

PARTICIPACIÓN JUVENIL EN SU PROPIA SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

¿Qué significa la participación de adolescentes y jóvenes en lo que concierne a su propia sexualidad y reproducción?

La ciudadanía suele equipararse a una activa participación de las personas y organizaciones de la sociedad en la defensa de los derechos humanos en general o de poblaciones específicas. En cuanto a la participación ciudadana de adolescentes y jóvenes, el Programa de Acción de la CIPD contempla el objetivo de *satisfacer las necesidades especiales en materia de participación en el proceso político* (PoA 6.7b) y plantea la medida de *garantizar su integración y participación en todas las esferas de la sociedad, en particular en el proceso político* (PoA 6.13). Más aún, adopta la medida 6.15, que sostiene que *los jóvenes deben 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 de información, educación y comunicación y los servicios relativos a su salud reproductiva y sexual, incluyendo la prevención de embarazos tempranos, la educación sexual y la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades sexualmente transmitidas. Se debe garantizar el acceso a estos servicios, así como la confidencialidad y privacidad de estos con el apoyo y orientación de los padres y en conformidad con la Convención de los Derechos del Niño*³⁰. En **Cairo Más Cinco**, las Medidas Clave retoman también la participación adolescente en varios de sus acuerdos:

- El párrafo 35b se refiere a *asegurar un activo involucramiento y participación de la juventud en los programas de educación en población y salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, para asegurar su sostenibilidad, mayor cobertura y efectividad.*
- El párrafo 21b señala que *la juventud debe ser plenamente involucrada en el diseño, implementación y evaluación de programas y planes de educación, generación de oportunidades de empleo, capacitación, servicios de salud, incluyendo los relacionados con la salud sexual y reproductiva, y se alude también a promover el diálogo intergeneracional.*
- En el párrafo 52c se estipula que *los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, incluyendo organizaciones no gubernamentales, donantes y el sistema de Naciones Unidas, deben comprometer a todos los sectores relevantes, incluyendo organizaciones no gubernamentales, en especial organizaciones de mujeres y de jóvenes y sociedades profesionales, a través de un proceso participativo, en el diseño, la implementación, el asegurar la calidad, el monitoreo y evaluación de políticas y programas, para asegurar que la información y servicios de salud sexual y reproductiva respondan a las necesidades de las personas y respeten sus derechos humanos, incluyendo el derecho a acceder a servicios de calidad.*
- El párrafo 73c afirma que *los adolescentes y jóvenes mismos deben estar plenamente involucrados en el diseño e implementación de la información y los servicios relacionados con las áreas de relaciones de género e igualdad, violencia contra los adolescentes, comportamiento sexual responsable, prácticas responsables de planificación familiar, vida familiar, salud reproductiva, enfermedades transmitidas sexualmente, infección VIH y prevención del SIDA, teniendo en cuenta la orientación parental y las responsabilidades de los padres y con especial atención a los jóvenes en vulnerabilidad o desventaja.*

Por su parte, la **Plataforma de Acción** y la **Declaración de Beijing** también comprometen moralmente a los Estados Miembros, en el párrafo 34, a *garantizar la plena participación de mujeres y niñas de todas las edades, en condiciones de igualdad, en la construcción de un mundo mejor y promover su papel en el proceso de desarrollo.*

³⁰ La traducción al español que se difunde no se ajusta exactamente a la versión original aprobada en inglés, por lo que aquí se usa la transcripción literal.

Igualmente, el Plan de Acción de la Infancia y la Declaración de VIH/SIDA, como se señaló al inicio de este documento, enfatizan la participación de niños, niñas y adolescentes, pero la condicionan a niveles de madurez.

El ForoSalud de Perú señala que la participación ciudadana es un derecho que el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas** definió hace tiempo como un aspecto fundamental para el acceso a la salud, apostando por una sociedad civil, democrática y vigilante, que participa en la toma de decisiones, por ejemplo en salud, con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, fiscalización del ejercicio de la función pública y exigibilidad de derechos³¹. Quizás el aspecto clave de la participación juvenil se da en tener una **injerencia real sobre las políticas, planes y programas** que afectan su salud sexual y su salud reproductiva. La sexualidad es, justamente, el aspecto de mayor intimidad y privacidad; controlar el cuerpo y la sexualidad de una persona es controlar su vida. La juventud exige hoy ser vista no como un problema sino como parte de la solución a problemas; exige ser reconocida no sólo como el futuro del país, sino como su presente.

¿Pero qué tanto participan los jóvenes? ¿Quiénes participan? ¿Quiénes se irrogan su representatividad? ¿Qué tanto se toma en cuenta la diversidad de la juventud peruana y la interculturalidad? ¿Quiénes deciden por ellos? ¿Qué tanto se escucha su voz? ¿Qué tanto se cumplen los acuerdos internacionales vinculantes, obligatorios legalmente, como la Convención de Derechos del Niño, y los moralmente vinculantes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 1994 conocida como Cairo, o la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de la Mujer 1995, conocida como Beijing, y sus posteriores seguimientos, así como los marcos jurídico-legales a nivel nacional?

No sólo se trata de desconocimiento de estos acuerdos o de falta de recursos para las acciones encaminadas a asegurar el máximo grado posible de salud sexual y reproductiva, sino que hay un abierto irrespeto de los compromisos en la falta de voluntad política, en incumplir lo que los gobiernos de Fujimori, Paniagua y Toledo, como jefes de Estado, han adscrito internacionalmente con relación a los derechos sexuales y reproductivos, mayormente por presiones de sectores conservadores y altas jerarquías eclesiásticas; como se hizo patente en las políticas de salud, de familia, infancia y adolescencia, y de igualdad de oportunidades en el Acuerdo Nacional. Términos como “derechos reproductivos” y, peor aún, “derechos sexuales”, “salud sexual y reproductiva”, “equidad de género” o “participación juvenil”, fueron quedando excluidos de los documentos de consenso. Las reformas y reestructuración de los programas sectoriales fueron, también, dejando de lado los términos clave en derechos sexuales y reproductivos adolescentes; mientras que los esfuerzos aislados de algún ministro o ministra o congresista fueron y siguen siendo fuertemente combatidos desde posiciones de poder de autoridades conservadoras, incluso yendo contra las protestas de las organizaciones no gubernamentales y los contra-argumentos de las sociedades profesionales o de organismos internacionales, como la OMS.

El informe de país hecho en el 2003 sobre los avances respecto de Cairo documenta claramente que si bien desde mediados de los noventa en adelante se hicieron notables progresos, bajo el gabinete de Solari hubo un marcado retroceso en derechos sexuales y reproductivos, en especial, de adolescentes, y en equidad de género en el país; y aunque el Estado asumía el compromiso de retomar estos derechos, seguimos viendo que los esfuerzos del MINSA son boicoteados; que el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) ha

³¹ ForoSalud. Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud. II Conferencia Nacional de Salud: Declaración Política. Lima: ForoSalud, 2004, p. 10.

dejado de priorizar el desarrollo de la mujer y su preocupación central es la familia; que el Ministerio de Educación (MINDE) sigue sin la suficiente voluntad política y asignación de recursos para retomar un Programa Nacional de Educación Sexual; que el SIDA se ve hoy fragmentado de la salud sexual y reproductiva y el lenguaje de derechos sexuales no está todo lo presente que debería, con un apoyo del Fondo Global condicionado por la administración Bush a promocionar la abstinencia en la juventud, no como una opción personal válida, sino como la única forma de total protección.

El rol de la vigilancia ciudadana es clave y la juventud tiene un papel preponderante en este sentido. Así, una reciente evaluación de las Naciones Unidas³² concluye que aunque al 2001 69% de los países habían establecido políticas y programas para abordar el problema de la salud sexual y reproductiva adolescente, los avances eran sumamente dispares y, para el 2004, con la cuarta parte de las personas en pobreza en el mundo siendo jóvenes, en los países pobres sigue en aumento la población juvenil, con las niñas teniendo todavía menor acceso a la educación, con un menor uso anticonceptivo y menor acceso a servicios de salud, resultando en más embarazos tempranos y matrimonios tempranos en jóvenes con menor educación y en mayor pobreza. La pubertad se ha adelantado y en general se están realizando uniones más tempranas, pero los matrimonios son más tardíos, habiendo, así, una amplia ventana de oportunidad de la llamada actividad sexual “premarital”.

En países en desarrollo, una de cada tres mujeres es madre antes de los 20 años, llegando, en algunas regiones del mundo, a tener madres adolescentes en más de la mitad de su población femenina. El embarazo es la principal causa de muerte en las adolescentes y se estiman unos 20 millones de abortos anuales en adolescentes. Cada 14 segundos se infecta con VIH una persona joven y, en muchos lugares, las jóvenes con VIH/SIDA son varias veces más que los jóvenes. La mayoría de los jóvenes viviendo con VIH no sabe que tiene la infección. Más de 100 millones de jóvenes adquieren una ITS cada año. Muchas jóvenes no están en condición de negociar protección sexual con su pareja o sufren violencia. Las adolescentes casadas parecen tener riesgos especiales, sobre todo cuando hay una importante diferencia de edad con la pareja.

Otra evaluación reciente, hecha por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), concluye que *no se ha prestado suficiente atención a las políticas, los procesos y la utilización estratégica de enfoques basados en los derechos humanos y sensibles a cuestiones de género, y que, aunque ofrecer servicios acogedores para jóvenes e información apropiada demostradamente promueve comportamientos sexuales más saludables, las acciones no han llegado a quienes más las necesitan. Adicionalmente, se ha visto la necesidad de institucionalizar la participación juvenil en la formulación de políticas y programas*³³, particularmente en aquellos que impactan su salud y desarrollo.

Los compromisos asumidos en conferencias internacionales, al derivarse de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y resultar del consenso de una pluralidad de culturas y creencias de los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, representan una ética universal que permite abordar el tema de la diversidad cultural. Según Paul Hunt, relator especial ante la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, a comienzos del 2004, *la salud sexual y reproductiva se cuenta entre las más sensibles y controvertidas cuestiones del derecho humanitario internacional, y también entre las más importantes*³⁴.

³² Naciones Unidas. Examen y evaluación de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción de la CIPD. Informe de 2004. Nueva York: UN, 2004, p. 24.

³³ UNFPA. Estado de la población mundial 2004. Nueva York, 2004, pp. 73-79.

³⁴ Hunt, P., op. cit.

Al cumplirse en el 2004 los diez años de la realización de la CIPD, teniéndose un contexto adverso con la posición conservadora de la administración Bush y la circunstancial alianza de los fundamentalismos religiosos, se decidió no reabrir Cairo a una negociación, por temor a retroceder en lo ya consensuado. Las presiones conservadoras no sólo se ejercían en América Latina y países con fuerte dependencia de la ayuda norteamericana. También grupos conservadores o reaccionarios ejercían fuerte presión sobre la Unión Europea para que no financie a organismos que buscaban la implementación de la CIPD, como UNFPA o IPPF³⁵.

Pero las reuniones conmemorativas de los diez años de la CIPD dejaron a la delegación Bush prácticamente aislada y ratificaron el consenso de Cairo. Lo mismo sucedió en la reunión de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), donde 36 países aprobaron una declaración y sólo EE.UU. se opuso. Este aislamiento en parte podría deberse a que esta delegación se negaba a firmar diversos acuerdos internacionales en temas de ecología y ambiente, armas, leva de menores, y otros, así como en su posición frente a la lucha contra el terror. La casi totalidad de Estados Miembros de las Naciones Unidas han reiterado en diversos eventos internacionales y regionales su compromiso con el Programa de Acción de Cairo. Los compromisos de la CIPD han sido ratificados este año:

- En la Resolución 2004/2 de la Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas³⁶, en mayo del 2004, reiterando la urgencia de voluntad política de todos los gobiernos de movilización de asistencia internacional; instando a los países donantes al cumplimiento de compromisos de asistencia oficial, y subrayando la importancia de las asociaciones entre gobiernos y sociedad civil.
- En la Consulta Global de Alto Nivel vinculando el VIH/SIDA con la salud sexual y reproductiva, acordándose un Compromiso de Acción, el cual se adoptó después en la XV Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok, en julio del 2004.

