, lo que implica también un nivel de responsabilidad en los adultos.

Los problemas que tienen muchos adolescentes es que no tienen tutores adecuados, no hay un ejemplo de vida y los pocos que tienen padres, los maltratan, especialmente a las mujeres. Esto hace que ellos (los adolescentes) quieran salir de casa, no están pensando “en ser” o en crecer. (Proveedor de salud 1)

Mi hijo tiene trece años, ya quiere irse al Internet, quiere salir con sus amigos, sus amigas. Uno tiene que poner reglas, normas y cómo los hijos deben escoger un amigo, con quién deben reunirse. Pero esto se enseña con el ejemplo, yo digo que los padres que muchas veces se quejan de tener malos hijos, es porque ellos no son buenos padres, también estamos inmersos en el asunto ¿no? La formación más completa que uno puede dar es con el ejemplo, yo como padre, usted como madre. (Padre de familia 4)

Sin embargo, también hay informantes, en menor proporción, que valoran positivamente a los/las adolescentes. Evalúan a la adolescencia como un ciclo de vida que brinda algunas oportunidades e incluso también plantean las posibilidades de aprender de ellos, ellas y de esta etapa de sus vidas.

Los principales problemas de los adolescentes podrían ser la estigmatización a los jóvenes, los subestimamos, no les damos la importancia que se debe, no se toman mucho en cuenta sus opiniones, yo creo que es un problema.

El problema es que los jóvenes no encuentran confianza en los actores de servicios de salud, porque los miran con una discriminación respecto a la edad. (Representante de sociedad civil 3)

Tenemos que decir que los profesores no entendemos a los chicos, no nos ponemos a su nivel, tenemos ideas verticales. Creemos que nosotros sabemos todo y eso es mentira, los chicos también pueden aportar y eso hay que reconocerlo; con los nuevos avances de la tecnología del Internet los chicos nos van a presentar temas que nosotros no los vamos a entender. (Autoridad educativa 2)

5.1.1 PERCEPCIONES ACERCA DE LA SITUACIÓN Y LOS PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS/LAS ADOLESCENTES

Para los/las adolescentes, según percepción de los informantes, sus principales problemas son de carácter estructural. La educación, no solo de los/las adolescentes sino de las personas que forman parte de su entorno, es un factor determinante.

A mi criterio lo que afecta a los/as adolescentes está relacionado a una deficiente educación preventiva para el cuidado de la salud, específicamente salud sexual y reproductiva. Yo pienso que se mejoraría si hubiera una formación tanto a padres, maestros, niños desde las primeras etapas del proceso educativo. (Sociedad civil 4)

Tal como se puede ver, hay cierto fatalismo acerca del futuro que enfrentan los/las adolescentes. La mayor parte de informantes ve como las principales amenazas la pobreza, la falta de oportunidad y el escaso soporte social, que impactan directamente en el desarrollo de las propias capacidades de los/las adolescentes. La “baja autoestima” que tienen los/las adolescentes, según la perspectiva de los/las informantes, es frecuentemente apelada como un problema serio, que afecta cualquier posibilidad de desarrollo.

Lo veo todos los días, encuentro problemas de autoestima, desintegraciones familiares, viven en hacinamiento, te encuentras con problemas económicos, falta de recursos y muchos son maltratados. La mayor parte de los maltratos

son por parte de los padres y no tanto de las parejas, eso lo verán seguramente más adelante. (Proveedor de salud 1)

Pienso que los grandes problemas son la baja autoestima que existe sobre todo en las mujeres y que tiene que ver en esta fase de la adolescencia donde uno ya establece la personalidad y que, de alguna manera, repercute cuando uno ya es una mujer, cuando se tiene una familia; pienso que todo esto va debilitando la formación de los hijos que puedan tener a futuro. (Proveedor de salud 10)

La migración, al parecer, es para los entrevistados y entrevistadas, un fenómeno social muy importante en la estabilidad que se espera por parte de las familias; la principal razón que empuja a esta migración, es la pobreza y la falta de oportunidades. La migración impacta desde la perspectiva de los entrevistados en distintos sentidos: cuando los adolescentes y sus familias migran hacia las ciudades, o cuando alguno de los padres deja el hogar para ir a trabajar al extranjero, principalmente en el caso de las mujeres, hecho al parecer bastante frecuente.

Desde la mirada de los entrevistados y entrevistadas, los otros niveles de contención externos a la familia –las escuelas y los servicios de salud– no funcionan por sus propias limitaciones estructurales, poniendo en un mayor riesgo de resultados adversos, como el embarazo temprano.

Los adolescentes cuando vienen a la ciudad, sufren más, porque tienen características sociales y culturales de comunidades de sierra y a estas características se suman los problemas de las metrópolis, es decir hay falta de trabajo, hay una economía paupérrima, los padres y las madres tienen que salir a trabajar y los adolescentes se quedan solos. En los colegios no brindan una educación adecuada, los docentes no se identifican en el rol educativo, y los establecimientos de salud están abarrotados, porque falta personal asistencial y mucho más personal para la prevención y la promoción. No hay personal que los oriente, que los guíe y mientras tanto, los adolescentes solo experimentan y viven el momento. (Proveedor de salud 1)

...creo que los problemas de los adolescentes que están en incremento, son el alcoholismo, la drogadicción y como consecuencia de esto, los temas de delincuencia y pandillaje como parte de una disfuncionalidad familiar donde el eje es que no se están rescatando valores, los padres y madres no lo hacen

en la crianza de los hijos. No sé si es por la situación social, porque el padre y la madre salen a trabajar, pero el hecho es que se descuida el hogar y hay este tipo de situaciones. (Proveedora de salud 6)

5.1.2 EL ESCASO RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Hay un escaso reconocimiento de los derechos humanos de los y las adolescentes. Su dependencia es evaluada como una ciudadanía recortada. No se discuten los derechos que tienen los adolescentes y las adolescentes a ser protegidos, a tener un hogar, pero no sucede lo mismo con su derecho a decidir. El castigo es considerado por una buena parte de los informantes como un buen mecanismo de corrección, y muchos se sienten incluso desconcertados con la cada vez mayor aceptación de los derechos de los/las adolescentes y con una menor tolerancia al castigo físico.

P: ¿Considera usted que ahora es más fácil o difícil criar a los hijos cuando son adolescentes?

R: Parece más difícil, porque van adquiriendo conocimiento y dicen que los derechos humanos y que si me castigas te denuncio a la DEMUNA. Entonces, uno se siente restringido. (Padre 2)

No se reconoce a un niño como sujeto de derecho, se abusa mucho de él en todos los aspectos. (Representante de sociedad civil 4)

Hay muchas personas que están pensando en la imposición y eso lo debemos de erradicar, pero la verdad es difícil, yo he ido a 150 escuelas primarias y en 149 pegaban a los niños. Una cosa es la ley, la palabra, lo que dicen allá, pero aquí es otra cosa. Y cuando uno no les pega a los alumnos, los padres reclaman, porque los padres les entienden menos que los profesores, están en el campo y no ven. (Autoridad educativa 1)

5.2. LOS ESPACIOS Y LOS ADOLESCENTES: HOGAR, ESCUELA Y SERVICIOS DE SALUD

5.2.1 LOS HOGARES

La mayor parte de los entrevistados y entrevistadas considera que la familia es el espacio privilegiado y que tiene un gran valor. A su entender, el desarrollo de los/las adolescentes depende de la fortaleza que puedan encontrar en sus hogares. Según algunos de los entrevistados, un hogar constituido es aquel que cuenta con un padre y una madre y que, además, orienta e impone disciplina, que tiene que ver, de alguna manera, con los frenos y controles.

Hay una minoría de casos de niños de hogares constituidos que son desenfrenados, aunque son pocos, ocurre, pero hay que entender que una familia constituida no es una familia mojígata, no es una familia que tiene presos a los chicos. Lo que nosotros no queremos que nuestros niños sean permisivos, sino por el contrario; que sean democráticos, que sepan que hay frenos, que sepan que una cosa que es indebida tiene que tener su freno. (Profesora 2)

Sin embargo, la mayor parte considera que la mayoría de los hogares no está en condiciones para generar dicho soporte, debido principalmente a la pobreza, lo que establece, para ellos, un círculo vicioso que es muy difícil de romper.

P: Según su punto de vista ¿cuáles son los problemas más importantes que sufren los o las adolescentes en su casa y su comunidad?

R: La falta de orientación de los padres, dando rienda suelta a que salgan a la calle o dejándolos solos ¿no? (Padre 5)

Para mí donde está el factor que desencadena los problemas de los adolescentes son las familias desunidas, ya sea porque sus madres son solteras o porque se han separado y tienen sus padres divorciados. Otro gran problema es que la gente se está yendo a trabajar al extranjero, entonces se va papá, se va mamá o se van los dos, y los chicos se quedan solos con la abuelita, con los tíos, que no es lo mismo. (Provedora de salud 4)

Aquí en Alto Trujillo, la necesidad más prioritaria es combatir la pobreza, porque da pena encontrar a nuestros alumnos en el mercado con sus carretillas,

usando la tarde para ir a trabajar cargando bultos por ser hijos abandonados, de madres abandonadas, de padres abandonados. (Profesor 2)

La indiferencia de los padres, no porque los padres quieran, sino porque tienen que salir a trabajar, tienen que ganarse el pan de cada día y dejan a los hijos regados. Muchos de los alumnos vienen de la sierra. ¿Con quién viven? Con las cuñadas, con los cuñados, con los tíos, con la mamá o el papá, y cuando salen a trabajar, se quedan solos en casa. ¿Quién les da desayuno? Tienen que cuidarse ellos solos. (Profesor 3)

5.2.2 LAS ESCUELAS

Las escuelas son percibidas por los entrevistados y entrevistadas como lugares en donde se puede completar la información y la educación que se les brinda en la familia. La escuela apoya pero no reemplaza, y lo que no se ha podido desarrollar en el hogar difícilmente se logrará en la escuela.

Yo creo que empezaría diciéndoles a los jóvenes que tienen que estudiar mucho, estudiar y juntarse o reunirse, tener amistad con gente que reúna condiciones éticas y morales para que puedan servir como ejemplo. Allí mi mensaje más que para los jóvenes es para los padres. En nuestra casa debemos tratar este asunto con mucho tino a fin de que ellos nos puedan entender. Ahora hay una crisis económica brutal, pero yo creo que más fuerte que la crisis económica es la crisis moral y es una tarea de todos. Aquí tienen la palabra nuestras autoridades, nuestros profesores ¿no? (Padre de familia 4)

Creo que el problema central del desarrollo de los niños está en la ignorancia que procede de nosotros como padres y luego la poca importancia que da el Estado a través del Ministerio de Educación para impulsar una política educativa que ayude y que se centre en los valores y en la ética misma ¿no?, que eso hace mucha falta en estos momentos. (Padre 2)

5.2.3 LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Los informantes reconocen en los establecimientos de salud un espacio importante para promover el desenvolvimiento de los/las adolescentes y

contribuir a su empoderamiento, para la toma de sus propias decisiones. Sin embargo, la mayor parte percibe que las posibilidades que los servicios de salud pueden ofrecerles son escasas.

Los adolescentes no tienen acceso a los servicios, no tienen la información adecuada tampoco y en los servicios tampoco se sienten capaces de poder hacerlo, de acceder a ellos, porque basta con una mirada como para sentirse censurado. Entonces como que no hay calidad en los servicios y no hay preparación, ellos me dicen, ¿para qué voy a ir allí, si la señora es una persona que no es tratable, no hay una buena actitud?. Esto lo sienten mucho más en la sierra, si en la parte urbana no hay servicios adecuados, en la parte rural simplemente no existen. Entonces eso hace que las adolescentes tengan problemas de embarazo, se les frustra sus proyectos de vida, se sienten juzgados. (Sociedad civil 1)

5.3 LAS DINÁMICAS SEXUALES. EL INICIO SEXUAL, REGULACIÓN DE LA FECUNDACIÓN, EL EMBARAZO Y EL ABORTO

5.3.1 CÓMO SE PERCIBE EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN LOS/LAS ADOLESCENTES

Los entrevistados y entrevistadas tienen por lo general una percepción muy negativa del ejercicio sexual de los/las adolescentes. Relacionan este ejercicio con el resultado de los desajustes emocionales (falta de autoestima, de racionalidad e irresponsabilidad), como consecuencia de la ignorancia o del “mal ejemplo” de su entorno, o ante la falta de soporte social de los/las adolescentes. Para el caso particular de las adolescentes, una buena parte de los entrevistados/as opina más bien que son engañadas y que tienen relaciones sexuales a causa de la presión o del engaño que ejercen sus parejas sobre ellas.

Yo conocí a un adolescente de 13 años que me decía que desde los 11 se masturbaba. Yo le pregunté qué era para él masturbación y cómo sabía como hacerlo. Me dijo que él desde los 8 años había visto a su papá masturbarse. Entonces yo le preguntaba dónde vivía y me dijo que en una sola casa con tres cuartos y que dormían papá, mamá. La mayoría de los jóvenes inician

precozmente porque vieron al papá, o lo vieron al amigo y siguen el instinto. (Proveedor de salud 5)

Lastimosamente, hay que reconocer en la actualidad no podemos tapan el sol con un dedo y decir que las chicas no saben de sexo, a veces hasta tienen más conocimientos que una, pero no ven los peligros, lo ejecutan sin ver las consecuencias, hay que trabajar con ellas que sepan hacerse respetar como personas, porque no es el hecho de asumir una relación coital sin saber las consecuencias y lo difícil que estas pueden ser. (Profesor 1)

Nosotros debemos decirles que hay que valorar su cuerpo, que la vida no es un juego, que hay que hacernos valorar, que cuando nos piden la prueba de amor hay que decir que nosotros también les pedimos la misma prueba, que el amor no es el sexo si no la demostración del respeto. (Profesor 2)

En general, los entrevistados y entrevistadas señalan que es importante evitar que los/las adolescentes tengan relaciones sexuales y entre sus principales argumentos está el distanciar este tipo de relaciones con el amor y con los valores. Pues desde su perspectiva, las relaciones sexuales no solo tienen un contenido pecaminoso sino que, además, son el producto de la falta de amor.

Lo primero es trabajar bastante el valor del amor, y no por querer descubrir cómo es mi compañera, por querer contrastar la teoría con la práctica, sino lo fundamental es el amor, el respeto. Que cuando ya se sientan seguros, que verdaderamente aman a esa persona, todo llegue, no hay que apresurarse todas las cosas que llegan a su momento salen bien y marchan bien. (Profesor 3)

Sin embargo, varios de los entrevistados consideran, con un sentido pragmático, que el inicio sexual de los/las adolescentes es un hecho que de todas maneras se va a presentar, por lo que estiman que se deben tomar las medidas necesarias para que esta dimensión de sus vidas no tenga consecuencias adversas, y plantean la importancia de que sean informados/as.

