

✓ **La vigilancia ciudadana como ejemplo de ejercicio ciudadano de derechos**

La vigilancia ciudadana es uno de los ejercicios democráticos que está cambiando positivamente la vida política nacional e internacional, fortaleciendo la cultura democrática a partir de la participación ciudadana. Este ejercicio responde a la visión ampliada del poder, que permite reconocer que tenemos derecho a participar en el gobierno o gestión de lo público, dándole a quienes están a cargo un acompañamiento que les ayude a hacer mejor su labor. Si bien inicialmente se plantea como una forma de fiscalización o control, luego se va ampliando hacia la colaboración con una gestión transparente y participativa.

Recientemente, el Consorcio Juventud y País ha publicado el libro *Juventud y buen gobierno. Experiencias de vigilancia ciudadana promovidas por jóvenes en Piura, Lima, Ayacucho y Arequipa*, en el cual se describen las experiencias de grupos juveniles en el ejercicio de la vigilancia ciudadana, que es a la vez un derecho y un deber, y un mecanismo de participación orientado a velar por una gestión pública democrática, transparente y eficiente. De estas experiencias se ha podido identificar a las y los jóvenes como dinamizadores en el fortalecimiento de la democracia, lográndose los siguientes efectos:

- Mejorar la gestión pública.
- Favorecer la inclusión social.
- Lograr un reconocimiento social.
- Promover una ciudadanía activa.
- Fomentar el protagonismo social.
- Entrenar sus capacidades técnicas.
- Fortalecer el capital social juvenil.

8. SENTIDO DE NUESTRAS ACCIONES

Para finalizar esta reflexión, quisiera plantearles una última historia que nos interroga acerca del sentido de nuestra acción, de nuestra participación en la construcción de la sociedad en que vivimos.

En la construcción de un palacio había varios trabajadores, pero llamaba la atención que entre los albañiles podían observarse al menos tres formas de trabajar. Un visitante de la obra se dio cuenta de ello y se dedicó a interrogarlos individualmente.

Se acercó al primero, notándolo cansado e incluso fastidiado.

- Disculpe, señor, ¿qué es lo que está haciendo? –le preguntó.

- Estoy poniendo ladrillos, ¿acaso no lo ve? –le contestó este, algo molesto por la pregunta que parecía obvia.

La respuesta del segundo trabajador ante la misma pregunta fue distinta, empezando por su actitud que reflejaba satisfacción por lo que estaba haciendo.

- Estoy terminando de armar una pared.

Al aproximarse al tercer trabajador pudo notar en él un entusiasmo y alegría envidiables y contagiosos al mismo tiempo.

- Disculpe, señor, ¿qué es lo que está haciendo?

- ¡Estoy construyendo un palacio! –fue la respuesta.

**CIUDADANÍA Y SALUD:
ENTORNOS FAVORABLES PARA
LA PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
EN EL DESARROLLO DE SU SALUD SEXUAL
Y SU SALUD REPRODUCTIVA**

María Raguz

REDESS Jóvenes

REALIDAD DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA ADOLESCENTE EN EL PERÚ

- Como en otros países en desarrollo, el porcentaje de adolescentes con inicio sexual es mucho menor que en países desarrollados; sin embargo, duplicamos la proporción de adolescentes que tienen hijos¹. Según el re-análisis de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud-ENDES 2000², un 22% de nuestras adolescentes se ha iniciado sexualmente.
- La frecuencia de unión adolescente y temprana es el doble que en países desarrollados³ y se asocia a maternidad.
- El 13% de maternidad adolescente es de por sí preocupante, pero lo es más el que un 61% de adolescentes sexualmente activas ya son madres o están gestando, como muestra el re-análisis de las ENDES 2000.
- Sólo 39% de las adolescentes sexualmente activas usa métodos anticonceptivos (MAC), con alta discontinuación por embarazo o por efectos colaterales.
- El segundo método anticonceptivo más usado por las adolescentes es el ritmo, aunque 77% de ellas no identifique su ciclo fértil.
- Las adolescentes solteras usan más el ritmo; las alguna vez unidas la inyección.
- La Defensoría del Pueblo y organizaciones no gubernamentales han denunciado problemas de acceso a, y abastecimiento de, programas de planificación familiar (PF), particularmente para adolescentes.
- Las adolescentes tienen menos controles prenatales que las jóvenes y adultas, especialmente las de menor educación, las no unidas, las que no usaban métodos anticonceptivos y las que desconocían su ciclo menstrual.
- En el 2000, sólo 52% de partos adolescentes fue institucional⁴. No se tiene aún cifras para adolescentes en el 2004 pero ha mejorado el porcentaje de partos institucionales en mujeres en general, de 59% a 76%.

¹ Family Care International/IAG (1999). Hojas informativas.

² Raguz, M., op. cit., 2002.

³ Population Reference Bureau (2000). *The World Youth 2000*. WA: PRB.

⁴ Aliaga, M. (2002). *Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materno-infantil en madres de 15 a 19 y de 25 a 29 años*. Lima: INEI y DHS Macro Internacional, documento 14.