A nivel regional de las Américas, la CIPD se ha ratificado en la Reunión del Comité Especial de Cooperación y Desarrollo para el Caribe³⁷, realizada por la CEPAL en Puerto España en noviembre del 2003, con los 20 países y territorios de esa región; y en Santiago de Chile, en marzo del 2004, donde se firmó la Declaración de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL³⁸. En esta Declaración, 39 Estados Miembros de América Latina y el Caribe, salvo EE.UU., no sólo ratificaron Cairo y las Medidas Clave (PoA I), sino que se comprometieron a:

- (...) reconocer, promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, salvaguardando el derecho de adolescentes y jóvenes a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas (PoA 4.5).
- Incorporar en el marco de las reformas del sector salud políticas públicas que promuevan el ejercicio de los derechos reproductivos y aseguren la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva que procuren asegurar el acceso universal a la variedad más amplia posible de métodos de planificación familiar; procurar asegurar la expansión de la atención integral de salud sexual y reproductiva de calidad, en particular, para los sectores más pobres, los pueblos indígenas y para los sectores excluidos en razón de su etnia, edad o condición social (PoA. 4.9).

³⁵ Bergman, Y., op. cit., p. 11.

³⁶ Ibid., pp. 63-66.

³⁷ Ibid., pp. 53.

³⁸ Ibid., pp. 55-62.

- Redoblar los esfuerzos para reducir la morbilidad y mortalidad maternas y neonatales, a través de los servicios básicos y la atención integral de la salud reproductiva, tomando en consideración la multiplicidad de los factores causales...incluidas la falta de acceso a la planificación familiar y una adecuada atención obstétrica básica, y los aludidos en el párrafo 63 de las Medidas Clave (PoA 4.11).
- Profundizar los esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, en el contexto de la salud sexual y reproductiva...Garantizar el acceso de los y las jóvenes y adultos a la información, la educación y los servicios para desarrollar las habilidades para prevenir la infección de VIH; proporcionar, en lo posible, el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento gratuito de las personas que viven con VIH/SIDA, asegurando su intimidad, confidencialidad y no discriminación (PoA 4.10).

En esta reunión participó una importante delegación de jóvenes de 26 países, que presentaron también una declaración, la **Declaración de Jóvenes de América Latina y El Caribe en Santiago**, la cual reafirma Cairo y exige, entre otros puntos:

- Inalienabilidad de derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes.
- Disminuir las infecciones VIH en jóvenes.
- Educación sexual e información integral sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, laica, científica, libre de prejuicios, amigable y sensible a la diversidad de vidas.
- Acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva confidenciales, con privacidad y respeto a autonomía en toma de decisiones.

La Declaración de Santiago fue respaldada en la Resolución Aprobada por Consenso por el Comité Especial de Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL en San Juan, Puerto Rico, en junio-julio del 2004³⁹, expresándose que la CEPAL *hace suya esta Declaración e insta a los países de la región a intensificar sus esfuerzos para seguir implementando tanto el Programa como las Medidas Clave* (PoA 1).

Con ocasión de la 59 Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 250 líderes del mundo firmaron una Declaración en la que hacen un llamado a la comunidad, los gobiernos nacionales y las organizaciones privadas filantrópicas a priorizar y dar fondos para el Programa de Acción de la CIPD, reafirmando su apoyo y adhesión a la visión de Cairo. Entre los firmantes figuran 85 jefes de Estado, como los de Gran Bretaña, Canadá, Siria, Francia, México, Ruanda, Japón, Polonia, Botswana, Alemania, Tailandia, Perú, China, Bangladesh, Pakistán, los ex presidentes de EE.UU. Bill Clinton y Jimmy Carter, el ex presidente de Costa Rica Óscar Arias, y la ex primera ministra de Noruega Harlem Brundtland, así como premios Nóbel como Desmond Tutu y Nadine Gordimer.

El 14 de octubre del 2004, en el marco de la mencionada sesión de la Asamblea General, se llevó a cabo la reunión denominada “Reafirmando el apoyo a las metas de población y desarrollo”, en conmemoración del décimo aniversario de la CIPD, reconociéndose que ha habido progreso pero que ha sido errático, debido a limitaciones en el financiamiento y la mayor pobreza en el mundo en desarrollo. Se reconoció asimismo que la aceleración de la implementación del Plan de Acción de Cairo contribuiría directamente al logro de las Metas de Desarrollo del Milenio, especialmente en lo concerniente a la reducción de la pobreza, el hambre, la salud pobre, el VIH/SIDA y la inequidad de género.

³⁹ *Ibíd*, pp. 67-70.

Setenta oradores dieron sus declaraciones oficiales, destacándose aspectos como el de las mejoras en salud reproductiva en términos de anticoncepción, el haber desarrollado estrategias nacionales contra el VIH/SIDA y el haber integrado temas de población en políticas de desarrollo y estrategias de reducción de la pobreza. Entre los grandes retos pendientes, la representante holandesa –a nombre de la Unión Europea– resaltó la alta mortalidad materna y el drama del VIH/SIDA, este último básicamente por transmisión sexual que podría fácilmente evitarse con el acceso al condón e información confiable. La representante de la Comunidad Caribeña resaltó el enfoque de la salud basado en los derechos humanos y la efectividad de los programas de educación en salud reproductiva y género, pero remarcó las preocupaciones respecto al VIH/SIDA, a la promoción y defensa de los derechos de niñas, adolescentes y mujeres, y el acceso de la gente joven a la educación y servicios de salud reproductiva⁴⁰.

Varios países señalaron explícitamente que sus constituciones reconocen y protegen la salud reproductiva, como Sudáfrica, que garantiza la libertad reproductiva de la pareja, y Paraguay, donde hay un Plan de Salud Sexual; o que tienen leyes que protegen los derechos reproductivos, como Kazajistán, o la salud sexual y la planificación familiar, como Cambodia y Argentina. Varios hablaron del acceso de adolescentes a servicios de salud reproductiva, como Sri Lanka o Bangladesh. Otros, como China, Senegal y Malawi, reconocieron limitaciones de los adolescentes al acceso, sobre todo, a anticoncepción y servicios de salud reproductiva. Algunos países resaltaron los contextos conservadores que dificultan los programas, como Egipto, Indonesia o India.

La ministra de Suecia hizo hincapié en el hecho de que ahora estén en agenda internacional los derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad adolescente, la violencia de género y prácticas tradicionales dañinas. Y añadió que la gente joven debe tener los medios para protegerse del embarazo no deseado y de las ITS, y que los condones deben estar ampliamente disponibles, contra los falsos rumores de los pro-vida con el Vaticano; señaló también que en el uso del condón era esencial la responsabilidad masculina y la igualdad de género, y que todas las personas deberían poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y de los mismos derechos sexuales y reproductivos. Afirmó, asimismo, que demasiados actores promueven la abstinencia, que para temas de democracia, integración e igualdad de género no funciona, y que lo que la gente joven necesita es educación sexual, condones y otros anticonceptivos.

La representante de Canadá subrayó cuán deplorable era que en muchas partes del mundo no se estén satisfaciendo las necesidades más básicas de salud reproductiva de la población, en especial de mujeres y adolescentes y llamó también a coordinar esfuerzos en salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA. El representante de Suiza enfatizó la noción de derechos reproductivos y salud reproductiva y habló del derecho y la responsabilidad del individuo para usar anticonceptivos y para planificar la familia, pero señaló que el acceso a servicios y anticonceptivos aún no está asegurado en el mundo, especialmente para la gente joven.

El embajador de Noruega también mostró su preocupación por la vulnerabilidad de la gente joven y por los derechos sexuales y reproductivos. El representante del Reino Unido insistió en que la salud y derechos sexuales de los adolescentes requieren especial atención en vista del SIDA y la mortalidad materna, y en que todos deben tener acceso a mejor información, educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva. El embajador de EE.UU. dijo que su país venía avanzando las metas de Cairo en varios frentes, a través de programas de educación y participación política de las mujeres y mayor equidad de género –especialmente a través de programas de microempresa–, y que ha sido el mayor donante en asistencia en salud, incluyendo

⁴⁰ <http://www.un.org/Nes/Press/doc/2004/ga10277.doc.htm>

planificación familiar y programas de salud reproductiva y en VIH/SIDA⁴¹, señalando que, a este respecto, su país alienta la abstinencia y fidelidad. Afirmó que continúa el apoyo de EE.UU. a la CIPD y que su preocupación fundamental en el sentido de que el Programa de Acción no estuviese promoviendo el aborto se había aplacado con las reiteradas manifestaciones de los países en las reuniones de revisión del proceso⁴². Cabe señalar que un día antes de esta Asamblea, en la declaración de apoyo a la CIPD firmada por 250 líderes del mundo, EE.UU. reclamó que la declaración incluyera el término “derechos sexuales”.

Uruguay habló de educación sexual para adolescentes planteando que se adopten decisiones informadas. Armenia resaltó su Programa Nacional de Salud Reproductiva con educación en salud reproductiva para gente joven. Tailandia habló de la especial vulnerabilidad de los jóvenes al SIDA. Varios países no aludieron explícitamente al tema de la salud reproductiva adolescente, aunque sí hablaron del SIDA o del empoderamiento de la mujer o de la niña, o de derechos reproductivos en general, como Perú, Botswana, Guyana, México, Honduras, Nueva Zelanda, Venezuela, Panamá, Malasia, Irán, Ghana, Togo, Túnez, Nepal, Azerbaijan, Georgia o Siria. Por su parte Maldivas, Ecuador, Mongolia, Etiopía, los Emiratos Árabes Unidos, Viet Nam y Korea no tocaron el tema de salud reproductiva en absoluto.

Dinamarca habló de salud y derechos sexuales y reproductivos y de poner el foco en los adolescentes, aunque como temas separados. Jamaica habló de SIDA y mortalidad materna, y de políticas de juventud en general. El Salvador sólo habló de empoderamiento de la mujer. Filipinas habló del respeto a la vida del no nacido. Nicaragua expresó su aceptación de los conceptos de derechos reproductivos y salud reproductiva, enfatizando que no incluye al aborto entre esos derechos, pero reafirmó su compromiso con el derecho a la vida desde la concepción. El Vaticano insistió en una libertad personal responsable, la libertad de esposo y esposa de decidir el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, la protección de la familia y la responsabilidad de los padres de guiar a la gente joven a una comprensión más profunda de su propia dignidad y potencial.

El presidente de la Unión Europea señaló que se han hecho progresos hacia el acceso universal de los servicios de salud reproductiva con muchos países mejorando la calidad de los servicios, ampliando las elecciones anticonceptivas y respondiendo mejor a las necesidades y deseos de los usuarios, por lo que la anticoncepción moderna ha aumentado y la fertilidad global ha disminuido, reduciéndose la tasa de crecimiento poblacional anual, con beneficios claros para el desarrollo sustentable y la reducción de la pobreza. La mayoría de países en desarrollo ha integrado preocupaciones por la población en sus políticas y estrategias de desarrollo, siendo conscientes de la relación entre población y pobreza. Tres cuartas partes de los países han desarrollado estrategias contra el VIH/SIDA y se han establecido alianzas entre los sectores público y privado con un reconocimiento del trabajo de las organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, agregó, la mortalidad materna sigue muy alta y las complicaciones del embarazo o parto son la principal causa de muerte en mujeres de países en desarrollo, con los abortos inseguros contribuyendo a la muerte materna, en especial de las mujeres pobres, rurales y jóvenes.

Siguiendo con su intervención, el presidente de la Unión Europea señaló que el acceso femenino a la atención de calidad, requiere del empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades y de un sentido de responsabilidad compartida con relación al embarazo. A ello se suma la necesidad de sistemas de salud adecuados y sistemas de referencia. Se ha más que duplicado el número de personas con VIH/SIDA, siendo mayormente infecciones transmitidas sexualmente, que podrían haberse evitado con el uso del condón y la

⁴¹ <http://www.un.org/News/Press/docs/2004/ga10277.doc.htm>

⁴² http://www.ippfwhr.org/publications/suscribe_s.asp#novedades, 25 de octubre de 2004.

provisión de servicios de salud reproductiva integrales y universales. Los jóvenes constituyen uno de los grupos en mayor vulnerabilidad de VIH y requieren servicios adecuados de salud sexual y reproductiva que reconozcan plenamente sus derechos y se adecuen a sus diversas realidades. Se tiene la mayor generación joven de la historia, un billón entre 15 y 25 años, en especial riesgo, ya que el VIH/SIDA se está dando en jóvenes, en la mitad de casos nuevos. No sólo se trata de su derecho a la información, sino de su derecho a la sobrevivencia⁴³.

En este contexto, en el 2004 se ha formado una coalición internacional de organizaciones de salud y derechos sexuales y reproductivos que desarrolla actividades lideradas por organizaciones no gubernamentales, para revigorizar los compromisos con Cairo y avanzar globalmente hacia la consecución de sus metas, así como relacionar los objetivos de la CIPD con las Metas del Milenio. Esta iniciativa, llamada **Countdown 2015 o Cuenta Regresiva 2015: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para Todos**, fue gestada por Family Care Internacional, IPPF y Population Action Internacional y ahora cuenta con el apoyo de una amplia gama de organizaciones no gubernamentales, donantes, agencias de las Naciones Unidas y de gobiernos.