Pienso que la solución inmediata es darles charlas sobre planificación, orientación sexual, decirles qué pueden hacer para controlar este desequilibrio hormonal que tiene su cuerpo por la misma edad. (Profesor 3)

Las relaciones sexuales en los/las adolescentes, para la mayor parte de los entrevistados y entrevistadas no deberían producirse, consideran que no tienen la “madurez” suficiente y que no son decisiones bien pensadas ni tienen presente las posibles consecuencias adversas para sus vidas, particularmente en relación con el embarazo no deseado. El placer sexual es visto como algo pecaminoso y degradante, opuesto al “concepto de amor”, el mismo que, desde su entendimiento, está relacionado con la madurez y la responsabilidad.

Lo primero que deben conocer (los adolescentes) es su cuerpo, hay que enseñarles a conducir su vida sexual, su vida afectiva, hay que decirles que sentir placer no solo es tener un acto sexual, penetración, que pueden ejercer su sexualidad de múltiples formas, dando un abrazo, sintiéndome feliz, viendo la televisión, haciendo otras cosas. Tenemos que comenzar a hablarle al adolescente, porque muchas veces nos limitamos a decirle que no deben tener relaciones porque es malo, sin embargo, tenemos que decirle que tener relaciones es bueno, pero cuando uno está preparado, que es el acto más maravilloso de amor que puede existir entre un hombre y una mujer, siempre y cuando exista cariño y sea responsable y consciente. (Proveedor salud 5)

Ser responsable es no tener relaciones o no embarazar a una chica, o sea, en torno a esos valores tenemos que trabajar. (Profesor 3)

En general, hay un reconocimiento de la actividad sexual en hombres y mujeres, sin embargo, explorando el tema con algunos de los informantes, podemos ver también ciertos estereotipos de género respecto de quienes son más “proclives” a tener relaciones sexuales y quienes no, en función de las diferencias de género.

Yo creo que las mujercitas son más adelantadas que los hombrecitos. Los hombres somos un poco quedados. A mí me sorprendió una cosa, en el año 1975 viajé a la selva y fui a una fiesta. Habían criaturas de 11 años haciendo vida como los grandes, entonces quiere decir que en la selva viven una edad mucho más adelantada a la nuestra. (Autoridad educativa 1)

La concepción de la mujercita es que siempre debe conservarse, ellas tienen que guardar las normas en el hogar, la mujer es de la casa. Esta percepción, aunque parezca increíble, persiste, la mujer es del hogar, al varón se le puede permitir

que tenga experiencias. La mujer debe tener su primera experiencia con el esposo cuando se case, pero, en realidad, eso en los jóvenes ya está variando. En nosotros, en los adultos, todavía como que permanece, pero hay muchos hogares que todavía siguen traspasando este tipo de pensamientos. Todos sabemos que las mujeres debido a la parte fisiológica hormonal es más centrada, más madura, en cambio el varón todavía es vulnerable, voluble, es más fácil de motivar o de incentivar para algunas conductas. (Proveedor de salud 6)

5.3.2 INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL

La mayoría de entrevistados refiere que la educación sexual es muy importante desde muy temprana edad. Menciona la importancia de hablarles con la verdad; sin embargo, varios de los entrevistados y entrevistadas señalan que no siempre se sienten preparados para abordar este tipo de temas.

Yo creo que debemos hablarles de sexualidad desde que nacen. Deben aprender a reconocer sus órganos genitales como un órgano más de nuestro cuerpo, como sus ojos, como su corazón, como su boca, pero no lo hacemos. Cuando hablan, por ejemplo, del pene, les decimos que eso no se puede mentar en la familia, se les dice eso no se habla y se le pone otros nombres en son de broma, de burla ¿No? Imagínese usted, uno se burla de su propio cuerpo; esto me parece un error. (Padre 4)

Yo pienso que tenemos que hablarles de sexualidad desde el primer año, pero los profesores tenemos que ser graduados. Tercer año de secundaria es el año más crítico, porque es la edad en la cual los alumnos se sienten más afectados por el cambio. (Profesora 1)

Facilitadora: ¿Y ustedes tienen confianza en sus profesores para hablar sobre sexualidad? ¿Como para preguntarles alguna cosa?

Chico 2: ¡No!

Facilitadora: ¿No? ¿Por qué?

Chico 1: No podemos hablarles... a algunos sí, a otros no...

Chico 3: Porque... porque no quieren decirnos,...porque se creen más vivos.

V2: Mayormente los alumnos no preguntamos a los profesores sobre esas cosas, a veces. Los hombres preguntamos a los profesores y las mujeres

a las profesoras, pero mayormente no hablamos de eso. (Grupo focal de adolescentes hombres)

Nosotros no hablamos sobre estos temas, porque no somos especialistas. Para eso nos ayuda una entidad religiosa, yo pienso que ellos saben qué es lo que hacen. A veces hay pequeños problemas, porque cuando les decimos que hablen sobre métodos de planificación familiar, dicen que eso es promover que los alumnos tengan relaciones sexuales. Yo pienso que la planificación familiar hay que enfocarla de algún modo, pero no sabemos cómo. Yo no creo que sea diciendo a los chicos que tengan relaciones sexuales, sino decirles “así deben cuidarse para que eso ocurra cuando ustedes sean adultos”, pero sí reconozco que dentro de mis alumnos, hay varias que ya son activas. (Profesor 4)

5.3.3 INICIO SEXUAL

Los entrevistados y entrevistadas en general reconocen que, cada vez más, los y las adolescentes tienen vida sexual activa. Es un asunto que no comparten, pero que admiten, y sus percepciones, al parecer, se acercan a las estadísticas.

P: ¿Los adolescentes tienen vida sexual activa?

R: Es un hecho inevitable. (Autoridad regional)

Yo creo que hay un buen porcentaje de adolescentes que tienen vida sexual activa, de una clase de 60 alumnos solamente 10 no habían tenido relaciones sexuales, el resto sí lo ha tenido. Esto ocurre de igual manera en la zona rural y la zona urbana y también es igual entre hombres y mujeres. (Sociedad civil 1)

P: ¿Por qué consideras que los adolescentes comienzan a tener vida sexual activa?

R: Muchos de ellos por curiosidad. (Proveedor 3)

La reacción de muchos de los entrevistados ante el ejercicio sexual de los/las adolescentes es el desconcierto y la desaprobación. Cuando ello ocurre tratan de dar explicaciones que, por lo general, están fuera de

los/las implicadas. Señalan, por ejemplo, que lo hacen por presión social, por la falta del apoyo de los padres y madres, por la mala influencia de los medios de comunicación, así como por relaciones inequitativas de género. Considerando posible que todas estas razones promuevan relaciones sexuales tempranas, es importante señalar que son muy pocos los que reconocen que los/las adolescentes pueden tener relaciones sexuales por decisión propia, tal como lo señala una de las adolescentes participante en el grupo focal.

Muchas veces los adolescentes tienen relaciones sexuales por tres razones: probablemente los padres no han podido darle tiempo, ni han tenido posibilidad de expresar sus sentimientos; tampoco han podido preguntar para controlarse y poder sublimarlas. Lo otro creo que es (el) proceso hormonal de su desarrollo y que él tendría que saber reconocer e identificar, y eso tiene que ver con la educación que se le da en el hogar y en la escuela. El tercero tiene que ver con entorno en el que se encuentra, si tiene amigos liberales, entonces él siempre va a tener tendencia. (Proveedor de salud 6)

Ahora los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales a los trece, catorce, quince años, son bien precoces. Nosotros no éramos así, pues yo creo que la autoridad que imponían nuestros padres en nuestros hogares... teníamos un poquito más de recelo. Ahora los jóvenes abrazan, se besan. Me parece que los medios de comunicación tampoco ayudan, hay muchas novelas alienantes, demuestran una realidad que no existe para los jóvenes. En ellos están solo abrazarse, besarse y de repente irse a la cama. (Padre 4)

Yo creo que los adolescentes tienen relaciones sexuales por la cultura machista con la que todavía es muy difícil luchar. Siempre el varón tiene mayor permisividad para todo, porque desde que nace hace como que más. Pienso que ya las niñas, las adolescentes de hoy están pasando por eso. (Sociedad civil 4)

Yo pienso que hay algunos casos (de mujeres que tienen relaciones sexuales) porque se sienten listas para hacerlo, pero eso no ocurre con todas. Pienso que del 50% de las mujeres han iniciado su vida sexual, la mitad podría ser con consentimiento y el resto puede ser por abuso, sin su consentimiento, y las que consienten, es porque no tienen las habilidades de autonomía, de autorrespeto. (Sociedad civil 4)

Chica: La gente muchas veces cree que la juventud se apresura, que las chicas y los chicos piensan que la vida se acaba y empiezan a tener enamorada, enamorado y, en algunos casos, somos muy discriminados pero también deben entender que es una etapa de la vida que pasa y que a todos les pasa, no solamente a uno, sino a todos. (Grupo focal de mujeres adolescentes)

5.3.4 REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD, ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La regulación de la fecundidad es un tema, al parecer, que está presente en las preocupaciones de los y las adolescentes, particularmente de las mujeres; sin embargo, el acceso a la información y al insumo parece ser una de las principales barreras.

P: ¿Conoces algún método anticonceptivo?

R: Sí, un día el profesor nos estaba explicando de ese tema y mencionó varios tipos de métodos anticonceptivos como el condón, el calendario y algunas pastillas, diafragma y otros.

P: ¿Te dijeron qué se usa?, Por ejemplo, ¿te explicaron cómo se usa el preservativo?

R: No, solamente nos mencionó cuál era su función pero no nos enseñaron cómo se debe utilizar. (Entrevista a adolescente 6, mujer)

Facilitadora: ¿Y qué temas les gustaría que los profesores aborden?

Chica: Lo de métodos anticonceptivos, porque hay algunos que le asientan a la mujer pero otros no, dicen que suben o que bajan de peso. (Grupo focal adolescentes mujeres)

P: Cuando comenzaste a tener relaciones sexuales, ¿no indagaste cómo cuidarte? ¿Tu sabías que hay métodos para cuidarte?

R: Sí había pero nunca me había cuidado, no sé, como que no tenía confianza. (Madre adolescente 3)

P: Y dime: ¿Tú sabías del uso de métodos anticonceptivos? ¿Alguien te explicó cómo cuidarte?

R: No, nunca habíamos hablado de eso.

P: ¿Y en el colegio tampoco?

R: No, solo entre las amigas, a veces conversábamos, pero algunas decían cuidate, y otros me decían no. Muchas veces uno mismo se cuida, pero a veces lo haces mal y yo nunca me cuidé. (Madre adolescente 3)

Un asunto importante son los problemas de calidad en la prestación de la atención, en lo que se refiere particularmente a la información, consejería, consentimiento informado y al acceso de insumos.

P: ¿Por qué decidiste usar la ampolla? ¿Qué explicaciones te dieron?

R: Ninguna, cuando di a luz me pusieron la ampolla.

P: ¿Te pusieron de frente, sin preguntarte?

R: La señorita no me consultó. No me dijo nada, me dio un carné y nada más. (Madre adolescente 1)

Facilitadora: ¿Qué pasa si alguna chica quiere usar un anticonceptivo? ¿Cómo pueden conseguir un método si así lo desean?

Chica: Yendo a comprar a las boticas.

Facilitadora: Y aquí, ¿van al centro de salud? ¿Saben que allí les pueden ayudar?

Chica: Ese tipo de cosas no se comentan, eso es muy personal, nunca se conversa de ir al centro de salud. Es muy difícil ir, porque qué tal si te encuentras con tu mamá, con tu tía.

Chica 2: Es muy difícil, por la falta de confianza, tienen mucha vergüenza de contar o decir qué quieren, comprar un anticonceptivo, ¡qué roche! (Grupo focal mujeres)

Chica: Nos han explicado que ningún método es 100% seguro, porque corre el riesgo de que puede pasar el semen del hombre y puede quedar embarazada una. (Grupo focal mujeres)

El método anticonceptivo, para muchas de ellas es una opción después que ha habido un embarazo.

P: Y tú cuándo des a luz, ¿qué piensas hacer? ¿Piensas usar un método?

R: Bueno, no sé, tengo que cuidarme quiera o no, porque si no, de repente ahí nomás vienen más niños y yo no quiero. (Grupo focal adolescentes mujeres)

Un aspecto que se ha identificado, también, es la respuesta de desconfianza que hay de los/las adolescentes frente a los servicios de salud, lo cual está reflejado de una manera muy clara en este segmento de la entrevista:

P: Si una adolescente va a una posta y dice que quiere cuidarse para no tener hijos, ¿cómo crees que reaccionarían las personas que atienden?

R: Bueno, yo nunca he escuchado casos de eso, pero mi idea es que quién está a cargo de atender reaccionaría sorprendida y, a lo mejor, no la atiende. (Entrevista a adolescente 6, mujer)

5.3.5 EMBARAZO

El embarazo en adolescentes es considerado por los entrevistados y entrevistadas como una consecuencia adversa de la falta de competencia de los padres para informar, orientar, apoyar a los/las adolescentes, y al escaso soporte social que existe: Hay clara conciencia de que un embarazo en adolescentes mantiene el círculo de pobreza, corta las posibilidades de desarrollo e inhabilita para el futuro. Está visualizado como un hecho común, extendido y, a la vez, dramático. Las reacciones de los padres y madres pueden ser de apoyo o de rechazo total.

P: ¿A qué crees que se debe el embarazo en adolescentes?

R: A la desinformación, que los padres, las personas supuestamente con mayor experiencia, no tienen la capacidad para abordar estos temas con sus hijos, les es muy difícil. Por otro lado, los medios de comunicación, la carga tan agresiva y negativa de sus programas que deja de lado la parte educativa. Los adolescentes captan lo más negativo de la TV, los canales de cable son negativos, no hay ni un flash de reflexión. (Proveedor de salud 5)

Cuando le conté a mi hermana, le dije así nomás porque se me salió. Mi hermana también sospechaba, pero ella fue la que más se asustó. Me dijo “¿Qué va a decir mi papá?!”, sobre todo por mi hermana que nos ha criado como si fuera mi mamá. (Adolescente 1)

P: ¿Qué pasa cuando una adolescente se embaraza?

R: Es la comidilla del barrio, todos se asombran, se llenan la boca y no

saben que a cualquiera le puede pasar, en todos los hogares puede pasar eso. (Madre 2)

P: ¿Qué dijeron tus papás cuando saliste embarazada de tu primer niño?

