

# ADOLESCENCIA Y ACCESO A SALUD REPRODUCTIVA Y EDUCACIÓN SEXUAL ¿QUÉ PUEDE CAMBIAR?



**PROMSEX**

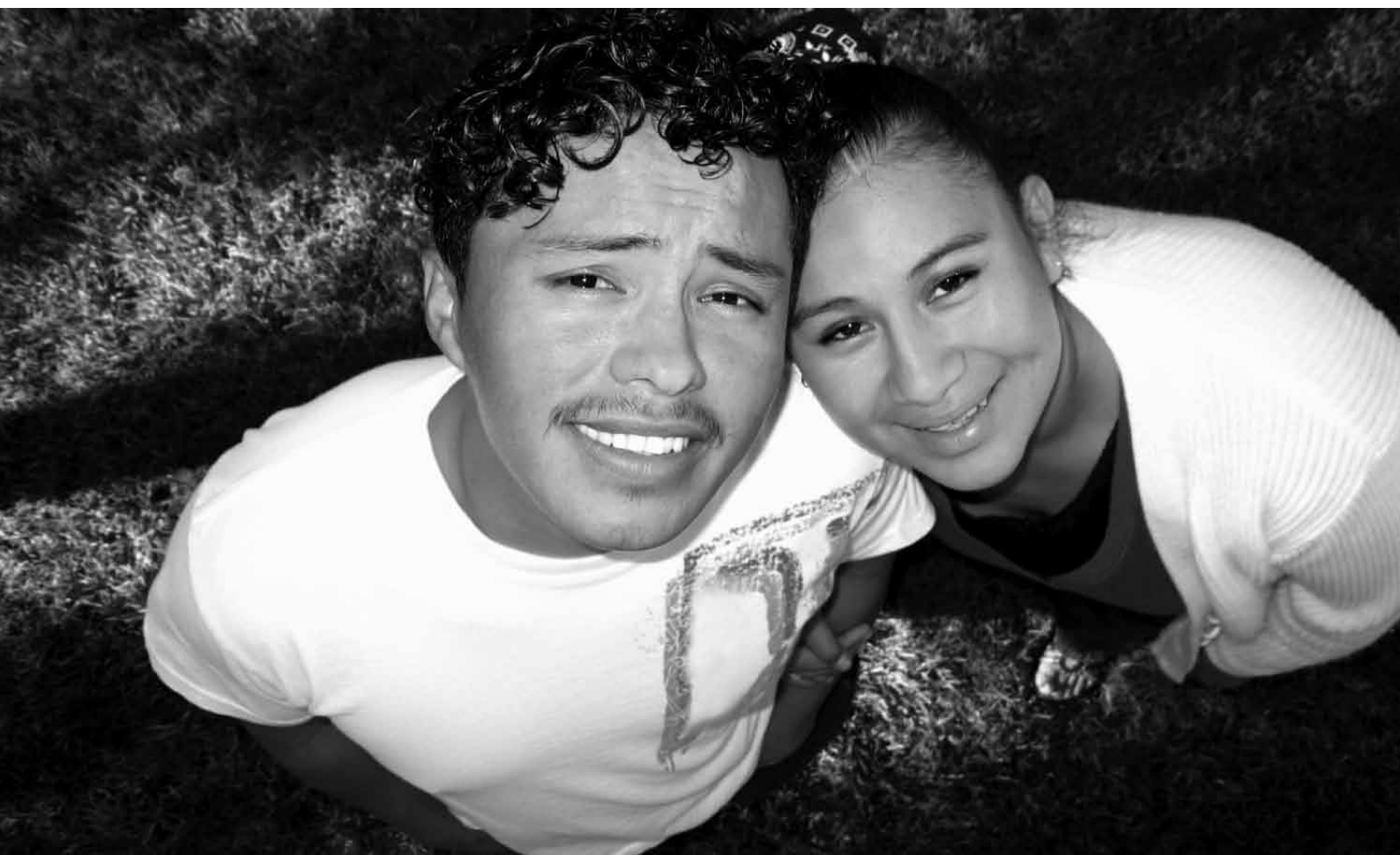
Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



# ADOLESCENCIA Y ACCESO A SALUD REPRODUCTIVA Y EDUCACIÓN SEXUAL ¿QUÉ PUEDE CAMBIAR?



**PROMSEX**

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

**Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual**  
**¿Qué puede cambiar?**

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.  
Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.  
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460.  
[www.promsex.org](http://www.promsex.org)

Autora: Soledad Arriagada Barrera

Coordinación: Jorge Apolaya

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Fotografía: IstockPhoto © Juan Estey

Impresión: CP Impresores E.I.R.L. / Jr. Rufino Torrico 559, Oficina 201, Lima 1

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2011-03411  
ISBN: 978-612-45897-8-2

Primera edición, marzo 2011.  
Lima, Perú.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de: UNFPA

# ÍNDICE

5	ADOLESCENTES
7	I. MATERNIDAD ADOLESCENTE: REALIDADES Y CONSECUENCIAS DE UN GRAVE PROBLEMA
15	II. MITOS Y BARRERAS QUE IMPIDEN AL ADOLESCENTE ACCEDER A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y A LA EDUCACIÓN SEXUAL
23	III. MARCO NORMATIVO DEL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REALIDAD PERUANA.
25	IV. LECCIONES APRENDIDAS EN INTERVENCIONES Y EXPERIENCIAS EXITOSAS Y NO EXITOSAS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA.
31	CONCLUSIONES GENERALES
32	MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS/LOS ADOLESCENTES EN EL PERÚ
38	BIBLIOGRAFÍA

**Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen un bloque de propósitos de desarrollo humano con los que –junto a otros Estados– el Perú se comprometió desde el año 2000. Entre los ODM se incluyen propósitos tales como erradicar la pobreza extrema, promover la igualdad de género, mejorar la salud materna, combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades. Estos objetivos se relacionan de forma directa e ineludible con la prevención del embarazo no deseado y, por ende, con el acceso a métodos anticonceptivos y a la educación sexual por parte de los y las adolescentes.**

**La adolescencia constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el desarrollo humano, ya que es un momento de tránsito en que se definen aspectos cruciales de la personalidad. Por otro lado, las personas entre 10 a 24 años significan el 30% de la población total del país. Por estas consideraciones, las demandas de este sector de la sociedad deben ser puestas en agenda y atendidas por las instancias de toma de decisiones. (ENAH0 2004).**

## **ADOLESCENTES**

El desarrollo de un gran número de adolescentes está amenazado por la pobreza, el consumo de drogas, la violencia derivada de la inseguridad ciudadana, la precaria calidad de la educación, la falta de trabajo, la violencia intrafamiliar y otros problemas. (SENAJU-UNFPA 2010: 63-129).

- A ello se suman los riesgos del ejercicio de una sexualidad sin información ni acceso a la salud reproductiva y a la prevención, lo que entraña el riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual como el VIH. (UNFPA 2007:3).
- Los y las jóvenes representan en la actualidad un alto porcentaje de la población, esto quiere decir que en los próximos años la cantidad de población productiva aumentará en proporción a los individuos que no trabajan. Es lo que se conoce como “bono demográfico”, y es uno de los elementos que han permitido el despegue económico de muchos países emergentes de Asia. (UNFPA 2007: 5,6).
- Los adolescentes sin oportunidades no lograrán aprovechar su productividad y el país puede perder la oportunidad del “bono demográfico”. Urge, pues, la inversión pública en los temas de adolescencia y juventud. Uno de los más graves es, sin lugar a dudas, el embarazo precoz no deseado. (UNFPA 2007:5, 6).