Ya se han realizado algunas reuniones regionales pero la central ha sido la mesa redonda global “Cuenta Regresiva 2015: Salud y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas” realizada en Londres, en agosto-setiembre del 2004, con representantes de 109 países: parlamentarios, redes juveniles, organizaciones no gubernamentales, de mujeres y comunitarias, periodistas y organismos cooperantes que se reunieron para celebrar el décimo aniversario de la CIPD, reconocer el progreso alcanzado y los aprendizajes hechos y para diseñar estrategias para los próximos diez años. En la reunión se aprobó una Declaración⁴⁴, reafirmando los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, suscribiendo la igualdad de género, el empoderamiento de los mujeres y la justicia social, y explicitando que:

- *El principal objetivo de El Cairo es el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas al año 2015.*
- *Creemos que la gente joven, así como las y los adolescentes, y no solamente las personas adultas, tienen el derecho de tomar decisiones libres e informadas, respecto de sus vidas sexuales y reproductivas (p. 1).*
- *Queremos un mundo...:*
 - En el que los gobiernos garanticen los derechos de las personas independientemente de su edad, orígenes étnicos, razas, capacidades físicas y mentales, estatus indígena, situación respecto del VIH, identidad de género u orientación sexual⁴⁵; en donde los gobiernos decidan las políticas con base en principios laicos y plurales; y en donde el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil sea apoyado, respetando su autonomía y estableciendo verdaderas alianzas.
 - En donde los y las jóvenes tengan un entorno que los apoye, en el cual puedan ejercer sus derechos humanos y convertirse en ciudadanas y ciudadanos activos; y en donde todas y todos los adolescentes tengan acceso a una educación completa en sexualidad, tanto dentro como fuera de la escuela.
 - En donde todas las personas tengan acceso a los servicios sociales, de salud y educación que necesiten...

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Countdown 2015. Global Roundtable Declaration: Health and hope, rights and responsibilities. Londres: IPPF, 2004.

⁴⁵ El tema de la orientación sexual o diversidad sexual no logra insertarse en las conferencias internacionales, aun cuando las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero (LGBT) sufren persecución y violencia. Por ejemplo, 90 países prohíben el sexo entre adultos del mismo sexo; en Afganistán, tres hombres sentenciados por homosexualidad (sodomía) fueron castigados siendo aplastados contra una pared por un bulldozer; en Brasil entre 1980 y 2000, dos mil personas LGBT fueron asesinadas, muchas con participación de la policía; en India se arresta a los homosexuales que caminan por la calle (Bergman, Y., op. cit., p. 95).

- En donde los sistemas de salud estén bien financiados y dotados de personal, y que respondan a las necesidades de la gente; y en donde todos los servicios de salud respeten la confidencialidad y la privacidad⁴⁶.
- En donde las mujeres y niñas no mueran al dar a luz o durante el embarazo; en donde ellas tengan acceso al aborto seguro y legalizado; y en donde las mujeres y los hombres puedan decidir libre y responsablemente si desean tener hijos y cuándo desean tenerlos.
- En donde todas las personas tengan acceso a información sin censura y que sea precisa desde el punto de vista médico, así como a los medios para prevenir la infección por VIH y para el tratamiento del VIH/SIDA; en donde las intervenciones de VIH estén integradas dentro de los programas de salud sexual y reproductiva; y en donde medicamentos accesibles en precio, estén disponibles para toda aquella persona que los necesite.
- En donde el placer sea reconocido como parte de una vida humana completa.
- En donde la seguridad personal esté garantizada, y en donde la violencia en contra de las mujeres y niñas no exista.

El reporte de los resultados de la reunión⁴⁷ resume las decisiones y recomendaciones de los diez grupos de trabajo. En el tema de Juventud, las prioridades establecidas para la próxima década son:

- Derechos de las y los jóvenes, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, en igualdad con los adultos.
- Participación de las y los jóvenes en la toma de decisiones, planeamiento, implementación y monitoreo más allá de los programas juveniles, en una real sociedad y respeto mutuo con los adultos en el trabajo en salud y derechos sexuales y reproductivos, para lo cual se requiere capacitación y desarrollo de habilidades.
- Equidad de género más allá de la educación formal de la niña, así como también educación de las familias y comunidades, y liderazgo juvenil en el trabajo con los medios, la Internet, y las instituciones religiosas que ejercen fuerte influencia.
- Servicios amigables para jóvenes, aceptables y accesibles, con políticas que garanticen total confidencialidad, con proveedores de salud capacitados, tolerantes y comprensivos⁴⁸. Educación sexual, que ha avanzando bastante desde la educación familiar biológica de los años ochenta y noventa, y de los mensajes de abstinencia, a discusiones abiertas y honestas sobre el placer sexual, la identidad sexual, pero que todavía requieren mejoras en adecuaciones a diversos grupos etéreos den-

⁴⁶ Estamos aún lejos de brindar a nuestra juventud la información adecuada, la formación y educación integral necesarias, y los servicios integrales de salud que incluyan la consejería, enfatizan la prevención, brinden atención de calidad y cobertura, se basen en necesidades reales, permitan acceso a la anticoncepción, incluyendo la AOE, y al diagnóstico sin limitaciones, al condón para la prevención y al tratamiento de las ITS y el VIH-SIDA (Creel, L.C. y Perry, R.J. Mejoras en la calidad de los servicios de salud reproductiva para los jóvenes. Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención, 4. Washington: Population Council y Population Reference Bureau, 2003).

⁴⁷ Sinding, S.W. Global Roundtable Action Agenda Summary: Health and hope, rights and responsibilities. Londres: IPPF, 2004.

⁴⁸ Un estudio de programas exitosos en el mundo concluye que estos deben ser amplios para abordar las múltiples necesidades de los jóvenes, deben adecuarse a la población beneficiaria, deben incluir la participación de jóvenes en su diseño, deben abordar las inequidades de género y deben hacer hincapié en la abstinencia, la reducción de parejas sexuales, el uso de condones y la doble protección para prevenir embarazo y VIH/SIDA (YouthNet. Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Documento de la Serie de Jóvenes N°. 1, VA: Family Health Internacional, 2003, p. 23).

tro de los jóvenes, en el tratamiento de los temas de autoestima y autoimagen y en la capacitación de los educadores⁴⁹.

- Reconocimiento de la diversidad de la juventud: rural, casada, no escolarizada, que requieren ser accesados e involucrados.

Otros grupos de trabajo abordaron temas como la necesidad de integrar las estrategias de salud sexual y reproductiva con las de VIH y SIDA; trabajar las implicancias de la masculinidad en los roles de los varones; seguir las recomendaciones de la OMS sobre la justicia social y los derechos humanos en el abordaje del aborto seguro; revisar las legislaciones restrictivas; reconocer que la orientación sexual y la identidad de género son derechos humanos; asegurar una educación sexual integral para todas las edades que trate temas de libertad, placer, diversidad, roles de género y relaciones de poder; brindar a los jóvenes la información y medios necesarios para sus decisiones en sexualidad y apoyarlas.

IPPF, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, que estará –junto con UNFPA y UNAIDS– liderando la ejecución de los siguientes diez años de implementación de la CIPD, tiene en el marco estratégico 2005-2015 cinco áreas prioritarias, entre ellas Adolescentes y Gente Joven, una de cuyas metas es que las y los adolescentes y la gente joven estén conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos, tengan la capacidad para seleccionar y tomar decisiones informadas en cuanto a su salud sexual y reproductiva, y puedan actuar según estas decisiones.⁵⁰ Por su parte, UNFPA⁵¹ sostiene que *posibilitar que los jóvenes aplacen el embarazo no es sólo un imperativo en materia de salud y derechos humanos, sino que también es la clave para amenguar el continuo impulso de crecimiento de la población y posibilitar que los países en desarrollo recojan los beneficios económicos que pueden aportar las más bajas tasas de fecundidad; por consiguiente, esas iniciativas deben tener prioridad en el empeño mundial por erradicar la pobreza y conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio*⁵².

Ya el secretario general de Naciones Unidas, Kofi Annan, había señalado en Bangkok, en el 2002, que *no pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la pobreza y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, incluyendo salud reproductiva y planificación de la familia*⁵³.

También resultan esenciales para el logro de los Objetivos de Desarrollo, señala UNFPA, efectuar inversiones en la salud y educación de los jóvenes y en el desarrollo de sus aptitudes, y posibilitar que las niñas sigan asistiendo a la escuela y aplacen el matrimonio. De la evaluación de los diez años de la CIPD, UNFPA conside-

⁴⁹ Uno de los mejores programas de educación sexual es el holandés, no moralista sino científico y pragmático, centrado en la responsabilidad por la propia conducta y en el bienestar del otro. Se permite el acceso a la anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia, consejería, diagnóstico y tratamiento de las ITS y VIH/SIDA, cuidado prenatal, aborto legal con médicos familiares y clínicas especiales. Ello resulta en que 85% de los jóvenes holandeses usa métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, sólo 14 de cada mil adolescentes se embarazan, y la tasa de aborto es de las más bajas del mundo, de 8,6 por cada mil mujeres embarazadas (IPAS. Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. IPAS: North Carolina, 2004, p. 15).

⁵⁰ IPPF. Marco estratégico de la IPPF 2005-2015: Un marco de oportunidades. Londres, 2004.

⁵¹ UNFPA. Estado de la población mundial 2004: El consenso de Cairo diez años después. Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Nueva York, 2004, pp. 73-79.

⁵² También el que los servicios de salud sexual y reproductiva son esenciales para el logro de los Objetivos del Milenio es trabajado por AGI y UNFPA en: Singh, S., Darroch, J.E., Vlassoff, M. y Nadeau, J. Adding it up: The benefits of investing in sexual and reproductive health care. AGI/UNFPA: Washington y Nueva York, 2003, pp. 6-7.

⁵³ UNFPA. Programa de Acción de la CIPD. UNFPA: Lima, 2004, contratapa.

ra que se requieren no sólo programas que faculden a los adolescentes para demorar el inicio de la actividad sexual, se nieguen a relaciones no deseadas y se protejan si tienen actividad sexual, sino desarrollar medidas para proporcionar opciones a los adolescentes invirtiendo en su educación, capacitación para el empleo y el desarrollo del civismo, así como acrecentar la participación de los jóvenes en las decisiones sobre salud, desarrollo, y en la vida de sus comunidades, priorizando de manera masiva a jóvenes carentes de servicios, inclusive los casados, que residen en zonas rurales y asentamientos urbanos pobres y que no asisten a la escuela.

Aunque más de un 90% de los países reporta, en la Encuesta Mundial del UNFPA en el 2003, la adopción de políticas, leyes o programas para abordar la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes, casi todos han introducido la educación sobre salud en la escuela y en programas para jóvenes no escolarizados; varios países brindan capacitación, educación para el empleo y aptitudes para la vida. 90% reporta medidas para dotar a los adolescentes de acceso a la atención de la salud reproductiva; en su mayoría se trata de servicios brindados por organizaciones no gubernamentales, de pequeña escala, a lo que puede sumarse la existencia de barreras al acceso por oposición familiar, estigma, falta de información, temor a la falta de confidencialidad o actitudes negativas en los proveedores, así como conceptos erróneos sobre la seguridad y efectos secundarios de los anticonceptivos.

Faltaría reconocer acá el rol de los factores culturales, religiosos y de género que mediatizarían el comportamiento. UNFPA encuentra que en algunos países sigue la controversia sobre la provisión de servicios de salud reproductiva e información a los adolescentes y que en los servicios no siempre se respeta la confidencialidad y privacidad o se juzga al adolescente.