R: Me maltrataron, se molestaron, me botaron, pero yo no me podía ir. ¿A dónde? Después tuve otro bebe, ya estaba con él, yo no lo hubiera querido tener, pero ya estaba ahí. (Madre adolescente 2)

Las adolescentes que enfrentan el embarazo, por lo general se encuentran muy confundidas, no saben qué hacer. Se sienten culpables y responsables de una situación que afecta a toda su familia.

No sabía a quién preguntarle... se me pasó por la cabeza interrumpir el embarazo, yo era muy chiquilla, no creí que podría tenerlo... (Madre adolescente 2)

Sin embargo, también es importante señalar que la maternidad temprana para alguna de ellas es una opción aceptada, aunque ello no necesariamente se presenta como una opción sencilla.

Bueno, a mi corta edad quizás algunos dicen no, pero ya yo sí creo que sí lo quise tener, a pesar de todo. (Madre adolescente 4)

Bueno, yo digo ¿no? Ya está adentro y tengo que tenerlo porque otra cosa no puedo hacer tampoco, no voy a botarlo, lo voy a tener. (Gestante adolescente 2)

5.3.6 ABORTO

El aborto, a pesar de ser un tema altamente estigmatizado, está muy presente dentro de las dinámicas sexuales y reproductivas. Nadie duda que es una situación difícil, particularmente para las adolescentes, cuyas redes sociales suelen ser muy frágiles. Es importante precisar que muchas de las adolescentes que recurren al aborto responden más al temor y a la presión externa.

P: ¿Qué pasa con el tema del aborto?

R: Yo creo que si se hace un estudio muy concienzudo, la mayoría son provocados, toman una pastillita y con eso evitan el problema, pero luego otra vez tienen el mismo problema y nuevamente lo solucionan. (Proveedor de salud 1)

Yo supe de una chica que se enteró que estaba embarazada. Ella no sabía qué hacer porque la familia que tiene ella es bastante violenta, ella ya tenía 19 años y, en ese momento, ella solo pensaba cómo iban a reaccionar. Se fue a una señora y tomó hierbas para que mate al bebé, pero dicen que a veces las partes de la mujer son bien fuertes y que protegen bastante al bebé y, gracias a Dios, no le afectó en nada, pero creo que acá hay unas personas que dan hierbas para que las chicas aborten. (Madre adolescente 4)

También se pueden identificar algunas reflexiones acerca de las motivaciones que llevan a las mujeres a interrumpir el embarazo y, aunque no está considerado como una opción válida, saben que se produce.

Facilitadora: ¿Qué piensan ustedes del aborto?

Chica 1 : Es malo, no debería existir.

Chica 2: Es malo, pero cuando hay una violación sexual muchas veces las chicas quedan embarazadas, entonces ellas no quieren ni ver ni saber nada del embarazo, porque piensan que es producto de una violación, pero eso no justifica que lo aborten, deben tener al bebé y si no quieren verlo o no quieren tener a su hijo, deben de darlo en adopción, porque hay otras personas que lo quieren o tal vez en otro sitio donde pueda estar mejor. (Grupo focal adolescentes mujeres)

Cuando una chica se embaraza enfrenta muchos problemas, porque, mire, en primer lugar ellas no están preparadas para ser mamás y sus padres tampoco están de acuerdo y no les queda otra cosa que abortar. (Adolescente 2, hombre)

Las redes de aborto son conocidas por la mayor parte de los informantes, aunque no dan datos precisos, sí mencionan como referencia las farmacias donde, al parecer, se expenden algunos medicamentos. Es de esperar que muchos de estos abortos terminen en algún tipo de complicación, dadas las características de los proveedores (Ferrando, 2003).

P: ¿Sabe adónde van las mujeres cuando enfrentan un embarazo no deseado?

R: Primero se van a la botica, para que le receten ampollas pastillas, con el fin de que les regule su menstruación, después buscan por ahí quién... para ver quién le pueda producir el aborto. (Proveedor de salud 4)

Yo sé que la mayoría de las chicas que no quieren estar embarazadas, lo hacen (el aborto), a escondidas ya sea del enamorado o de su familia. (Entrevista a adolescente 5, mujer)

Bueno, cuando vivía en la sierra y yo todavía era más chibolo sucedió un caso que una chica salió embarazada y entonces quería abortar a su hijo y la llevaron a una señora que era abortista. Entonces le introdujo un fierro para sacar a su bebe, entonces la chica resultó muerta. (Entrevista a adolescente 3, hombre)

5.4 FACTORES QUE INTERFIEREN CON LAS DINÁMICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Los y las entrevistadas identifican una serie de factores que interfieren con las dinámicas sexuales o, lo que es peor, muchas veces pasan a formar parte de estas, dada su generalización y tolerancia social. Entre las más importantes se consideran las siguientes:

5.4.1 FALTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADECUADOS PARA ADOLESCENTES

A través de las entrevistas y discusiones grupales ha sido posible identificar algunos problemas que enfrentan los/las adolescentes, entre los que se consideran:

a) *Competencias para atender las necesidades de los/las adolescentes*

Considerando muy positivo que la mayor parte de los entrevistados reconozca las necesidades de capacitación y entrenamiento para atender

adecuadamente a los/las adolescentes, la mayoría considera que no se haya lo suficientemente capacitado y las competencias que han desarrollado se deben más a su propio interés y esfuerzo.

P: ¿Ha recibido capacitación para atender adolescentes o para estar en relación con ellos?

R: Por parte del Ministerio he recibido algo de capacitación, pero más ha sido mi esfuerzo personal. Yo me he capacitado, tengo dos diplomados en adolescentes, tanto en atención integral como una especialidad en adolescentes. (Proveedor 1)

Hace años, cuando se implantó un programa de los adolescentes en MINSa nos dieron una capacitación panorámica, pero después de eso no ha habido nada más. (Proveedor de salud 4)

Hace muchísimos años que nos capacitaron, fue un curso muy interesante. Me gustaría hacer otro curso, incluso con la participación de los alumnos. (Profesor 1)

Hace como 10 años nos dieron una capacitación en educación sexual y métodos de planificación familiar. (Profesor)

De alguna manera, esto es percibido por los y las adolescentes, pues no suelen establecer como sus informantes claves ni a los profesores ni a los proveedores de salud. Sus referentes principales son sus propios amigos y muy pocas veces las fuentes de Internet.

Yo creo que tenemos más confianza para hablar con nuestros amigos, claro que hay ocasiones que tenemos que hablar con nuestros padres, pero eso es muy difícil, la confianza no se da. Uno de los problemas es que algunos no tienen buenos amigos y se sienten traicionados y no saben quiénes son sus verdaderos amigos. (Entrevista a adolescente 5, mujer)

Dentro de los enfoques habría también que considerar la orientación y el manejo de los contenidos, pues muchos están basados en la desinformación y en el reforzamiento de tabúes.

En una de las charlas nos explicaron que las personas que hacen uso de su sexo de manera libertina conllevan a la soledad nociva; otros, cuando se

decepcionan, les conlleva a suicidarse; otros más bien son como corderitos que se dejan llevar y terminan solos y decepcionados. (Adolescente 6, mujer)

P: ¿Qué recuerdas de tu clase de educación sexual?

R: El de la violencia infantil, la drogadicción las peleas entre padres y madres destruyen y cómo se terminan en asesinatos por celos. También las enfermedades sexuales, por ejemplo, el SIDA, hay muchas que se contagian por tener relaciones. (Adolescente 8, hombre)

P: ¿Qué recuerdas de charlas?

R: Bueno, nos hablaron que primerito debemos pensarlo bien y seguir estudiando, que no nos dejemos llevar por un rato de placer. (Adolescente 2, hombre)

b) *Organización de los servicios*

La mayor parte de proveedores y educadores entrevistados señala como uno de los problemas principales las dificultades de integración de los servicios que se reflejan en la escasa coordinación entre el sector Salud y el de Educación. Los estancos separados y el desaprovechamiento de oportunidades no solo ocurren en el espacio intersectorial, sino también en el ámbito intrasectorial.

Yo creo que se están haciendo cosas, pero no de la forma adecuada. Me parece que se tocan los temas de manera muy superflua. Los temas se deben tratar con mayor profundidad, con profesionales adecuados ¿no? Los profesores todavía no están en la capacidad suficiente como para llegar a ellos ¿no?... Tendría que haber una alianza con el sector Salud, para ver la posibilidad de llegar a esos jóvenes. (Proveedor de salud 2)

El trabajo entre educación y salud no lo veo tan fácil, no ha sido tan fácil ganar el espacio y consolidarnos, tenemos que seguir esforzándonos. Al inicio, cuando quisimos trabajar todo lo que es instituciones educativas saludables, el programa tuvo que sufrir todo un proceso de abogacía, de salud a educación. Porque si bien es cierto hay un convenio marco entre el Ministerio de Salud y de Educación, no necesariamente pegaba a nivel de las direcciones de los departamentos, entonces, era un antecedente pero no daba fuerza en

el trabajo. Lo que nos ha ido dando fuerza son las reuniones conjuntas y el hecho de ir convenciéndonos de que no solo Salud tiene que ver con estos temas. En el trabajo interinstitucional siempre ha habido sus altos y sus bajos, no todo ha sido bonito, porque cada uno tiene sus ocupaciones y sus propias indicaciones de sus actividades. (Proveedor de salud 4)

Tenemos algunos recursos para los adolescentes. Por ejemplo, si se trata de violencia, lo vemos con el Centro Emergencia, pero ellos se sienten también muy limitados, porque no pueden ver mas allá de la denuncia. Otro servicio es de las CODEMUNA o de las ONG, pero que me parece que están bajando la guardia y al final no podemos tener un trabajo organizado. Todos tendríamos que sentarnos para realmente establecer cómo dirigir o abordar el tema de la violencia. (Proveedor de salud 2)

La falta de recursos disponibles de manera oportuna también es una grave limitación que no solo desorienta, sino que también limita el desarrollo de acciones.

Nos habían dicho que habían unas guías a nivel de Ministerio de Salud, pero solo nos lo dijeron como referencia, no tenemos las guías, lo que hemos podido ver es algo con la Dirección de Educación, ellos tienen guías de educación sexual que, sobre todo, usan las tutoras. Le di una revisadita pero tenía los mismos temas, temas de habilidades para la vida y también todo lo que es el sexo, la sexualidad. (Proveedor de salud 6)

Una dificultad que enfrentan principalmente los operadores de servicios –tanto en educación como en salud– son los cambios de los enfoques sin la debida explicación y comprensión, originando muchas veces una superposición de funciones y la incorporación de nuevos lenguajes y términos.

Desde el año pasado estamos trabajando por etapas de vida, claro, lo que antes eran programas ahora se denominan etapas y creo que eso es un poco más articulado para dar la atención. (Proveedor de salud 4)

Anteriormente en PROCETSS desarrollamos la intervención de pares para la prevención de ETS y trabajadores sexuales adolescentes. Actualmente venimos desarrollando acciones directamente con población adolescente

a través de actividades regulares del MINSA y del Plan Participativo de la Municipalidad de Trujillo con el Plan de Acción por los Niños. (Proveedor de salud 3)

Desde hace mucho tiempo en el sector Educación, ya veníamos trabajando en Habilidades para la Vida, que es el programa de salud escolar del adolescente. A raíz del nuevo modelo de atención integral, desde la etapa de vida adolescente, se están abordando los problemas psicosociales y uno de los servicios principales que estamos brindando es la consejería madre gestante y padres de adolescentes en riesgo. (Proveedor de salud 4)

La educación sexual se llevaba antes en la asignatura inmersa dentro de la asignatura Familia, no existía Tutoría, recién hace tres años que se está llevando. El curso de Educación Sexual nos permitía trabajar con los alumnos el proceso evolutivo de la sexualidad; (en) el de Tutoría trabajamos las áreas académica, vocacional y de sexualidad, entonces no es efectiva. (Profesor 3)

Tenemos una hora dedicada a Tutoría, orientaciones brindadas a los muchachos en diferentes aspectos y para que vaya la cosa normal, establecemos un plan curricular. (Profesor 1)

Al parecer, uno de los problemas que se presenta es la escasa coordinación y articulación en los niveles más altos y que luego se refleja directamente en las acciones.

El trabajo articulado entre Educación y Salud no funciona. Nosotros hemos ido a ofrecerles el servicio la vez pasada, pero eso tiene que ver con las decisiones políticas. Todos sabemos cuáles son nuestras competencias y debemos comenzar por allí. (Proveedor de salud 1)

c) Los modelos que excluyen

Un problema que al parecer no ha sido adecuadamente valorado por quienes se encargan del diseño de las intervenciones y de los modelos, pero sí por algunos de los operadores, son las posibles implicancias de exclusión, sobre todo cuando las intervenciones se basan en modelos competitivos, como son los que corresponden a los procesos de acreditación

que tienden a excluir a los más pobres; por lo tanto, a los que están en mayores condiciones de vulnerabilidad.

Cuando aplicamos los criterios que nos dieron sobre escuelas saludables, nos dimos cuenta que no era muy justo e incorporamos otros criterios que no estaban en la calificación. No nos parecía justo que aquellas instituciones educativas que no tenían una infraestructura apropiada, ni agua, ni desagüe, dejen de ser trabajadas como institución educativa saludable. No hacerlo hubiese hecho que no trabajemos en nada con estos colegios. Con ellos más bien pensamos que podíamos trabajar viendo cómo estaba la conservación de las letrinas, cómo conservaban el agua. También vimos si las aulas estaban ordenadas. Es decir, nuevas cosas que no hagan que se elimine a un colegio, sino más bien que lo integre. (Proveedor de salud 6)

5.4.2 RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

En general, todos/as los/las informantes admiten que los y las adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos, fundamentalmente en lo que se refiere a información y educación sexual, aunque es necesario precisar qué derechos. La mayoría los considera estrategias claves para disminuir las relaciones sexuales prematuras y evitar el embarazo no deseado:

Yo creo que todos los adolescentes deberían ser informados y el Estado debería tener una política sobre eso. Porque eso permitiría que el joven, que el adolescente, pueda discernir cuándo es el momento más apropiado para empezar a tener nuevas experiencias. El Estado debería, más bien, brindar otras posibilidades a los adolescentes, por ejemplo, espacios de recreación donde el adolescente pueda invertir su tiempo libre en hacer cosas más provechosas, saludables. (Proveedor de salud 5)

Los adolescentes deberían estar informados en todo, sobre todo en lo que respecta a la sexualidad. Es importante que conozcan cada parte de su cuerpo. Es importante que sepan que todo tiene un momento, que no tiene por qué apresurarse, debe conocer de las relaciones íntimas, cómo cuidarse. (Proveedor de salud 4)

La sexualidad humana debe ser vista como un proceso absolutamente natural y que debe ser administrado y manejado por la persona. El hecho de que los adolescentes entiendan que ellos tienen derecho a vivir su sexualidad de manera sana y estos derechos deben ayudarle a contrarrestar a las que ellos se someten, cuando ven un periódico, cuando encienden un televisor o cuando encienden un DVD, todas esas deformaciones que van a influir en su formación sexual. (Autoridad regional 1)

Yo creo que el principal derecho de los adolescentes es a no morir a causa del embarazo. También es muy importante que su actividad sexual sea de manera voluntaria y con pleno conocimiento de todo, no solamente de las consecuencias, sino también aquellas cosas positivas que tiene el ejercicio de la sexualidad. Está relacionado con elegir a tu pareja, que puede ser un hombre, que puede ser una mujer, no necesariamente que sea heterosexual. Está relacionado a decidir el número de hijos que puedo y que quiero tener y derecho a recibir la adecuada atención del Ministerio de Salud. (Representante sociedad civil 4)

a) *Reconocimiento del derecho a tener relaciones sexuales*

Las relaciones sexuales por lo general no son admitidas como parte de la vida de los y las adolescentes, sobre todo en el caso de las adolescentes mujeres. Las relaciones sexuales son vistas en esta edad como algo peligroso, riesgoso, y la mayoría aspira a que los y las adolescentes sean castos. Sin embargo, muchos también señalan que no podrán evitarlo; en ese sentido, señalan el acceso a la información y los servicios como aspectos de último recurso.