⁵ Calle, C. *Presentación de lineamientos de política en salud del adolescente*. Taller de la RedSIDA. Propuesta de una política pública de promoción de una vida sexual saludable. Lima, noviembre 11, 2004.

- La mortalidad materna adolescente en el Perú es de las más altas de la región (362 x 100,000 en 1996; 220 x 100,000 en 2004), particularmente en adolescentes en exclusión y pobreza. El Ministerio de Salud (MINSA) reporta, en el 2004, que una de cada seis muertes maternas ocurre en adolescentes⁵.
- La mortalidad materna adolescente más que duplica la de mujeres de 20 a 35 años, cosa que no sucede o no es tan marcada en muchos otros países de las Américas⁶.
- Una de cada diez muertes maternas adolescentes es por hemorragia, hipertensión, aborto o infección.
- Se estima que al menos 20% de la mortalidad materna adolescente se debe a abortos inseguros, especialmente en adolescentes en pobreza, rurales y excluidas. Un 25% de las mujeres hospitalizadas por aborto incompleto está conformado por adolescentes. De cada 100 embarazos se producen 35 abortos en el país y uno de cada tres abortos es en adolescentes⁷. El MINSA reporta que durante el 2003 se atendieron en sus hospitales 30,000 adolescentes con abortos complicados y para el 2004 el número se estimaba en 49,000. 14% de los abortos en los servicios corresponde a adolescentes⁸.
- El aborto inseguro, asociado a clandestinidad, está entre las dos primeras causas de muerte materna, sobre todo en mujeres en pobreza.
- Perú es parte del 10% de países en el mundo con medianas o fuertes restricciones al aborto, pero tiene una de las más altas estimaciones de aborto y mortalidad materna en las Américas.
- Como en todos los países de las Américas, el VIH/SIDA se adquiere en la adolescencia y la juventud, aunque se manifiesta después⁹; la mitad de los casos acumulados de SIDA en el Perú son menores de 31 años; por cada tres hombres jóvenes VIH hay una mujer, siguiendo el patrón internacional de feminización del SIDA. En el 2004 MINSA reporta un aumento del VIH en adolescentes¹⁰.
- En el 2000, el SIDA constituía la tercera causa de muerte de nuestros jóvenes entre 25 y 29 años y la tasa era de 1,8 casos por cada cien mil jóvenes de 15 a 25 años. Aunque Colombia, Argentina y Brasil tienen incidencias mucho mayores, estamos peor que Bolivia, Chile y Ecuador¹¹. La mayor incidencia se da en Lima y Callao, con 71% de casos acumulados; pero Ica, Loreto, La Libertad, Ancash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque ya evidencian estimaciones importantes.
- A nivel promedio nacional, ya sólo 12% de las adolescentes no ha oído hablar de SIDA, pero incluso entre las que sí saben que existe, un 28% no sabe cómo evitarlo. El uso del condón, siquiera como anticonceptivo, en adolescentes sexualmente activas no llega al 1%; no tenemos cifras de uso en varones. A ello se suma el uso inconsistente a través de parejas o con la pareja, y el mal uso, así como problemas de género en la negociación de protección, incluyendo la violencia, pero también la confianza y el amor por la pareja que dan falsa seguridad o no permiten enfrentar los posibles riesgos.
- En el 2004 el MINSA reportaba que más del 70% de casos de violencia sexual correspondía a adolescentes mujeres y que 60% de los embarazos adolescentes se originaba por violencia sexual¹².

Es importante recalcar que las desigualdades sociales y económicas existentes en el país impactan a, y son impactadas por, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes. Algunas evidencias de estas brechas son:

⁵ Calle, C. Presentación de lineamientos de política en salud del adolescente. Taller de la RedSIDA. Propuesta de una política pública de promoción de una vida sexual saludable. Lima, noviembre 11, 2004.

⁶ Guzmán, J.M.; Hakkert, R.; Contreras, J.M.; Falcone, M. *Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe*. México: UNFPA, 2001.

⁷ Ferrando, D. *El aborto clandestino en el Perú: Hechos y cifras*. Lima: Flora Tristán y Pathfinder International, 2004.

⁸ Calle, C., *op. cit.*

⁹ Guzmán, J.M. y col., *op. cit.*

¹⁰ Calle, C., *op. cit.*

¹¹ INEI y UNFPA. *Estado de la población peruana 2003*. Lima, agosto 2003.