# I. MATERNIDAD ADOLESCENTE: REALIDADES Y CONSECUENCIAS DE UN GRAVE PROBLEMA

En las últimas décadas se ha producido en Latinoamérica un descenso general de las tasas de fecundidad. Sin embargo, esta tendencia no se repite en el grupo de las madres adolescentes. Al contrario, la maternidad adolescente en Latinoamérica en general, y en el Perú en particular, ha ido creciendo considerablemente. Entre el censo del 2003 al del 2007 se registró un aumento del 16.8% en las madres adolescentes en el país (INEI 2007:7).



## AFECTACIÓN DEL GOCE DE DERECHOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

El embarazo precoz está caracterizado por la vulneración de una serie de derechos. Entre las consecuencias más graves encontramos:

### **Acceso a la educación y deserción escolar:**

Hay plena coincidencia en los diferentes estudios de organismos internacionales respecto de la maternidad adolescente en los que el factor educación es central. **Los y las jóvenes que asisten a la escuela de forma regular tienen menores probabilidades de ser padres o madres precoces.** (INEI 2007:8). Por otro lado, el propio embarazo precoz incide directamente en la deserción escolar. De acuerdo al censo de 2007 **solo el 13.1% de las madres adolescente asiste al colegio, frente al 80.4% de adolescentes no madres que sí asiste** (INEI 2007: 8).

El Informe del INEI señala: “Una de las consecuencias de la maternidad en la adolescencia es la baja adquisición de capital educativo”, las adolescentes deben dedicar tiempo y recursos al cuidado del niño y ello afecta las posibilidades de acceder a la educación y a la posterior participación en el mercado laboral (INEI 2007:7).

**El 58.3% de las madres adolescentes alcanzó a estudiar algún año de la secundaria. Un 31.2% de ellas, solo estudió algún año de primaria. En cambio, las adolescentes que no han sido madres tienen educación secundaria en promedio 5.5 puntos porcentuales más que las que han sido madres. (INEI 2007:7)**

### **Acceso a oportunidades laborales**

Las madres adolescentes se ven obligadas a ingresar al mundo laboral, realizando la mayor parte del tiempo trabajos menores y mal remunerados.

- El porcentaje de madres adolescentes que forman parte de la población económicamente activa representa el 22.4% del total, ante un 13.9% de las adolescentes que no son madres (INEI 2007:8).

- Las adolescentes madres que trabajan realizan en mayor medida empleos de servicios (34.2%) generalmente como trabajadoras del hogar, empleadas, etc., el 32.4% se dedica a labores relacionadas con la agricultura, la pesca o la minería (INEI 2007:9). El 19.1% de madres adolescentes se desempeña en el trabajo familiar no remunerado (INEI 2007: 9). Esto último afecta aún más su autonomía y posibilidades en el futuro.

## Discriminación

Las adolescentes embarazadas son marginadas en los espacios educativos, familiares y laborales. Aún persiste la tendencia a expulsarlas de las escuelas, u otras formas de discriminación. (CEPAL 2007:7). Este tipo de conductas agrava el problema del goce de derechos de las adolescentes. Es más, la propia tasa de fecundidad en la adolescencia es un indicador de discriminación de género, esto obedece a varios factores que usualmente actúan simultáneamente: primero, porque los hombres tienen más facilidades para eludir su responsabilidad; segundo, porque la responsabilidad de la prevención se le imputa de modo más fuerte a la mujer; tercero, por los prejuicios y estereotipos sociales que recaen en las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo en la adolescencia, finalmente quienes resultan más afectadas por las consecuencias del embarazo precoz no deseado son las mujeres. (CEPAL 2007:8)

**“La prevalencia de la muerte materna en adolescentes significa en la actualidad la evidencia de la discriminación de género”.**

**(Távora Orozco, 2004).**

## SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA. ¿ADOLESCENTES SUJETOS DE DERECHO?

**DEFINICIÓN:** La OMS define la salud sexual y reproductiva como: “estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; no solo es la ausencia de enfermedad, disfunción o mala salud. Requiere de un enfoque positivo e individualizado de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia”

Más de la mitad de las y los adolescentes en el mundo tienen relaciones sexuales antes de los 16 años. Sin embargo, los índices crecientes de embarazos precoces a nivel mundial indican que no se satisfacen las necesidades de acceso a la salud reproductiva (CEPAL 2007:2). En el Perú, las cifras son elocuentes:



- La mayoría de las adolescentes conoce de la existencia de algún tipo de método anticonceptivo (98.3%), pero solo el 63.7% de las sexualmente activas utiliza alguno (ENDES 2009: 94-97).
- En el caso de las madres adolescentes, solo el 41.1% utiliza algún método de planificación familiar, lo que revela que el problema de acceso e información no se soluciona luego del primer hijo (INEI 2007:8).
- A pesar de que formalmente todas las madres adolescentes están cubiertas por algún tipo de seguro de salud, el 67.7% no hace uso del servicio, lo que genera mayor vulnerabilidad para el binomio madre-hijo (INEI 2007:8).
- De las adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos, el 57.2% es de procedencia urbana, el 66.7% habita en Lima Metropolitana y el 51.5% tiene un nivel educativo de secundaria a más (INEI 2007:8).

## FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES Y SUS HIJOS

### Se reconoce como un factor de riesgo reproductivo y social que la madre tenga menos de 20 años.

El embarazo adolescente se ha relacionado con ciertos riesgos: probabilidades altas de pérdidas uterinas, mortalidad y morbilidad infantiles y complicaciones obstétricas y en el puerperio para la madre (CEPAL 2007:6).

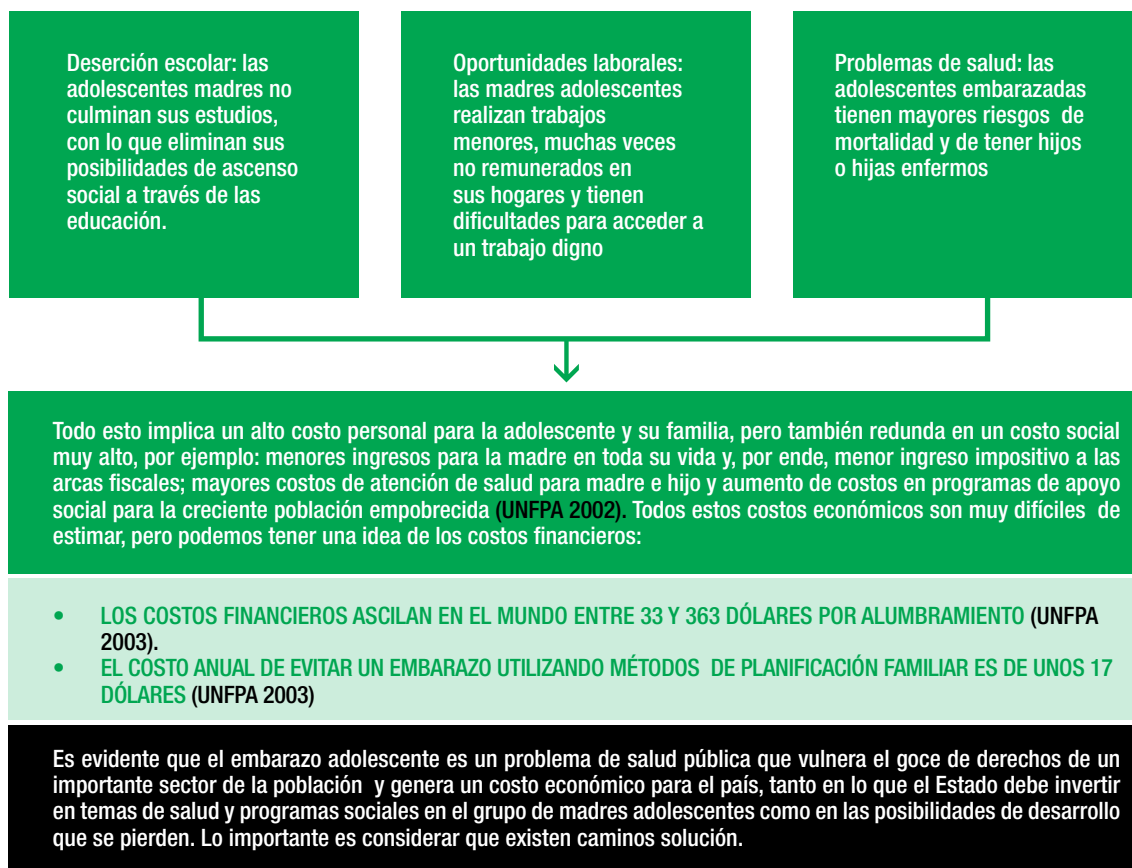
Según el informe *Perú: situación social de las madres adolescentes* del INEI, la maternidad precoz es un factor de riesgo para la salud de las adolescentes. El reporte afirma que las complicaciones de la maternidad y el aborto figuran entre las cinco causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (INEI, 2007: 8).