Yo les digo, pueden tener enamorado, pero no pueden tener relaciones sexuales. Esto solo debe ocurrir cuando sean más mayores. Es cierto que yo no puedo decir que no tengan, por eso, allí tengo que decirles que se protejan, que busquen orientación, que conversen con nosotros, porque si no, se van a lamentarse toda su vida. (Proveedor de salud 4)

Yo creo que a los adolescentes hay que hablarles de la castidad, aunque eso es un poquito duro pero de todas maneras se tiene que hablar, porque es un desgaste prematuro, el joven todavía está acabándose de formar, completar,

por decir, con las hormonas y, a veces, ya está teniendo relaciones ¿no? Eso lo va a perjudicar, para ellos es una diversión, es un relax, es un pasatiempo y se acabó ¿no? No lo toman en serio las cosas. (Padre 2)

Hay quienes están preparadas emocionalmente, pero se debe tener en cuenta que una relación coital en una niña de 13, 14 años es algo peligroso. Uno no puede decir que esa relación sea aceptada, pero hay que educar. Hablar, por ejemplo, de la prueba de amor, la interrupción de la menstruación, cómo identificar si su enamorado realmente las quiere, y preguntan, también, sobre los métodos, cuál es el más eficiente. Pienso que las adolescentes ya conocen o han escuchado los temas, así es que hay que abordarlos con ellas. (Profesor 1)

b) *Reconocimiento del derecho al acceso de métodos anticonceptivos*

Los métodos anticonceptivos están admitidos como último recurso con el fin de prevenir el embarazo no deseado. Sin embargo, hay quienes opinan que tener acceso a los métodos anticonceptivos incentivará a que los/las adolescentes tengan relaciones sexuales. Hay quienes también consideran que son dañinos para la salud de una mujer joven.

Es una ventaja que los adolescentes que tienen relaciones sexuales usen métodos anticonceptivos, así pueden evitar embarazos no deseados. Todos los hombres y mujeres deberían saber de este tema. (Profesor 2)

El problema con los métodos anticonceptivos es que si no conocen bien o están mal orientados puede cometer errores, ser promiscuos, por eso. (Profesor 3)

Los métodos anticonceptivos tienen sus pros y sus contras; su organismo no está preparado, por eso es mejor que use el método del ritmo que no daña su organismo. Las píldoras, por ser muy jóvenes, las puede perjudicar. (Profesor 1)

Pienso que no podemos tapar la información, porque lo van a saber por otro lado y cuando no se informa podemos crear malicia. (Proveedora 4)

Las chicas queremos saber sobre el embarazo precoz, métodos más seguros para cuidarse y cómo conseguirlos. (Grupo focal de adolescentes mujeres)

c) *Anticoncepción oral de emergencia*

Al igual que ocurre en la escena nacional, la mayor parte de los entrevistados y entrevistadas han escuchado hablar de anticoncepción oral de emergencia (AOE). Algunos están al tanto de los puntos centrales del debate, tales como el de discriminación (venta en las farmacias, pero no distribución gratuita por parte del MINSA), así como de las preocupaciones respecto a los mecanismos de acción. Algunos consideran que su acceso por parte de los/las adolescentes, significará un alivio para quienes –desde su punto de vista– son “irresponsables” por tener relaciones sexuales. Otros creen que, precisamente, induciría a la sexualidad como algo cotidiano, no problemático, sin riesgos ni consecuencias.

Lo primero que pienso es que si el adolescente ha prestado atención a los mensajes (sobre AOE), deben estar confundidísimos. Se generó un debate, un debate bárbaro, innecesariamente violento. Estamos frente a una contradicción. Creo que, como todo método, debe estar a disposición de ellos. Porque tengo entendido que no hay contraindicación química farmacéutica, pero creo que también detrás tiene que haber toda una información, indicándole inclusive que hay sectores que opinan que es un método abortivo. También me preocupa si cualquiera de nosotros lo tomamos efectivamente como algo de emergencia o si se convierte en una práctica usual. (Autoridad regional)

P: ¿Qué opina de la anticoncepción oral de emergencia?

R: Muy buena, también, para evitar los embarazos no deseados. (Profesor 2)

Estoy de acuerdo (con la AOE), no es algo nuevo, las personas de clase alta ya lo vienen practicando o usando desde hace mucho tiempo. (Profesor 3)

Podría ser que los adolescentes tengan acceso a la pastilla del día siguiente, pero para mí hay un tema de valores, por ejemplo, si ha sido un violación puede ser, pero tampoco dárselo a una chica que tiene relaciones sin responsabilidad alguna y luego solucionarle el problema. (Profesor 4)

Con respecto a la AOE, hay que tener mayor información, pero creo que no es un método para las jóvenes, pero si ellos lo solicitan creo que primero deberían evaluarlos en el puesto de salud. (Profesor 5)

Si yo fuera la mamá del adolescente me tendría que poner supermosca, de repente porque en ese momento tuvo con alguien pasajero una relación muy fortuita. Me preocupa que nuestras adolescentes piensen “hoy me acuesto con uno, mañana con otro y la píldora me va a salvar. (Proveedor de salud 5)

5.5 VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LAS FAMILIAS

5.5.1 CÓMO SE DEFINE LA VIOLENCIA

Según los/las informantes, la violencia tiene distintas expresiones, desde las más estructurales como, por ejemplo, la pobreza, el desempleo, hasta aquella que produce directamente daños físicos y psicológicos destruyendo principalmente la autoestima. La violencia, como problema, está altamente extendida.

La violencia se presenta en muchos aspectos, por ejemplo, psicológica y físicamente, pero en los casos de mi aula que yo conozco, es psicológicamente. Le bajan la autoestima, le dicen: “tú no vales nada, tú eres una persona que no deberías estar aquí”. Y empiezan a maltratarlas, a decirles palabras que hacen que la persona se sienta muy mal, que su autoestima se baje mucho y, en ese instante, piensa que no vale nada. A veces comete locuras o hace actos indebidos que no van. Pero también se presenta el maltrato físico, pero eso ya es muy poco, está desapareciendo, pero más es psicológicamente. (Grupo focal 2, adolescentes mujeres)

Aquí, de cada diez familias, en siete se vive violencia. Incluso esto es más si interpretamos violencia cuando los papás y las mamás salen a trabajar sin ver si es que desayunan o no los hijos, encargando a las niñas al cuidado de los hermanos, o mandándolos al colegio para no ocuparse de ellos, haciendo que les laven la ropa, que les den el almuerzo. En ese sentido me parece que es bien elevado, entendiéndose así violencia en toda su magnitud. (Representante sociedad civil 4)

Tal como lo señalan los informantes, la violencia intrafamiliar es uno de los principales problemas que enfrentan los y las adolescentes; consideran que es un resultado de distintos factores, entre los que se encuentran: la inequidad de género, la pobreza, las pautas culturales con que las personas han sido criadas y las escasas respuestas del Estado y de la sociedad para enfrentar este problema.

El tema es bastante más complejo, pasa por la insatisfacción de oportunidades en los jóvenes, el desencanto, eso es visible. También pasa por la condición económica paupérrima de la calidad de vida en las mujeres que las convierte en sumisas receptoras de la violencia que se va instalando desde los patrones familiares de crianza, y por tener un sistema educativo que no penetra esas deformaciones culturales de nuestra sociedad. (Autoridad regional 1)

Desde la perspectiva de los informantes, la violencia es percibida como una vorágine social; está presente en todos lados, se traslada a diversos escenarios, añadiéndose en cada uno diversas expresiones, pero todas tienen como base común la frustración y la insatisfacción.

La violencia es un resultado de la mezcla de todo, patrones culturales, el machismo que es fuerte, muy extendido. Yo vengo de una actividad en donde la mayoría de participantes eran hombres, solo había diez mujeres, lo que nos muestra que hay un patrón cultural de machismo. Esta fuerte frustración social crea la violencia. Evidentemente, el desempleo, la falta de oportunidades, generan personas que desfogan su violencia en el hogar, así como los jóvenes desfogan su violencia en una cancha de fútbol, saliendo del colegio ... en los conciertos de los raperos... todos acaban con violencia. (Autoridad regional 1)

5.5.2 CAUSAS QUE ESTÁN A LA BASE DE LA VIOLENCIA QUE AFECTA A LOS/LAS ADOLESCENTES

La violencia que afecta a los/las adolescentes está relacionada a un conjunto de factores, entre los que se encuentran las relaciones inequitativas de género y el machismo que caracteriza a muchas de las familias.

Yo pienso que una de las razones es el poder que sienten muchos hombres, de ser el dueño de la vida de las mujeres, y esto mismo lo repiten con los/las adolescentes. (Representante sociedad civil 1)

Hay distintas situaciones por las cuales se produce la violencia, creo que más que todo se debe al machismo. Nuestro país es eminentemente machista, nos viene de muchos años y no podemos lograr que la gente de la sierra le dé importancia a la mujer. La mujer no sale a estudiar, todavía tenemos un alto porcentaje de analfabetas mujeres en el área rural, esta situación es fuerte. (Autoridad educativa 1)

El entorno social adverso también está reconocido como uno de los factores que desencadena la violencia. Se mencionan con mayor frecuencia sobre todo aquellos aspectos que influyen en la estabilidad de la familia, tales como los problemas económicos, la mala relación de los padres, el trabajo que aleja de la familia.

P: ¿ Por qué crees que se dé el maltrato?

R: Yo creo que es por la inmadurez o falta de entendimiento, por la falta de comunicación, no conversan la situación, hay unas malas influencias de la sociedad, de los entornos, los problemas económicos, son las principales causas de los conflictos diarios. (Proveedor de salud 1)

Acá en el barrio no hay muchos casos de violencia, pero sí vemos cómo las madres muchas veces tratan mal a sus hijos, los golpean porque algunos no comprenden sus temas. Los padres llegan borrachos a sus casas y ahí comienzan todos los problemas. A veces no tienen dinero, entonces se genera que haya violencia y todo lo malo que hacen los padres, los hijos son los que asumen las consecuencias. (Entrevista a adolescente 6, mujer)

Me da la impresión de que la violencia está escondida, porque a las adolescentes las amenazan para que se queden en silencio. Suele ocurrir cuando son hijas de padres separados que reconstruyen su vida, tienen que vivir con padrastros y se las responsabiliza de sus hermanos menores; por la precariedad económica. Entonces muchas madres obligan a sus hijas a callar. (Profesor 1)

La violencia muchas veces se produce por el estrés de los padres, por la incompatibilidad de caracteres, a veces no nos damos cuenta y esta es la primera forma de violencia. (Proveedor de salud 5)

La violencia se produce porque no estamos preparados para ser padres, ese es el origen. El problema también radica en la cuestión económica. O sea,

el hacer familia origina todo una responsabilidad de gastos, y esos gastos tienen que salir del trabajo, en este momento pues, usted verá, que no hay trabajo y, si lo hay, se gana muy poco, tenemos instituciones que en lugar de estimular el trabajo lo sancionan. Ese es un punto. Por supuesto, la ignorancia y la pobreza en que viven los pueblos es otro punto de origen para este maltrato. Y justamente hacer familias jóvenes, no se sabe elegir bien, usted sabe que elegir una mujer para vivir toda la vida, ese es un hecho que necesita de análisis, pero aquí en mi pueblo decimos “matrimonio y mortaja, del cielo baja”. (Padre 4)

5.5.3 VIOLENCIA SEXUAL

Una de las expresiones más importantes que señalan los y las informantes es la violencia sexual. La mayoría considera que este es un problema bastante generalizado y ocurre, fundamentalmente, en el ámbito del hogar. Desde su perspectiva los principales agresores son miembros de la familia. Contribuyen con la extensión de la violencia la falta de comunicación, el aislamiento y el abandono familiar. Pero también hay quienes piensan que la violencia es ocasionada por las propias víctimas, por no guardar comportamientos que son esperados en las mujeres.

P: ¿En qué contexto ocurre la violación sexual?

R: En los hogares donde las niñas viven solas con un papá o con los tíos o los primos, es que acá viven en un cuarto el papá, mamá, tíos primos y todos. (Profesor 3)

P: A quiénes les pasa más el problema de las violaciones, ¿a los hombres o a las mujeres?

R: A las chicas. Por una parte las chicas tienen la culpa, algunas son muy atrevidas en su forma de vestir, es decir, por aquí son “regaladas”. (Grupo focal de adolescentes mujeres)

Yo creo que la violencia sexual es muy frecuente y esto se da porque (son) familias rotas y recompuestas con padrastros Y las madres, en lugar de defender a sus hijas, las obligan a mentir para que retiren las denuncias. (Proveedor de salud 3)

Sin embargo, hay también quienes relativizan la violencia y la consideran más una justificación para eludir responsabilidades, especialmente por parte de las mujeres.

P: ¿Cree que hay alguna relación entre violencia y embarazo adolescente?

R: No, yo no estoy tan de acuerdo. Cuando se dice un varoncito la violó, parecería que la violó y salió embarazada, yo creo que es cuestión de valorarse. (Autoridad educativa 1)

5.5.4 VULNERABILIDAD FRENTE A LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y LA VIOLENCIA SEXUAL

La violencia, según los y las entrevistadas, está asociada a una serie de factores que afectan no solo a los/las adolescentes sino a todos los grupos de edad. Sin embargo, los y las adolescentes pueden llegar a verse más expuestos debido a particularidades de su desarrollo: mayor capacidad crítica, demanda de autonomía, etcétera.