¹² Calle, C., *op. cit.*

- El inicio sexual, la unión y la maternidad tempranas, antes de los 15 años, son más frecuentes a mayor pobreza y exclusión.
- La maternidad adolescente es casi cuatro veces mayor en adolescentes sin educación (37%) que con secundaria (10%).
- La maternidad rural adolescente duplica a la urbana; en jóvenes de 15 a 24 años la brecha representa el triple: de 8 a 21%¹³.
- La maternidad adolescente en la selva (26%) es mucho mayor que en la sierra (15%) y ambas son mayores que en la costa (8,5%).
- Las brechas en maternidad adolescente no se deben a un mayor deseo de ser madres en adolescentes rurales, de la selva o sierra, o con menor educación o alfabetismo, sino a la menor posibilidad de cumplir con sus intenciones reproductivas.
- Un 75% de nuestras adolescentes, sin distinción de condiciones sociales y de desarrollo, manifiestan no querer tener hijos en los próximos dos años.
- Un 56% de adolescentes madres hubiera preferido el embarazo después o nunca. Este es un promedio nacional, pero, por ejemplo, en Cuzco, el porcentaje de adolescentes gestantes que no desea ese embarazo sube a 78%.
- Sólo 4% de todas las adolescentes solteras usa métodos anticonceptivos, especialmente, el ritmo, pero 77% de todas las adolescentes no identifica su ciclo fértil (88% en Cajamarca, 94% en Huancavelica).
- Sólo 43% de todas las adolescentes sexualmente activas usa métodos anticonceptivos, pero el porcentaje baja a 23% en Amazonas, a 25% en Puno, a 29% en Áncash. En Lima representa el 35%, mientras que en Lambayeque sube a 76%.
- Casi un tercio de las usuarias discontinúa sus métodos anticonceptivos, especialmente el ritmo y el condón, seguidos del inyectable y la píldora, mayormente por embarazo no deseado (23%), aunque también por efectos colaterales (18%). En Puno el abandono de métodos anticonceptivos por embarazo no deseado llega a 54% y en Amazonas a 50%.
- El 85% de adolescentes accede a menos controles prenatales, especialmente las de menor educación, las no unidas, las que no usaban métodos anticonceptivos y las que desconocían su ciclo menstrual.
- Las adolescentes rurales y con menor educación saben menos del VIH y SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS): saben menos que existen, cómo se previenen, que el condón ofrece protección, dónde conseguir el condón. Las y los adolescentes en mayor pobreza y exclusión tienen menos posibilidades de acceso a tratamiento, lo que se espera pueda ser afrontado por diversas iniciativas en curso desarrolladas por instituciones privadas y los nuevos marcos legales. Sin embargo, no sólo se trata de voluntad política y legislaciones, sino de asignación de fondos y recursos, lo que constituye un reto para el país.

¹³ CONAJU. Juventud peruana en cifras: 2002. Lima, 2003.

MATERNIDAD ADOLESCENTE (M. Raguz. *Mapeo de la salud sexual y reproductiva adolescente: relevando las brechas y diversidad en el Perú*. De próxima publicación por el Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo. Lima, 2005).

Ámbito	Todas	Sex Inic	Gest %	Gest Sex Inic	18-19	15-17	Antes	Ningun Hijo	En Gest
PERÚ	10,6	48,0	2,1	13,2	3,4	7,7	0,9	76,1	64
AMAZONAS	21,5	61,9	7,8	23,8	3,6	16,5	1,6	79,4	50
ÁNCASH	15,0	67,4	3,5	16,3	4,9	10,8	0,5	70,0	50
APURÍMAC	17,0	66,6	1,7	6,7	5,6	11,2	0,0	85,0	100
AREQUIPA	8,0	43,6	2,3	12,8	2,1	5,8	0,5	77,8	60
AYACUCHO	18,0	68,0	4,3	16,0	5,8	12,9	3,3	68,5	75
CAJAMARCA	17,0	53,2	2,7	8,5	4,3	14,3	1,6	52,5	63
CUZCO	15,5	54,7	4,4	15,6	7,6	15,3	0,5	95,0	78
HUANCAVELICA	18,7	60,9	5,3	17,4	6,1	13,6	1,5	81,0	75
HUÁNUCO	17,4	48,0	3,9	11,1	2,4	15,9	2,4	79,2	100
ICA	7,8	19,7	1,2	3,0	3,8	2,8	1,2	81,4	33
JUNÍN	8,5	40,0	1,4	6,7	2,8	6,0	0,8	71,7	33
LA LIBERTAD	7,6	38,3	1,7	8,3	3,0	5,3	0,0	65,0	20
LAMBAYEQUE	8,0	45,1	2,9	15,7	2,4	6,4	0,0	77,5	86
LIMA	6,0	38,8	2,4	15,4	2,6	3,5	0,5	77,5	67
LORETO	26,0	43,2	9,3	15,2	5,5	29,8	3,9	66,2	56
MADRE DE DIOS	17,0	40,0	7,7	20,0	5,6	11,1	0,0	75,0	---
MOQUEGUA	7,0	40,0	0,0	0,0	3,7	3,7	0,0	67,0	---
PASCO	11,0	50,0	0,0	0,0	1,7	8,0	1,0	76,0	---
PIURA	7,0	50,0	2,7	19,6	2,0	5,0	0,0	58,3	---
PUNO	9,8	55,5	3,1	17,8	3,4	6,8	0,4	76,4	67
SAN MARTÍN	19,4	52,0	3,0	8,0	4,5	15,5	3,6	75,6	67
TACNA	6,4	36,4	1,6	9,1	3,6	5,4	0,0	67,7	100
TUMBES	8,2	50,0	4,0	25,0	2,2	8,7	0,0	72,9	50
UCAYALI	25,0	40,0	4,7	8,0	2,5	17,5	5,0	60,5	75