El mismo informe señala que la falta de empleo por la baja escolaridad y otras dificultades que enfrentan las madres adolescentes disminuye sus posibilidades de obtener ingresos adecuados para asegurar la ingesta nutricional suficiente para el niño.

**El riesgo de complicaciones para las adolescentes (que incluye la posibilidad de morir durante el embarazo o el parto) es siete veces más alto para este grupo que para las mujeres de entre 20 y 24 años. (Jara 2008: 2).**

Es necesario tener en cuenta que las y los adolescentes como seres humanos tienen derecho a gozar de una adecuada salud sexual y reproductiva, y por ende, a vivir su sexualidad de modo seguro e informado, en libertad de tomar las decisiones que prefieran. Estos derechos no están escritos de modo explícito ni para adultos ni para adolescentes, pero emanan de los siguientes artículos de los tratados y convenios internacionales ratificados por el Perú: Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (art. 2, 3, 7, 9, 17, 18, 19, 26), el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (art. 2, 3, 12 y 13), la Convención Americana de Derechos Humanos (art. 5, 7, 11, 12, 13), la Convención de los Derechos del Niño (art. 2, 3, 12, 13, 14, 16, 19, 24 y 28), y la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25.1) (ONU, 2010; OEA 2010).

## Hasta ahora hemos constatado lo siguiente:





## LA IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LA EDUCACIÓN SEXUAL

Los programas de prevención del embarazo adolescente y educación sexual deben ubicarse como prioridad para las autoridades del país, dado que (como las estadísticas demuestran) serían una de las formas de romper el círculo vicioso de la pobreza.

Como señala UNFPA en el informe *Estado de la Población Mundial*: “Es necesario que las políticas sociales aborden la información y los servicios necesarios para prevenir la procreación precoz no deseada y aumentar el acceso a la educación, las oportunidades de obtener ingresos, los servicios de calidad en salud reproductiva y la educación al respecto de las madres adolescentes” (UNFPA 2003).

**El 10.4% de las mujeres hospitalizadas por aborto en el Perú tienen de 15 a 19 años. (Távora Orozco, 2004).**

### LOS SERVICIOS QUE BRINDA ACTUALMENTE EL MINISTERIO DE SALUD PARA UNA POBLACIÓN DE 5,685,294 ADOLESCENTES (MINSAL, 2010)

Consultorios exclusivos para adolescentes	Horarios diferenciados para adolescentes	Centro de Desarrollo Juvenil	Espacios de Escucha
199	750	11	16

- Sólo algunos de los horarios de funcionamiento de estos servicios están señalados en la página web del Ministerio.
- La mayoría de los horarios han sido programados durante la mañana, cuando los adolescentes en clase o trabajando.
- La mayoría de los servicios están en zonas urbanas.
- Actualmente, con la penalización de las relaciones sexuales incluso las consentidas entre/con adolescentes, estos servicios exclusivos o diferenciados han caído en una “ilegalidad” fáctica.

**“Los países de Europa, que tienen menos embarazos de adolescentes adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que poseen una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes -cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres- la educación sexual comienza en la escuela primaria” (OMS, 2009).**

**Por todo esto, invertir en programas a favor de la salud reproductiva de los adolescentes trae enormes beneficios sociales y garantías sanitarias y económicas (UNFPA 2007; 5). Aunque se realizan esfuerzos desde el sector público, estos deben renovarse y generar nuevos esfuerzos tendientes a que el acceso sea real y efectivo, ya que aun en los países que cuentan con información disponible siempre el grupo con mayores necesidades insatisfechas es el de los y las adolescentes (Jara 2008: 4).**





## II.

# MITOS Y BARRERAS QUE IMPIDEN AL ADOLESCENTE ACCEDER A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y A LA EDUCACIÓN SEXUAL

Los y las adolescentes están caracterizados ante los ojos de la sociedad por percepciones estereotipadas, se les asume como personas poco reflexivas, indisciplinadas y sin responsabilidades (Chávez y Guerrero 2007:89).

### PREJUICIOS SOBRE LOS/LAS ADOLESCENTES

- Grupo humano carente de reflexión
- Personas de carácter díscolo
- Problemáticos/as
- Sin conciencia moral
- Grandes necesidades de disciplina
- Naturaleza impetuosa y desbocada

Este tipo de estereotipos son propios de algunas personas, y efectivamente algunos adolescentes poseen estas características y otros sencillamente no, y no son características exclusivas de la adolescencia, sino pueden estar presentes en personas adultas también. Sin embargo, estos prejuicios afectan la percepción acerca de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Las personas no reconocen los derechos humanos de los/las adolescentes: "(...) su dependencia es evaluada como una ciudadanía recortada. No se discuten los derechos que tienen los adolescentes a ser protegidos, a tener un hogar, pero no sucede lo mismo con su derecho a decidir" (Chávez y Guerrero, 2007: 93).



## Las autoras señalan en los resultados del estudio: Conceptos y percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia (Chávez y Guerrero 2007: 96,97)

PERCEPCIONES DE PROFESORES, PADRES Y OTROS	
SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	<p>Se percibe el ejercicio sexual de los adolescentes de manera negativa.</p> <p>El ejercicio sexual en esta etapa se debe a desajustes emocionales o es consecuencia de la ignorancia.</p> <p>Las adolescentes que inician su vida sexual lo hacen porque son engañadas o presionadas por sus parejas.</p> <p>En general, los adultos consideran que es importante que los adolescentes retrasen el inicio de su vida sexual, pues no están preparados para ello.</p>

**La naturaleza de estas percepciones se hace más compleja aún si pensamos que son los adultos (profesores, proveedores de salud, autoridades, miembros de la sociedad civil y padres) quienes deben proveer a los/las adolescentes de orientación y acceso a la salud reproductiva y sexual.**

- Existe entre los y las adolescentes desorientación respecto al uso de anticonceptivos y la percepción de que serán estigmatizados o juzgados por los proveedores de salud de los centros públicos (Chávez y Guerrero, 2007:104).
- Esta desconfianza se agrava debido a la falta de coordinación entre los espacios de salud pública y la escuela. No existe flexibilidad en los planes operativos y en los enfoques que prevalecen en el tratamiento de la salud reproductiva de la población adolescente, como para permitir la articulación entre lo que se trabaja en el ámbito educativo y lo que reciben los y las adolescentes en los consultorios o centros de salud (Chávez y Guerrero, 2007: 139).

Por otro lado, a lo señalado anteriormente se suman mitos existentes acerca del uso de métodos anticonceptivos en la población en general, y de manera especial en la etapa adolescente, que generan distorsiones y situaciones de grave desinformación, sobre todo en el caso de las personas proveedoras de servicios de salud.