Yo creo que la violencia no se puede separar en lo que es la violencia para la mujer, para el niño o para el adolescente, porque cuando hay violencia en un hogar, sufren. Sin embargo, quienes más sufren son los que no tienen la economía, los que sufren por el machismo son las mujeres y los niños. Pero en el caso de los adolescentes, por ser rebelde, ser una persona que se siente incomprendida, es el más agredido, y eso pasa incluso en las familias sólidas. (Autoridad de salud 1)

Considerando que para los y las informantes la violencia sexual es un evento que fundamentalmente se produce en el ámbito del hogar, la situación que enfrenta la mayoría de ellos ofrece pocas garantías de protección y se generan condiciones de vulnerabilidad que afectan, de manera particular, a los niños, niñas y adolescentes.

El mejor lugar para que aprendan los adolescentes es el hogar; pero aquí en la región, en donde en la tercera parte de los hogares no hay padre... en donde los hogares son desestructurados.. qué pueden hacer por los niños. No todos estamos preparados para hablar de sexualidad, ni de nada. Si a mí me pasa con mi hijo de tres años, que somos una familia con preparación

óptima, en otras familias, es mucho más complicado. (Autoridad gobierno regional 1)

5.5.5 RESULTADOS DE LA VIOLENCIA QUE AFECTA A LOS/LAS ADOLESCENTES

La violencia es percibida como una situación bastante adversa para los adolescentes, cuyas consecuencias agudizan el abandono escolar, fomentan la huida de los hogares y, sobre todo, la continuidad de la violencia en las próximas generaciones.

Los chicos que tienen 5 y 6 años, y que son víctimas de violencia, van a ser quienes van a repetir la violencia y van a vivir en un clima de rechazo con el sistema. (Proveedor de salud 1)

El problema con la violencia es que en la escuela se da bajo rendimiento, deserción, pandillas. (Autoridad educativa 1)

El embarazo en adolescentes también es percibido como un resultado de la violencia intrafamiliar, para algunas es una manera de salir del círculo de violencia.

Yo pienso que hay una relación entre el embarazo en adolescentes y la violencia en la familia. He visto cómo algunas adolescentes gestantes desde antes han sido víctimas de violencia familiar y que han resultado embarazadas por personas adultas, personas que supuestamente les van a dar una mejor calidad de vida, un hogar. (Proveedor de salud 5)

Yo pienso que hay bastante relación entre el embarazo en adolescentes y la violencia, porque cuando no tienen posibilidad de expresar en el núcleo familiar sus sentimientos de cariño, son personas que buscan fuera de la casa el afecto. Muchas compensan la falta del cariño de la familia con los amigos o con los enamorados, por eso creo que muchas veces estos embarazos son producto de la violencia. (Autoridad de salud 1)

P: ¿Usted cree que hay alguna relación entre la violencia y el embarazo en adolescentes?

R: No creo que tenga una relación directa. La violencia es cuando hay violencia sexual y salen embarazadas, la violencia no es solo para las niñas, también es para los niños, no hay una relación directa. (Profesor 3)

Sin embargo, también el embarazo temprano está percibido no solo como un resultado, sino también como una causa.

P: ¿Qué pasa en la zona cuando una adolescente se embaraza?

R: Bueno, si proviene de hogares del campo, es fatal. Los padres la botan de casa, pero primero las castigan. Yo he sido testigo de esas cosas. Los padres que son profesionales por lo menos, comprenden un poco y la agresión es un poco más suave, pero hay que reconocer que no solamente la paliza destruye, también las palabras. Nosotros los padres queremos tener hijos genios y no hemos ayudado para que esos chicos se formen como debe ser y ahí está el problema. (Padre 4)

5.6 RESPUESTAS DESDE EL ESTADO. CÓMO EVALÚAN LOS INFORMANTES LA POLÍTICA PÚBLICA

La mayor parte de los entrevistados y entrevistadas señalan que hay por parte del Estado un conjunto de iniciativas desde los distintos sectores; sin embargo, también hay señales que indican dispersión, desarticulación, poca efectividad y escasa o nula consolidación de las distintas propuestas, afectando el desarrollo de la política pública y, sobre todo, la percepción de su efectividad.

5.6.1 SERVICIOS QUE ESTÁN ORIENTADOS A LOS/LAS ADOLESCENTES

Los informantes, hombres y mujeres, identifican un conjunto de servicios que desarrollan sus sectores, los cuales también alcanzan a los/las adolescentes en función de algunas necesidades específicas. Una dificultad que identifican es la ausencia de servicios específicos, lo que significa que muchas de sus necesidades no serán atendidas.

Aquí atendemos adolescentes, pero solo en el área Mujer, porque desde allí les damos planificación, porque hay adolescentes que viven en pareja, pero no

tienen hijos y están planificando desde los 13, 14, 15, pero no son muchas, porque más vienen por controles prenatales. Para la atención del parto, entre el 25% y 30% son adolescentes. (Proveedor 1)

Como responsable del Programa del Adolescente procuramos brindar a los adolescentes una atención integral. Trabajamos en los colegios, buscando identificar los problemas de maltrato, problemas sociales, violencia familiar. (Proveedora 6)

Esta situación implica que muchos servicios no cuenten con recursos adecuados para atender a los/las adolescentes, lo cual ha podido ser corroborado en las visitas tanto a las escuelas como a los establecimientos de salud.

Para trabajar salud sexual y reproductiva con adolescentes hemos adecuado materiales de trabajo con adultos. Tenemos un material de habilidades para la vida y prevención de ETS, donde hemos tratado de involucrar la salud sexual y reproductiva y tenemos los protocolos de consejería que ya vienen establecidos del nivel central. La consejería se ha venido dando pero no todos tenemos las habilidades y, desde la Dirección Regional de Salud, estamos tratando de adecuar insumos, material de difusión, pero es producción netamente local. (Proveedor de salud 5)

Esta situación se ve agravada por los problemas de organización al interior de los sectores. Las dificultades de acceso a los documentos normativos y la falta de acompañamiento y asistencia técnica de los operadores son evidenciados por los/las informantes involucrados en los sectores.

Para conocer las normas, tenemos que bajar de la Web el paquete de la consejería y lo imprimimos para usarlo. Ninguna de las guías actuales ha llegado aquí oficialmente, las hemos conseguido por nuestra cuenta. Como ve, estamos solos. Este año se han planteado nuevas acciones para ejecutar, pero ¿cómo voy a hacer un plan de salud si yo estoy sola? (Proveedor de salud 3)

Como sector Educación, ya se ha determinado que se debe trabajar por eso se está tratando de hacer, hay programas, tutorías, convenios con Salud e, incluso, para trabajar con la radio. Hay una sola radio que nos apoya, pero

no el resto. También podría haber empresas privadas, pero no sabemos como llegar a estas. (Autoridad educativa 3)

5.6.2 RECURSOS DISPONIBLES

Los recursos son escasos, insuficientes e inadecuadamente distribuidos. Informantes de cada uno de los sectores perciben que es el otro sector el que cuenta con mayores recursos

Bueno, el material lo tiene Salud, tiene sus láminas, tiene sus retroproyectores, tiene su multimedia, entonces con eso trabajan ellos. Educación no aportamos con material, sino con las instituciones, solo la parte administrativa, las autorizaciones, todo eso. (Autoridad educativa 1)

5.6.3 ESFUERZOS MULTISECTORIALES

Sin embargo, a pesar de las limitaciones se vienen haciendo algunos esfuerzos para articular acciones multisectoriales que –aunque incipientes– parecen generar algunas satisfacciones.

Estamos trabajando en el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, que se hace entre el sector Salud y las instituciones educativas. Eso nos da un poco más de orden y organización y creo que se ha hecho más sólida la alianza con Educación y con la dirección regional de Educación. Se empezó con instituciones educativas seleccionadas y se está haciendo a nivel de todo el departamento, desde Trujillo hasta Patas, hasta las provincias más alejadas y hasta el último poblado donde existe alguna institución educativa. Empezamos con 37 instituciones educativas. (Proveedor salud 6)

5.6.4 EXPECTATIVA CON RESPECTO A LOS SERVICIOS

Los informantes –mujeres y hombres– plantean una serie de expectativas de los servicios que atienden a los/las adolescentes y tienen en consideración algunas estrategias que garantizarían una mejora de los servicios, incluyendo la decisión política y el referente de los derechos humanos.

Un tema fundamental es la cuestión política, porque la disponibilidad de los trabajadores está, sólo es cuestión de que se den las políticas, las facilidades y las indicaciones de quien corresponda. (Proveedor de salud 1)

Tiene que estar clarísimo en las políticas públicas de salud que el Estado tiene la obligación de proteger la salud sexual y reproductiva, brindando información y garantizando el acceso como se lo merecen como cualquier persona con derechos. (Representante sociedad civil 2)

Pienso que lo que tiene el Estado (que hacer) es ubicarse como laico, el problema es que deja mucha intromisión a la Iglesia católica, que no permite programas de educación sexual. Por ejemplo, cuando se desarrollaron las Guías de Educación Sexual, la Iglesia no estuvo de acuerdo, se anularon y no se repartió. En ese sentido no se respeta el derecho de las mayorías. (Representante sociedad civil 4)

El problema es que el Estado siempre lanza campañas, pero no es suficiente, lo que debe trabajar son políticas permanentes con los jóvenes y no mirarlos como parte de una promesa electoral, simplemente debe ser algo más fuerte. (Representante de sociedad civil 2)

5.6.5 RECURSOS CLAVES

Los y las informantes consideran algunos requerimientos claves, entre los que se consideran:

- La capacitación adecuada de los/las operadores de los servicios.

Quienes atiendan a adolescentes deben ser personas preparadas que conozcan todo el tema del problema del adolescente integralmente, que tengan un perfil y una experiencia. (Autoridad regional salud 1)

Como proveedores debemos estar capacitados para respetar su confidencialidad, tener el suficiente aplomo para vencer barreras. Por ejemplo, los adolescentes que van a los servicios no deberían hacer colas. (Proveedor 1)

Sin embargo, hay quienes señalan a otros agentes externos como los indicados para la atención de los/las adolescentes, aunque preocupa que

el enfoque de algunos de estos agentes no sea concordante con el enfoque de los derechos humanos, particularmente con el de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Hay organizaciones que deben apoyar en la orientación y atención de los adolescentes, como los colegios católicos. Yo he tenido la oportunidad de coordinar con la Iglesia y decirles “bueno, profesores de religión, ustedes deben apoyar los servicios de tutoría, ser los modelos”. Por ahí puede venir el cambio, yo aprovecharía eso, las parroquias. (Profesor 3)

5.6.6 ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Dado que la violencia es un problema muy extendido y es una de las prioridades de la consulta ciudadana, se ha considerado importante indagar cómo se viene atendiendo este problema en la región. Al igual que las demás intervenciones, aquí también se observa, por un lado, la sectorización de la atención y la dispersión de sus acciones, con escaso conocimiento del problema y con estrategias sin un plan definido de cómo enfrentar este problema, que requiere una visión intersectorial y articulada.

Por ejemplo hay una ludoteca, yo creo que por ahí podemos partir, pero el asunto no solo es cumplir las directivas, debe haber cambios más profundos. De repente comencemos con dos escuelas diferentes, una cada uno de nosotros y luego que se vaya más allá. (Autoridad regional educación)

Para la violencia familiar hay algunos recursos, pero son limitados. Tenemos el Centro Emergencia Mujer, pero ellos veían el tema bastante limitado. Se debe establecer una red de centros para atender el tema de violencia a nivel de las diferentes provincias. Al final no es un trabajo organizado, no está bien abordado. Creo que tendría que sentarse un grupo para establecer cómo dirigir o abordar el tema de la violencia, porque es un tema bastante fuerte. Hasta el momento, nuestra función es el tamizaje y, después de eso, en cada establecimiento tenemos distintas formas de actuar, algunas veces se denuncia, otras se da solo apoyo, pues hay que considerar que muchas veces atender este problema nos trae también dificultades y salimos perdiendo. (Autoridad regional salud)

5.6.7 PARTICIPACIÓN DE LOS/LAS ADOLESCENTES EN LOS PROGRAMAS

Cada vez hay un mayor reconocimiento de la importancia de la participación de los y las adolescentes en las acciones y programas dirigidos a ellos y a ellas; sin embargo, no hay mucha claridad, ni criterios compartidos de cómo debe darse dicha participación.

Es muy importante que los adolescentes participen, que sean escuchados y que sepan que pueden realizar cosas importantes por los demás, yo creo que si a ellos se les valora, por eso lo más importante es incentivarlos a que desarrollen algunas de sus destrezas. (Proveedor salud 4)

El embarazo en adolescentes se puede disminuir trabajando más coordinadamente con los centros educativos y las organizaciones juveniles del sector, porque es difícil que los adolescentes accedan. Tenemos que salir nosotros y tenemos que estar yendo a los colegios y tratando de que ellos vengán a los servicios. (Proveedor 2)

Trabajamos en capacitación, con el grupo Propuesta Joven a nivel nacional, pero a los chicos de acá les brindo apoyo en materiales, opiniones, recibo sus sugerencias sobre lo que ellos quieren o cómo ellos se están involucrando en el trabajo. Trato de conversar con ellos. (Representante sociedad civil 2)

5.7 EL PROCESO DE CONSULTA CIUDADANA PARA DETERMINAR PRIORIDADES SANITARIAS EN EL MARCO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Aunque todavía persiste una estructura centralista en los sectores, en la planificación central, en la definición de prioridades y estrategias, el proceso de descentralización es apreciado como un mecanismo que va a mejorar no solo la estructura de los programas, sino que estos serán más acordes a sus propias necesidades y prioridades.

Ahora con este proceso de descentralización, esperamos que nuestros gobiernos tengan una mejor distribución y participación en el presupuesto. Hay más posibilidades de que nuestros presupuestos estén dirigidos para trabajar temas del adolescente, que son más problemas sociales que biológicos.

Creo , también, que las instituciones podremos establecer algunas políticas institucionales que puedan favorecer al abordaje del problema del tema del adolescente. (Autoridad regional salud 1)

Una de las preguntas que se incluyó en las entrevistas fue en relación con la consulta ciudadana. La mayoría de los y las informantes tienen referencia de dicha consulta, aunque es evidente que el sector Salud es el más comprometido en esta acción, lo que todavía señala las dificultades del gobierno regional para integrar a los distintos sectores en relación con las distintas prioridades regionales.