Algunas amenazas a la CIPD son relievadas por RFSU, la Asociación Sueca para la Educación Sexual⁵⁴, refiriendo como una de ellas la oposición de la Iglesia Católica (el papel de la religión en las Naciones Unidas ha sido analizado por Católicas por el Derecho a Decidir⁵⁵), la administración Bush con la represiva “Ley de la Mordaza” y su enfoque moralista ABC (abstinencia, fidelidad y condón), y otros oponentes *que silencian los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales por proveer información sobre embarazo, anticoncepción, VIH/SIDA y el uso del condón, y sabotean así los derechos sexuales y reproductivos. Aunque es cada vez más urgente la educación sexual de la gente joven, especialmente en el contexto del VIH/SIDA, en los países donde los líderes religiosos tienen considerable influencia sobre los líderes nacionales, se han afectado, en especial, los derechos de los jóvenes, proponiéndose abstenerse hasta el matrimonio, que, especialmente, las jóvenes, esperen, y se ha sostenido que la educación sexual y la información sobre el condón lleva a la promiscuidad.*

Según RFSU⁵⁶, también en la Comunidad Europea, y particularmente a raíz de la ampliación de sus miembros y desde 1999, cuando la Democracia Cristiana y la derecha ganaron poder en el Parlamento, *hay organizaciones y políticos de extrema derecha, así como instituciones religiosas que se oponen a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.* Cabe señalar que el Vaticano tiene un lugar de observador en el Consejo Europeo. Así, en el 2002, ante la propuesta de fortalecer el Programa de Acción de la CIPD en la ayuda a programas y políticas de población en países en desarrollo, la oposición adujo que *ello significaría financiar abortos con*

⁵⁴ Bergman, Y., op. cit., pp. 4-5.

⁵⁵ Numrich, P.D. "El papel de la religión en la ONU: Expectativas realistas. Católicas por el Derecho a Decidir". Conciencia Latinoamericana, 13, 5, diciembre 2002; Omang, J. "The Bush Administration has family planning in its crosshairs. Católicas por el Derecho a Decidir". Conciencia Latinoamericana, 24, 4, 2003.

⁵⁶ Ibid, pp. 22-28, 73-78.

impuestos europeos y se coartó el aumento de presupuesto de ayuda en salud sexual y reproductiva para el año 2003.

Francia, con la presión del Frente Nacional de extrema derecha y el grupo conservador Unión por el Movimiento Popular, es uno de los países que está nuevamente debatiendo el estatus legal del no nacido. Irlanda, Polonia y Malta se han exceptuado legal o moralmente de las convenciones firmadas. En Portugal, entre el 2002 y el 2003 se sentenció a comadronas que habían practicado abortos; una estuvo cuatro años en la cárcel antes de ser perdonada por el presidente. Polonia se ha integrado a la UE, pero el Ministerio de Educación ha expresado su temor a la Iglesia Católica respecto de la educación sexual escolar. En Lituania, la Iglesia Católica ha protestado abiertamente frente al programa de educación sexual que la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo estaba llevando a cabo con el Ministerio de Educación y lo puso en peligro.

En Suecia, la organización Sí a la Vida ha abierto una línea telefónica que urge a las mujeres embarazadas a no abortar y se ha diseminado el rumor sin base científica de que el aborto causa cáncer de mama. También, señala RFSU, se retomó el mismo argumento que usó la administración Bush para retirar el apoyo a UNFPA, de que apoyaba a un país abortista como sería China al tener la política de un solo hijo, para cuestionar el apoyo sueco a UNFA, siendo Suecia uno de los mayores donantes. Ese argumento provino del Population Research Institute, un departamento de Human Life Internacional, uno de las organizaciones líderes contra el aborto y la anticoncepción en el mundo. Es más, se creó un grupo dentro del Parlamento Sueco, el Foro Parlamentario por la Familia y los Valores Humanos que busca que la ética cristiana sea la base de la legislación. Esto aun cuando la evidencia de la efectividad de la educación sexual en combinación con servicios de calidad es abrumadora en ese país, donde estos programas –iniciados en los años 70– revirtieron en una sensible disminución de los embarazos y abortos en adolescentes y cuando en un municipio que subsidió los anticonceptivos y difundió información sobre salud sexual y reproductiva, los abortos se redujeron más que en el resto del país.

Los 300 millones de euros que la Comisión Europea prometió destinar anualmente para la salud y derechos sexuales y reproductivos a partir del 2000 no se han concretado. Sólo Holanda, Dinamarca, Luxemburgo y Suecia habían cumplido sus compromisos con la CIPD para el 2002. Aun cuando se desembolsen fondos a través de EuroAID, los países receptores no necesariamente priorizan la salud sexual y reproductiva y la equidad de género. Aunque el Parlamento Europeo adoptó en el 2003 la regulación para apoyar las estrategias y medidas para la salud y derechos sexuales y reproductivos, se congeló parte de la ayuda. Con la ampliación de la UE y la incorporación de Polonia, fuertemente católica, RFSU espera mayor oposición. La Constitución Europea –válida hasta octubre de 2004– sólo incluía los derechos reproductivos de manera vinculante en lo referente a la no discriminación laboral de la mujer embarazada; la nueva Constitución aprobada el 28 de octubre del 2004 no los contempla. El Parlamento Europeo rechazó en octubre a uno de los candidatos al comité directivo, *explícitamente por su posición conservadora frente a los derechos de las mujeres y la homosexualidad*.

Señala RFSU que una esperanza surge con la nueva presidencia de la UE a cargo de Holanda a fines del 2004, que retomará el tema de los derechos sexuales de las mujeres. Sin embargo, la reelección de Bush y la posibilidad de que su administración continúe condicionando o redirigiendo su ayuda, así como las alianzas que establezca en el contexto de la lucha internacional contra el terrorismo, serán gravitantes. El panorama mundial es, pues, complicado. Así, la Cooperación Europea ha manifestado en la reunión de Londres en octubre del 2004, su decisión de apoyar en el cumplimiento del Pacto de Acción, y lo ha ratificado en la Asamblea General de la ONU, pero hay fuertes presiones conservadoras y ello puede afectar la ayuda en salud sexual y reproductiva, impactando, en particular, a la gente joven. Como se vio en la Asamblea, la

mayoría de países reconoce la necesidad de empoderar a la mujer o avanzar a la igualdad, e incluso reconocen la necesidad de la planificación familiar y hasta de programas de salud reproductiva, pero los derechos que se empiezan a reconocer en las mujeres no se extienden necesariamente a las adolescentes y niñas, ni los derechos de los hombres a los adolescentes.

El 20 de octubre del 2004 se realizó en Estrasburgo, Francia, una **Conferencia de Parlamentarios** auspiciada por UNFPA⁵⁷, con más de 130 parlamentarios y ministros de más de 90 países, que expresaron su responsabilidad y compromiso con el derecho individual a decidir el número de hijos y el espaciamiento entre nacimientos, e instaron a los gobiernos de todo el mundo a *defender la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos los individuos*. Asimismo, se pronunciaron por defender las garantías de las mujeres y eliminar todas las formas de violencia contra ellas. Evaluando los avances desde la CIPD en el acceso **universal** a la salud reproductiva y la reducción de las muertes durante el embarazo y el parto para el 2015, concluyeron que los progresos han sido lentos y desiguales, por lo que instaron a acelerar la movilización de fondos y la aprobación de leyes de población que impulsen la agenda de Cairo.

¿Por qué han sido lentos y desiguales los progresos? No sólo por problemas de financiamiento, dice RFSU, sino también por falta de voluntad política y posicionamiento o presión de sectores conservadores. Y esto es especialmente cierto en lo que toca a las y los jóvenes y adolescentes. Predomina en el mundo adulto y conservador un doble estándar y lo que se intenta es controlar la sexualidad de la gente joven en vez de permitir que accedan a servicios juveniles amigables donde puedan recibir asesoría experta y comprensiva, y proveerse de condones y anticonceptivos. Aunque los adultos afirman que promueven la participación juvenil, no se trata de una participación real ni de convertirlos en recursos genuinos que influyeran en la política y los reportes, se integren a proyectos de salud sexual y reproductiva y contra el VIH/SIDA, y se capaciten para una activa participación en las organizaciones no gubernamentales y en posiciones estratégicas en la sociedad. Tampoco se promueve el cambio en los hombres y jóvenes, cuyo poder, actitudes y conductas en relación a las mujeres juega un importante papel en los embarazos no deseados y el contagio del VIH, a veces usando la fuerza física.

La RFSU sostiene que las organizaciones de derechos sexuales y reproductivos deben exigir a sus gobiernos el cumplimiento de legislaciones acordes con las convenciones que se han ratificado y a cumplir con los compromisos morales de las declaraciones firmadas, ya que se basan en derechos humanos de tratados internacionales vinculantes. Por su parte, los donantes deben requerir que las estrategias de reducción de la pobreza y logro de las Metas del Milenio se diseñen acordes con los objetivos de la CIPD. Con argumentos basados en hechos es posible influenciar a las autoridades públicas pero se requiere, además, que donantes internacionales deriven fondos de asistencia para el desarrollo a las iniciativas en salud sexual y reproductiva.

Como señala Kowalski Morton⁵⁸, no es sólo una obligación implementar el Programa de Acción de la CIPD y las Acciones Clave de Cairo Más Cinco en el caso de adolescentes, sino que es crítico para el futuro del mundo ya que, a nivel personal, la salud sexual y reproductiva pobre, el VIH/SIDA y los embarazos no deseados pueden disminuir los proyectos de crecimiento y desarrollo personal de la juventud, aumentar la pobreza y reducir la habilidad de encontrar trabajo. A nivel nacional, dice la autora,

⁵⁷ Centro de Noticias ONU. "Parlamentarios urgen a gobiernos a promover derechos de salud reproductiva". Para compartir: Notas de actualidad. 20/10/2004.

⁵⁸ Kowalski-Morton, S. "The difficult years". En: Population Action Internacional, Family Care Internacional e IPPF, op. cit., 2004, pp. 71-77.

puede disminuir la productividad económica, minar los esfuerzos de salir de la pobreza, alterar los sistemas económico y social y sobrecargar los sistemas de salud. Sin embargo, señala que aunque un 90% de los Estados Miembros ha tomado medidas en salud sexual y reproductiva a partir de la CIPD, sólo 55 países han tomado medidas significativas (y estas, como vemos en el caso de Perú, no necesariamente se han sostenido), lo que ha llevado a Family Care Internacional a afirmar que, en realidad, la mayoría de países no ha demostrado esfuerzos importantes en este sentido, ya sea por falta de voluntad política o por no asignar los recursos financieros y humanos necesarios para que las políticas y programas se implementen.

Esto es especialmente cierto en países que dependen fuertemente de la cooperación internacional. El editorial de *Countdown 2015* en setiembre del 2004⁵⁹ señala que el no responder a las necesidades sexuales y reproductivas en la juventud tendrá importantes implicancias demográficas, económicas, sociales, culturales y políticas, pero que elementos tradicionales y conservadores en países en desarrollo pero, también, en algunos países desarrollados, están negando la sexualidad de la gente joven, considerando que el acceso a información y servicios conllevaría “promiscuidad” y pondría en riesgo la autoridad parental. Por ende, se considera a la Juventud, junto con el VIH/SIDA y el Aborto Inseguro, como los tres retos más grandes en los siguientes 10 años de implementación.

En el Informe a la Comisión de Derechos Humanos del ECOSOC de las Naciones Unidas (febrero, 2003), el relator especial Paul Hunt afirma que es *de la máxima importancia que el enfoque sectorial no margine a la salud sexual y reproductiva. Algunas cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva suscitan sensibilidades que podrían crear un riesgo elevado de marginación. Por este motivo, el relator especial insta a todos los agentes a que, haciendo abstracción de los aspectos sensibles, reconozcan explícitamente la función indispensable de la salud sexual y reproductiva en la lucha contra la pobreza. Este reconocimiento explícito es importante porque lo que no se menciona puede muy bien quedarse sin ayuda* (párrafo 47).

Una de las principales tareas es revisar que los marcos legales y normativos no obstaculicen el acceso a la atención integral de la salud sexual y reproductiva⁶⁰ del y la adolescente, al no reconocerles una ciudadanía sexual, sino verlos como “incapaces relativos”. Esta figura legal que se hizo, por un lado, para proteger a personas en vulnerabilidad y, por otro lado, para que la autorización del padre o tutor garantice que se hace responsable y que asumirá los costos de un tratamiento, se convirtió en una fórmula de control, de una autoridad inherente. Esto se complica especialmente cuando los sistemas de salud están más orientados, en la acción, a la curación y el tratamiento, que a la prevención y promoción de la salud; cuando no se adecuan la información, educación y servicios a las necesidades adolescentes, especialmente las de aquellos que están en mayor exclusión; cuando se atiende la salud sexual y reproductiva de manera fragmentada⁶¹; y cuando no hay un enfoque de derechos humanos.

⁵⁹ Op. cit., pp. 5-7.

⁶⁰ Cook y col., op. cit., p. 16.