## MITOS RESPECTO AL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES

	DIU	PILDORAS	INYECCIONES	CONDÓN
MITOS	El DIU debe estar absolutamente restringido en mujeres adolescentes.	No deben usarse porque afectan el desarrollo físico. Si se usan por mucho tiempo pueden provocar cáncer y anticipan la edad de la menopausia.	Detiene el crecimiento, provoca cáncer y aumento de peso.	Despierta el interés sexual e incrementa la actividad sexual. Y no es efectivo para prevenir el VIH por el traspaso del virus a través del látex.
REALIDAD	Depende de la necesidad de cada adolescente. Está indicado luego de un embarazo, incluso para mujeres sin hijos, si la persona lo elige.	Los anticonceptivos hormonales pueden ser usados por largos períodos. Interrumpir el uso sin otra alternativa anticonceptiva aumenta el riesgo del embarazo.	El crecimiento puede verse afectado más bien por el embarazo. Los inyectables son particularmente recomendables después del parto, por la alta probabilidad de corto espacio intergenésico que usualmente ocurre en la población adolescente.	El problema es que la mayoría de adolescentes inicia su actividad sexual sin protección. Está demostrado que la educación sexual y el acceso a insumos posterga el inicio sexual. Existe sólida evidencia de la efectividad del condón en la prevención del VIH y de la mayor parte de las ITS.

(Elaboración propia, con datos de Wrigth, K, 2004: 4).



## CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA INICIAR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS, COMPILADOS POR LA OMS

Según la OMS, desde la adolescencia se pueden utilizar todos los tipos de anticonceptivos que en la actualidad ofrece el sistema de salud peruano. Señala que antes de los 18 años los implantes, las píldoras -solo de progestágeno- y el DIU pueden utilizarse en todos los casos, pero se les califica con el número 2. De 18 años a más no existen restricciones. En los dos cuadros siguientes se puede ver el criterio de elegibilidad OMS. (OMS 2008).

CALIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVO SEGÚN OMS	
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo;
2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados;
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método;
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

En función de esta calificación, el criterio de elegibilidad por edad (OMS, 2008: 2, 5) para adolescentes sin enfermedades crónicas u otra condición (obesidad, diabetes, etc.) es el siguiente:

EDAD	AOC	AIC	Ant. Progest	AMP EN-NET	Implantes	DIU
Menarquia hasta 18 años	1	1	1	2	1	2
Más de 40 años	2	2	1	1-2	1	2

(Fuente: OMS 2008: 2, 5)

Así, podemos observar que según la Organización Mundial de la Salud no existen criterios de restricción de ningún método anticonceptivo durante la adolescencia.

## ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA Y RESPETO DE DERECHOS = MEJORES POSIBILIDADES PARA LOS ADOLESCENTES

Hay realidades que no se pueden ocultar, pues son evidentes para la sociedad: la mitad de los/as adolescentes tienen relaciones sexuales. Sea por las razones que sea, tienen el derecho a tenerlas, pues ello tiene que ver con su condición de seres humanos. Tampoco podemos obviar el hecho de que existe una cantidad importante de violaciones de niñas y adolescentes, víctimas que necesitan estar informadas respecto de sus derechos.

Los/las adolescentes no son seres humanos descontrolados que se encuentren al borde de la locura, es más, en nuestro país hay miles de ejemplos de adolescentes que son un fuerte sustento económico en sus hogares, con toda la responsabilidad que ello implica. Por eso es importante entender el por qué se han construido estas percepciones estereotipadas para poder brindar ayuda efectiva a los jóvenes en esta etapa de su vida.

La problemática va más allá de la simple provisión de información, como lo señala la CEPAL, hay cuatro ámbitos de intervención que tienen que ver a su vez con cuatro enfoques, a saber (CEPAL: 2007: 9):

- 1. Psicología del y la adolescente:** los/las adolescentes se encuentran en una etapa del desarrollo caracterizada por un proceso de maduración y la definición de la propia identidad. Hay una fuerte tendencia a la experimentación, que coincide con el despertar sexual. En algunos casos se presentan dificultades para ejercer control reflexivo o de negociación con la pareja.
  - **Cómo intervenir: a través de programas de sensibilización, talleres y propaganda (medios educativos). Es vital que se involucren en los contenidos curriculares transversales los temas de sexualidad basados en evidencias y el respeto de derechos, para que sean implementados en las escuelas.**
  - **Es importante que en esta etapa los/las adolescentes reconozcan su derecho a la salud sexual y reproductiva.**

**Un buen ejemplo de esto es la experiencia que implementan UNFPA e INNPARES a través de la realización de talleres nacionales donde los mismos jóvenes desarrollan actividades a nivel local, en el marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (Gaceta Ucayalina, 2010).**



2. **Falta de oportunidades de formación educativa y de integración productiva:** esta situación puede llevar a las adolescentes a asumir que la maternidad temprana es el único proyecto de vida que existe para afirmar su autonomía de la familia de origen, obtener sentido para su vida y transformarse en adultas.
  - **Cómo intervenir:** poner énfasis en la educación (mejorar las condiciones de oferta y demanda para que los/las adolescentes permanezcan en la escuela) y mejorar las posibilidades de inserción laboral (oportunidades de capacitación laboral y tránsito del colegio al empleo). En el Perú se vienen desarrollando iniciativas tendientes a estos temas, como el portal “Empleo Joven” del Ministerio del Trabajo (**Ministerio del Trabajo, 2010:1**).
  
3. **Ambivalencia cultural o revolución trunca:** es un problema derivado del choque entre la liberalización sexual de nuestra época -que involucra a todas las edades y se expresa en códigos de conducta, comportamiento afectivo, mensajes y símbolos predominantes en la sociedad (por ejemplo la televisión y la propaganda cargada de símbolos sexuales)- y una persistente negación a los adolescentes de ejercer autonomía en su propia sexualidad.

Esta situación conforma un síndrome de la modernidad sexual truncada que promueve el ocultamiento de las relaciones sexuales y limita el acceso a la información y servicios relevantes para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes.

- **Cómo intervenir:** es necesario reconocer a los/las adolescentes como sujetos sexualmente activos y remover obstáculos familiares y culturales, para ello se necesita movilizar a los medios masivos de comunicación, implementar programas comunitarios y promover servicios y leyes de apoyo. Un buen ejemplo, es el esfuerzo que el Ministerio de Salud viene haciendo para establecer centros de salud diferenciados, o en su defecto, horarios diferenciados para la atención en planificación familiar y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes (**Ministerio de Salud 2010**).
  
- En este escenario, urge mejorar las capacidades de las/los profesionales de la salud en la consejería y abordaje de la sexualidad con adolescentes que acuden a los servicios, para que el resultado de dichas iniciativas sea realmente efectivo.

4. **Sesgos institucionales y sectoriales adversos a los/las adolescentes:** en general ha existido una tendencia a considerar que el acceso a la salud reproductiva es inherente a personas con autonomía y madurez (cosa que no siempre se cumpliría en el caso de los/las adolescentes), por tanto ha existido mucha resistencia de los mismos proveedores de salud a mantener con los/las adolescentes intervenciones integrales, principios de confidencialidad, y otros.
- **Cómo intervenir:** se hacen necesarias reformas legales, institucionales y programáticas que inviten a los adolescentes a ejercer sus derechos reproductivos y sexuales sin barreras sociales. En el caso peruano, pasa por derogar leyes que han colocado a la vivencia sexual adolescente en la ilegalidad, y también por hacer que las leyes que ya existen (no discriminación, por ejemplo) se cumplan. Otro ámbito de reformas institucionales es el de aquellas orientadas a formar a docentes del nivel escolar y universitario en el abordaje de la sexualidad, ya que este es un tema por lo general ausente de los currículos universitarios.