Nunca antes se ha hecho un proceso así y los resultados así nos demuestran. Los temas del embarazo no deseado, el aborto, son temas fuertes y que siempre han estado allí, pero que no son tocados tan abiertamente. Ha sido un campanazo, pues los problemas que se han elegido, como la desnutrición y el pandillaje, tienen que ver con determinantes sociales, entonces se abre un abanico de elementos que no eran reconocidos. La consulta nos hizo encontrar temas que aparentemente no tenían nada que ver con la salud, sin embargo hay que tener en cuenta que el sesgo biomédico no se haga sentir tanto. (Representante sociedad civil)

Yo pienso que la consulta ciudadana ha sido una intervención exitosa porque nunca se había hecho a nivel de la región de La Libertad algo similar. Tener 266 mil personas que hayan hecho un voto consciente voluntario, ha sido un éxito. (Proveedor salud 6)

Bueno, quienes más han participado ha sido el sector Salud, como Educación, nuestra participación solo ha sido del nivel de especialistas. (Autoridad regional educación 2)

La priorización de las políticas de salud superó nuestra propia expectativa, pues dentro del menú de opciones estaban temas como seguridad ciudadana, violencia familiar, etcétera. Este fue un resultado positivo de la consulta ciudadana. (Autoridad regional 1)

Se destaca principalmente el carácter participativo del proceso, es decir, que sea la propia población y otros actores sociales los que determinen las prioridades, ampliando a nuevos aprendizajes en el desarrollo de política pública, distanciándose de los enfoques tradicionales.

Ha sido un primer trabajo bastante bueno, me parece que se está armando todo un derrotero en el cual las mismas personas que están sufriendo los problemas los exponen y dan formas de solucionarlos. Lo único que veo complicado es organizar los proyectos y el aspecto del dinero. (Autoridad regional educación 3)

Un logro de la consulta fue la incorporación de más integrantes de la sociedad civil dentro del Consejo Regional, como fue ForoSalud. Básicamente el Consejo se divide en grupos y ya no está dirigido por el Estado sino que participa la sociedad civil. Un segundo paso fue incorporar más colegios profesionales, antes era sólo una parte de un colegio médico, ahora son cuatro más y, por suerte, son representados por cuatro mujeres. Se hicieron talleres participativos en costa y sierra. (Representante sociedad civil 4)

a) *Importancia de la consulta ciudadana.*

La consulta ciudadana para muchos de los y las informantes confirma algunas de las preocupaciones de los operadores y operadoras de servicios, aunque algunos cuestionen el proceso consideran que lo elegido corresponde a los problemas urgentes de la región.

Desde mi punto de vista, desde hace mucho tiempo esos han sido los problemas, aunque no he estado muy a favor de esta consulta ciudadana porque no se ha informado adecuadamente a todos su responsabilidad a la comunidad. (Proveedor 1)

Hubo bastante participación, hay una conclusión muy buena que va a servir a toda la región. (Proveedor 6)

Se considera que la consulta ciudadana contribuirá a unificar agendas y prioridades de los distintos sectores.

Yo creo que con la consulta ciudadana recién hay una preocupación por estos temas. Antes cada institución estaba trabajando por su lado. Tal vez las cifras en relación de cuántos sufren los problemas eran mucho menores o tal vez no había estadísticas, la falta del sistema informático y eso no nos permite tener presente estos casos, no. (Proveedor de salud 2)

Yo pienso que recién se comienza a visualizar el real problema del adolescente, antes los embarazos adolescentes y abortos se enmascaraban diciendo que eran pocos, a medida que transcurrió el tiempo nos dimos cuenta que no era así, sobre todo a través de las mesas de trabajo, donde se vio también que no eran prioridades para otros. (Proveedor de salud 5)

Sin embargo, no faltan quienes todavía se resisten a los temas pues consideran que son otras las prioridades sanitarias.

No estoy muy de acuerdo con los resultados, porque nosotros levantamos información de los colegios y los problemas están en otro orden. Yo creo que el problema es que los resultados están mal digitados, mal apuntados. Los problemas son: sistema respiratorio, tos, infecciones diarreicas y de la piel. Ni la desnutrición, ni el embarazo y ni la violencia, no es una de las causas. (Autoridad regional educación 2)

b) Compromiso de las autoridades en relación con los resultados.

Si bien es cierto, tal como señalan muchos de los entrevistados y entrevistadas, el proceso de organización y la presentación de los resultados de la consulta ciudadana ha sido un éxito, no hay mucha seguridad en cómo continuar. Por un lado, se evidencian serias dificultades para la articulación y, por lo tanto, para el cumplimiento de los compromisos. Inciden en la consolidación de los planes de respuesta todavía en el carácter sectorial y, sobre todo, en el enfoque biomédico de las intervenciones.

Para el cumplimiento de los compromisos, tenemos tres liderazgos muy fuertes: el liderazgo del gobierno de la región que es médico, aunque su inclinación es más hacia la infraestructura, quizás porque es más político, el liderazgo del Dr. Homero Burgos, en el Consejo regional. El líder de la bancada mayoritaria del Consejo regional es también médico, el Dr. Mario Camacho; él la tiene clara, es probablemente el elemento que mejor nos ayuda porque es médico académico, entonces él entiende mejor la visión global del problema. Y el caso del director de salud, que también es bien comprometido con el tema. Creo que esos liderazgos son fuertes, por lo menos en esta gestión se van a mantener, lo que suceda después de diciembre, pues ya va a depender de otras cosas, de otros compromisos. (Autoridad regional 1)

Sé que ha trabajado mucho en la consulta ciudadana, pero no sé si la región esté involucrada. Hay instituciones que trabajan en estos temas (embarazo en adolescentes, violencia y aborto), por eso se orientan a estos, pero no sé si la región está convencida. (Proveedor de salud 1)

En cierto modo no hay mucho compromiso y esto se debe a que el gobierno regional no baja a las instituciones educativas con esos puntos. Sería muy importante que, por ejemplo, la DRELL vea la posibilidad de la presencia de psicólogos en las instituciones educativas, en forma permanente para tratar los problemas. (Profesor 1)

Una de las dificultades que perciben los y las informantes es la falta del liderazgo del gobierno regional para el desarrollo de las acciones posteriores, sustentándose en organizaciones que no pueden garantizar la sostenibilidad ni el enfoque necesario que debe tener una política pública, basada en los derechos humanos.

Yo creo que en el gobierno regional están interesados en trabajar, en tanto la norma exige al gobierno regional brindar el apoyo necesario, pero no recibimos nada, más bien estamos recibiendo el apoyo, la orientación y todo lo demás de ONG como San Lucas. (Profesor 2)

Yo creo que las autoridades van a comprometerse con los resultados. Tal vez el proceso no va a ser inmediato, pero como hemos logrado un mandato social, donde la población va a tener que ver todo lo que ha priorizado: sus necesidades, van también a controlar si las autoridades y las diferentes instituciones están realmente contribuyendo a mejorar los temas de salud. Creo que estamos fallando, de repente estamos trabajando separadamente, quizás con una finalidad de protagonismo que no ayuda para que a futuro y de acá a 10, 15 años, realmente funcione. Yo pienso que debiéramos tomar conciencia las instituciones, las organizaciones y los gobiernos locales, trabajar fuertemente aunque sea dos intervenciones, y vamos a tener de producto, porque si queremos abarcar demasiado, probablemente no tengamos mucho éxito. (Proveedor salud 6)

Algunos de los entrevistados y entrevistadas, sin embargo, no solo están preocupados por la falta de compromiso de las instituciones, sino también por la negociación en relación con las agendas, especialmente con la Iglesia católica, que tiene mucha influencia a nivel de los decisores.

Tanto como comprometerse no creo. Allí vamos a tener que estar vigilantes porque hay cosas que se hacen, por un lado, porque la norma lo pide y, por otro lado, porque la sociedad civil estamos pendientes, hay que estar, para que entre en la agenda. Hay algunas personas que no necesariamente son las cabezas, que son sensibles al tema. Muchas veces los decisores, son muy conservadoras, eso hace que no se hagan más cosas, especialmente cuando se produce la presión de ciertos sectores como la Iglesia, que es asumida para mantener las buenas relaciones entre autoridades y finalmente se termina negociando los temas. Eso es muy fuerte. (Representante sociedad civil 4)

Lamentablemente, a nivel verbal ha habido muchos compromisos. En el nivel local sí se han tratado de hacer cosas, pero hubiésemos querido que tengan un aval de las autoridades. Este año estamos mucho mejor que el año pasado, más fortalecidos pero aun así seguimos con reuniones, es un trabajo permanente. (Proveedor salud 6)

c) *¿Qué se viene realizando en torno a las prioridades sanitarias?*

Hasta el momento en que se desarrollaron las entrevistas –a un año de la consulta–, se avanzó principalmente en torno a la planificación pues, al parecer, las complejas tomas de decisiones, las limitaciones en el proceso de descentralización –sobre todo en los sectores que no han logrado consolidar la transferencia de funciones– y el peso de lo sectorial dificultan el cumplimiento de acciones y compromisos.

Hemos diseñado un proceso mediante el Plan Operativo del Plan Participativo; lo vamos a incluir en el proceso de Presupuesto Participativo de este año. Entonces, hemos acordado dar prioridad al Plan Participativo y en este momento los equipos técnicos del gobierno regional vienen trabajando la propuesta de proyectos que se va a presentar, primero en un taller de priorización y después en el proceso participativo. (Autoridad regional 1)

Hay un problema en la decisión del Gobierno central. Hemos pedido que se definan las funciones regionales (en educación y salud) y este año tampoco aparecieron. Suponemos que es por la complejidad, pero las direcciones de educación tienen una extraordinaria capacidad de manejo y ellos pueden asumir muchas iniciativas nuevas. Ellos pueden, por ejemplo, elegir personal

con un determinado perfil. En el Ministerio de Vivienda también ha empezado recién. Yo creo que podemos avanzar con los márgenes que nos da la ley. Otro problema es lo presupuestal y eso es más complicado todavía. (Autoridad regional 1)

También están presentes, como una limitación, las propias ambigüedades de los responsables de los sectores, en el sentido de establecer con claridad qué se espera lograr con las coordinaciones y cómo desarrollar acciones conjuntas.

Ya se han implementado algunas acciones, porque el matrimonio que tenemos con Salud no es de ahora sino de hace mucho tiempo. Nosotros venimos trabajando con Salud las Escuelas Promotoras de Salud, acá les hemos denominado escuelas saludables. (Autoridad regional 1)

Básicamente por parte del Estado no estamos viendo algo que haya cambiado luego de la consulta. Sus servicios siguen igual. Nosotros hacemos lo poco que podemos hacer y tratamos de generar una corriente de opinión respecto a la prevención en salud sexual y reproductiva, uso del preservativo, y lo que son prevención de ITS no. No hemos visto una acción que impacte en los jóvenes, ellos no notan nada. (Representante de sociedad civil 3)

Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES

- Los entrevistados y entrevistadas comparten un amplio reconocimiento de las dificultades que hay en el futuro de los y las adolescentes. La pobreza, la calidad de los servicios y la falta de oportunidades son amenazas difíciles de superar. Una consecuencia de esta situación adversa es la migración que, si bien desde sus perspectivas resuelve el problema económico, también incrementa la vulnerabilidad de los y las adolescentes por la situación de abandono en que estos quedan.
- Entre los informantes persiste una visión estereotipada acerca de los/las adolescentes. Este ciclo de vida es percibido como problemático, altamente peligroso y muy necesitado de control social. Particularmente a los adolescentes intermedios –entre los 14 y 16 años– no se les atribuye autonomía progresiva. La disciplina –entendida como el dedicarse solo a estudiar o a estar en casa, a controlar sus medios de información (Internet) y a seleccionar sus amistades– es el mecanismo más importante en la relación que deben establecer los padres/madres y maestros con los/las adolescentes.
- Desde la visión de los adultos, particularmente de los educadores y proveedores de servicios, hay un reconocimiento muy importante del rol de la familia en el desarrollo de la adolescencia, pero para que la familia sea efectiva tiene que ser “completa”, es decir, conformada por padres y madres. Según esta visión, un hogar conformado solo por un

miembro, especialmente cuando el padre está ausente, no ofrece las condiciones para fortalecer al adolescente. Esta concepción de familia no reconoce muchos de los cambios sociales que vienen ocurriendo en la región, particularmente en las zonas rurales, con respecto a la migración, pues según los propios entrevistados y entrevistadas es un fenómeno bastante extendido.

- La sexualidad en la adolescencia está considerada como un tema muy espinoso, hay mucha resistencia a aceptar la vida sexual de los y las adolescentes. Para el caso de la mujer, es todavía muchísimo más complicado. En términos ideales, se espera que su vida sexual solo sea activa en el marco del matrimonio. Los/las adolescentes comparten mucho de este discurso y hay una gran autocensura para hablar de estos temas. Para muchos de ellos, las adolescentes que tienen relaciones sexuales se debe a que estaban “enamoradas” y por la presión de los chicos. Aquellas que no comparten este patrón son estigmatizadas como las responsables de “provocar” a los chicos. Preocupa, bajo esta perspectiva, que el problema de violencia sexual se relativice, pues, a pesar de reconocer que es un problema frecuente, tanto por adultos como por adolescentes, hay una especie de tolerancia social.
- El ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los/las adolescentes está parcialmente reconocido. La información está muy aceptada pero no así el acceso a recursos, ya sean anticonceptivos o de otro tipo. La mayor parte señala la importancia de que la educación sexual sea lo más directa posible; sin embargo, para la mayoría de entrevistados adultos –hombres y mujeres– la educación sexual debe tener un enfoque disuasivo más que de realización y de proceso formativo integral. Un problema de alta preocupación de todos los entrevistados y las entrevistadas es el abandono escolar a causa del embarazo. Es interesante que, ante el embarazo de las adolescentes, todos señalen que no deberían abandonar la escuela y son muy pocas las voces –incluyendo a los padres– que expresan preocupación por el mal ejemplo. No obstante, desde los adolescentes –hombres y mujeres– las adolescentes que se embarazan no pueden asistir a la escuela. Aunque la mayoría conoce un caso específico de una adolescente embarazada, no hemos encontrado referencias por

parte de los propios adolescentes de que alguna de estas adolescentes haya continuado sus estudios, a diferencia de algunos maestros y proveedores de servicios que dicen conocer casos de adolescentes que han continuado sus estudios o retomado los mismos después del embarazo. Es decir, en términos de discurso la ley que prohíbe la expulsión de la escuela a causa del embarazo es bastante conocida, pero da la impresión de que los mecanismos de marginación de las adolescentes que enfrentan esta circunstancia no se han modificado.

- Los informantes –hombres y mujeres– identifican tres espacios claves que aseguran su desarrollo: el hogar, visto como el más importante, el cual les debe brindar las bases sólidas para el desarrollo; la escuela, donde deben complementar la formación que reciben en el hogar, y los servicios de salud, vistos fundamentalmente para resolver problemas. Para la mayor parte de los entrevistados y las entrevistadas –tal como se menciona en una de las conclusiones anteriores–, la educación sexual tiene un enfoque preventivo sanitario (evitar el embarazo precoz y las ITS). En todos los espacios se identifican problemas por falta de competencias en dicha educación, a excepción de los proveedores de salud. Es interesante observar que tanto para los proveedores de salud como para los maestros y maestras, la mayor parte de los padres y madres no tiene la información suficiente ni la competencia para orientar a los hijos e hijas, mientras que la mayor parte de los maestros consideran que ellos no tienen la competencia y entregan muchas veces esta labor a proveedores de salud, a las escuelas o encargan esta función a miembros de una organización religiosa católica. Ninguno de los entrevistados docentes hace referencia a los módulos de educación sexual disponibles en la página web del Ministerio de Educación, y aunque la mayoría de proveedores de salud considera que sí puede brindar educación sexual, la mayoría tampoco ha recibido capacitación o entrenamiento en este tema. Sin embargo, desde la perspectiva de los/las adolescentes, solo se reconocen dos actores a los que podrían consultar: sus padres/madres y los maestros y maestras; no hemos encontrado ninguna referencia a los proveedores de salud.
- Para muchos de los padres y madres entrevistados, Internet es reconocido como una fuente de información, pero también les preocupa

que a través de este medio tengan acceso a páginas que les provea información, desde su perspectiva innecesaria y peligrosa. Para los /las adolescentes, Internet –como fuente de información– es más bien relativa, siendo su principal función el de comunicación con otras personas mediante el *chat*.

- En la vida sexual de los y las adolescentes están muy presentes algunos temas claves, tales como el inicio sexual, la regulación de la fecundidad, el embarazo y el aborto.
 - a) La mayoría cree que el inicio sexual temprano está asociado a desajustes emocionales y a una falla de los espacios de socialización de los y las adolescentes. Escasamente se reconoce que los y las adolescentes pueden tener decisiones propias en cuanto al inicio sexual.
 - b) Sin embargo, es altamente preocupante el inicio sexual forzado que muchas y muchos adolescentes enfrentan. En la mayoría de los casos es percibido como un hecho que ocurre en el seno de la familia. En este tema son insuficientes las respuestas para este grave problema. Más allá de la denuncia, hay poco conocimiento de qué hacer. Incluso son muy pocos los casos que se llegan a denunciar. Los operadores de servicios, tanto de educación como de salud, no se sienten protegidos ni tienen la garantía que estos se resuelvan.
 - c) En cuanto al embarazo, es visibilizado como el tema crucial para las jóvenes, pues trastorna su vida y la de su entorno. Pero lo más importante es que significa un cierre a cualquier oportunidad futura. Sin embargo, hay que señalar que muchas adolescentes están identificadas como usuarias de los servicios recién a partir del embarazo. Antes de que este se produzca no hay mucha claridad sobre qué hacer en el tema de educación sexual, ni cómo abordarlo.
 - d) El acceso a métodos anticonceptivos está considerado como un mal menor. Pueden acceder a estos si ya no se puede evitar que tengan relaciones sexuales. Aunque es preciso señalar que todavía hay un grupo importante de informantes –incluyendo a los propios adolescentes– que creen que los anticonceptivos son potencialmente nocivos para la salud de la mujer joven. Destaca el conocimiento de la AOE que existe entre los entrevistados, entre los que se presentan las mismas dudas de la escena nacional.

Incluso algunos proveedores de salud consideran que es abortiva, mientras que para otros es un insumo que “promueve la promiscuidad y la pérdida de valores de los/las adolescentes”.

- e) En cuanto al aborto, está visibilizado por muchos como un crimen, es un hecho altamente estigmatizado y hay, al parecer, muy poco conocimiento de cómo se vienen produciendo los hechos. Son muy pocos quienes están dispuestos a ver este problema como un asunto de salud pública y de derechos humanos.
- Entre los factores que interfieren con las dinámicas sexuales y reproductivas están, principalmente, los problemas de calidad de los servicios:

Falta de competencias de los operadores de servicios.

- a) En general hay una sensación de no estar adecuadamente preparados para atender a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, y señalan una escasa inversión del Estado para el desarrollo de dichas competencias.
- b) Prevalece un enfoque medicalizado de las intervenciones. Se considera que el conocimiento de la anatomía y fisiología brinda las bases para ser competente en el campo de la sexualidad.

La inadecuada organización de los servicios.

- a) Los servicios de salud están fundamentalmente diseñados para atender población adulta y en edad reproductiva y, aunque muchos de los proveedores de salud reconocen que esta es una limitación, tratan de seguir prestando servicios en esas condiciones, lo que termina por excluir a los y las adolescentes.
- b) Es evidente la poca articulación que existe entre el sector Salud y el sector Educación. Los esquemas organizativos, planes operativos rígidos, su superposición y el enfoque medicalizado impiden la articulación principalmente a nivel local. La no disponibilidad de recursos también afecta fuertemente las acciones.

El impacto de la violencia basada en género.

- a) Hay un amplio reconocimiento del impacto de la violencia que afecta particularmente a los y las adolescentes. Todos coinciden

en que es un tema importante que coloca a los y las adolescentes en situaciones difíciles y existe preocupación acerca de la falta de servicios para la atención de esta problemática. Los que existen son poco efectivos para resolver los problemas.

- b) La violencia sexual es uno de los tipos de violencia más extendidos. Reconocen que este tipo de agresiones se da fundamentalmente en el ámbito familiar, y afecta principalmente a las mujeres.
 - c) Se considera que la violencia tiene resultados muy adversos en la vida de los y las adolescentes, incluyendo el problema del embarazo no deseado, pues aunque no se trate específicamente de la violencia sexual, se reconoce que la violencia familiar termina promoviendo relaciones sexuales tempranas e inseguras.
- En cuanto a las respuestas del Estado, las conclusiones encontradas son las siguientes:
 - a) Se viene desarrollando un conjunto de iniciativas, todavía pequeñas, dispersas y fragmentadas, lo que impide que sean visibilizadas por los y las adolescentes.
 - b) Los servicios que se han puesto a disposición de los y las adolescentes están diseñados para la población en general, desde allí tratan de hacer algunas adaptaciones. Ello genera un sesgo en la atención que deja de lado principalmente la promoción y la prevención poniendo énfasis en los aspectos asistenciales: control del embarazo, planificación familiar, etcétera. No se han encontrado servicios diferenciados propiamente dichos, pero sí horarios diferenciados, que en términos prácticos no hacen mucha diferencia porque están ubicados en los mismos establecimientos y atendidos por los mismos profesionales.
 - c) Hay un interesante esfuerzo desde Promoción de la Salud, a través del cual se pretende vincular los sectores de Educación y Salud; sin embargo, aún se carece de una visión integral, no se evidencian las vinculaciones, cada sector mantiene sus propios objetivos constituyéndose en una suma de funciones de los operadores, lo que es insostenible.
 - d) La consulta ciudadana ha permitido redimensionar la política en dos aspectos fundamentales: los procesos participativos y la identificación de las prioridades tomando en cuenta a los propios afectados, con ello se abre una nueva ruta en el desarrollo de la

política pública. La mayor parte considera que la elección de las prioridades son acertadas y que responden efectivamente a los problemas reales y concretos que existen en la región. La satisfacción de muchos de las y los entrevistados también radica en que los problemas que ya venían señalando desde hace algún tiempo han permitido visibilizarse y marcar una hoja de ruta.

- Después de la consulta hay una especie de estancamiento. No se tiene claro hacia donde se irá, es decir, da la impresión de que todos los esfuerzos de movilización se han puesto en la consulta y no se ha encontrado, por lo menos a decir de los y las entrevistadas, qué continúa después de este proceso.
- Es evidente que un tema clave para la continuidad son los compromisos de las autoridades, pero también las estrategias sólidas de seguimiento, monitoreo y control social, pues aunque hay visión de lo que tiene que hacer el Estado, hay muy pocas definiciones de lo que tiene que hacer la sociedad civil, en la que necesariamente se deben incluir a las organizaciones de jóvenes y adolescentes. Una evidente ausencia y motivo de preocupación, es la falta de reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los/las adolescentes no solo como parte del proceso formativo sino como un componente clave del desarrollo. Es importante que la política regional se adecue a las necesidades de los/las adolescentes y al reconocimiento de sus derechos de una salud sexual sana y placentera, y que la misma no deba interpretarse como sinónimo de abstinencia hasta el matrimonio. Ya que ello no responde a la realidad –tal como se mencionó en uno de los datos estadísticos: en promedio las personas inician su vida sexual activa, por lo menos, dos años previos al matrimonio-, es, asimismo, un estereotipo que impide el abordaje multisectorial para desarrollar una ciudadanía sexual que permita la autodeterminación, la promoción de las responsabilidades y, sobre todo, tener una generación en mejores condiciones que no vea interrumpido su ciclo vital debido a resultados adversos del ejercicio sexual.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones propuestas se derivan principalmente de los hallazgos del estudio realizado. Para su desarrollo, se han tomado como referencia los objetivos estratégicos que se establecen en el PPR-Salud, las metas al año 2010, así como las estrategias sectoriales planteadas. Se formulan recomendaciones solo en aquellos aspectos que deberían considerarse.

EMBARAZO NO DESEADO, ABORTO Y EMBARAZO EN MENORES DE EDAD

Objetivo estratégico:

- Reducir la prevalencia del embarazo no deseado, aborto y embarazo en menores de edad.

Una precisión a considerar en este objetivo estratégico es la disminución del “aborto inseguro”, pues tal como lo señalan los estimados y los testimonios de los y las entrevistadas, hay un volumen importante de mujeres que recurre al aborto, así como una gama amplia de proveedores cuyo registro no es posible tener, principalmente por ser una práctica ilegal. Precisar el término de “aborto inseguro”, permitiría mejorar la definición del indicador y se pondría énfasis en aquellos abortos que están afectando la salud pública.

Indicadores:

En el PPR-Salud se han considerado dos indicadores:

- Parejas protegidas (MEF y adolescentes con métodos de anticoncepción).
- Demanda insatisfecha de planificación familiar.

El indicador de “parejas protegidas”, que incluye dentro de su definición “años de protección pareja”, está orientado básicamente a un enfoque familiarista que solo admite la reproducción dentro del matrimonio. Sin embargo, la regulación de la fecundidad de los adolescentes –tal como lo señalan las estadísticas nacionales y regionales y los testimonios de las/los

entrevistados— escapa de esta perspectiva, pues una parte importante de adolescentes inicia su vida sexual activa sin que intermedien relaciones estables ni perspectivas de matrimonio.

Un indicador más apropiado, acorde con los derechos reproductivos y la Ley General de Población, debería ser “demanda insatisfecha”, el mismo que debería ser considerado por grupos etáreos y, en base a ello, deberían establecerse metas diferenciadas, ya que está plenamente comprobado que los y las adolescentes tienen mayores necesidades insatisfechas en anticoncepción que la población adulta. Otro de los indicadores podría ser “incidencia de aborto inseguro” por grupos de edad, dado que es el tipo de aborto que afecta la salud pública.

ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD

1. *De la prestación de los servicios prioritarios (PRE)*

PRE 03: Fortalecimiento de las actividades extramuros, con base en la sectorización de la red y microrred, con identificación de las familias en riesgo y visitas selectivas, y enfocadas en objetivos específicos.

Debe reconocerse que el espacio de información de los/las adolescentes no son los servicios de salud sino las escuelas, por lo que los proveedores deberían poner más atención en los lugares de referencia de los/las adolescentes. Un espacio que también debería tomarse en consideración son las cabinas de Internet. Así mismo, resulta de vital importancia en cada lugar tratar de identificar los espacios de encuentro o identificar estrategias locales para llegar a los/las adolescentes no escolarizados, que en cifras resulta muy significativo.

Los medios de comunicación masivos deberían ser tomados en cuenta como componentes claves de las actividades extramuros, sobre todo en la difusión de mensajes positivos que ayuden en la desmedicalización de la educación sexual y en poner un mayor énfasis en los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Debería haber mensajes claves dirigidos a la población adulta, particularmente a padres y madres de los adolescentes, maestros y proveedores de salud, orientados al reconocimiento de sus necesidades, pero también al proceso de autodeterminación progresiva (promover la toma de decisiones en el autocuidado de su salud).

PRE 04: Implementación de la integración vertical y horizontal de las redes de salud (modelo RISS) que incluye la articulación de hospitales, centros y puestos.

Para el caso del acceso a los adolescentes, la integración vertical y horizontal debería tomar en cuenta las preferencias de acceso a los establecimientos –cuando esto se produce–. Hay estudios que señalan por ejemplo, que las mujeres adolescentes prefieren acudir a un establecimiento fuera de su barrio, mientras que los adolescentes hombres, concurren al establecimiento de su zona.

Dentro de la integración vertical y horizontal de las redes, debería tomarse en consideración la implementación de servicios básicos y de consejería en sexualidad en el ámbito escolar, por lo menos en una primera etapa en los centros educativos que congregan gran cantidad de escolares. Evidencias internacionales señalan que este tipo de programas puede ser muy beneficioso para facilitar el acceso de los/las adolescentes a los servicios de salud.

PRE 05: Suministro regular, oportuno y adecuado de insumos y medicamentos para las prioridades sanitarias regionales. Suministro de anticonceptivos en los servicios de salud.

Es muy importante no solo garantizar el suministro regular, oportuno y adecuado de anticonceptivos, sino que estos respondan a una amplia gama, incluyendo la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).

Dentro de los arreglos institucionales, se deberían tener en cuenta acciones que permitan una amplia difusión acerca de la ubicación y horarios de atención de los servicios diferenciados, así como la gratuidad de los métodos anticonceptivos.

PRE 07: Desarrollo de programas de capacitación permanente a los proveedores de salud en atención de salud sexual y reproductiva con enfoque de género, interculturalidad, derechos humanos y generacionales.

La capacitación permanente de los proveedores, con los enfoques que se están proponiendo y los arreglos institucionales que se han considerado, corresponde a las necesidades que se han identificado en este estudio.

Para ello debería tomarse en consideración la posibilidad de establecer convenios con organizaciones de la sociedad civil local que durante muchos años ha venido desarrollando capacitación en estos temas y cuenta ya con metodologías y contenidos en este campo.

2. *De la calidad de los servicios*

CAL 01: Mejora continua de la calidad en los servicios de salud para la atención de las prioridades sanitarias.

Para el caso de la atención de los/las adolescentes, dentro de los arreglos institucionales, debería considerarse la acreditación de los servicios para la atención de los/las adolescentes en el marco de los servicios diferenciados. Sobre este tipo de servicios, debería establecerse una meta progresiva, así como procesos de evaluación que incluyan a los usuarios y usuarias adolescentes. Dentro de las defensorías, debería incluirse un componente especializado para la atención de los/las adolescentes, ya que suelen ser uno de los grupos más vulnerables en el ejercicio de sus derechos. Una función de estas defensorías debería ser la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los/las adolescentes, dentro de los servicios.