⁶¹ Como señalan Cook y colaboradores (2004, p. 43), las diferentes necesidades de salud reproductiva no están separadas entre sí. Reestructuraciones de los programas del sector Salud han, muchas veces, eliminado programas de salud sexual y reproductiva, incorporándolos a salud integral pero perdiéndolos en el proceso. Una de las principales conclusiones de la reunión Cuenta Regresiva 2015 de IPPF en Londres (agosto-setiembre, 2004) es que no puede trabajarse VIH/SIDA de manera desligada de los derechos y la salud sexual y reproductiva (O'Malley, J. "SRHR/HIV: Can this marriage work?". En: Population Action Internacional, Family Care Internacional e IPPF, op. cit., 2004, pp. 59-63).

Los sistemas de salud, que van más allá de los servicios públicos, tienen obligaciones frente a los derechos a la salud de las personas y violan estos derechos por acción u omisión⁶². La salud sexual y reproductiva adolescente debe ser abordada concibiendo a las y los adolescentes como sujetos plenos de derechos humanos, que requieren una atención integral de su salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención más allá de información y educación en sexualidad, con acceso a las tecnologías necesarias para prevenir muerte, enfermedad o daño.

Como señalara el presidente de la Fundación de las Naciones Unidas Timothy Wirth, quien paradójicamente encabezara la delegación estadounidense en la CIPD 94, en la Mesa Redonda Global Cuenta Regresiva 2015, en Londres (agosto-setiembre, 2004), Cairo constituyó un verdadero logro, abriendo la puerta a conferencias internacionales, pero han surgido nuevos retos: uno, el SIDA; otro, la falta de suficiente información sobre las vidas de las mujeres y las niñas, la violencia de género y la salud sexual y reproductiva; otro más, los cambios demográficos que han puesto a la adolescencia como un tema central; y un último reto, *el que algunos líderes del siglo 21 continúen adheridos a nociones de la sociedad, sexualidad y ciencia propias del siglo 18; por ejemplo, algunos líderes del siglo 21 persisten en atacar la eficacia de los condones como medios de prevenir la propagación del VIH/SIDA y otras ITS, ignorando montones de evidencia... y el sentido común.*

Señala Wirth que *la CIPD y otros acuerdos internacionales, la IPPF, e incluso UNICEF, han sido objeto de campañas de difamación que arrojan desinformación, y continúan usando el tema del aborto como una cuña para socavar el objetivo real: la planificación familiar organizada, los programas de salud reproductiva y la igualdad de la mujer. Y reconoce que mi propio país ha surgido como uno de los más significativos obstáculos para el progreso. Asunto tras asunto, la administración Bush ha puesto a la ideología por encima de la evidencia y al prejuicio por encima de la ciencia... Se ha tratado de erosionar el consenso de Cairo, ha resistido el acuerdo de reuniones internacionales y, en general, ha sido un obstáculo para el progreso... ¿No resulta irónico que aquellos con la más completa retórica sobre la libertad no vacilan en pisotear las libertades básicas de libre expresión, pensamiento y asociación? ¿No resulta vergonzoso que muchos de los hombres que hablan acerca de lo sagrado de la vida estén, a través de sus acciones, ignorancia y prejuicios, condenando a muerte a mujeres de una manera efectiva?*⁶³.

No sólo las religiones cristianas se han reforzado en la última década. El Vaticano ha identificado por ejemplo, a América Latina, como uno de los bastiones que debe defenderse frente a la secularización; sus valores católicos, como la virginidad, la abstinencia hasta el matrimonio y la heterosexualidad con fin reproductivo, y sus dogmas morales se quieren imponer a nivel de políticas públicas, contraviniendo al Estado laico que respeta la libertad de creencias. Se identifica además a la juventud latinoamericana como un contingente crítico para la Iglesia Católica (en setiembre del 2004 el Papa se presentó ante dos millones de jóvenes en Roma y se definió como “el Papa de la Juventud”). El fundamentalismo islámico, por su parte, continúa excluyendo a las y los adolescentes del ejercicio de su sexualidad y haciendo reservas a los compromisos internacionales que contradigan la interpretación que hacen del Islam⁶⁴. Justamente, las organizaciones religiosas se han autoadjudicado el rol moral en las sociedades, llegando a pretender que no hay moral sin religión y que los valores cristianos son universales y válidos para, incluso, los no creyentes.

⁶² Cook y col., op. cit., p. 34.

⁶³ Wirth, T. El derecho a la protección: Prioridades para la segunda década de implementación de la CIPD. Mesa Redonda Global Cuenta Regresiva 2015. Londres, 31 de agosto de 2004.

⁶⁴ En países donde la religión es ley, es legal la lapidación de homosexuales, de mujeres que han sido “infieles” o se embarazan fuera del matrimonio. En estos países no se concibe la maternidad adolescente ya que si una adolescente se embaraza, es obligada a casarse y se la considera, automáticamente, adulta, aun si es niña. En muchos de estos países es inadmisibile el término “educación sexual”.

Pero hay en la actualidad diversas orientaciones bioéticas, ya que la que se basa en el deber (o deontología) habla de derechos naturales y vicio o virtud y es absolutista, sosteniendo, por ejemplo, que aunque un fin sea bueno, no puede lograrse por medios inherentemente malos, como serían los anticonceptivos artificiales o el condón. En cambio, la bioética utilitarista o consecuencial considera buena la conducta que maximiza el bienestar y minimiza el daño a la mayoría de personas, y toma en cuenta las circunstancias particulares, sin universales inflexibles (en este sentido, algunos distinguen ética de moral). Por su parte, la bioética feminista incorpora al análisis las realidades y experiencias sociales de las mujeres y promueve una ética de cuidado y de conexión. La bioética se basa en los principios de la beneficencia, la no maleficencia, el respeto por las personas (incluyendo la autonomía y la protección de personas incapaces de actuar con autonomía) y la justicia.

Esto es importante, ya que en el caso de las y los adolescentes, se pone en cuestión el tema de si son autónomos o “relativamente” incapaces. La doctrina legal habla del “menor maduro”, y esto ampara a proveedores de salud que, ante un o una adolescente que busca protección sexual o anticonceptiva, y teniendo en cuenta el principio de la beneficencia y la situación particular de la persona, considera un bien mayor proveerle de protección aunque sus padres no tengan el conocimiento y aunque la normatividad del servicio no lo permita; sería lo ético, aunque no necesariamente, lo legal⁶⁵. No siempre la ética y el derecho coinciden; no todo lo ético es legal ni todo lo legal, ético. Pero, en el caso de proveedores de salud que responden al derecho positivo de los usuarios, serán juzgados ética y no legalmente, en base a su comportamiento ético. Varias cortes nacionales han determinado que las leyes vigentes en salud son antiéticas.

Por otro lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que los estados, sus gobiernos y personas y agencias que actúen bajo la autoridad del gobierno, no tienen la autoridad moral de aplicar cualquier política que consideren moral o en beneficio de sus intereses, sin respetar los derechos éticos de los seres humanos, es decir, los derechos humanos⁶⁶. Las políticas y normas requieren de una evaluación realista de cómo operan en la práctica y sus consecuencias. Muchas leyes basadas en “la moral”, las costumbres arraigadas o la religión, más que en la evidencia y en un análisis ético, han resultado en muertes evitables, discriminación o estigmatización. Por ejemplo, leyes restrictivas del aborto llevan a mayor mortalidad materna; restringir la anticoncepción oral de emergencia lleva a más abortos inducidos y muerte por complicaciones del aborto; limitar el acceso a la anticoncepción en adolescentes o menores de 16 años lleva a más embarazos indeseados, abortos inseguros y muerte materna adolescente; restringir el acceso al condón lleva a más infecciones de VIH; penalizar la violación sexual con penas similares al homicidio lleva a más mujeres violadas asesinadas.

En el Reino Unido, en los años ochenta, la Corte señaló que si se diera una ley de edad mínima para otorgar el consentimiento para acceder a servicios médicos y de salud preventiva, la ley impondría límites artificiales a un proceso continuo de la naturaleza y no sería realista ni sensible al desarrollo humano y el cambio social⁶⁷. Sin embargo, las autoridades eclesásticas que se opusieron al concepto de salud reproductiva en la CIPD 1994, y obstaculizan o injieren en la dación de leyes en muchos países, no quieren perder su autoridad moral en el terreno de la sexualidad y la reproducción y se sienten incómodas al tener que sustentar verdades reveladas, dogmáticas, especialmente ante los no creyentes, pero es responsabilidad de los gobiernos democráticos legislar para todo el pueblo que los ha elegido⁶⁸.

⁶⁵ Cook y col., op. cit., pp. 83-85.

⁶⁶ Ibid., pp. 85.

⁶⁷ Cook y col., op. cit., p. 93.

⁶⁸ Ibid., p. 94.

En el caso de políticas, leyes y normas de salud o de salud reproductiva, debe evaluarse si efectivamente protegen, promueven y defienden los derechos humanos y el interés superior del adolescente o si, incluso, violan sus derechos reproductivos y sexuales. Cuando legisladores ceden a presiones de una iglesia que se asume universal, y legislan para toda una población, aun cuando se trate de un Estado formalmente laico, se violan derechos fundamentales. Se desconoce así la libertad de creencias, la libertad de acción, libertad que no implica libertinaje si se ejerce de manera responsable y sin afectar los derechos de otras personas. Y es una situación injusta, ya que, por ejemplo, adolescentes con mayores recursos tendrán acceso a la información, educación y servicios que puedan pagar sus familias, mientras que una adolescente pobre dependerá de las políticas públicas y servicios estatales para acceder a información y educación sexual de calidad, a la atención de sus necesidades sexuales y reproductivas, y al desarrollo. Un embarazo no deseado, una infección de transmisión sexual o un aborto inducido tendrán un diferente impacto según las condiciones sociales de la adolescente⁶⁹.

Subyace, entonces, una discriminación, una violencia, una violación de derechos humanos. Lo mismo para las leyes y normas que se basan en edades mínimas para acceder a servicios de salud. La recomendación general es que la edad no sea el criterio para acceder a la prevención y atención de la salud, sino el tener la comprensión suficiente para dar el consentimiento informado,⁷⁰ pudiendo tomarse en cuenta la madurez y responsabilidad evidenciada al, justamente, buscar informarse, orientarse y proteger su actividad sexual. Estudios hechos por el Foro Global para la Investigación en Salud⁷¹ en diversos países del mundo muestra que, en jóvenes, hay un poder desigual en la negociación del sexo protegido, que en los servicios no siempre se respeta la privacidad y confidencialidad, que persisten valores sociales contra el sexo fuera del matrimonio, y normas sociales que limitan el acceso de la gente joven a servicios de salud sexual y reproductiva.

Entonces, ¿cuál es la “edad apropiada” para tener acceso a los servicios? Desde un enfoque de derechos humanos, toda persona, sin discriminación por edad, tiene el derecho a acceder a los servicios de salud, incluyendo la sexual y reproductiva. En realidad, el negar información, educación y servicios integrales y de calidad en salud sexual y reproductiva puede ser interpretado como una negligencia y abandono por parte de padres, maestros, proveedores de salud y decidores de políticas y programas, y se les podría imputar responsabilidad legal al estar poniendo en riesgo la vida y la salud de las y los adolescentes. Si una ley establece minoría de edad para acceder a servicios médicos o anticoncepción, esa misma ley debería sancionar la obligación legal de padres y tutores de proporcionar a sus hijos dependientes los servicios, la educación y la información que requieran para la prevención y el tratamiento de su salud. De esta manera, si se viola esta obligación, educadores y proveedores de salud pueden brindar esos servicios⁷². Queda claro que, aun de requerir el permiso de los padres, es necesario el consentimiento informado del menor en capacidad de comprender.

En la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes rigen, como principios jurídicos mínimos, la toma de decisiones libre e informada (que es un término más adecuado que el consentimiento informado, que parece remitir a la aceptación de lo que sugiera una autoridad), la intimidad (derecho a con-

⁶⁹ Pocas políticas y programas enfrentan las consecuencias de un embarazo no deseado, incluyendo los abortos inseguros y el tratamiento humanitario de los abortos incompletos; esto especialmente en países en desarrollo y donde no existe el aborto legal, aun cuando cada año entre dos y 4,4 millones de adolescentes de estos países, abortan (IPAS, op. cit., p. 1).

⁷⁰ Cook y col., op. cit., p. 111.

⁷¹ Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Suiza, 2004, pp.234-235.

⁷² Cook y col., p. 111.

trolar la información individual), la confidencialidad, la prestación competente de servicios y la seguridad y eficacia de los productos.