### III.

# MARCO NORMATIVO DEL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REALIDAD PERUANA.

Como hemos revisado, los mitos y barreras respecto de los adolescentes en relación a la educación sexual y el acceso a los servicios a salud sexual y reproductiva tienen un correlato grave de afectación de derechos. En la realidad peruana existe un marco normativo que protege desde diversos frentes el goce del más alto nivel de salud posible para los y las adolescentes como también los protege de la discriminación. Estos elementos están presentes tanto en la legislación internacional (Convenciones y Pactos internacionales que el Perú ha ratificado en diferentes momentos y que ostentan rango constitucional) como en la legislación interna. Se incluye como anexo al presente documento que contiene el detalle del marco normativo específico sobre salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes en el Perú.



## IV.

# LECCIONES APRENDIDAS EN INTERVENCIONES Y EXPERIENCIAS EXITOSAS Y NO EXITOSAS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA.

## 1. PLAN ANDINO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Busca identificar los determinantes sociales del embarazo adolescente no deseado y su impacto en educación, salud y otros aspectos de desarrollo humano. Además, se propone fortalecer el establecimiento de programas de inversión en el área, como respuesta de los países miembros. El Plan Andino se desarrolla en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela ([Plan Andino 2010:3](#)).

Su objetivo es “contribuir a disminuir las brechas que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, y la equidad social y de género, con un enfoque intercultural y de participación social” ([Plan Andino, 2010:3](#)).

Incluye las siguientes líneas de acción:

- 1. Sistemas de Información, Monitoreo y Evaluación**
- 2. Fortalecimiento Institucional y Cooperación técnica horizontal**
- 3. Participación de Adolescentes**
- 4. Sensibilización de actores.**



Dentro del Plan Andino podemos encontrar algunos ejemplos de buenas prácticas (las mismas que se agrupan en un banco de experiencias que se encuentra en construcción), entre los que podemos encontrar:

## **a) Centro de atención en salud integral adolescente Rucahueche**

El programa funciona desde el año 2003, en el nivel de atención primaria en una comuna al sur de Santiago. Posee una modalidad amigable de atención integral para adolescentes. Ha tomado en cuenta las recomendaciones de OMS-OPS, diseñando un espacio adecuado a las necesidades de los adolescentes con un servicio amigable (Plan Andino 2010: 1).

La iniciativa surge de un estudio que indicaba que los adolescentes sentían sus necesidades de salud reproductiva y sexual insatisfechas (Plan Andino 2010: 1).

El enfoque con el que opera es el de intervención comunitaria, que implica la atención de cualquier motivo de consulta en el marco de objetivos para el aprendizaje y el autocuidado, trabajando el enfoque de género. Se orienta básicamente al trabajo con los sectores más vulnerables (Plan Andino 2010: 1).

La innovación del programa está básicamente en su enfoque de derechos, con un servicio para jóvenes que supera la exclusión y hace hincapié en la problemática del género (Plan Andino 2010: 1).

Los logros del programa han sido muchos, en la actualidad atiende a 700 adolescentes por año: “Rucahueche satisface las necesidades de salud, de aprendizajes para el autocuidado, orientación y guía, con enfoque de género, especialmente para grupos en situación de vulnerabilidad que en el sistema tradicional de salud no encuentran aún oportunidades de atención”. El programa obtuvo el primer lugar en el III Congreso Chileno de Adolescencia, de la Sociedad Chilena de Pediatría, Comité de Adolescencia. Allí, la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Santiago presentó el *Estudio de resiliencia: modelo y efectividad de intervención en adolescentes escolares en vulnerabilidad social*, desarrollado en el marco del programa (Olmos, 2010).

Otro de los logros fue la sostenibilidad económica del programa, que partió como un voluntariado, y hoy cuenta con personal de planta contratado por el servicio de salud (Olmos, 2010).

La iniciativa trabaja con un constante proceso evaluador que ha permitido ir modificando ciertos aspectos para mejorar.

## **b) Servicios Amigables para Jóvenes. Proyecto Sol y Luna. Sexo a lo bien. Para amarnos con franqueza, Colombia**

Ante el preocupante aumento de las tasas de embarazo adolescente en la zona nororiental de Medellín, con altos índices de desplazados por la violencia en la que los temas de género son muy complejos, se generó la iniciativa del Programa de Servicios Amigables para Adolescentes (Plan Andino, 2010:1)

Se planteó un objetivo general: reducir la tasa de embarazo adolescente y mejorar el conocimiento de los/las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.

Los principales elementos de trabajo están constituidos por los siguientes puntos:

- Fortalecimiento de la red pública de atención para adolescentes.
- Flexibilización de horarios para la atención y consultorías de adolescentes.
- Inversión en capacitación del personal.
- Se inició un programa de trabajo fuera de los edificios del centro de salud, que llegó con información a los espacios propios de los/las adolescentes.
- Se provee de métodos anticonceptivos a los adolescentes
- Se emitió un programa de TV con las principales temáticas de la prevención.
- Se incidió en el enfoque de género.
- Todo el programa de intervención estuvo basado en la perspectiva de derechos, lo que implica trabajar también temáticas como el derecho al placer, erotismo, etc. (Plan Andino, 2010: 1).

Este proyecto contó con un diseño cuasi experimental, que incluyó un grupo de intervención y uno de control con mediciones pre post. Los principales logros fueron:

- En el grupo intervenido la anticoncepción es concebida como un aspecto cotidiano de la vida, independientemente si se tiene vida sexual activa.
- El grupo no intervenido mantiene la percepción de que será juzgado si se evidencia la “genitalidad” de su sexualidad.
- En general, aumentó la demanda de la comunidad por la continuidad del programa.
- Surge un empoderamiento de un pequeño sector de mujeres que se opone al machismo, aunque se identifica este elemento como uno de los más difíciles de incidir.
- En general, se obtienen mejores resultados cuando el establecimiento educativo colabora (Plan Andino 2010:1).

### c) Programa de radio “Empezando a Vivir” (Calandria)

Entre junio 2005 - marzo 2006 se realizó en Perú un programa de radio denominado **Empezando a Vivir**. El proyecto busca, a través de una miniserie radial, influir en actitudes y promover una sexualidad saludable en adolescentes y jóvenes. Entre sus objetivos se destacan: incrementar los conocimientos respecto de la salud sexual y reproductiva, fortalecer la autoestima de los y las adolescentes, promoviendo el diálogo con sus pares y en sus familias, y fortalecer los vínculos entre los jóvenes y los servicios de salud preventivos. El proyecto fue desarrollado por Calandria, una organización privada que trabaja tema de sexualidad y prevención de VIH (Calandria, 2010).

Fue orientado a jóvenes entre 15 y 24 años de sectores populares de Lima y ciudades del interior, incluyó los temas como sexualidad adolescente y anticonceptivos, inicio de la vida sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual, violencia familiar, abuso de drogas y relaciones parentales. Una de las actividades desarrolladas fue la transmisión de una miniserie radial, que buscaba ejemplificar la realidad de los adolescentes en torno a los temas de salud reproductiva y sexualidad. Se contó con



el espacio radial “Buena Onda” y la colaboración de una red de emisoras radiales capacitadas en radio educación, que emitió la serie en el interior del país. Además, se contó con el apoyo de un sitio web (Calandria, 2010).