3. *De la promoción de la salud*

PRO 01: Campañas de comunicación orientadas a las prioridades sanitarias. Prevención de embarazos no deseados.

Es importante que las actividades de promoción no se focalicen solamente en lo preventivo de las conductas de riesgos, sino en el logro de una sexualidad basada en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Un tema importante que se debería abordar en las campañas de comunicación es que estas enfoquen la promoción del autocuidado y que estén basadas en el derecho de los/las adolescentes a elegir con responsabilidad, para lo cual necesitan información y comunicación. Deben difundir también que nadie tiene derecho a acosar, manipular o presionar sexualmente. Las campañas de información deben orientar de manera clara y precisa qué hacer en caso de que algún o alguna adolescente se sienta en riesgo, a qué lugares debe acudir a pedir ayuda.

Debería haber mensajes dirigidos a los padres y madres, promoviendo la comunicación y el diálogo, así como el fortalecimiento del apoyo para la toma de decisiones informadas de los/las adolescentes. Los servicios de salud deberían ser promovidos como espacios en donde los/las adolescentes pueden encontrar información y orientación adecuadas, y debería incentivarse a los padres/madres para que faciliten dicho acceso.

PRO 02: Capacitación y asistencia técnica a los docentes en la aplicación de los contenidos del currículo escolar referidos a las prioridades sanitarias.

La capacitación de los docentes resulta clave en la medida que ellos están identificados por los/las adolescentes como principales referentes de consulta y pueden constituirse en el puente más efectivo hacia los servicios de salud.

Un aspecto importante en este proceso es la desmedicalización de la educación sexual, que pareciera estar influenciando muy fuertemente tanto en los proveedores de salud como en los docentes. Se recomienda nuevamente no centrarse solo en lo preventivo y en los riesgos, sino en asegurar la elección informada y el fortalecimiento para la toma de decisiones de los/las adolescentes.

Se debería aprovechar el convenio existente entre el Ministerio de Salud y el de Educación en el cual establecen un plan de implementación del eje temático de salud sexual y reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las instituciones educativas. En este plan se establece el compromiso de realizar acciones de capacitación no solo a docentes sino también al personal de salud, educadores de pares; a desarrollar conversatorios, instrumentos de capacitación, y algo muy importante que es fortalecer la capacidad institucional de estos sectores en la temática.

4. *De la participación ciudadana*

PAR 01: Fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil para la vigilancia del cumplimiento de los compromisos asumidos en el PPR-Salud.

Dentro de las actividades de difusión del PPR-Salud, se deben incluir a las organizaciones de base, a las organizaciones que vienen trabajando el tema en la región y deberían darlas a conocer a los/las escolares, APAFAS y organizaciones juveniles. Es importante que el documento se socialice de la manera más didáctica posible.

El gobierno regional debería promover la disseminación y el desarrollo de capacidades de las organizaciones sociales en la vigilancia y seguimiento, especialmente en el uso de recursos legales, como, por ejemplo, la Ley de Acceso a la Información, en el marco de la transparencia de la función pública.

Es fundamental que se implementen reuniones especiales promovidas por las propias autoridades para la rendición de cuentas y transparencia de la función, donde se brinde desde el gobierno regional información de la marcha, resultados e impactos de las acciones priorizadas, a fin de que la ciudadanía pueda alcanzar sugerencias y propuestas para la mejora de la ejecución.

PAR 03: Incorporación de las prioridades sanitarias regionales en los planes de desarrollo y la gestión local.

Sería importante establecer algunas metas intermedias que permitan hacer el seguimiento en periodos mucho más cortos y que los mismos se incluyan en los planes y programas municipales, provinciales y distritales. Estos planes formulados deberían estar a disposición de las organizaciones de base y constituirse en las referencias de vigilancia.

5. *Del financiamiento*

FIN 01: Redistribución de recursos del gobierno regional para incrementar su asignación para la compra de medicamentos, equipos e insumos para resolver las prioridades sanitarias regionales de salud.

Una recomendación adicional, que debería tomarse en cuenta, es la inclusión de los métodos anticonceptivos dentro del SIS, incluyendo la Anticoncepción Oral de Emergencia.

Es importante que el gobierno regional asegure una partida especial para que estos insumos se encuentren disponibles y permitan a las adolescentes informarse y tener acceso a la más amplia gama de oferta anticonceptiva evitando el posible desabastecimiento por problemas desde el nivel central.

FIN 02: Implementación de acuerdos de gestión con redes de servicios de salud con claros incentivos para la efectividad en relación con resultados de las prioridades sanitarias regionales de salud.

Debería incluirse, como parte de los acuerdos de gestión y como uno de los indicadores para los incentivos, la implementación de servicios diferenciados para adolescentes en cada red sanitaria.

FIN 03: Fortalecimiento del sistema de afiliación del Seguro Integral de Salud.

Se recomienda incluir dentro del monitoreo un análisis de acceso por edad y por sexo.

FIN 04: Otorgamiento de subsidios públicos asociados a los servicios de salud a toda la población en zonas rurales y según focalización individual en zonas urbanas.

Se recomienda revisar la lista de incidentes o de problemas de salud que están incorporados en los paquetes de atención, los problemas que afectan particularmente a las/los adolescentes no gestantes, como por ejemplo la atención de la salud mental.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Objetivo estratégico 4

- Reducir la prevalencia de actos de violencia intrafamiliar contra mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Como una expresión de violencia que afecta a los adolescentes, deberían considerarse las barreras de acceso a recursos informativos o a servicios de salud. Debería asimismo colocarse como parte del diagnóstico la situación particular de violencia intrafamiliar sexual que viven las adolescentes.

Metas

- Reducir la prevalencia de la violencia conyugal contra las mujeres, en un 20%.
- Reducir la prevalencia de maltrato contra niños, niñas y adolescentes en un 30%.

1. De la prestación de los servicios

PRE 03: Fortalecimiento de las actividades extramuros con base en la sectorización de la red y microrred, con identificación de las familias en riesgo, visitas selectivas y enfocadas en objetivos específicos.

Con respecto a estas acciones, es muy importante tomar en cuenta la seguridad de las víctimas de violencia familiar, pues en este caso los

hogares se convierten en lugares poco seguros, razón por la que este tipo de problemas debería ser abordado en otros ámbitos, en donde las mujeres y, particularmente, adolescentes, puedan hablar con libertad, y establecer con ellos y ellas las estrategias de intervención en la familia.

PRE 08: Implementación y fortalecimiento de servicios de atención y rehabilitación de mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y sus agresores.

Dentro de las acciones del diagnóstico, se debe incluir la existencia de los servicios orientados a atender la violencia familiar, si estos tienen competencias para atender a los/las adolescentes, ya que en la mayoría de los casos la violencia es efectuada por los padres y madres, quienes gozan de credibilidad y pueden cometer una serie de abusos, que de no ser bien identificados por los proveedores se puede poner en gran riesgo a los/as adolescentes. En cuanto a los servicios de salud, debería desarrollarse y aplicarse de manera sistemática el protocolo de detección de violencia dado por el MINSA, el cual debe ser adaptado a las/los adolescentes, con el fin de identificar de manera activa los casos de violencia que deben ser atendidos.

Los servicios de salud deben ser promovidos como espacios amigables para las víctimas de violencia, en donde pueden recibir información y encontrar recursos disponibles para su atención.

PRE 09: Fortalecimiento del sistema de protección integral para casos de violencia familiar contra mujeres, niños, niñas y adolescentes.

La capacitación que se propone debe incluir el enfoque de género, que permita visibilizar la inequidad de poder que está a la base de este tipo de violencia, así como un enfoque de derechos que ponga énfasis en los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y en una mayor comprensión de la autodeterminación progresiva, en lo que se refiere a la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. El sistema debería hacer hincapié no solo en neutralizar al victimario, sino en la recuperación de las víctimas.

2. *De la calidad de los servicios*

Para el caso de violencia sexual, la oferta de servicios, también tiene que incluir la prevención de otros problemas, como el embarazo no deseado,

considerando el acceso a la AOE y la prevención de la transmisión del VIH/SIDA. Este protocolo de atención está ampliamente desarrollado en las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva.

3. De la promoción de la salud

PRO 01: Campañas de comunicación orientadas a las prioridades sanitarias.

Aparte de lo señalado, debería promoverse una tolerancia cero a todo tipo de violencia y específicamente a la violencia sexual que afecta a los/las adolescentes. Dentro de las campañas de comunicación, deberá promoverse el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como el derecho a una vida libre de violencia. Deberá buscar evidenciarse los distintos tipos de violencia que se producen en la sociedad que, sin embargo, no son reconocidos como tales, como por ejemplo la propaganda sexista.

PRO 02: Capacitación y asistencia técnica a los docentes en la aplicación de los contenidos del currículo escolar referidos a las prioridades sanitarias.

Aparte de lo que se ha considerado, dentro de los contenidos de capacitación, se deberá promover una mayor comprensión del enfoque de género y los mecanismos que están a la base de la discriminación por edad.

Bibliografía

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE AGI

1988 *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

ALIANZA NACIONAL POR EL DERECHO A DECIDIR

2005 *Las hojas de andar*, México.

APRODEH

2003 *Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Disponible en <www.aprodeh.org.pe/sem_verdad/informe_final/index.htm>.

APROPO

2005 “Estudio de comportamientos sexuales para el desarrollo de productos y servicios en salud sexual y reproductiva”, Perú.

BARDÁLEZ, C.

2006 “La descentralización política y la gestión de la salud sexual y reproductiva”. Proyecto del Foro Salud Desarrollando la propuesta de Reforma Sanitaria de la Sociedad Civil Peruana. Consultoría Foro Salud. Documento de trabajo.

DIRECCIÓN DE SALUD LA LIBERTAD, DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

2002. Análisis de la situación de salud de La Libertad, 2002, *Perfil socio-demográfico, morbilidad, mortalidad y respuesta social*. Lima: Ministerio de Salud Perú.

FERRANDO, D.

2002 *Aborto Clandestino en el Perú. Hechos y Cifras*. Pathfinder International y CMP, Lima: Flora Tristán.

GARCIA, P., S. CHÁVEZ, B. FERINGA, M. CHIAPPE, LI WEILI, K. JANSEN. C. CARCAMO y K. HOLMES

2004 “Reproductive tract infection in rural women from the highlands, jungle and coastal regions of Peru”. *WHO Bulletin of the World Health Organization*, July, 82, 7.

GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD

2006 Plan Participativo Regional de Salud de La Libertad 2005–2010. La Libertad.

GROSMAN, C.

1994 Los derechos del niño en la familia. Buenos Aires. En Wainerman, C. (comp.) *Vivir en familia*, Buenos Aires, Losada/UNICEF Argentina.

GUERRERO, R.

2003 *El Perú a diez años de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo. Situación y compromisos pendientes*. Lima: CMP Flora Tristán.

GUEZMES A., N. PALOMINO, M. RAMOS

2003 *La Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú, Estudio Multicéntrico de la OMS, sobre violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima: OMS, CMP Flora Tristan y UPCH.

HUNT, Paul

2005 “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (E/CN.4/2005/51/Add.3). “Misión al Perú”, Nueva York: Naciones Unidas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
E INFORMÁTICA (INEI)

2000 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima: INEI.

2001 *Encuesta Nacional de Hogares 2001*. Lima: INEI.

2005 *Perú en Cifras*. Lima:INEI.

INEI, USAID, UNICEF Measure DHS Macro

2001 *Encuesta Nacional Demográfica y Salud Familiar 2000*, Departamento de La Libertad, Perú.

INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN ICRW)

1996 *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. Washington, D.C.

LAFaurie, M., GROSSMAN y col.

2005 *El aborto con medicamentos en América Latina, Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council.

LEVAGGI, V.

2007 “El drama laboral de los jóvenes”. Tomado de Informe Anual del Banco Mundial *El desarrollo y la próxima generación*. Singapur.

LÓPEZ, A.

2005 *Adolescentes y sexualidad; Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)*. Facultad de Psicología, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Universidad de la República, Uruguay.

MELZI, F.

2004 *Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos Humanos de los y las Adolescentes*. UNFPA Perú.

MINISTERIO DE SALUD

2005 *Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes*. Lima: Ministerio de Salud.

2005 *Análisis de la situación de salud (ASIS) Mortalidad Materna 2005*. Lima: Ministerio de Salud.

2005 *Plan de Implementación de eje temático de: Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. Lima: Ministerio de Salud.

NIKKEN, Pedro

1995 El Concepto de Derechos Humanos. En *Recopilación para la Comprensión, Estudio y Defensa de los Derechos Humanos*. David Meneses (ed.) Fundación Konrad Adenauer. Venezuela.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

2002 Documento E/CN.4/2003/58.

2003 Observación General N° 4. *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas. Contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, 21/07/2003. Naciones Unidas 104 Observaciones finales del 13° periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Uruguay, par. 12 y 22, 11 de octubre de 1996, Doc. CRC/GC/2003/4.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

1993 *Acta resumida (parcial) de la segunda parte (publicada) de la 343ª sesión CRC/C/15/Add.62*. Disponible en <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc>>.

2003 Miloon Kothari. *Informe del relator especial sobre una vivienda adecuada como parte integrante del derecho a un nivel de vida adecuado*. Perú, 3 a 15 de marzo de 2003.

OPS-OMS

1999 41 Consejo Directivo. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA en las Américas. CD 41/9. Julio 1999.

PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH

1999 *Improving interactions with clients: a key to high-quality services*. Outlook 17(2) July.

SAAVEDRA, J. y P. SUÁREZ

2002 *Financiamiento de la Educación en el Perú*. Documento de Trabajo 38. GRADE

SEDLOCK, L.

2000 "Reaching the youngest adolescents with reproductive health programs". In *Focus*.

TARAZONA, D.

- 2005 “Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente”. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, pp. 1-18 Año II, Número 6.

UNIVERSIDAD DE LIMA

- 2004 Grupo de Opinión Pública, Estudio 220. Encuesta de Opinión Pública de Lima y Callao, del 24 y 25 de abril del 2004.

U.S. BUREAU OF THE CENSUS

- 1999 *World Population Profile: 1998*. Report WP/98 U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.

VALENCIA COROMINAS, Jorge

- 1999 *Derechos humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral*. Perú.

VIVIANO, T.

- 2004 *Perfil de los casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer, Resumen de Datos Estadísticos del Año 2002. Atendiendo a las Víctimas de Violencia Familiar y Sexual*. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima: MIMDES.

YAMIN, A.

- 1996 “Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law”. *Human Rights Quarterly* 18.

PÁGINAS WEB VISITADAS

www.savethechildren.org/mothers/report_2004/index.asp

www.iepala.es/DDHH/ddhh30.htm

www.crlp.org/esp_pub_art_adol_endnotes.html