El proyecto conjunto de IPPF y la Fundación Ford en Colombia, India y Malasia, trabajando con la comunidad⁷³, muestra que gente joven educada en sus derechos sexuales y reproductivos se empodera para reclamar su titularidad a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad que protejan sus derechos reproductivos. Las personas tienen que conocer sus derechos y saber cuándo estos están siendo violados, así como disponer de mecanismos de queja y resarcimiento, y tener la seguridad suficiente como para pedir cuentas a los proveedores e, incluso, a los gobiernos. Con un enfoque de la salud basado en derechos, se desarrollaron programas que se sustentan en que hay gobiernos, instituciones, personas con una responsabilidad y sujetos a rendición de cuentas, a partir de tratados internacionales de derechos humanos que son legalmente vinculantes. El enfoque de derechos promueve los principios básicos de justicia social, no discriminación, igualdad y participación y relleva la necesidad de medidas especiales para proteger los derechos humanos y su ejercicio en todas las personas, al margen de su edad, sexo, clase, religión u otra condición. Es decir, parte del reconocimiento de que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, de manera que deben aplicarse en toda situación.

La IPPF ha desarrollado su Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, revisada en el 2003 y traducida a 22 idiomas, para operacionalizar estos derechos en los programas de sus servicios: derecho a la vida, a la libertad y seguridad de la persona, a la igualdad y ser libre de toda forma de discriminación, a la privacidad, a la libertad de pensamiento, a la información y educación, a la elección sobre si casarse o no y formar y planificar una familia o no, a decidir si tener hijos y cuándo, a la atención y protección de la salud, a beneficiarse del progreso científico, a asociarse libremente y participar políticamente, a estar libre de tortura y malos tratos. En los servicios esto supone, entre otras cosas, derecho a la información, al acceso sin restricciones, a la libre elección, a la opinión, a la seguridad, a la privacidad, a la confidencialidad, a la dignidad en el trato, al buen trato y a la continuidad de estos servicios. No se trata de una lista exhaustiva y se puede pensar en muchos otros derechos sexuales y reproductivos derivados de los derechos humanos, pero esta Carta de Derechos resulta una orientación. IPPF señala que para que se ejerciten los derechos humanos subyacen deberes, obligaciones y titulaciones necesarios que son:

- El respeto de los derechos, que implica no interferir o violar la capacidad del individuo al disfrute de un derecho.
- La protección de los derechos, que requiere medidas específicas, incluso punitivas, para prevenir que se violen los derechos de las personas
- La realización de los derechos, que supone tomar las medidas necesarias, incluyendo medidas legislativas, presupuestales o judiciales, para la plena y segura realización de los derechos. Fuera de medidas legislativas, deben eliminarse las barreras institucionales que no generen un entorno favorable a la realización de los derechos.

IPPF, aplicando desarrollos éticos de Rebeca Cook, Francoise Girard, Jodi Jacobson y otras figuras destacadas en el terreno de los derechos humanos, destaca que el interés o la necesidad del individuo se convierte en un derecho que obliga a otro individuo o institución a respetarlo, generándose una fuerza vinculante moral o legal que pone al otro en situación de rendición de cuentas y lo hace responsable de no haber respetado, protegido

⁷³ IPPF. Realizing sexual and reproductive rights: Lessons learned from rights-based programming in Colombia, India, and Malaysia. IPPF: Londres, 2004.

o permitido la realización de los derechos de una persona, y esa persona puede exigir y reclamar sus derechos. La persona es titular del derecho a los servicios y condiciones que le permitan ejercer un derecho particular.

Como establece el relator especial de la Comisión de Derechos Humanos en su informe del 2004 al ECOSOC, “Derechos económicos, sociales y culturales: el derecho de todos al disfrute del más alto estándar posible de salud física y mental”, *el derecho a la salud lo hace titular de un sistema de protección de la salud, incluyendo la atención de la salud y los determinantes de la salud, en igualdad de oportunidades con el resto de personas de obtener el máximo grado posible de salud. Es decir, toda persona tiene el derecho a gozar de servicios de salud disponibles, geográficamente accesibles, económicamente costeables, culturalmente adecuados y científica y médicamente apropiados.*

La obligación o responsabilidad moral y legal puede recaer en un gobierno, incluyendo legisladores y otros servidores públicos no sólo del ámbito de la salud, sino también recae en proveedores de servicios privados, maestros, padres, líderes religiosos y de la comunidad, organizaciones de la sociedad civil, donantes y personas individuales. El enfoque de derechos es un marco ético para la acción y la implementación o ejercicio real de los derechos, un resultado mensurable, especialmente relevante en el caso de personas en exclusión o pobreza o situación de desempoderamiento. Los tratados internacionales, al ser vinculantes y mandatarios, no son debatibles ni quedan a discreción de tomadores de decisiones, lo que es una herramienta para la abogacía y creación de conciencia en derechos sexuales y reproductivos, al tener elementos para exigir rendición de cuentas por parte de las personas o entidades responsables de medidas legislativas, administrativas y financieras que afecten el ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes.

La sociedad en pleno tiene una responsabilidad social en el tema de la realización de los derechos humanos. Esta responsabilidad de la sociedad es exigible en términos, por ejemplo, de la discriminación y violencia de género y por la orientación sexual, los matrimonios forzados y tempranos, los obstáculos al ejercicio de una sexualidad sana y saludable por parte de las y los adolescentes y jóvenes. Los estados que firman tratados internacionales implican responsabilidades para el Estado, es decir, para el gobierno de turno, el sector público y la sociedad civil, pero es en última instancia el gobierno al que hay que exigirle cuentas, ya que debe asegurar la protección de todos y todas las personas y reconocerles su ciudadanía.

A los diez años de la CIPD, hablar de derechos ya no es suficiente, entra en escena el exigirlos, y en esto, el empoderamiento de la gente joven es crucial. Resulta indispensable que se institucionalicen legislativa, judicial y administrativamente los compromisos internacionales del proceso de la CIPD, ya que descansan sobre derechos humanos reconocidos en tratados legalmente vinculantes. Está en la sociedad civil organizada la responsabilidad de generar, en la comunidad, la exigibilidad de la promoción, protección y ejercicio de sus derechos reproductivos y sus derechos sexuales y de acudir a las instancias locales, nacionales, regionales e internacionales de monitoreo y defensa de los derechos humanos⁷⁴.

Como dice Hunt, *el planteamiento de estas cuestiones (de la salud sexual y reproductiva) desde una perspectiva de los derechos humanos puede profundizar el análisis y contribuir a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmá-*

⁷⁴ Sin embargo, cabe señalar que en los últimos años no sólo ha disminuido el apoyo internacional a las organizaciones no gubernamentales, sino que, incluso antes de ser reavivada la Ley de la Mordaza, y más allá de la cooperación bilateral, instancias de la cooperación privada tienen la condicionalidad de no financiar acciones que directamente injieran en el cambio legislativo de un país; esto amerita una revisión desde el marco internacional de derechos humanos.

ticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que las normas jurídicas en materia de derechos humanos impongan a los responsables la obligación de hacer todo lo que puedan para dismantelar las barreras a la salud sexual y reproductiva. A este respecto, las normas de derechos humanos ofrecen posibilidades de informar a personas vulnerables y comunidades desfavorecidas, y potenciar su capacidad⁷⁵. El relator reconoce que, en el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva, entre las libertades figura el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo.

Si bien hace referencia a la violencia sexual, como la violación, el embarazo forzado, la esterilización forzada, el aborto forzado, la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio forzado, como otras tantas violaciones de la libertad sexual y reproductiva incompatibles, de por sí y en su esencia, con el derecho a la salud⁷⁶, el derecho también se aplica a la libertad sexual y reproductiva en el caso de adolescentes maduros... Entre (las) obligaciones inmediatas figura el deber del Estado de respetar la libertad del individuo en lo tocante a controlar su salud y disponer de su cuerpo... Las libertades relativas a la salud sexual y reproductiva no deben estar sujetas a la realización gradual ni a la disponibilidad de recursos⁷⁷. Ello obliga a los estados a no excusarse, por asignaciones presupuestales y prioridades sectoriales, de brindar servicios integrales de atención de la salud sexual y reproductiva adolescente.

Ya refiriéndose específicamente a las y los adolescentes, el informe del relator especial de la Comisión de Derechos Humanos señala:

- *Los adolescentes y los jóvenes de menos de 25 años son especialmente vulnerables en lo tocante a la salud sexual y reproductiva. La adolescencia es un período caracterizado por la maduración sexual y reproductiva; sin embargo, en muchos países los adolescentes carecen de acceso a la información y los servicios esenciales y pertinentes en relación con la salud sexual y reproductiva. Hay una gran necesidad de estos servicios (párrafo 36).*
- *En lo referente a la salud de los adolescentes, el relator especial recuerda el derecho de los niños a tener acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental, el respeto a su vida privada y la confidencialidad, incluso en relación con la información médica de los adolescentes, y la protección contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación. Asimismo, el relator especial recuerda los principios que inspiran la Convención sobre los Derechos del Niño, a saber, el derecho del niño a la supervivencia y el desarrollo, la protección de sus intereses y el desarrollo de su capacidad y el derecho a la no discriminación, así como la importancia de que los adolescentes participen de un modo adecuado en la elaboración de las medidas destinadas a su protección (párrafo 37).*
- *(...) en muchos países la información sobre la salud sexual y reproductiva no está fácilmente disponible ni es accesible a todos, en particular las mujeres y los adolescentes (párrafo 42).*
- *La obligación de cumplimiento exige que los estados reconozcan el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en sus sistemas políticos y jurídicos nacionales. Las administraciones sanitarias deben prever servicios de salud sexual y reproductiva para todos, incluidos los habitantes de las zonas rurales, y los estados deben lanzar campañas de información, por ejemplo, contra el VIH/SIDA, las prácticas tradicionales nocivas y la violencia doméstica (párrafo 44).*

⁷⁵ Hunt, P., op. cit., párrafo 15.

⁷⁶ Ibid., párrafo 25.

⁷⁷ Ibid., párrafo 27.

- *El derecho a la salud conlleva la responsabilización. Sin un mecanismo de responsabilización no es probable que las obligaciones derivadas de ese derecho se respeten plenamente, y lo propio puede decirse de los elementos integrantes de la salud sexual y reproductiva. Así pues, en todas las iniciativas de promoción y protección de la salud sexual y reproductiva deben preverse mecanismos eficaces, accesibles y transparentes de responsabilización de todos los agentes (párrafo 49).*

El problema de la sexualidad adolescente es, en realidad, un problema principalmente adulto, de cómo se conceptúa la sexualidad y la ciudadanía a lo largo de la vida. El problema de la salud sexual y reproductiva adolescente son los obstáculos legales, sociales, culturales, económicos, políticos que existen para que las y los adolescentes efectivamente accedan a la salud sexual y reproductiva. Hoy, con los avances no sólo tecnológicos y científicos, sino filosóficos y éticos, y en el contexto de la globalización y democratización de sociedades, las y los jóvenes y adolescentes demandan sus derechos, vigilan su cumplimiento, exigen al mundo adulto reconocer su condición de seres humanos y ciudadanos plenos.

Los y las adolescentes, como titulares de derechos humanos, reconocidos como tales en marcos jurídicos internacionales, están en condiciones de exigir a los estados las condiciones necesarias para la protección, promoción y ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. No sólo la sociedad debe demandarles asumir las responsabilidades ligadas al ejercicio de sus libertades fundamentales, sino que las y los adolescentes y jóvenes pueden y deben exigir al gobierno, al sector público y a la sociedad civil, incluyendo los servicios privados de salud, la escuela y la familia, sus responsabilidades respecto de los compromisos internacionales legal y moralmente vinculantes con el Estado, y hacerlos responsables de la violación de sus derechos.

CONCLUSIONES

Un entorno favorable a la participación juvenil para la promoción de su salud sexual y reproductiva sería el entorno (familia, escuela, religión, amistades, pareja, medios de comunicación, servicios de salud, comunidad y marcos jurídico-legales) que promueva, tomando en consideración las necesidades y capacidades en desarrollo, las demandas y los derechos humanos de la juventud en su diversidad, condiciones que favorezcan y, en la medida de lo posible, aseguren, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todos y todas las adolescentes y jóvenes en el país, sin discriminación y con una perspectiva de equidad de género y de desarrollo, y que provea mecanismos de vigilancia ciudadana y de sanción a los responsables de violar estos derechos. Ello supone una efectiva participación de la juventud en su más amplia diversidad, en la elaboración, implementación y evaluación de políticas, planes, programas e intervenciones que impacten su salud sexual y su salud reproductiva.

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES*



- JÓVENES EN ACCIÓN POR LA VIDA. Pág. 59
Lima y Chimbote



- GRUPO DE GUÍAS PIMPEA. Pág. 62
Ex Fundo Naranjal y Villa del Norte



- RED ADOLESCENCIA Y JUVENTUD DE "MI PERÚ". Pág. 64
Callao

* A continuación reproducimos las exposiciones que fueron presentadas en el Foro Metropolitano

JÓVENES EN ACCIÓN POR LA VIDA

Lima y Chimbote

INTRODUCCIÓN

Desde 1991 el Instituto de Educación y Salud (IES) viene impulsando el desarrollo de la gente joven a través de diversas intervenciones que tienen como objetivo elevar la calidad de vida de los y las adolescentes, buscando ampliar las capacidades de la comunidad y de los mismos jóvenes para la promoción de su salud.

Muchos jóvenes en nuestro país no se encuentran preparados aún para protegerse del VIH/SIDA y esto los hace más vulnerables. Por ello, desde el año 2002, el IES ha desarrollado la estrategia **Jóvenes en Acción por la Vida (JAV)**, como una respuesta que dota a los propios jóvenes de las capacidades para protegerse de la infección por VIH/SIDA, implicando a la comunidad y a ellos mismos como agentes educadores.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

En distritos de la capital del Perú con amplia concentración de población joven (como San Juan de Lurigancho o La Victoria), así como en Chimbote, el proyecto JAV es una manera de dar respuesta al reto que nos plantea el avance de la epidemia causada por el virus del VIH, mucho más cuando sabemos que viene afectando mayoritariamente a los jóvenes.

Por eso el proyecto JAV quiere fortalecer la generación de entornos favorables para la vivencia de una sexualidad saludable, reconociendo la prevención como un derecho humano de los y las jóvenes y adolescentes y movilizándolos para dicha labor, en coordinación con sus escuelas y con los profesionales de la salud.

Los temas prioritarios en esta labor de prevención son los siguientes:

- *Derechos sexuales y reproductivos.*
- *Equidad de género.*
- *Participación y protagonismo de adolescentes y jóvenes.*

¿QUIÉNES SOMOS?

Somos 22 jóvenes de entre 15 a 18 años de edad que cursamos el tercero, cuarto y quinto de secundaria y ex alumnos de los colegios intervenidos que venimos trabajando en la sensibilización con padres de familia.

OBJETIVO

Que en las escuelas se brinde información de calidad para la prevención del VIH/SIDA.

¿QUÉ PEDIMOS?

Tener un mayor apoyo de las autoridades educativas y de salud en la sensibilización a los padres de familia para que sean aliados en la prevención del VIH/SIDA.

CÓMO NOS PREPARAMOS

Encuentro con personas viviendo con VIH Candelight (Celebración de la Vida)

Nos capacitaron:

- Para realizar el Diagnóstico Juvenil Participativo.
- Información sobre temas de VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.
- Técnicas para trabajar con otros jóvenes.

Talleres de desarrollo de habilidades “Los recursos de la mochila”

- Estrategias educativas.
 - Adolescentes y jóvenes escolares preparados para informar en temas de sexualidad y prevención a otros jóvenes.
 - Llegamos a los jóvenes de una manera clara, sencilla y amigable.
 - Trabajamos en conjunto con maestros/as y profesionales de salud.
- Comunicación (Advocacy).
- Elaboración de materiales educativos impresos.
- Teatro.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Desarrollo del Diagnóstico Juvenil Participativo.
- Elaboración y prueba de los materiales educativos.
- Campaña comunicacional “Ama tu vida y protégete contra el VIH/SIDA”.
- Actividades de sensibilización a la comunidad: pasacalles, murales, etc.
- Selección y capacitación de los multiplicadores/as.
- Ejecución de los talleres “Los recursos de la mochila”

QUÉ HEMOS LOGRADO

A nivel personal

- Confianza y seguridad en nosotros mismos.
- Atrevernos a conversar sobre sexualidad con nuestros padres y amigos.

A través de las actividades

- Hemos informado a 12,947 adolescentes de 12 a 19 años.
- Hemos realizado 589 talleres.

- 453 Jóvenes en Acción por la Vida impulsando las actividades educativas.
- JAV es reconocido como un grupo capaz de brindar información a otros jóvenes sobre sexualidad.

NUESTROS OBSTÁCULOS

- Algunas autoridades se muestran poco interesados en trabajar con jóvenes.
- Poco apoyo de algunos maestros y profesionales de salud.
- Limitación de tiempo y permiso para realizar nuestras actividades (padres de familia y maestros).
- En los talleres con padres no se pudo contar con todos los padres convocados por lo cual se usó otras estrategias para que más padres participen de los talleres (salón por salón, esquelas, etc.) y se tuvo que modificar el módulo para lograr un horario más flexible.

LECCIONES APRENDIDAS

- A tomar conciencia de nuestros derechos sexuales y reproductivos, y de la importancia que tiene hablar de sexualidad con los jóvenes para disfrutarla y vivirla saludablemente.
- Que los jóvenes nos podemos organizar para sensibilizar a los padres sobre el tema del VIH/SIDA, pues su apoyo es esencial para el mejoramiento de la salud de los jóvenes.
- Para el éxito de las actividades educativas es mejor el trabajo en conjunto con los adultos, sobre todo con los padres de familia, procurando comprender sus ideas.
- Es más fácil que un joven se comunique con otro joven.
- Que es importante abogar por algo que nosotros creemos necesario e importante para nuestra salud.
- Que la participación juvenil es fundamental en los colegios (aprendimos a gestionar permisos con la dirección y profesores) y centros comunitarios para el trabajo articulado en temas de prevención.
- Que trabajando en conjunto podemos hacerle frente a esta enfermedad que nos amenaza.

NUESTRAS PROPUESTAS

- Que los talleres “Los recursos de la mochila” se sigan desarrollando en los colegios.
- Que cada escuela y establecimiento de salud se comprometan y pongan en práctica un plan de trabajo con participación de los jóvenes.

NUESTROS LEMAS

- Abogamos por la vida.
- No somos el futuro, somos el presente.
- Todos juntos sí podemos.
- Los jóvenes somos capaces de informar y promover la participación de otros jóvenes en temas de sexualidad. ¡Es nuestro derecho! ¡Sólo nos faltas tú!

GRUPO DE GUÍAS PIMPEA

¿QUIÉNES SOMOS?

Somos líderes adolescentes de dos zonas, Villa del Norte en Los Olivos y Ex Fundo Naranjal en San Martín de Porres, que hablamos de manera natural de nuestra sexualidad. Tenemos experiencia en la relación con nuestros pares, hemos perdido el miedo, ganado seguridad y logrado que otros adolescentes confíen en nosotros.

El grupo PIMPEA (Programa de Intervención Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente) se formó el 20 de abril del año 1999, promovido por el Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (CESIP).

¿QUÉ HACEMOS?

- Realizamos actividades informativas y de capacitación para contribuir al desarrollo personal de adolescentes y jóvenes, y a la vivencia segura, responsable y satisfactoria de su sexualidad.
- Escuchamos y debatimos respetuosamente ideas y opiniones, con el objetivo de comprender la sexualidad y prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.
- Compartimos actividades de distracción donde expresamos nuestros derechos como adolescentes, nos divertimos y hacemos más amigo/as.

¿CÓMO TRABAJAMOS?

- Nos capacitamos en temas de sexualidad, habilidades para la vida, técnicas de participación y otros que son de interés para jóvenes como nosotros.
- Nuestras reuniones son semanales y en ellas coordinamos, planificamos y evaluamos nuestro trabajo.
- Efectuamos coordinaciones con instituciones de nuestras comunidades, para plantear y desarrollar actividades conjuntas.
- Participamos en actividades a las que nos convocan otras instituciones, dentro y fuera de nuestro distrito.
- Realizamos acciones para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, el desarrollo de habilidades, la prevención de infecciones de transmisión sexual, del VIH-SIDA, del embarazo no deseado, etc. Las principales son:
 - Ferias y campañas informativas y de difusión.
 - Talleres de capacitación, algunos de ellos con intervención de los padres de familia (de colegios y comedores populares).
 - Chocolatadas navideñas para niños de nuestras zonas.

¿SON IMPORTANTES LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

Pensamos que sí lo son porque protegen nuestro derecho a decidir acerca de nuestra sexualidad, siendo respetados y considerados por los demás.

¿POR QUÉ SER PARTE DEL GRUPO DE GUÍAS PIMPEA?

- Lo que nos motivó a conformar el Grupo de Guías PIMPEA fueron las ganas de informarnos y poder transmitir esta información de una manera divertida y amigable a los jóvenes de nuestras zonas.
- Intentamos resolver los problemas que aquejan a nuestra comunidad. Generalmente, los jóvenes deseamos experimentar cosas nuevas sin medir consecuencias.
- En el grupo compartimos ideas e inquietudes, encontramos y hacemos nuevas amistades.

¿QUÉ NOS GUSTARÍA LOGRAR EN LA COMUNIDAD?

- La principal expectativa es seguir trabajando con las instituciones, propiciando un vínculo más fuerte, ya que trabajando en conjunto lograremos mayor fortaleza.
- Que otros adolescentes se informen sobre sus derechos, se preocupen de su salud, se cuiden y se protejan.

¿CÓMO CONTINUAR TRABAJANDO?

- Podemos realizar programas con las instituciones de nuestra localidad que buscan la salud y la educación sexual de adolescentes, ya que compartimos el interés de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del embarazo no deseado (END).
- Sentimos que tenemos capacidad para informar y orientar. La práctica nos ha dado experiencia, sabemos desenvolvernos en talleres, ferias, campañas.
- Con el apoyo de otras instituciones podemos difundir las acciones que nuestro grupo realiza y así incorporar nuevos miembros multiplicando la experiencia en otras localidades.
- Con la ayuda mutua y conformando alianzas se puede capacitar a más jóvenes de nuestra comunidad.

RED ADOLESCENCIA Y JUVENTUD DE “MI PERÚ”

VISIÓN

Somos una institución de adolescentes y jóvenes del centro poblado “Nuestra Señora de las Mercedes de Mi Perú” –descentralizado, representativo y legitimado de la sociedad civil–, que contando con un plan operativo participa activamente en el diseño, formulación y evaluación de políticas y programas de adolescencia y juventud.

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

“Mi Perú” está ubicado en el distrito de Ventanilla, provincia constitucional del Callao. Se estima que, en la actualidad, cuenta con 40,194 habitantes, mayoritariamente jóvenes (el 64% está entre los 0 y los 25 años de edad). La alta tasa de crecimiento corresponde al movimiento migratorio de los últimos años y a la formación de nuevos asentamientos humanos.

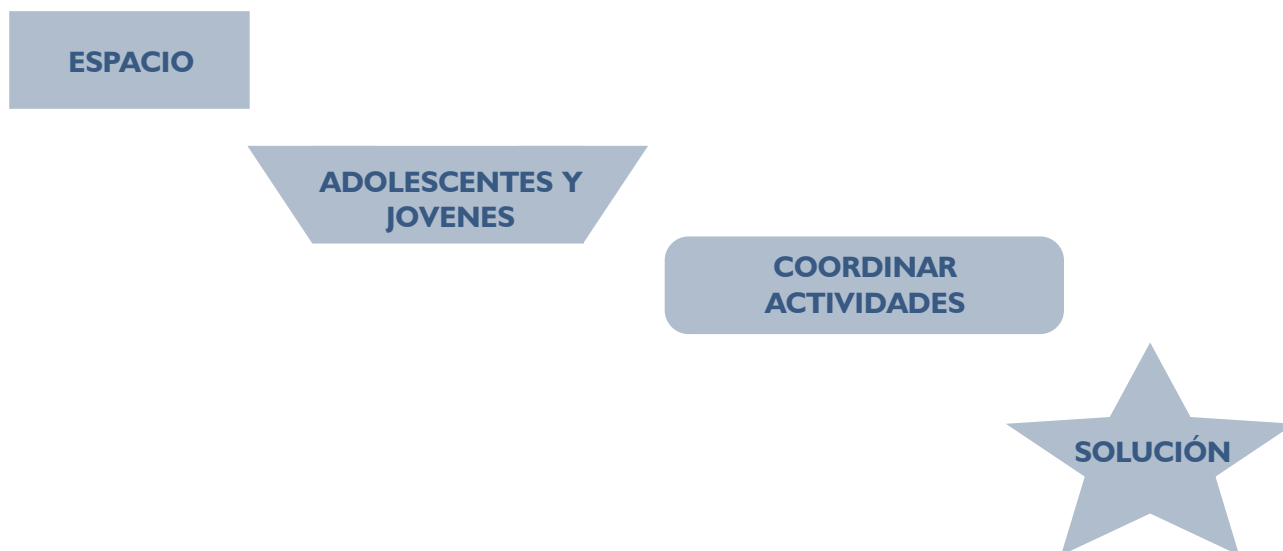
En relación a los materiales de las viviendas, en el casco urbano la mayoría es de material noble con techos de concreto. En los asentamientos humanos la situación es distinta, predominando paredes y techos de triplay o esteras con pisos de tierra.

Existen centros de educación inicial, primaria y secundaria, pero sus instalaciones no tienen capacidad para albergar a la totalidad de la población escolar, y su infraestructura –en la mayoría de los casos– es deficiente. No existen centros especializados de educación técnica.

Se cuenta solo con un centro de salud insuficiente e ineficiente y las enfermedades más frecuentes son las de tipo infeccioso, seguidas de numerosos casos de tuberculosis pulmonar y VIH/SIDA.

El porcentaje de población económicamente activa es de aproximadamente 32,7%. La tasa de desocupación es de 27%. No contamos con información de la tasa de subempleo, que se refiere a los trabajadores que tienen un trabajo eventual y cuyos ingresos no cubren la canasta familiar.

¿QUÉ ES LA RED?



¿CÓMO CONSTRUIMOS NUESTRA RED?

ETAPA I

- Identificamos las agrupaciones, organizaciones e instituciones juveniles de “Mi Perú”.
- Convocamos a los líderes de las agrupaciones, organizaciones e instituciones identificadas a reuniones de coordinación.
- Realizamos encuentros juveniles para conocer las necesidades y propuestas de solución de los adolescentes y jóvenes de “Mi Perú”.

ETAPA II

- Formamos mesas de trabajo con los líderes juveniles para sistematizar la información producida en los encuentros, reconocer las propuestas de solución identificadas y difundirlas a los adolescentes, jóvenes e instituciones públicas y privadas.
- Identificadas las necesidades, planteamos la formación de una instancia representativa de los adolescentes y jóvenes de “Mi Perú”, para poder así implementar las propuestas de solución.

ETAPA III

- Elegimos al directorio de la Red de Adolescentes y Jóvenes de “Mi Perú”.
- Continuamos fortaleciendo la Red a través de la realización de los denominados “Encuentros de Adolescencia y Juventud”.
- Realizamos actividades artísticas, recreativas y educativas.

Etapa IV (la actual)

- Elaboración de nuestros estatutos.
- Descentralización del trabajo de la Red.
- Coordinaciones con instituciones públicas y privadas.

DIFICULTADES

- Los tomadores de decisiones de la Municipalidad de Ventanilla no coordinaban con l@s adolescentes y jóvenes las propuestas de solución en temas de adolescencia y juventud.
- No contábamos con espacios de participación en la comunidad.
- Nuestros recursos económicos (producto de los proyectos y convenios) son limitados.
- Los líderes adolescentes y jóvenes están en proceso de fortalecimiento (desconocimiento de derechos, desconocimiento en temas de gestión y liderazgo).
- Muchos de los ciudadanos de la comunidad no creían, no apostaban, ni apoyaban el trabajo de los adolescentes y jóvenes de “Mi Perú”.
- Políticos partidarios fomentaron la desintegración entre los miembros de nuestra Red en base a mentiras y promesas que hasta hoy no se cumplen.
- Discriminación a los adolescentes y jóvenes de nuestra comunidad por vecinos de zonas cercanas a la nuestra y por el gobierno distrital.
- La presión para los integrantes del directorio es fuerte porque los jóvenes y adolescentes desean resultados rápidos y en muchas oportunidades lo que podemos ofrecer es muy poco.
- Adolescentes y jóvenes de nuestra comunidad han perdido la credibilidad en organizaciones como la nuestra debido al mal manejo realizado por otras instituciones y alegan haberse sentido utilizados.

LOGROS

- Participamos con aportes al tema de adolescencia y juventud en el Comité Multisectorial de “Mi Perú”, en el Comité Multisectorial del distrito de Ventanilla, así como en el Concejo Local Distrital.
- Hemos sido seleccionados en el primer concurso de proyectos de Salud Integral del Adolescente y Prevención del VIH/SIDA realizado por la DISA-Callao y la GTZ (proyecto en ejecución).
- Hemos participado en la fase de diseño de proyecto de la Cooperación Técnica Belga implementado por DEVIDA (Prevención de drogas a través de la generación de oportunidades).
- Realizamos talleres de liderazgo, motivación, autoestima, prevención de conductas de riesgo, infecciones de transmisión sexual y SIDA de acuerdo a las necesidades identificadas en los encuentros.
- Estamos contribuyendo en la mejora del acceso de los adolescentes al Centro de Desarrollo Juvenil del Centro de Salud de “Mi Perú”.
- Hemos coordinado con la ONG Opción para la atención diferencial y gratuita de los adolescentes y jóvenes de “Mi Perú” en psicología y consejería.
- Hemos coordinado con el Centro de Apoyo y Capacitación Empresarial Siglo XXI para el dictado de cursos en las especialidades de costura y computación al precio de un sol.
- Que se celebre el Día de la Adolescencia y Juventud en “Mi Perú”.
- Hemos logrado el respeto, la independencia, la solidaridad y la integración.

NUESTROS LEMAS

- Tenemos porque sentirnos orgullosos.
- Los adolescentes y jóvenes sí podemos.

RUEDA DE PREGUNTAS

■ A EXPOSITORES RAGUZ Y SERNA. Pág. 69

■ A LOS EXPOSITORES DE GRUPOS. Pág. 70



RUEDA DE PREGUNTAS



Consignamos un listado de las preguntas realizadas —tanto a los profesionales expositores como a los representantes de los grupos— por considerar que reflejan las inquietudes del público participante en torno a la salud sexual y reproductiva adolescente, y su grado de participación en las áreas señaladas.



PREGUNTAS A EXPOSITORES RAGUZ Y SERNA

- ¿Cómo podemos hacer que los adultos nos escuchen?
- ¿Debe promoverse una edad para el inicio de la actividad sexual?
- ¿Debería legalizarse el aborto debido a las cifras de mortalidad materna adolescente?
- ¿Por qué los jóvenes tienen desconfianza y no participan en la sociedad?
- En gobiernos locales que no tienen interés en las propuestas juveniles y que no cuentan con oficinas de participación juvenil, ¿cómo podemos hacer para participar y negociar con nuestras autoridades?
- ¿A qué se refieren cuando dicen que no participamos porque creemos que es peligroso?
- ¿Por qué algunas personas creen que el colaborar o querer hacer algo es cosa de tontos?
- ¿Qué están haciendo para fomentar el derecho a la participación de jóvenes y adolescentes?
- ¿Por qué estos conocimientos no se trabajan directamente con el Ministerio de Educación?
- ¿Por qué no se crea en el colegio un curso de Educación Reproductiva?
- ¿Qué estrategias de trabajo preventivo sugieren trabajar en los colegios con los adolescentes?
- ¿Está mal que un joven que forma parte de una congregación religiosa desarrolle plenamente su sexualidad, como por ejemplo tener enamorado/a?
- ¿Por qué por ser menores y creernos incapaces no somos reconocidos en nuestros derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Cómo ven a los/as adolescentes dando charlas a otros adolescentes sobre temas de VIH/SIDA o de derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Qué se puede hacer para cambiar la sociedad de adultos si cuando somos adolescentes no contamos con información y si contamos es muy poca?
- ¿Cómo ven a los adolescentes y las adolescentes de hoy en día?
- Si bien es cierto que los medios de comunicación son “el cuarto poder”, ¿por qué no se considera la posibilidad de motivar su participación en la Mesa de la Adolescencia y la Juventud? De ese modo se aseguraría que se difundieran por ejemplo los acuerdos del Cairo en una comunicación masiva.
- Ya que las cifras, tanto en varones como en mujeres adolescentes, son alarmantes, y ante ello el gobierno peruano no hace nada, ¿podemos recurrir a otros lugares para recibir ayuda?
- ¿Qué puede hacer una muchacha si sale embarazada y no quiere que se enteren sus padres?
- ¿Qué se puede hacer por una amiga a la que su enamorado le pide la “prueba de amor”, pero ella no está segura y el chico le dice que se piensa matar si no lo hace?
- ¿Cómo hacer para que los jóvenes estén enterados de las enfermedades sexuales?
- ¿Qué opinan de la píldora del día siguiente?

- ¿Por qué creen que las jóvenes sabiendo y recibiendo información sobre métodos anticonceptivos y formas de negociar cometen el error de salir embarazadas a corta edad?
- ¿Qué plantean hacer para cambiar la mortalidad materna adolescente?
- ¿Creen que el aborto es bueno o malo?
- ¿Por qué en el Perú hay una enorme cantidad de adolescentes embarazadas?
- ¿Qué hacer si una chica de 16 años queda embarazada y sus padres por ello le quitan el apoyo que le habían estado dando hasta antes de enterarse de lo sucedido?
- ¿El tema del uso del condón o tener relaciones sexuales siendo adolescentes es dejar de lado los valores?
- ¿Por qué el aborto no se legaliza en el Perú?
- ¿Por qué los adolescentes de 15 a 18 años piensan en el aborto?
- ¿A qué se debe el embarazo a corta edad en otros departamentos?
- ¿Cuál es la frecuencia del embarazo precoz en las adolescentes?
- ¿Qué es un entorno favorable en la adolescencia?
- ¿Cuál es el límite de lo legal e ilegal en sexualidad reproductiva, por ejemplo la píldora del día siguiente?
- ¿Qué tipo de educación sexual necesitamos en el país?
- ¿Dónde puedo obtener información sobre mis derechos como adolescente?
- ¿Por qué en una violación la persona se siente mal y tiene miedo de contarle a sus padres lo sucedido?
- ¿Qué podemos hacer nosotros para mejorar nuestro país?
- ¿De qué manera podemos participar en promover la salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes?
- ¿Estarían de acuerdo en promover una campaña gratuita sobre despistaje de VIH?
- ¿Creen que es una buena actitud y acción regalar condones en los colegios?
- ¿Qué medidas se están tomando desde el gobierno para prevenir el embarazo en adolescentes y para reducir específicamente la tasa de mortalidad materna en ellas?
- ¿Es importante validar ahora los derechos de los niños/as y adolescentes?
- ¿Qué opinión les merecen las políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes por parte del MINSA? ¿Qué debe mejorar o cambiar?
- ¿Ustedes creen que para evitar un embarazo no deseado es necesario que las personas utilicen el método llamado “la píldora del día siguiente”? ¿No creen que ello mata a un ser vivo que ya se está formando?
- ¿Qué opinan de las estrategias para padres?

PREGUNTAS A LOS EXPOSITORES DE GRUPOS

- ¿Quién dio la iniciativa para que ustedes realicen sus programas de charlas?
- ¿Cuál es su meta como grupo de jóvenes trabajando para otros jóvenes?
- ¿Qué opina el gobierno sobre las pequeñas organizaciones?
- ¿Qué pasaría si una persona tiene exceso de relaciones sexuales?
- ¿Cómo se puede formar un grupo en mi localidad para aprender más sobre la sexualidad u otro tema?
- ¿Cuál es el factor que no permite el trabajo óptimo de una organización?
- ¿Qué significa PIMPEA y cuáles son sus metas?
- ¿Cuántos chicas/os integran su grupo de guías? ¿Qué planes tienen para más adelante?
- ¿Por qué tratamos los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Cuál es la metodología de trabajo del grupo de guías?
- ¿Qué opinión tienen de las personas que discriminan a los que tienen SIDA?
- ¿Qué actividades hacen para que los jóvenes no se aburran?

- Hay personas que creen que juntarse o jugar con una persona que tiene VIH/SIDA los va a contagiar.
- ¿Qué podríamos hacer para difundir o explicar que eso es falso?
- ¿Cómo se puede prevenir el VIH? ¿El SIDA a qué órganos ataca más y cuáles?
- ¿Han trabajado con municipios escolares de su distrito? ¿Por qué no los capacitan y así podría haber un efecto multiplicador?
- ¿Tienen una visión de futuro sobre el trabajo con personas con VIH?
- ¿Existe una organización juvenil en San Juan de Miraflores?
- ¿Cuál es la forma de financiamiento de estas agrupaciones juveniles y adolescentes?
- De acuerdo a sus actividades realizadas, ¿cuántas han tenido aceptación de la población?
- ¿A nivel organizacional cuáles son sus perspectivas a futuro?
- ¿Hay algunos requisitos para integrar las instituciones a las que ustedes pertenecen? ¿Cuáles son?
- ¿Entre los jóvenes que ustedes capacitan alguna vez se han encontrado con dificultades o hubo algún problema? ¿Cómo seleccionan a los chicos y de qué colegios? ¿Qué requisitos tienen?