Algunos de los resultados principales, según la página web referida fueron:

- Los oyentes señalan que haber escuchado la miniserie y los programas de radio les ha permitido tener la iniciativa y capacidad para brindar consejos y orientación a las personas de su entorno familiar y amical. La orientación está referida a sus actitudes y conductas sobre sexualidad.
- Sienten que tienen recursos para tomar decisiones acertadas en sus relaciones de pareja y en el ejercicio responsable de su sexualidad.
- Los oyentes reconocen la originalidad del tratamiento desarrollado en los temas educativos de la historia a través del uso del entretenimiento (humor, picardía, lenguaje cotidiano). Sienten que se han educado de manera entretenida (Calandria, 2010).

## 2. EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN EL SECTOR PÚBLICO: EL CASO PERUANO

Liliana La Rosa realiza este estudio denominado: *Modelos de atención de salud para adolescentes en el sector público: estudio de diez experiencias en el Perú*.

Consistió en seleccionar diez experiencias exitosas de diferentes centros de salud del país para poder proponer modelos básicos mejorados a los servicios diferenciados que actualmente brindan asistencia de salud reproductiva a los adolescentes en horarios exclusivos.

Se realizó un estudio de casos a través de entrevistas en profundidad y grupos focales. Los resultados arrojaron las siguientes conclusiones principales (La Rosa, 2001:1).

- El MINSA ha venido realizando un proceso acumulativo de crecimiento en la oferta. Ello le permite contar en la actualidad con un servicio piloto y personal comprometido en el tema.
- Las políticas desarrolladas han sido formuladas desde la mirada del ofertante, no hay diferencias respecto de riesgos, necesidades o capacidades, y la ejecución ha sido desde el nivel central.
- Las intervenciones evidencian una mixtura entre política compensatoria y normalizadora, que han sido tipificadas desde las carencias del grupo objetivo, sin discriminar por niveles de pobreza, o niveles de riesgo y vulnerabilidad.
- El nivel local ha demostrado que es capaz de sostener lo básico de los servicios, los que mejorarían si existieran políticas específicas en el sector.
- Según las adolescentes entrevistadas, las estrategias están aportando a mejorar su nivel de conocimientos y a propiciar cambios de actitudes en relación al autocuidado, estimulando la autoestima, conductas no violentas fortalecimiento de la familia, etc.

- En general, hay una mejor perspectiva de viabilidad de los servicios diferenciados que de los centros de atención integral para el adolescente, puesto que los primeros son una re disposición de los propios recursos del Ministerio, a diferencia de los centros que no cuentan con presupuesto a futuro y a los que en general les ha venido costando más generar trabajo en equipo. Por otro lado, los centros tienen menos capacidad resolutive, lo que le resta eficacia a su servicio (La Rosa, 2001:1).

Es importante observar que la preocupación de las instituciones de salud ha venido creciendo y generando estrategias específicas en el tema adolescente. La iniciativa de generar espacios exclusivos en que los y las adolescentes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos es muy importante. Quedan, como vemos, varios puntos relevantes por rescatar. El estudio de Liliana La Rosa nos muestra estos y otros resultados necesarios de evaluar (La Rosa, 2001: 1)

### 3. ESTRATEGIA ABC

La estrategia ABC es la política del gobierno de USA durante el mandato de G. Bush, respecto de la salud sexual y reproductiva. Según sus siglas en inglés promueve la abstinencia, fidelidad y uso del condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos precoces no deseados. No se afirma en documentos oficiales, pero podemos concluir que la estrategia ha buscado (al menos durante la administración Bush) centrarse en los aspectos de abstinencia de modo preponderante (CEPAL 2004:18). En el año 2003 la Presidencia de los Estados Unidos aprobó un presupuesto de 50 billones de dólares para la lucha contra el SIDA en países de África, América Latina, Asia y Europa Oriental (The Body 2010). Esta estrategia fue aplicada en Uganda desde el 2002, donde se incorporaron los tres elementos del programa con una fuerte campaña. Las cifras en Uganda han sido favorables, excepto para los adolescentes. En efecto, para el sector de menores de 20 años, la tasa de prevalencia del virus del Sida (principal indicador de la Estrategia ABC) se redujo solo de un 3.6% a 3.2 %, en oposición a los más de 6 puntos porcentuales de diferencia en el grupo de adultos (Notiese, 2010).

Los resultados de estrategias como ésta pueden ser revisados en el estudio *Sexo y programas de educación sobre el VIH: impacto en la conducta sexual de los jóvenes del mundo*, donde se realizó una evaluación de 83 intervenciones alrededor del mundo, de las cuales la mayoría incluía como uno de sus elementos la abstinencia o retraso en el inicio de las relaciones sexuales como objetivo. Siete de ellas (todas en EEUU), desarrollaban únicamente este concepto.

Algunas intervenciones estaban enfocadas en medir la tasa de embarazo adolescente, otras conductas de riesgo, o la tasa de transmisión de enfermedades sexuales. De los 13 estudios que midieron las tasas de embarazo, tres encuentran importantes resultados positivos, nueve hallan un impacto insignificante, y en un caso se detecta un impacto negativo significativo. (Rolleri, Kirby y Laris, 2006: 3-4).

Las tasas de enfermedades de transmisión sexual. De los 10 estudios que midieron el impacto sobre las tasas de ETS, dos encontraron resultados positivos, seis un impacto significativo, y dos descubrieron que el impacto fue negativo (Rolleri, Kirby y Laris, 2006: 3-4).



Como podemos ver, los programas basados en la abstinencia no tienen buenos resultados, lo que debe hacernos reflexionar respecto del rol que nos compete como autoridades y adultos en la promoción de políticas públicas que se inserten en el respeto de los ritmos y elecciones de los/las jóvenes.

**Existe una declaración de la agrupación de Organizaciones Confesionales que plantea que ante la gran inequidad de género existente y una realidad social en que las mujeres aun no consiguen un verdadero empoderamiento respecto de sus derechos sexuales y reproductivos, una estrategia que plantee como vía recomendable la abstinencia no es viable (ICCO 2010:2).**

Existen diferentes estrategias de lucha contra el embarazo no deseado que los países vienen implementando en sus programas de salud pública y también desde iniciativas privadas.

En las y los adolescentes, estas estrategias deben estar orientadas a programas que incluyan sus puntos de vista y contribuyan a su empoderamiento, ya que estas estrategias ayudan a que aprendan a ejercer sus derechos y aumentan su autoestima en una etapa del desarrollo marcada por fuertes cambios y la construcción de la identidad.

Las estrategias deben proponer variados mecanismos de prevención que las y los adolescentes puedan elegir. Es necesario tener claro que cada adolescente es un mundo y no podemos uniformizar sus elecciones.



# CONCLUSIONES GENERALES:

1. Las condiciones de vida de gran parte de las adolescentes embarazadas generan una vulneración de derechos fundamentales, como el derecho a la educación, a la salud, a un trabajo digno y a la igualdad.
2. Ningún programa de prevención puede estar orientado a impedir que las y los adolescentes se abstengan de tener relaciones sexuales, ya que éstas son parte de sus derechos sexuales y reproductivos, y por tanto, la decisión al respecto es personal.
3. Lo que sí podemos hacer desde la sociedad en su conjunto es construir estrategias de información y prevención para que las y los adolescentes puedan decidir con libertad, y planifiquen el momento adecuado para ejercer su maternidad y paternidad.
4. Existen experiencias exitosas que demuestran que las intervenciones “amigables” son una modalidad de atención a la población adolescente que se enmarca dentro de las “buenas prácticas”, caracterizadas por ser adecuadas y efectivas.
5. El reto para nuestro país es desarrollar estos planes y programas de un modo inclusivo, tomando en cuenta la perspectiva y opinión de las y los adolescentes, respetando su diversidad cultural según sexo, etnia y edad, entre otros aspectos.



# MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS/LOS ADOLESCENTES EN EL PERÚ<sup>1</sup>

NORMATIVA INTERNACIONAL	
TRATADOS <sup>2</sup>	OBSERVACIONES GENERALES <sup>3</sup>
<p><b>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</b></p> <p><b>Artículo 12</b></p> <p>1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;</li> <li>El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;</li> <li>La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</li> <li>La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</li> </ol>	<p><b>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</b></p> <p><b>Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.</b></p> <p><b>23.</b> Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.</p> <p><b>35.</b> Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, [...] adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género [...].</p> <p><b>Observación General N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales.</b></p> <p><b>29.</b> La edad es un motivo prohibido de discriminación en diversos contextos. [...] Con respecto a los jóvenes, el acceso desigual de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva equivale a discriminación.</p>

<sup>1</sup> Elaborado por Beatriz Ramirez Huaroto sobre la información disponible en MINISTERIO DE SALUD Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Balance político normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH-SIDA. Lima: IES, 2009. p. 25. Y RED SIDA PERÚ. Análisis del marco normativo para el acceso de los/las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/SIDA. Lima: RED SIDA PERÚ, 2009, p. 11-21.

<sup>2</sup> Los tratados internacionales de derechos humanos detentan rango constitucional en nuestro ordenamiento jurídico por lo que los derechos que consagran son derechos constitucionales (STC Expedientes 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC, numerales 25 al 34).

<sup>3</sup> Según nuestro Tribunal Constitucional, los derechos y libertades reconocidos en la Constitución deben interpretarse de conformidad con los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por el Estado Peruano y eso incluye una adhesión a la interpretación que de los mismos hayan realizado los órganos supranacionales encargados de su seguimiento. Un caso emblemático son las Observaciones/Comentarios Generales de los Comités de Naciones Unidas encargados del seguimiento de los tratados en el Sistema Universal (entre otras, STC en el Expediente 0217-2002-HC/TC, numeral 2).

## Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

### Artículo 12

1. 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.
2. 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.

## Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

### Observación general N° 24. La mujer y la salud.

8. El artículo 12 dice lo siguiente:

“1. 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.

2. 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.”

Se alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta. Por lo tanto, a los efectos de la presente Recomendación general, el término “mujer” abarca asimismo a la niña y a la adolescente. [...]

18. Las cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual. Las adolescentes y las mujeres adultas en muchos países carecen de acceso suficiente a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual. Como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo. Prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer y la poligamia, al igual que la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual. Las mujeres que trabajan en la prostitución también son especialmente vulnerables a estas enfermedades. Los Estados Partes deben garantizar, sin perjuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas, incluidas las que hayan sido objeto de trata, aun si no residen legalmente en el país. En particular, los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.

23. En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué medidas han adoptado para garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual y genésica en general. Se debe prestar atención especial a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de planificación de la familia.

29. Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica.

31. Los Estados Partes también deberían, en particular:

[...] b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) [...]

### Recomendación general 28. Obligaciones básicas de los Estados Partes en virtud del artículo 2 de la Convención.

21. Los Estados Partes, en particular, están obligados a promover la igualdad de derechos de las niñas ya que son parte de la comunidad más grande de las mujeres y son más vulnerables a la discriminación en ámbitos como el acceso a la educación básica, el tráfico, el maltrato, la explotación y la violencia. Todas estas situaciones de discriminación se agravan cuando las víctimas son adolescentes. Por lo tanto, los Estados partes prestarán atención a las necesidades específicas de las adolescentes mediante la educación sobre salud sexual y reproductiva, y llevando a cabo programas que estén dirigidos a la prevención del VIH/SIDA, la explotación sexual y el embarazo adolescente.



## Convención sobre los Derechos del Niño

### Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

## Comité para los derechos del niño

### Observación General 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño.

2. La adolescencia es un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Aunque en general los adolescentes constituyen un grupo de población sano, la adolescencia plantea también nuevos retos a la salud y al desarrollo debido a su relativa vulnerabilidad y a la presión ejercida por la sociedad, incluso por los propios adolescentes para adoptar comportamientos arriesgados para la salud. Entre éstos figura la adquisición de una identidad personal y la gestión de su propia sexualidad. El período de transición dinámica a la edad adulta es también generalmente un período de cambios positivos inspirados por la importante capacidad de los adolescentes para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar.

20. Preocupa al Comité que los matrimonios y embarazos precoces constituyan un importante factor en los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva, con inclusión del VIH/SIDA. [...]

28. A la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores. Es fundamental encontrar los medios y métodos adecuados de facilitar información apropiada que tenga en cuenta las particularidades y los derechos específicos de las chicas y chicos adolescentes. Para ello se alienta a los Estados Partes a que consigan la participación activa de los adolescentes en la preparación y difusión de información a través de una diversidad de canales fuera de la escuela, con inclusión de las organizaciones juveniles, los grupos religiosos, comunitarios y de otra índole y los medios de comunicación.

30. Los adolescentes, ya sean niñas o niños, corren el peligro de sufrir el contagio y las consiguientes consecuencias de ETS, como es por ejemplo el VIH/SIDA. Para más orientaciones sobre esta cuestión, véase la Observación general Nº 3 (2003) sobre VIH/SIDA y los derechos del niño. Los Estados deberían garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar estas infecciones, incluido el VIH/SIDA. Con este fin, se insta a los Estados Partes a: a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes; b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH; y c) adoptar medidas para eliminar todas las obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones.

31. 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.

39. En el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la salud y el desarrollo de los adolescentes, los Estados Partes tendrán siempre plenamente en cuenta los cuatro principios de la Convención. Es opinión del Comité que los Estados Partes tienen que tomar todo tipo de medidas adecuadas de orden legislativo, administrativo o de otra índole para dar cumplimiento y supervisar los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, como se reconoce en la Convención. Con este fin, los Estados Partes deben cumplir en especial las siguientes obligaciones: [...]

V

c) Garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de cualidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes;

40. Señala a la atención de los Estados Partes la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la que se dice que “los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.

41. De conformidad con los artículos 24, 39 y otras disposiciones conexas de la Convención, los Estados Partes deben proporcionar servicios de salud que estén adecuados a las especiales necesidades y derechos humanos de todos los adolescentes, prestando atención a las siguientes características:

a) *Disponibilidad.* La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental. [...]

## NORMATIVA NACIONAL

### Ley de Política Nacional de Población

**Artículo V.-** El Estado ampara prioritariamente: 1. A la madre, al niño, al adolescente y al anciano [...]

**Artículo 23.-** Las acciones de salud incluyen las orientadas a lograr la paternidad responsable; proporcionando la información especializada y los servicios que permitan a las parejas y a las personas ejecutar esta decisión.

**Artículo 24.-** El Estado, para garantizar la paternidad responsable, promueve la realización de programas de planificación familiar, los que comprenden actividades de educación, información y servicios a través de los establecimientos del sector salud: Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales e instituciones privadas. Dichos programas respetarán los derechos fundamentales de la persona y preservarán la dignidad de las familias.

**Artículo 25.-** Los servicios médicos, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizan a las parejas y a las personas la libre elección sobre el uso de los métodos de regulación de la fecundidad y de la planificación familiar. Las normas sobre autorización y uso de los métodos de planificación familiar que ofrecen los servicios de salud son expedidas por el Ministerio de Salud, quien es responsable de su cumplimiento.

**Artículo 26.-** Los programas de información y educación sobre paternidad responsable y planificación familiar son coordinados por los sectores de educación y salud, con el Consejo Nacional de Población.

**Artículo 27.-** El Estado impulsa prioritariamente la atención primaria de salud incluyendo acciones de paternidad responsable para extender la atención integral de la salud a toda la población.

**Artículo 28.-** Queda excluido todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar. Asimismo, se rechaza cualquier condicionamiento de los programas de planificación familiar por instituciones públicas o privadas.



<p><b>Ley General de salud</b></p>	<p><b>Artículo 4.-</b> Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. [...]</p> <p>En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. [...]</p> <p><b>Artículo 6.-</b> Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.</p> <p>Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.</p>
<p><b>Plan Nacional de Acción por la Infancia</b> <b>Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH</b></p>	<p><b>Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH SIDA en el Perú</b> <b>Decreto Supremo N° 005-2007-SA</b></p>
<p><b>Guías Nacionales de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva</b> <b>Resolución Ministerial N° 668-2004-MINSA</b></p>	<p><b>Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes</b> <b>Resolución Ministerial N° 107-2005-MINSA</b></p>
<p><b>Protocolos de Consejería para la atención integral del adolescente</b> <b>Resolución Ministerial N° 583-2005-MINSA</b></p>	<p><b>Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente</b> <b>Resolución Ministerial N° 633-2005-MINSA</b></p>

<p><b>Documento Técnico “Centros de Desarrollo Juvenil, un Modelo de Atención Integral de salud para Adolescentes”</b> Resolución Ministerial N° 328-2006-MINSA</p>	<p><b>Documento Técnico “Implementación de Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil”</b> Resolución Ministerial N° 353-2006-MINSA</p>
<p><b>Documento Técnico “Adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva”</b> Resolución Ministerial N° 278-2008-MINSA</p>	<p><b>Documento Técnico “Consejería en ITS/VIH y SIDA”</b> Resolución Ministerial N° 264-2009-MINSA</p>
<b>NORMATIVIDAD REGIONAL</b>	
<p><b>Gobierno Regional de Ica</b> Ordenanza Regional N° 0005-2009-GORE-ICA - Declaran de interés público regional el acceso de los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva</p>	<p><b>Gobierno Regional de Loreto</b> Ordenanza Regional N° 012-2009-GRL-CR - Declaran como prioridad del Gobierno Regional promover el derecho a la salud, educación y a la vida mediante acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y acceso de los y las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en ITS, VIH y SIDA, con enfoque en derechos humanos, género, interculturalidad, territorialidad y equidad.</p>





# BIBLIOGRAFÍA

## **AVERT**

2010 *The ABC of HIV Prevention*. Disponible en: <http://www.avert.org/abc-hiv.htm> [última consulta: 16 de octubre de 2010].

## **CALANDRIA**

2010 *Empezando a vivir: radio, educación, entretenimiento*. Disponible en: [http://www.calandria.org.pe/bp.php?id\\_bp=1](http://www.calandria.org.pe/bp.php?id_bp=1) [última consulta: 12 de noviembre de 2010].

## **CEPAL**

- 2007 Boletín de la Infancia y Adolescencia sobre el avance de los Objetivos del Milenio, N°4: "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos". Disponible en: [www.prenatal.tv/lecturasmod3/embarAdolesUnicef2007.pdf](http://www.prenatal.tv/lecturasmod3/embarAdolesUnicef2007.pdf) [última consulta: 20 de octubre de 2010].
- 2004 Informe de la reunión de la mesa directiva ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL. Santiago de Chile, 2004. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/15013/LCL2141e.pdf> [última consulta: 16 de noviembre de 2010].

## **CHAVEZ, S y GUERRERO, R**

2007 *Concepciones y percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia*. Lima: CARE Perú, CIES, PROMSEX. 89 -151.

## **WRIGHT, KERRY**

2004 *Preservación de la fertilidad*. FHI (Family Health International) Network en español. Vol.23. N°2. Disponible en: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/efcmawdspokjurnk44hgxdw7e3mikejre3euoibuddtpvwxbdb5wc4k6d2tjrvb3cmzlr7qc3cnoe/Snet233.pdf> [última consulta: 16 de noviembre de 2010].

## **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA**

- 2010 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. Disponible en <http://desa.inei.gov.pe/endes/> [última consulta: 23 de noviembre de 2010].
- 2007 Perú: Situación social de las madres adolescentes 2007. Disponible en: <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0871/libro.pdf> [última consulta: 16 de noviembre de 2010].

## **JARA, L**

2008 *El embarazo adolescente en las Américas ¿es posible lograr la igualdad de género?* OPS. Disponible en: [www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarazoadolescente.pay](http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarazoadolescente.pay) [última consulta: 03 de noviembre de 2010].



**KIRBY, B; LARIS, B.A ; ROLLERI, L**

2007 *Journal of Adolescent Health* 40 206–217 “Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World”. California.

**LA ROSA LILIANA**

2001 *Modelos de atención de salud para adolescentes en el sector público. Estudio de diez experiencias en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente – GTZ.

**MINSA**

2010 *Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/embado\\_eess.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/embado_eess.asp) [última consulta: 10 de noviembre de 2010].

**MINISTERIO DEL TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO**

2010 Portal: “Empleo Joven” Disponible en: <http://www.empleosperu.gob.pe/empleojoven/>. [Última consulta: 20 de noviembre de 2010].

**NOTIESE**

2010 Estrategia ABC: Fracaso en Uganda. Disponible en: [http://www.notiese.org/notiese.php?ctn\\_id=254](http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=254) [última consulta: 14 de noviembre de 2010].

**OEA**

2010 Convención Interamericana de Derechos Humanos. Disponible en: [www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html](http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html) [última consulta: 16 de noviembre de 2010].

**OLMOS, FERNANDO**

2010 Universidad de Santiago de Chile: *Premian trabajo social de Escuela de Obstetricia*. Disponible en: <http://www.usach.cl/index.php?not=10906> [última consulta: 21 de noviembre de 2010].

**OMS**

2010 *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo 2009*. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html> [última consulta: 8 de noviembre de 2010].

2008 *Criterios de elegibilidad*. disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547718\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547718_spa.pdf) [última consulta: 12 de noviembre de 2010].

**ORGANIZACIÓN INTERECLESIAÍSTICA PARA LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO.**

2010 *Derechos Humanos, prevención del VIH SIDA y equidad de género*. Documento de posicionamiento disponible en: [www.icco.nl/documents/pdf/AidsPaperSpanish\\_WEB.pdf](http://www.icco.nl/documents/pdf/AidsPaperSpanish_WEB.pdf) [última consulta: 10 de noviembre de 2010].



## ONU

2010 Convenciones internacionales, instrumentos de derechos humanos. Disponible en [http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs\\_sp.asp](http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_sp.asp) [última consulta: 16 de noviembre de 2010].

## PLAN ANDINO DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

2010 Página principal. Disponible en: <http://www.planandinopea.org/?q=node/2> [última consulta: 11 de noviembre de 2010].

2009 Banco de experiencias del Plan Andino. Disponible en <http://experiencias.planandinopea.org/> [consulta: 11 de noviembre de 2010].

## SENAJU Y UNFPA

2010 *Rostro Joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Lima: UNFPA, SENAJU.

## TAVARA OROZCO, L

2004 Revista peruana de ginecología y obstetricia. Volumen 50, N°2: “Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú”. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

## THE BODY

2010 El Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el SIDA (PEPFAR). Disponible en <http://www.thebody.com/content/art53651.html> [última consulta: 11 de noviembre de 2010].

## UNFPA

2007 *Invertir en la adolescencia y juventud en el Perú: oportunidades y desafíos*. Disponible en: <http://www.onu.org.pe/Upload/infocus/UNFPA-Invertir-Jovenes.pdf> [última consulta: 02 de noviembre de 2010].

2003 *El estado de la población mundial 2002*. Disponible en: [www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch7/page6.htm](http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch7/page6.htm) [última consulta: 4 de noviembre de 2010].



ISBN: 978-612-45897-8-2



**PROMSEX**

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas