

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACION
ORTEGA Y GASSET**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MASTER EN
ESTUDIOS POLITICOS APLICADOS

“Políticas Publicas para el Mejoramiento del
Acceso a Servicios de Salud y Sexual y
Reproductiva en adolescentes del Perú”

AUTOR:

Elizabeth Rocío Espinoza Portilla.

Madrid 2007

Dedicatoria

A mis padres: Elsa y Walter, por su amor y apoyo invaluable apoyo en el desarrollo de mi carrera profesional.

A Roxana, por ser mi hermana en todo el sentido de la palabra.

A la memoria de mi abuelo Melquíades Espinoza Espinoza, su ejemplo de lucha y sacrificio son el mayor referente de nuestros ideales políticos. Su legado nos ha demostrado que las ideas no mueren con los hombres.. perduran con la sangre en el tiempo.

INDICE:

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	4
3. Metodología.....	5
4. Diagnostico.....	6
5. Propuesta.....	33
6. Conclusiones.....	46
7. Recomendaciones.....	47
8. Lista de Siglas.....	48
9. Lista de Tablas y Gráficos.....	49
10. Bibliografía.....	50
11. Anexos.....	54

RESUMEN

La consideración de la sexualidad como una dimensión fundamental del ser humano, implica que la salud sexual sea un objetivo de salud pública.

Esta apreciación es fundamentalmente relevante en la población adolescente, por ser un colectivo en pleno proceso de desarrollo personal que precisa de una especial atención por parte de los poderes públicos.

Los problemas que clásicamente se identifican con los adolescentes y su sexualidad, en relación con la salud, son: los embarazos no planificados y/o no deseados, y las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

Los datos de la última encuesta demográfica y de salud familiar del Perú, nos muestran que existe una tendencia creciente de la prevalencia de dichos casos, en los últimos años.

La falta de un adecuado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, constituye el punto focal de esta problemática.

La presente tesis, propone el Mejoramiento del Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes del Perú, con la implementación de un Proyecto de Ley que permita el libre y oportuno acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y así mismo, desarrollar una Alianza estratégica entre los Ministerios de Salud y Educación para lograr una adecuada Educación Sexual en los Adolescentes.

INTRODUCCION

Los adolescentes constituyen un grupo etéreo que emerge, como sujetos importantes de Políticas de Población, por sus necesidades específicas en materia de Salud Reproductiva, por sus condiciones de grupo de riesgo y porque indudablemente son personas que han sido excluidos socialmente por mucho tiempo, careciendo de un adecuado acceso a servicios de salud, específicamente salud sexual y Reproductiva.

Este déficit obedece, entre otras razones, a la falta de un marco jurídico específico que faculte al profesional de salud, realizar la consulta médica correspondiente a un menor de edad, que acude solo, a un establecimiento de salud público o privado, para solicitar información, consejería, consulta médica u otro procedimiento médico, referente a su salud sexual y reproductiva (SSR).

El presente trabajo de investigación, esta dividido en dos partes, en primer lugar contiene un diagnóstico del acceso a los servicios de SSR en adolescentes y en segundo lugar contiene una propuesta, que pretende ser una herramienta técnica para generar una proyecto de ley, que dictamine explícitamente, el adecuado y oportuno acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.

El impacto del proyecto de ley que permita el acceso a SSR a adolescentes, se verá potenciado con el acompañamiento de la alianza estratégica entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, ya que permitirá la implementación de medidas educativas dirigidas a la población adolescente en las etapas de la escolarización obligatoria, en el contexto de la Educación Sexual y la Salud Sexual y Reproductiva

Así mismo, cabe resaltar que la presente tesis, se encuentra enmarcada en las líneas de investigación de la FIIAPP, que corresponde al ámbito de las políticas públicas, ya que pretende: promover actuaciones que potencien la eficacia y equidad en la prestación de servicios públicos básicos, como la salud.

En definitiva, las consideraciones expuestas en el presente documento, constituyen el punto de partida de la iniciativa, para mejorar el acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, y contribuir de esta manera al descenso de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en este importante grupo etéreo.

METODOLOGIA

Para efectos del presente diagnóstico, se ha tomado en cuenta la definición del término Adolescente, que lo proporciona la Organización Mundial de la Salud, OMS, la cual designa este término a los individuos comprendidos entre los 10 y 19 años de edad.

Así mismo, el diagnóstico incluye un grupo de indicadores sobre el tema de salud del adolescente, fecundidad adolescente, y riesgo de infecciones de transmisión sexual en adolescentes, los cuales corresponden a las estadísticas, de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, del 2005, la misma que ha ejecutado con una metodología que permite tener acceso a información anual durante cinco años consecutivos, sobre los niveles actuales de fecundidad, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y fuentes de obtención de los mismos, en el grupo etáreo sujeto de estudio, que son los adolescentes.

Los resultados de estos indicadores presentados, son significativos en los ámbitos geográficos, según área de residencia (urbana y rural) y según región natural (costa, sierra, selva).

Otros datos relevantes de la realidad sanitaria de los adolescentes han sido proporcionados por la oficina general de epidemiología del Ministerio de salud del Perú, ente rector en cuestiones sanitarias, por lo tanto la calidad de la información recolectada es aceptablemente fiable.

Entre las instituciones de la cooperación internacional que más información relevante ha proporcionado se encuentran: Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud OPS, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas UNICEF, las cuales vienen protagonizando diversas iniciativas de promoción de los derechos de los adolescentes.

Así mismo, se ha recogido comentarios y experiencias de trabajo, de las publicaciones de instituciones no gubernamentales y/o profesionales que han desarrollado un intenso trabajo de promoción, prevención y cuidado de la salud de los adolescentes, específicamente en el área de la salud sexual y reproductiva.

**DIAGNOSTICO
DEL ACCESO A
SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN
ADOLESCENTES DEL
PERU**

INFORME DIAGNOSTICO:

Definición de Variables:

Existe un acuerdo total respecto a la conceptualización de la sexualidad en el contexto de la salud integral, pero hay cierta discrepancia y confusión entre distintos autores en otros términos relacionados y frecuentemente utilizados.

Para el mejor entendimiento del diagnostico, se presentan a continuación la definición sucinta de variables o términos reconocidos internacionalmente y que favorecen una mejor comprensión de la sexualidad en el contexto de la salud integral y del proceso de desarrollo pisco sexual de los adolescentes.

Adolescente: Según la definición de la OMS, son adolescentes las personas comprendidas entre los 10 a 19 años de edad.

Para efecto, del presente diagnostico, se han considerado los datos proporcionados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la cual toma como sujetos de estudio a las adolescentes de 15 a 19 años.

Sexualidad Humana: Elemento constitutivo de los seres humanos, que se expresa como un lenguaje que posibilita una comunicación plena, total y trascendente.¹

Salud Sexual: Integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor. Es decir que enfatiza la significación de los aspectos cualitativos para el ser humano, como para el desarrollo pleno en lo personal y en el vínculo con los otros, el valor de la afectividad, la comunicación y el placer.²

Salud Reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. Es decir hace referencia más específica a aspectos procreativos, enfatizando en los derechos de las mujeres y hombres en este aspecto y en la provisión y calidad de los servicios de concepción y anticoncepción.³

¹ Cerruti, S. Educación de la Sexualidad en el contexto de la Salud Integral en la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Mayo 1997.

² Organización Mundial de la Salud. 1994.

³ Idem.

Embarazo en Adolescente: Es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

Tasa de Fecundidad por Edad Especifica: Esta representada por el numero de hijos nacidos vivos por mujer en un determinado grupo de edad, sobre el numero de mujeres de un determinado grupo de edad.

Su formula:

Numero de nacimientos a mujeres de 15 a 19 años

X 1000

Numero de mujeres de 15 a 19 años

Tasa Global de Fecundidad: Es el numero promedio de hijos que una mujer hubiera tenido al final de sus años reproductivos si la misma se hubiera ajustado a las tasas de fecundidad por edad especifica durante cada año de su vida reproductiva. La tasa global de fecundidad resume, en una sola cifra, la fecundidad de todas las mujeres durante una etapa determinada.

Edad Mediana: Es la edad que divide a una población en dos grupos numéricamente iguales, es decir la mitad de la población tiene menos edad y la otra mitad tiene mas edad que la mediana. Para efectos del estudio, analizaremos las siguientes variables:

- **Edad Mediana de la Primera Relación Sexual:** Variable que indica el inicio de la actividad sexual en la adolescente que pertenece a la muestra.
- **Edad Mediana al inicio del matrimonio o de la convivencia:** Variable que determina el numero de mujeres menores de 20 años que decidieron optar por un cambio en su estado conyugal (unidas consensualmente o casadas).
- **Edad Mediana del Nacimiento del Primer Hijo:** Variable que indica la edad en que la adolescente presenta su primer parto.

Marco Teórico:

La epidemiología de la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo.

Actualmente los adolescentes adquieren maduración física antes y se casan mas tarde. La edad promedio de la menarquia se ha adelantado desde 14.8 años en 1890 a 12,6 años en 1990.

Además el intervalo entre la menarquia y la edad promedio de matrimonio ha aumentado desde 7.2 años en 1890 a 11,8 años en 1990.

Esto determina un largo periodo de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva y aún no logran el cumplimiento de las tareas psicosociales de la adolescencia como son el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen.⁴

Durante este periodo los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable.

Esto explica el aumento observado a nivel nacional e internacional de la conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes y sus consecuencias como el embarazo no deseado, las infecciones con enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Por largo tiempo se ha polemizado respecto al significado de la actividad sexual durante la adolescencia, se ha discrepado en el hecho que puede ser o no una conducta esperada en esta etapa del desarrollo, o si es una conducta transitoria de esta etapa del desarrollo.

Así mismo existe el abordaje por la sociedad, de tomarlo como una conducta de riesgo, que implica estar expuesto a embarazos no deseados o a infecciones de transmisión sexual.

La adolescencia es la etapa de la vida donde se definen la mayor parte de los hábitos y conductas que determinan las opciones y estilos de vida adultos. Es en este momento, de múltiples y acelerados cambios en el ámbito biológico, psicológico y social, cuando las conductas de riesgo

⁴ Javier Alva y Col. Piensa en ell@s: Iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la atención de salud de las jóvenes. Edic. FNUAP / Flora Tristán abril 2001.

Estado Conyugal: Variable que define el estado civil de la adolescente, implicando a las solteras, casadas, convivientes o unión estable, etc.

Lugar de Procedencia: Variable que indica el numero de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que viven en áreas urbanas y rurales.

Grado de Instrucción. Variable referida al nivel de educación que presenta la adolescente, comprendiendo el nivel primario, secundario y superior. Siendo esta variable un factor importante en el análisis demográfico, por su influencia en la conducta reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, etc.

Atención prenatal por personal capacitado: Los datos representan el porcentaje de adolescentes embarazadas, que recibieron al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo, prestada por un trabajador de salud capacitado.

Se define como la atención de salud durante el embarazo, los servicios de control y monitoreo del embarazo y/o la atención ambulatoria por morbilidad asociada; no incluye las actividades directas de vacunación, ni la atención inmediatamente previa al parto. El personal capacitado incluye médicos, enfermeras y obstetrices. No incluye parteras tradicionales.

Atención del Parto Institucional: Los datos corresponden al número de partos en adolescentes atendidos por personal capacitado, en un establecimiento de salud, durante un año específico, como porcentaje del total de nacimientos durante ese año.

determinan la mayor parte de los daños a la salud, secuelas y muertes en ambos sexos.

Son múltiples los elementos que contribuyen al nivel de la salud y del desarrollo de los adolescentes, siendo la sexualidad un componente fundamental.

De esta forma, incorporar la consideración de la sexualidad en el marco de la salud integral del adolescente, resulta indispensable para realizar un abordaje integral que permita una mejor comprensión del proceso de desarrollo del adolescente.

La sexualidad constituye un elemento integrante fundamental de la personalidad, es la función que está mayormente influida por el contexto social, por lo tanto debiera ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano.

Debido a esta significativa importancia, en las dos últimas décadas, los estados han tomado conciencia de este aspecto fundamental del desarrollo humano y han puesto especial énfasis en desarrollar adecuadas políticas públicas en salud, que velen por el cuidado y el bienestar de la salud sexual y reproductiva, destacando de manera significativa la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos DSR, como parte de los derechos humanos, son los que encargados de garantizar la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, asegurando que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad segura, placentera y con el menor riesgo posible de sufrir complicaciones de salud.

De manera puntual, los derechos reproductivos son los derechos de todas las parejas e individuos, incluidos los adolescentes:⁵

- A decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento e intervalo de sus hijos e hijas, y a disponer de la información, educación y medios para hacerlo;
- A alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; y
- A tomar decisiones acerca de su reproducción libre de coacción, discriminación o violencia.

⁵ Guzmán José y Col. " Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe". Fondo de Población de Naciones Unidas. México 2001

Y los derechos sexuales son los derechos de todas las parejas e individuos, incluidos los adolescentes:⁶

- A decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo la protección y promoción de su salud sexual y reproductiva;
- A estar libre de coacción, discriminación o violencia en su vida sexual y en todas las decisiones acerca de la sexualidad;
- A contar con y demandar igualdad, consentimiento pleno, respeto mutuo, y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

El Programa de Acción formulado por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo-CIPD (El Cairo, 1994), así como Plataforma Mundial para la Acción resultante de la Cuarta Conferencia Mundial sobre de la Mujer (Beijing, 1995) consolidan los compromisos políticos asumidos por los estados participantes respecto a los DSR, entre ellos los del estados Peruano.

En el Cairo se definen los derechos reproductivos como aquellos que “abarcen ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes, aprobados por consenso en las Naciones Unidas; se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (CPD, 7.3).⁷

En Beijing se reafirma la definición brindada, pero incluye, además, otros aspectos que pueden reconocerse como los contenidos iniciales de los derechos sexuales; señala que “se debe entender que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a coacción, a discriminación y violencia”. Agrega que “las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exige el respeto y el consentimiento recíprocos y

⁶ Idem..

⁷Tomado de Family Care International. 2000. Sexual and Reproductive Health Briefing Cards. FCI: New York).

la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”⁸.

Entre los compromisos que el estado peruano asumió respecto a los DSR están:⁹

1. Que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas lo antes posible, preparando programas de salud reproductiva para atender las necesidades de las mujeres y las adolescentes.
2. Apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia, adoptando medidas para satisfacer las necesidades al respecto de la población lo más antes posible.
3. Proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios de salud reproductiva.
4. La promoción, el suministro y la distribución fiables de preservativos de buena calidad deberían convertirse en elementos integrantes de los servicios de salud reproductiva.
5. Posibilitar el acceso de la mujer a los sistemas de seguridad social en condiciones de igualdad con el hombre durante toda su vida.
6. Eliminar todas las prácticas de discriminación contra la mujer, ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual.
7. Intensificar esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de otras infecciones del aparato reproductivo.
8. Reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2005: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015.
9. Reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.
10. Eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.

⁸ Idem.

⁹ Gobierno del Perú. (2002) Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002 – 2010: Construyendo un Perú Mejor para las Niñas, Niños y Adolescentes. Lima.

Estos compromisos asumidos por el estado peruano en el año 1994 y 1995 evalúan de manera directa las gestiones de nuestros gobernantes, y de acuerdo a las estadísticas, aún está muy lejos de cumplir con sus compromisos internacionales.

El derecho a la salud es parte sustantiva de los derechos humanos, y el estado debe garantizarlos para todos los grupos poblacionales. Esta tarea debe enfatizarse más con la salud de los adolescentes, ya que son un grupo etéreo expuestos a riesgos, que viven en alta vulnerabilidad, y que según las estadísticas, se ha demostrado que existe una deuda social con ellos.

Actualmente existen lineamientos de política de salud del adolescente, promovidos por el Ministerio de Salud y la cooperación internacional como el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), UNICEF, OMS, etc., los cuales reflejan el compromiso del estado, a asumir el tema de los jóvenes y adolescentes con la importancia que ameritan, pero definitivamente, estos lineamientos no tienen la vigencia que corresponde porque no existe el marco jurídico explícito y tangible que respalde la prestación del servicio confidencial y oportuno al adolescente que acude con algún problema de salud sexual y reproductiva.

Contexto de la problemática social, política, cultural:

Social:

La fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en la región de las Américas. Sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos etéreos, ni en todos los países.

La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1000, teniendo en general las tasas de fecundidad adolescentes a ser más altas en los países de fecundidad alta.

El 20.9% de la población peruana es adolescente, es decir, que 5 749,220 hombres y mujeres tienen entre 10 y 19 años.¹⁰ De ellos, se diferencian dos grupos con necesidades y procesos distintos: 10 y 14 años y 15 y 19 años.

El 66.9% de adolescentes de 10 a 14 años y el 56.6% de los que tienen entre 15 y 19 años, vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Si

¹⁰ Estado de la Población Peruana 2002. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Julio 2002.

examinamos la pobreza por grupos de edad y miramos lo que sucede con los y las adolescentes y jóvenes encontramos lo siguiente:¹¹

CUADRO 01: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES POBRES Y POBRES EXTREMOS EN EL AÑO 2001.

Grupos de Edad	Población en pobreza extrema. 2001.	Población en pobreza 2001 (incluye la pobreza extrema)
10 a 14 años	33.7	66.9
15 a 19 años	23.3	56.6

Fuente: Elaboración propia con datos de ENDES continua 2004 (INEI)

Del total de grupos etáreos, los adolescentes de 10 a 14 años son el segundo grupo mas golpeado por la pobreza y pobreza extrema en el Perú, siendo los niños de 5 a 9 años el primer grupo.

L@s adolescentes jefes de hogares experimentan mayor pobreza extrema que los otros segmentos poblacionales. Según la ENDES 1996, el 46.3% de menores de 20 años que son jefes de hogares, viven en condiciones de pobreza.

Las zonas pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Un dato significativo, que debemos mencionar en este diagnostico, es que el 9% de menores de 15 años del área urbana, no viven con ninguno de sus padres biológicos y están en condiciones de adoptados, ahijados u acogidos. Solo el 70.5% de l@s adolescentes vive con ambos padres, 7.6% es huérfano de alguno de ellos y 8% no vive con ninguno de ellos, a pesar que el 7% los tiene vivos.¹²

Ante la evidencia, de que los adolescentes, son un grupo etáreo muy desfavorecido, y con situaciones de riesgo significativas como la pobreza y

¹¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI – Encuesta Nacional de Hogares ENAHO IV Trimestre 2001.

¹² Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima Perú. Mayo 2001

el abandono, es fundamental priorizar políticas públicas, orientadas a garantizar su bienestar social y obviamente el adecuado cuidado de su salud.

Por ello, se debe reforzar la idea de que invertir en la salud de l@s adolescentes, no es solo detectar los daños y curar las enfermedades que esta población tiene. Es Desarrollar capacidades, promover el capital humano y social que hemos cuidado y protegido en la infancia y construir agentes de cambio cultural en salud.

Político:

A nivel político, en el marco de los Programas y Acuerdos internacionales nuestro Estado ha suscrito en materia de derechos humanos, infancia, población, mujer, desarrollo y Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, los principios básicos que orientan las Políticas de Salud de los/las adolescentes, los cuales centras sus objetivos en disminuir sus condiciones de vulnerabilidad, disminuir las brechas de inequidades sociales, promover la reducción de la violencia familiar y optimizar o continuar la inversión efectuada en la niñez a fin de garantizar el desarrollo del capital social y humano de las futuras generaciones.

Sin embargo, en la actualidad no existe un compromiso político claro, que garantice el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, y tampoco existe un plan de trabajo eficiente que disminuya las brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud por parte de los adolescentes.

La falta de compromiso político en este tema se ve reflejada, en la ausencia de propuestas que planteen soluciones a esta problemática, en los planes de gobierno de los partidos políticos que se presentan a las elecciones.

Tampoco se ha incluido en los temas de debate presidenciales, durante las elecciones de gobierno, por lo tanto es evidente, que existe un desconocimiento pleno de la importancia que tiene el tema, en el logro del desarrollo integral de las personas el tema de la prevención en salud.

Cultural:

En el aspecto cultural, la literatura menciona que son los adolescentes que tienen menores expectativas académicas, menor comunicación con sus padres, mayor influencia de su grupo de pares los que por lo general tienen un inicio precoz de la actividad sexual.

Así mismo esta descrito que mientras más temprano la adolescente comience su vida sexual, es más probable que tenga consecuencias negativas para su salud: mayor número de parejas, mayor probabilidad de

Enfermedades de Transmisión Sexual, consecuencias ligadas al embarazo, parto y puerperio.

También existe mayor riesgo de deserción escolar, menores posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos económicos, riesgos de futuros embarazos no deseados, mayor frecuencia de problemas emocionales.¹³

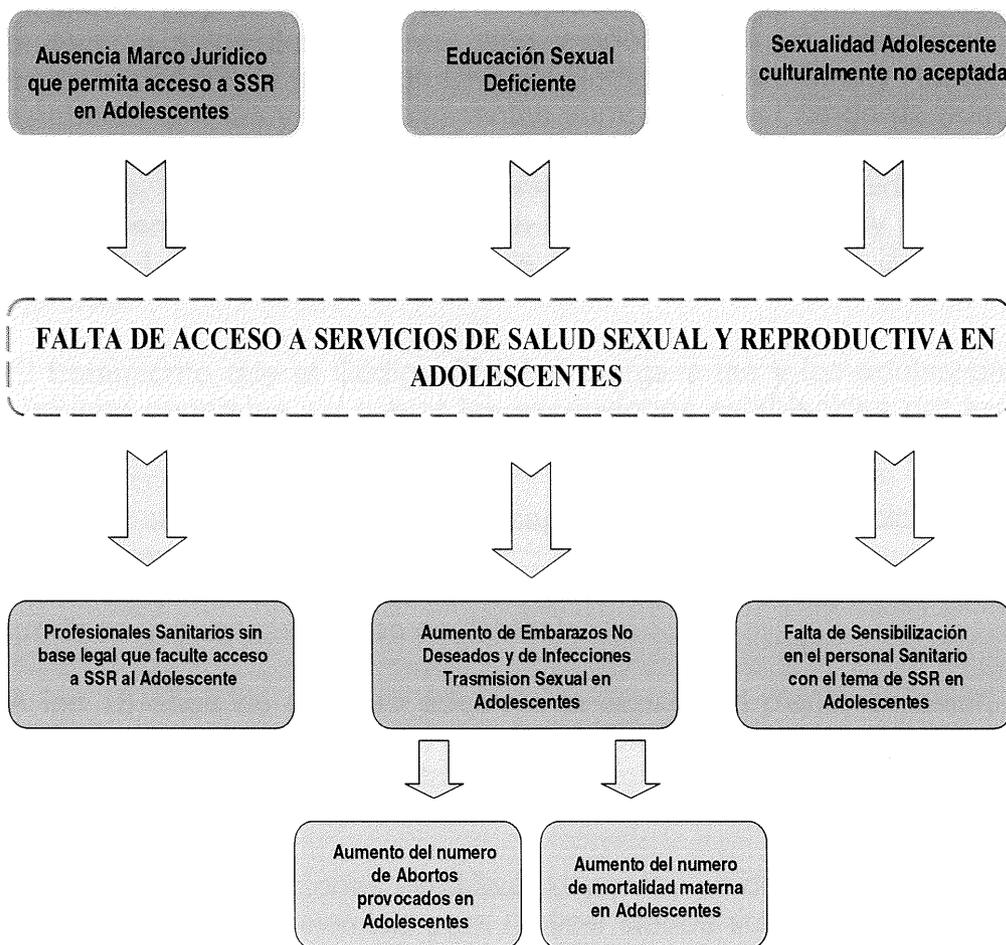
Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual.

La pérdida de la religiosidad, por la severidad de sus Principios Fundamentalistas, es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

¹³ Coupey, S., Klerman, L (Ed) Adolescent Sexuality: Previnting Unhealthy Consequences. Adolescent Medicine. Satate of the Art Reviews. Vol 3. N.2. June 2002.

Descripción de problemática problema focal:

**GRAFICO 1:
ARBOL DE PROBLEMAS QUE DESCRIBE LA SITUACION DE LA
FALTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES.**



El problema focal, se centra en la falta de Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en el Perú.

La ausencia de un marco jurídico, que permita el acceso a este servicio, es la principal causa, de este problema.

La constitución política del Perú (CPP), de 1993, establece que "Todos tienen derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y de la comunidad", así como el "deber de contribuir a su promoción y defensa" (art.7).

El Nuevo Código de los Niños y Adolescentes, que fuera promulgado mediante Ley N° 27337, es el instrumento legal por excelencia de protección a los derechos del niño y adolescente ya que prima por su especialidad frente al Código Civil. El Código de los Niños y Adolescentes establece que las y los adolescentes comprenden el rango de edad entre los doce y dieciocho años. Si bien son reconocidos como sujetos de derechos, la ley en términos generales restringe su capacidad de ejercer ciertos derechos por sí solos según lo establecido en la ley en el Título V del Libro I del Código Civil donde se regula la Capacidad e Incapacidad de ejercicio.

El tratamiento que el Código Civil les otorga a las y los adolescentes en términos generales sin contar las excepciones establecidas por ley, es el siguiente:

- De 12 a 16 años de edad: Incapaz Absoluto de Ejercicio (los actos jurídicos que realizaran son nulos).
- De 16 a 18 años de edad: Incapaz Relativo de Ejercicio (los actos jurídicos que realizaran son anulables).

A los 18 años de edad se adquiere la capacidad plena, es decir, que el adolescente se encuentra en una edad donde tiene un grado suficiente de madurez integral: intelectual, psicológica y una concepción de responsabilidad para ejercer sus derechos y asumir sus responsabilidades.

Hay muchas excepciones establecidas por ley en donde el menor de edad tiene capacidad de ejercicio para realizar ciertos actos, tales como aceptar donaciones, legados y herencias voluntarias siempre que sean puras y simples, sin necesidad de recurrir a sus representantes legales; poder dedicarse a un trabajo, ocupación, industria, entre otros, remover a su tutor, etc.

De estas excepciones se desprende que dependen de la capacidad de discernimiento que tengan. Entonces, para determinar la verdadera capacidad de ejercicio de una o un adolescente, podría decirse que la edad es algo arbitrario y que la importancia radicaría en el discernimiento del mismo.

Cabe destacar que el artículo 46 del Código Civil, modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27201, señala que la incapacidad de las personas mayores de dieciséis años cesa por matrimonio o por obtener título oficial que les autorice para ejercer una profesión u oficio y que la capacidad adquirida por matrimonio no se pierde por la terminación de éste.

Asimismo, anteriormente se establecía que sólo en el caso de mujeres mayores de catorce años, la incapacidad cesaría también por matrimonio. Sin embargo, con la introducción de la presente modificación, quedó establecido que para las personas (es decir hombre y mujer) que tengan catorce años o más, cesará la incapacidad a partir del nacimiento del hijo, únicamente para realizar los siguientes actos:

1. Reconocer a sus hijos.
2. Reclamar o demandar por gastos de embarazo y parto.
3. Demandar y ser parte en los procesos de tenencia y alimentos a favor de sus hijos

Otra modificación importante fue la que se introdujo en el artículo 241, inciso 1 sobre los impedimentos absolutos para contraer matrimonio.

Dicho inciso señalaba que los "impúberes", palabra cambiada por la de "adolescentes", no podían contraer matrimonio, pero que por motivos graves, el juez podía dispensar tal impedimento siempre y cuando el hombre haya cumplido los dieciséis años de edad, y la mujer catorce. El inciso fue modificado en el sentido que se amplió la edad de la mujer a dieciséis años como mínimo al igual que el varón, para contraer matrimonio, siempre que los contrayentes manifiesten expresamente su voluntad de casarse.

En adición a otras atribuciones que la ley le otorga, el artículo 456 del Código Civil, señala que el menor que tenga más de dieciséis años de edad puede contraer obligaciones o renunciar derechos siempre que sus padres que ejerzan la patria potestad autoricen, expresa o tácitamente el acto, o lo ratifiquen.

El Código de los niños y adolescentes en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, *considera “el Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente y el respeto a sus derechos”*. Asimismo reconoce que los niños y adolescentes son “sujetos de derechos, libertades y de protección específica”.

Si bien el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes “No reconoce” de manera expresa a los derechos sexuales y reproductivos, le reconoce los derechos inherentes a la persona humana, tales como el derecho a la vida, integridad, a la libertad, identidad, entre otros y los *derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo*. Todos estos garantizan el ejercicio y goce de los derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a los *derechos específicos* que ampara el Código de los Niños y Adolescentes están: *el derecho a que se respete la integridad moral, psíquica y física y el libre desarrollo y bienestar del niño y adolescente, el derecho a la libertad de expresión, pensamiento, conciencia y religión, el derecho a la atención integral de salud y el derecho a la Educación; el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afecten y por los medios que elijan, incluida la objeción de conciencia, y a que se tenga en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez. En este caso, el Código agrega que este derecho lo tiene el niño y el adolescente que estuvieran en condiciones de formarse sus propios juicios.*

La legislación peruana contempla explícitamente que todo adolescente debería acudir a consulta médica acompañado de un adulto o tutor: *“El Código de los Niños y Adolescentes establece que las y los adolescentes comprenden el rango de edad entre los doce y dieciocho años. Si bien son reconocidos como sujetos de derechos, la ley en términos generales restringe su capacidad de ejercer ciertos derechos por sí solos según lo establecido en la ley en el Título V del Libro I del Código Civil donde se regula la Capacidad e Incapacidad de ejercicio”*.

Así mismo, *“ El artículo 456 del Código Civil, señala que el menor que tenga más de dieciséis años de edad puede contraer obligaciones o renunciar derechos siempre que sus padres que ejerzan la patria potestad autoricen, expresa o tácitamente el acto, o lo ratifiquen”*

El efecto inmediato a esta causa, es que el profesional de salud se encuentra sin una base legal que lo faculte a realizar una atención médica clínica o de enfermería a adolescentes.

Esta circunstancia expone al personal sanitario, a incumplir con la normativa de los derechos sanitarios, tales como:

- Derecho a la información: Toda persona tiene derecho a exigir a la autoridad de salud que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud. (art. 5 de la Ley General de Salud)
- Derecho a la intimidad y la confidencialidad: El artículo 15 de la Ley General de Salud, reconoce el derecho de toda persona usuaria de los servicios de salud al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad.

La otra causa del problema en estudio, es la educación sexual deficiente lo que ocasiona como consecuencia, un evidente aumento de los embarazos no deseados y el aumento de la incidencia de las infecciones transmisión sexual.

El embarazo adolescente es un aspecto especialmente sensitivo a los contextos culturales. El significado asignado al embarazo precoz varía entre las diferentes culturas, así como sus implicaciones y consecuencias. Existen lugares donde el embarazo adolescente es socialmente aceptado generalmente cuando ocurre dentro de una unión conyugal, formal o informal.

Sin embargo, en otros contextos, el embarazo adolescente es visto como un problema social, especialmente cuando ocurre fuera de una unión, ya que interfiere con el proyecto de vida de la adolescente, que incluyen las expectativas educativas, matrimoniales, realización personal y prosperidad económica. (Villarreal 1998).

Dentro de la problemática del embarazo adolescente se registra una serie de situaciones que se encuentran detrás de los determinantes próximos de la fecundidad y que están vinculadas directamente al modo de vida y a conductas de riesgo asumidas por las adolescentes.

Entre sus determinantes, además de la edad temprana de la adolescente y de la edad de inicio de la actividad sexual, se encuentran valores, actitudes y pautas culturales en general, problemas en la inserción social y económica, información inadecuada y dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud, entre otras.

Diversos estudios sobre madres adolescentes concluyen en que la maternidad adolescente tiene fuertes efectos negativos sobre el desarrollo educacional de las adolescentes, debido a que se dificulta la continuación de sus estudios y como resultado obtienen bajos niveles de educación en comparación a sus pares que postergan el inicio de la reproducción.

Entre otras consecuencias que trae consigo la fecundidad temprana, además de las repercusiones en la familiar y la sociedad, se encuentran el riesgo para el desarrollo pleno de la adolescente, principalmente de la que se encuentra en situación de pobreza: las consecuencias biológicas referidas a la morbi- mortalidad materna e infantil así como las psicológicas y sociales, siendo la principal la limitación para alcanzar un mayor nivel educativo, social y económico.

En el Perú, entre mujeres de 15 y 19 años, el 16.4% se convierten en madres. Tal como cabe esperar, la mayoría de nacimientos en adolescentes del país se concentran en los últimos años de la adolescencia: las tasas para adolescentes con edades entre 18 – 19 años, son mas del doble que para las de 15 a 17, mientras que las tasas para adolescentes menores de 15 años son bastante mas bajas (ENAH, 1998).

En el periodo 1986 – 1996, mientras el grupo de 15 a 19 disminuyo su tasa de fecundidad en 5.1% el grupo de 25 – 29 años lo hizo en 18.6% y el de 45 – 49 años en 50% (ENDES).

No obstante la tendencia del descenso de la tasa de fecundidad adolescente en el país, el peso de la fecundidad adolescente en la fecundidad total se viene incrementando. Si tomamos en consideración las proyecciones de población vigentes, observamos que la contribución de los nacimientos en adolescentes en la fecundidad total se incremento de 8.3% en 1980, a 9,4% en 1995, y se espera que este aporte llegue a 10.2% en el año 2005.

En tanto que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), esta contribución se dio en una mayor proporción, de 13.6% en 1986 paso a 13.8% en 1996.

En definitiva el embarazo en adolescente, constituye un riesgo para la salud, y además es una situación que puede limitar las oportunidades de educación y empleo de una adolescente y prolongar el ciclo de madres en situación de desventaja que trasmiten su vulnerabilidad a sus hijas y estas a las suyas.

En consecuencia en los estratos pobres la fecundidad temprana constituiría un mecanismo de reproducción intergeneracional de pobreza. Con respecto a la morbilidad adolescente, podemos mencionar que la cifra de abortos, esta estimada en 400,000 habiéndose incrementado esta cifra de estimaciones anteriores a consecuencia de embarazos no deseados, producto de la falta de acceso de métodos anticonceptivos.

La causa principal de hospitalización de adolescentes según el MINSA, esta relacionada con la atención de embarazos, partos y puerperio.

El documento sobre lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes muestra evidencias de un incremento progresivo de embarazos, abortos y muertes maternas, debido a la limitación en la prestación de servicios específicos para adolescentes en el tema de salud sexual y reproductiva. Al respecto se señala que el 13% de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad es madre o está gestando por primera vez. Así mismo, el 55% de estos embarazos fueron no deseados.

El tema de las infecciones de transmisión sexual, ITS/SIDA, es un tópico de reconocida importancia, ya que las estadísticas proporcionadas por el ministerio de salud, y la Oficina General de Epidemiología OGE, señalan que desde el primer caso de SIDA reportado en el Perú, en el año 1983 al 31 de enero del 2006, hay 18,059 casos reportados de SIDA y 24,449 casos de VIH.

Cabe resaltar que las personas afectadas, se encuentran principalmente, entre los 20 y 39 años de edad, esto quiere decir que considerando el periodo de latencia prolongado para el VIH, un importante porcentaje de éstas personas contrajeron la enfermedad en la adolescencia o juventud.

La bibliografía señala que entre los principales problemas en salud sexual y reproductiva están la mortalidad materna, que está estimada en 185 por cien mil nacidos vivos a nivel nacional, y la mortalidad perinatal, que fue de 23 defunciones por mil embarazos de siete o mas meses y represento más del 50% de la mortalidad infantil.

La otra causa es la Sexualidad Adolescente, culturalmente no aceptada por la sociedad.

La sexualidad de los y las adolescentes es altamente compleja y requiere un acercamiento integral para su análisis. Un enfoque centrado únicamente en la prevención de riesgos, independiente del contexto socioeconómico y cultural en que viven los adolescentes, puede llevar a conclusiones erradas y a políticas no siempre adecuadas a sus necesidades reales.

Según Caplan, distingue al menos tres marcos socioculturales en la construcción de diversas sexualidades en el mundo:

1.- La correspondiente a las sociedades occidentales. El deseo de tener hijos es bajo, e incluso existe una amplia aceptación de prácticas sexuales no procreativas, no se encuentra una valoración positiva respecto de la virginidad.

2.- La propia de las sociedades del África Subsahariana: No se plantea una separación conceptual entre sexualidad y reproducción. El deseo de

procrear es muy alto, no existe el culto a la virginidad y las prácticas sexuales no procreativas son símbolo de debilidad.

3.- La correspondiente a las sociedades mediterráneas, latinas y orientales. El deseo de procreación se vincula con la unión; se ejercen estrictos controles sobre la sexualidad femenina; la sexualidad es inseparable de la reproducción.

En América Latina y el Caribe, los comportamientos sexuales y reproductivos están profundamente marcados por los diferentes papeles de género. En consecuencia, la sexualidad femenina se enmarca en la moralidad católica y el pensamiento judeocristiano, que concibe al matrimonio como una institución monogamia y a las relaciones sexuales como prácticas positivas siempre y cuando se hallen ligadas a la unión y con fines reproductivos (Rivas, 1997).

Las normas prevalecientes niegan a las mujeres la posibilidad de sentir deseos y placeres sensuales, así como de disfrutar de relaciones sexuales no procreativas, porque el deber máximo del ser femenino es la conyugalidad. (Szaz. 1997).

En el caso de los varones, en las sociedades latinas se demanda que estos demuestren permanentemente su virilidad. En función de las proezas sexuales se expresa y se mide el poder masculino. Se considera que un comportamiento sexual apropiado para los varones es practicar el coito con diversas parejas (a menudo, se valora la penetración como señal de dominación). La identidad masculina, al tener que construirse en continua oposición con lo femenino, es menos estable y necesita reafirmarse constantemente.

La paradoja es que mientras la sociedad fomenta y presiona a los varones para que tengan relaciones sexuales, la actividad sexual de las mujeres fuera del matrimonio las revela como personas de conducta moral inferior. Aunque no existe un modelo único de masculinidad, en el caso de América Latina y el Caribe, al igual que ocurre en otras sociedades, la construcción de género se caracteriza por la subordinación de la mujer al varón a través del patriarcado.

Estas identidades de género que dan lugar a la diferenciación en comportamientos y percepciones se construyen socialmente y dan lugar a la división de espacios entre los sexos. Sin embargo, como se apuntó en su momento, estas configuraciones son más sutiles, diversas y maleables de lo que generalmente se supone. El proceso de globalización y modernización vivido en América Latina ha provocado en diversos grupos sociales tradicionales una apertura, hasta cierto punto, a la redefinición de valores en torno a la sexualidad. Precisamente son los y las adolescentes los principales protagonistas de estos cambios.

La fecundidad adolescente en el Perú, responde, a grandes rasgos, a dos patrones:

El Primero de ellos puede denominarse tradicional y se presenta en contextos de rezago económico y social y también de transición demográfica incipiente; en este caso la fecundidad temprana es el primer paso de una trayectoria reproductiva intensa, que suelen iniciarse en el marco de uniones estables.

El Segundo Patrón puede denominarse de "Modernidad Sexual y Reproductiva Truncada"; se configura en contexto típicamente urbanos y se produce por iniciaciones sexuales tempranas, normalmente al margen de una unión estable y sin protección anticonceptiva. En este caso la procreación temprana, no conduce a una alta paridez, pero sus adversidades se multiplican respecto del patrón tradicional

Es necesario resaltar que la creciente escolarización y los profundos cambios culturales y tecnológicos, que facilitan una mayor exposición a los medios de comunicación y el acceso a la información, son factores que difunden modelos de comportamientos que influyen en las conductas sexuales de los jóvenes y adolescentes.

Esta coyuntura social incluye a las zonas rurales y comunidades indígenas, lo que incide en que el período de la adolescencia sea una etapa donde se van transformando las visiones y percepciones de los y las adolescentes acerca de sus papeles y alternativas futuras.

La Falta de sensibilización con el tema de la salud sexual y reproductiva en el personal sanitario, ha propiciado que éste deje de ser un aliado estratégico en el tratamiento de esta problemática, ya que muchas veces el personal sanitario estigmatiza y discrimina al adolescente que acude solo a consulta médica para solicitar conserjería y orientación en temas de salud sexual y reproductiva.

Esta situación ha desencadenado cifras alarmantes en la salud del adolescente:

Según los datos la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Peruana 2004, nos muestra que el porcentaje de embarazadas alguna vez, va en aumento con la edad en la adolescencia, sin embargo a los 17 años es el punto de quiebre hacia un incremento mucho mas rápido, llegándose a los 19 años con un 27.9% de embarazo.

Al año 2005 el 12.7% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas.

El 61% de las adolescentes unidas tiene un hijo se observa que este porcentaje se ha incrementado del 2002 al 2005.

La mediana del intervalo de nacimientos es menor en adolescentes que en otras edades (27.3 meses), pero la tendencia es alentadora, sin embargo el riesgo de tener un nuevo hijo en la adolescencia es mayor.

Ante esta realidad, es inevitable plantearse las siguientes interrogantes:

1. Deben los adolescentes ir siempre acompañados de alguno de sus padres a la consulta médica?
2. Hay situaciones en las que se puede y debe atenderseles aunque los padres no tengan conocimiento de ello? Qué situaciones son esas?
3. Pueden solicitar los adolescentes menores de edad, métodos anticonceptivos?
4. Es necesario comunicar a los padres cuando una adolescente está embarazada, pasando por encima del secreto profesional?
5. Desde qué edad puede tenerse en cuenta la opinión del menor?
6. Lo mismo que hay mayores de edad inmaduros o incapaces ¿Puede haber menores de edad maduros o capaces?

Actores implicados en la problemática descrita:

Actores Perjudicados:

Los principales actores implicados en la problemática son los adolescentes.

El concepto de adolescencia, es relativamente reciente en términos históricos. Surgió a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX en los países occidentales y sirvió para designar a un grupo específico de la población joven perteneciente, por lo general a un nivel socioeconómico elevado, quienes llevaban a cabo una preparación prolongada antes de asumir los papeles adultos.

Con el paso del tiempo y, a medida en que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la adultez se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una edad particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

Sin embargo, al igual que sucedía en la antigüedad, en muchas sociedades, en especial de áreas rurales de América Latina, el ingreso a la edad adulta se inicia muy temprano, con fuertes responsabilidades económicas y familiares – que en ocasiones incluye el matrimonio- lo que hace de la adolescencia una etapa inadvertida. En cambio en muchas otras áreas y sectores de la región y como consecuencia del proceso de

modernización, el periodo de la adolescencia se ha ampliado e incluso continúa creciendo.

En definitiva, la dificultad de definir de manera universal el concepto de adolescencia estriba en que por si mismo el fenómeno representa una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos. Se reconoce que las características y duración de esta etapa dependen de la clase social, el entorno sociocultural, el género, la étnia, etc.

En la adolescencia, a la vez que se presenta un crecimiento notable de ideales y en la capacidad de iniciar planes de vida, se sufre un cierto asincronismo entre el desarrollo biológico y el desarrollo psicosocial.

Esto genera problemas de ajuste emocional y social en una etapa en que los y las adolescentes deben afirmar su identidad sexual, aceptando sus cambios corporales y avanzando en su independencia psicológica hacia la adaptación de estilos de vida adulta y de su propia identidad.

La adolescencia es un periodo trascendental en el desarrollo de la sexualidad de los individuos. Esta etapa se caracteriza por las transformaciones corporales, entre las que la sexualidad emerge como parte de un proceso de cambio psicosocial que influye profundamente en la vida presente y futura de la persona. Las diferencias biológicas entre varones y mujeres, principalmente las establecidas por las identidades de género, marcan de forma pronunciada la sexualidad y nupcialidad en adolescentes.

Es además una etapa de redefinición y reafirmación de la identidad de género; en su transcurso, varones y mujeres desarrollan un comportamiento en torno a su sexualidad que los va a identificar a lo largo de su vida. Las adolescentes asumen (o rechazan) el papel que han aprendido desde su nacimiento

Actores que originan el Problema:

El estado, representado por el poder legislativo que no tiene un marco legal claro y eficiente que faculte al profesional de la salud (médico, enfermera, obstetriz) brindar la prestación del servicio salud.

Al respecto, la jurisprudencia nacional consagra una protección de la salud en donde el Estado está en la obligación de tomar las medidas necesarias para garantizar este derecho. Cabe señalar que la jurisprudencia ha desarrollado el concepto de derechos sociales como deberes de solidaridad.

La Constitución Política del Perú establece que el Estado determina la Política Nacional de Salud, y que el poder Ejecutivo es el responsable de diseñarla, normarla, conducirla y supervisarla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud (art. 9). La CPP también garantiza el libre acceso a prestaciones, ya sea a través de entidades públicas, privadas o mixtas y supervisa su funcionamiento. (art. 11).

La ley marco del sector salud es la Ley 26842/ 1997 General de Salud. El ministerio de salud (MINSA) es el ente rector del sector salud a nivel nacional. Es responsable de la organización, conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud.

Ente los lineamientos de política sectorial del MINSA para orientar las políticas de Salud durante el periodo 2002 - 2012 se destacan:

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud.
- Impulso de un nuevo modelo de atención integral de salud.

Actores que son parte de la Solución:

El Estado, representados en el poder legislativo, que debería promulgar un proyecto de ley específico donde se exprese de manera clara, los derechos de los adolescentes, específicamente, el derecho al acceso a servicios de salud de manera confidencial y segura.

Así mismo la norma debería especificar el reconocimiento y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, para que sean los entes rectores en salud, como el Ministerio de salud, y ESSALUD los que se encarguen de su difusión y su normal ejercicio.

Las Organizaciones No Gubernamentales, son piezas claves en la solución de este problema, ya que son aliados estratégicos en el intenso trabajo de promoción, prevención y cuidado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, por su experiencia previa en el tema ya que han sido las pioneras en abordar el tema desarrollando proyectos con experiencias pilotos de Centros Médicos Especializados que proporcionan un servicios diferenciado en la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes.

MATRIZ DE ALIANZAS Y CONFLICTOS ENTRE LOS ACTORES

ACTOR	INTERESES	ALIANZAS	CONFLICTOS
Adolescentes	Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Organizaciones No Gubernamentales.	Iglesia Grupos Fundamentalistas. Congresistas Desinformados
Congresistas	Legislar Políticas Públicas	Prensa Lideres de Opinión	ONG Conservadoras Partidos de Derecha.
Ministerio de Salud	Promoción de la Salud Población con estilos de vida saludable.	ONG Colegios Profesionales Sanitarios.	Iglesia. Grupo Fundamentalistas.

**PROYECTO DE LEY
Y
ALIANZA ESTRATEGICA
ENTRE LOS MINISTERIOS DE
SALUD Y EDUCACION
PARA EL MERJORAMIENTO DEL
ACCESO A SERVICIOS DE
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN
ADOLESCENTES DEL PERU**

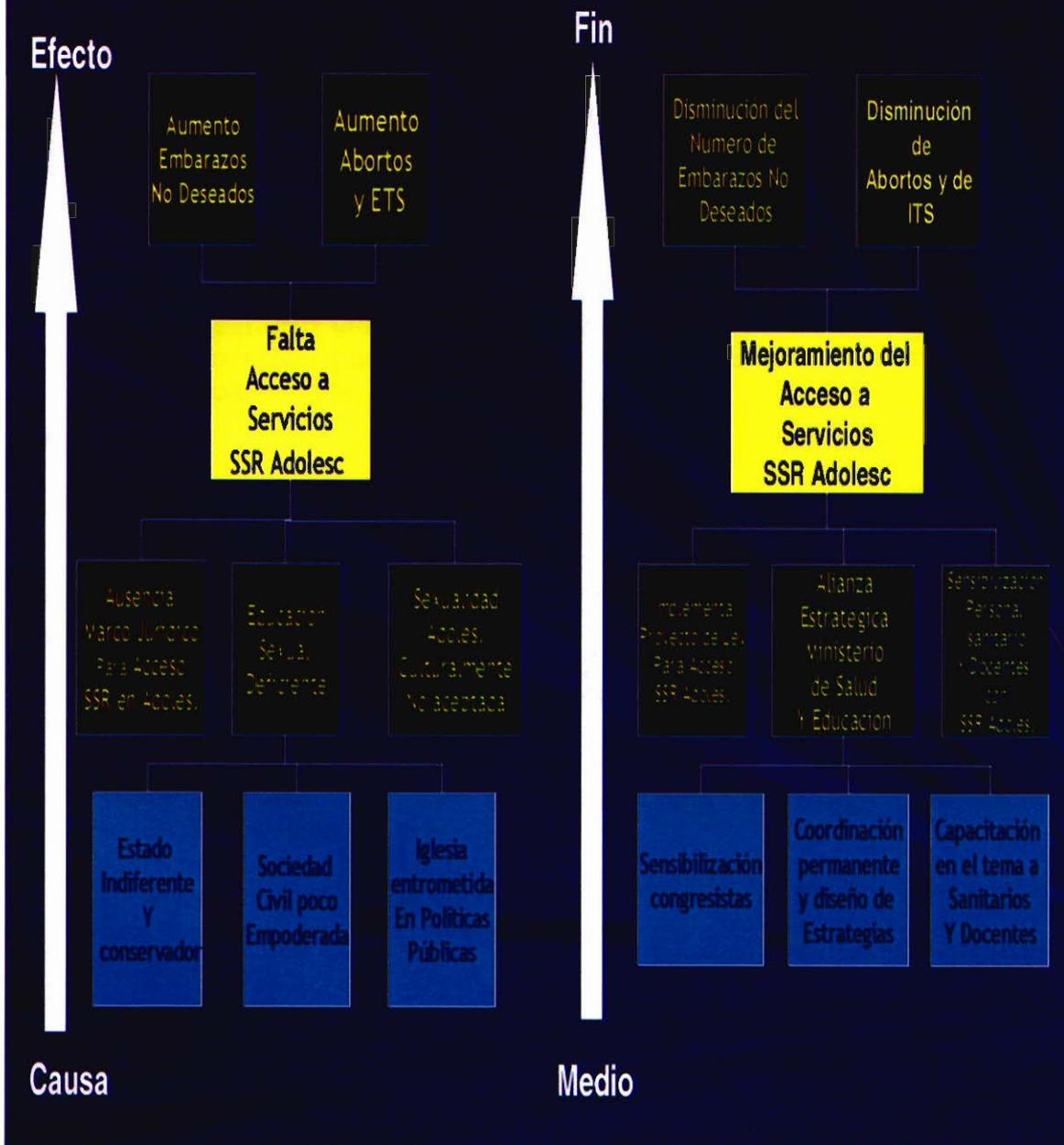
PROPUESTA

La presente propuesta, es un documento técnico que pretende ser el insumo necesario, para que se formule un Proyecto de ley que contenga el marco jurídico necesario para lograr el mejoramiento y adecuado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en el Perú, como parte de las Políticas Públicas que promueva el estado de bienestar de este importante grupo etéreo.

Los adolescentes han sido excluidos mucho tiempo, de las políticas públicas en salud, por lo tanto es una prioridad sanitaria, gestionar los medios para que se logre un acceso universal de los y las adolescentes a una atención integral y diferenciada den los servicios públicos y privados de salud; con énfasis en la salud sexual y reproductiva, eliminando aquellas barreras que obstaculizan su afiliación y/o atentan contra la confidencialidad de la prestación del servicio.

En definitiva, ante esta evidencia, el estado debería concentrar sus esfuerzos, en desarrollar competencias y capacidades para lograr políticas públicas efectivas que promociónen la interacción entre derechos reconocidos de los adolescentes y las prácticas efectivas de salud pública en este importante grupo etéreo.

La relación causa efecto del árbol de objetivos



OBJETIVOS

Objetivo General:

Mejoramiento del Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes del Perú.

Objetivos Específicos:

- Implementar un Proyecto de Ley que permita el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes.
- Desarrollar una Alianza estratégica entre los Ministerios de Salud y Educación para lograr una adecuada Educación Sexual en los Adolescentes.

Medios para conseguir Objetivos Específicos:

- A efectos de implementar un Proyecto de Ley que permita el acceso a Servicios de Salud Sexual y reproductiva en Adolescentes del Perú, se hace necesario tener en cuenta lo siguiente:

Actividades más importantes de la propuesta:

- 1.- Reunión con el coordinador del grupo parlamentario Aprista (partido político oficialista del actual gobierno, donde milito) para presentarle la presente propuesta.
- 2.- Conseguir el respaldo político de los ministros de Salud y de Educación o de sus asesores de confianza para que sean el aval político de la propuesta.
- 3.- Reuniones sistemáticas con líderes de opinión independientes (profesionales sanitarios prestigiosos, académicos renombrados, juristas de prestigio) para explicarles la propuesta, sensibilizarlos y comprometerlos a ser portavoces oficiales de la causa, y que respalden incondicionalmente el lanzamiento de la propuesta.
- 4.- Establecer reuniones individuales con los congresistas de las comisiones de Juventud, Salud y Educación del Congreso de la República para informarlos, sensibilizarlos y comprometerlos con la propuesta.

- Con respecto a Desarrollar una Alianza Estratégica que permita una sinergia entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, se debe considerar lo siguiente:

1.- Reunión con altos funcionarios del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación para presentarle la propuesta respectiva y conocer sus primeras impresiones al respecto.

2.- Iniciar las negociaciones a nivel de ministerios para identificar aliados estratégicos y potenciales detractores, para buscar conciliara y llegar a un acuerdo de negociación que posibilite el éxito de la propuesta.

3.- Reuniones con directivos de las principales ONGs que trabajen el tema de población, Salud, Adolescente y Jóvenes, grupos feministas, etc. para comprometerlos formalmente a ser aliados estratégicos de la propuesta.

4.- Elaborar a nivel del Ministerio de Salud, una agenda pública, que refuerce la idea de que existe un compromiso con la Salud Pública de los Adolescente.

Esta agenda debe contener datos estadísticos actuales de la fecundidad y morbi-mortalidad de l@s adolescentes, número de infecciones de transmisión sexual en adolescentes, numero de embarazos de alto riesgo en adolescentes, numero de complicaciones durante el parto en madres adolescentes, etc.

Es importante que esta agenda con la debida información sea manejada desde el ministro, hasta la secretaria de la oficina de comunicación del ministerio.

5.- Realizar reuniones informativas con el personal de Prensa escrita, radial y televisiva, para que tengan una buena información de primera fuente y para que trasmitan el mensaje oficial del Ministerio de Salud.

6.- A nivel del ministerio de Educación, establecer un plan operativo funcional donde se promueva la capacitación de los docentes en el tema de Educación.

Antecedentes de importancia: Intentos anteriores de solución.

En el año 2005, con el objetivo de implementar un proyecto de Ley que tenga en cuenta la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes del Perú, se realizaron, con el auspicio del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA diversas actividades de sensibilización en el tema, dirigida a los congresistas pertenecientes a la comisión de Juventud del congreso de la República.

Lamentablemente estas actividades no encontraron el éxito esperado, debido principalmente a la falta de apoyo político que lidere esta iniciativa, para presentarlo al pleno y ser aprobado por la mayoría parlamentaria.

Así mismo la coyuntura político social que vivía el Perú, en esos momentos era tensa debido a que un año antes, la Ministra de Salud, había recibido muchas críticas por parte de grupos fundamentalistas, por haber aprobado la incorporación de la Píldora de Emergencia o Píldora del día siguiente, a la gama de anticonceptivos que ofrece el Ministerio de Salud, de manera gratuita a la población en general.

El Ministerio de Salud, ha tenido varios inconvenientes en el desarrollo de las actividades que fomenten y promuevan la salud sexual y reproductiva, en el año 2002, un caso concreto de retroceso en este aspecto, ocurre, cuando es elegido como Ministro de Salud en Dr. Luís Solari (miembro activo del Opus Dei), y se evidencia como el Fundamentalismo se apodera de las políticas públicas, afectando al derecho fundamental, de todas las mujeres peruanas, a tener un acceso pleno a servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Con respecto al tema de la Educación, considerando, que durante el periodo escolar obligatorio, los niños, niñas y adolescentes pueden adquirir información, valores y conductas que les ayudarán a vivir una vida saludable, y que los docentes son las personas, consideradas como un referente importante de información para ellos, el Ministerio de Salud, y específicamente la Dirección General de Promoción de la Salud, ha desarrollado una estrategia denominada Escuelas Saludables, donde los docentes imparten algunos talleres de información en temas de salud en general a los niños, (as) y adolescentes; dentro de los cuales se toca un punto referido a la educación sexual.

A pesar de la introducción de la Educación Sexual como parte de una materia transversal en el currículo escolar, a finales de la década de los noventa, nuestros adolescentes distan aún de haber alcanzado los objetivos de salud inicialmente previstos por esta estrategia, debido a que el tópico es tratado de manera superficial y conservador, por parte de los docentes con deficiencias en el manejo del tema.

Esto se evidencia con datos estadísticos como los proporcionados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Peruana 2004, donde nos muestra que el porcentaje de embarazadas alguna vez, va en aumento con la edad en la adolescencia, sin embargo a los 17 años es el punto de quiebre hacia un incremento mucho mas rápido, llegándose a los 19 años con un 27.9% de embarazo.

Al año 2005 el 12.7% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas.

El 61% de las adolescentes unidas tiene un hijo se observa que este porcentaje se ha incrementado del 2002 al 2005.

La mediana del intervalo de nacimientos es menor en adolescentes que en otras edades (27.3 meses), pero la tendencia es alentadora, sin embargo el riesgo de tener un nuevo hijo en la adolescencia es mayor.

Al respecto, es necesario, tomar en cuenta que la promoción de la salud es un proceso, no un hecho puntual y que las necesidades y problemas de salud de las poblaciones deben valorarse no solo en relación con las consecuencias inmediatas en la salud y la calidad de vida, si no también midiendo las repercusiones a largo plazo que la carencia de un “capital de salud” conlleva.

Por lo tanto, lo que se pretende señalar es que el proceso de aprendizaje continuo sobre temas de salud sexual y reproductiva en la escuela, repercutirá positivamente, no solo en la etapa de vida adolescente, si no también a lo largo de toda la vida.

En definitiva, la presente propuesta, representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas, en el tema de la salud Sexual y Reproductiva, ya que los adolescentes son una población heterogénea, por pertenecer a grupos sociales muy diversos, cuyas creencias, valores, actitudes, expectativas y comportamientos difieren considerablemente.

Políticas sectoriales y nacionales con las cuales haría correspondencia:

Actualmente esta propuesta corresponde a la política sectorial y nacional de Promoción de la Salud en la etapa de vida Adolescente que promueve el Ministerio de Salud del Perú.

La presente propuesta está vinculada al eje de las prioridades de FIIAPP, concerniente a Políticas Públicas en Salud y Cohesión Social, ya que pretende: promover actuaciones que potencien la eficacia y equidad en la prestación de servicios públicos básicos, como la salud.

Actores implicados en la Propuesta:

Los actores implicados, son los adolescentes, que son los que saldrán directamente beneficiados con la propuesta.

Así mismo, la sociedad en general, se beneficiaría de tener una población educada y atendida en sus necesidades básicas de salud, ya que en la actualidad, está ampliamente reconocido que el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana están asociados con fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y marginalidad.

El estado, representado por el ministerio de salud, como ente rector de la salud nacional, y los congresistas encargados de legislar en beneficio de la ciudadanía.

Beneficios de la propuesta:

El beneficio inmediato es el mejoramiento de la situación de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Considerando que se aspira a lograr una sexualidad sana para los adolescentes y para la sociedad en general, a largo plazo, lo que se pretende llegar a obtener es:

- La ausencia de trastornos orgánicos y enfermedades y deficiencias que entorpezcan el entorno sexual y reproductor.
- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social.
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de una sexualidad plena y responsable.

Actores que podrían oponerse:

La iglesia y sus organizaciones aliadas a su causa (ONG Fundamentalistas), son los principales detractores de la salud sexual y reproductiva, ya que tienen una percepción poca objetiva de la sexualidad humana, catalogada siempre como una actitud pecaminosa, carente de moral.

Participación de la alumna:

Coordinación de la propuesta a nivel técnico, ya que pertenezco al equipo técnico de la Dirección General de Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud. Adjunto en los anexos, el bosquejo de un convenio entre los Ministerios de Salud y Educación.

Así mismo puedo ejercer labor de consultaría externa a la comisión de juventud, del Parlamento, para gestionar la estrategia política de la sensibilización de los parlamentarios encargados de examinar la propuesta de ley. (Ver en los anexos, los preliminares de un proyecto de Ley)

PLAZO TEMPORAL EN EL QUE SE ESPERA CONSEGUIR EL OBJETIVO ESPECÍFICO

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1,2	X			
3,4		X	X	
5,6				X

Implicaciones Institucionales:

Los adolescentes han sido excluidos mucho tiempo, de las políticas públicas en salud, por lo tanto es una prioridad sanitaria, gestionar los medios para que se logre un acceso universal de los y las adolescentes a una atención integral y diferenciada den los servicios públicos y privados de salud; con énfasis en la salud sexual y reproductiva, eliminando aquellas barreras que obstaculizan su afiliación y/o atentan contra la confidencialidad de la prestación del servicio.

Con la presente propuesta, se pretende incidir en cambios significativos en el mejoramiento del acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes.

Para ello, el ministerio de Salud, debe plantearse, la posibilidad de incorporar a su imagen institucional una nueva misión y visión.

Misión:

Proteger la dignidad personal y social de l@s adolescentes, promoviendo espacios y estilos de vida saludable y garantizando la atención integral de su salud, proponiendo y conduciendo políticas, programas y procesos que garanticen el acceso libre, gratuito y confidencial de las atenciones médicas para ellos.

Visión:

Tod@s l@s adolescentes puedan ejercer sus derechos y responsabilidades ciudadanas en salud y que tendrán igualdad de oportunidades para lograr el desarrollo individual y bienestar físico, mental y emocional, así como para participar democráticamente en la producción de la salud y el desarrollo del país.

Implicancias Normativas:

La propuesta pretende, promover la aprobación de una Ley que contemple las competencias y capacidades para lograr políticas públicas efectivas que promuevan la interacción entre derechos reconocidos de los adolescentes y las prácticas efectivas de salud pública en este importante grupo etáreo.

El libre acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva, con plena confidencialidad y con atención diferenciada constituye una norma que se pretende alcanzar en el mediano plazo.

Implicancias presupuestarias:

Es necesario contar con un presupuesto adicional, en el Ministerio de Educación, destinado a financiar la capacitación de los docentes que impartirán el curso de Educación Sexual, los cuales serán los encargados de promover estilos de vida saludables y un adecuado conocimiento de la sexualidad en los adolescentes.

Así mismo es necesario, incrementar el presupuesto de la compra de anticonceptivos, por parte del ministerio de salud, necesarios para asumir una demanda mayor de la población sexualmente activa, en este grupo etáreo.

Sostenibilidad:

Administrativa:

Recursos humanos y físicos necesarios.

No es necesario, incrementar de manera inmediata, nuevo personal, que se ocupe de la atención de los adolescentes, sin embargo es necesario, capacitar al recurso humano que atiende a los adolescentes, ya que merecen un trato diferenciado por ser una población con características diferentes a la población adulta.

Financiera:

Se debe contemplar la posibilidad de ampliar el presupuesto para la ofrecer la demanda de anticonceptivos gratuitos para los adolescentes que luego de una consulta médica y una obligatoria consejería, se disponen a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable

Así mismo se debe considerara la posibilidad de implementar el presupuesto en el ministerio de educación, para que realicen actividades de capacitación para docentes en el tema de SSR en Adolescentes.

Jurídica:

Para que se logre concretar esta propuesta es muy necesario, la aprobación de una ley, que faculte explícitamente, al personal sanitario, la atención de un adolescente sin la compañía de un padre u tutor, incluida la consulta del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Así mismo será también necesario diseñar algunos cambios legislativos y de las competencias de la entidad para seguir desarrollando la propuesta

ANALISIS DAFO DE LA PROPUESTA

<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">- Antecedentes de propuesta sin apoyo político.- Tema polémico y coyuntural.- Demanda compromiso político incondicional	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Iglesia entrometida en Políticas Públicas.- ONG fundamentalistas.- Grupos conservadores organizados que condiciona a la prensa a sus intereses.
<p>FORTALEZA</p> <ul style="list-style-type: none">- Tema de Política Pública Actual.- Grupos de ONG organizadas, sensibilizadas comprometidas con el tema.- Predisposición política de apoyar al grupo poblacional importante como los adolescentes y jóvenes.	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">- Partido político que presentará la propuesta esta en el gobierno actual.- Antecedente de haber aprobado recientemente leyes que benefician a los jóvenes y adolescentes. Ej. Ley del concejal joven.

CONCLUSIONES

- Ante la evidencia estadística, del aumento significativo del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, tiene que existir un “reconocimiento social” de que muchos adolescentes son sexualmente activos y de que tienen el derecho a ejercer sus Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Los adolescentes, están experimentando sus vivencias sexuales, desde la “inexperiencia”, sin la orientación y atención de salud oportuna, lo cual lleva a la existencia de riesgos sanitarios.
- Para que los adolescentes accedan a una sexualidad sin riesgo, es necesario que los profesionales sanitarios, brinden una consejería y ayuda profesional, ofertándoles un adecuado servicio de salud sexual y reproductiva, con los recursos necesarios, para que dicha sexualidad se ejerza con responsabilidad.
- Un acceso adecuado a servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes, depende primeramente de que se cree un marco jurídico específico que faculte al profesional de salud, realizar la consulta médica correspondiente a un menor de edad, que acude solo, a un establecimiento de salud público o privado, para solicitar información, consejería, consulta médica u otro procedimiento médico, referente a su salud sexual y reproductiva.
- El impacto del proyecto de ley que permita el acceso a SSR a adolescentes, se verá potenciado con el acompañamiento de una alianza estratégica entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, ya que permitirá que se implementen medidas educativas dirigidas a la población adolescente en las etapas de la escolarización obligatoria, en el contexto de la Promoción y Educación para la Salud, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva

RECOMENDACIONES

- Es necesario fomentar en los adolescentes y en la sociedad en general, una actitud positiva hacia la sexualidad, ya que muchas veces los prejuicios y los pensamientos fundamentalistas, se apoderan de las políticas públicas, y terminan perjudicando al resto de la población.
- Hay que generalizar la educación sexual en los colegios, con docentes capacitados y sensibilizados positivamente con el tema de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Poner en marcha programas eficaces de educación sexual basada en la escucha de SUS problemas y en el planteamiento de opciones, situaciones, dilemas, de experiencias que potencien su autonomía y su capacidad para la toma de decisiones responsables.
- Promulgar la ley que permita el libre, oportuno y gratuito acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, para adolescentes, ya que esto les permitirá revisiones ginecológicas periódicas e insistir y recordar que consulten al médico si tienen síntomas de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, o sospechen de un embarazo no deseado.
- Los profesionales de salud, deberían dar una información clara y precisa sobre la eficacia y efectividad, seguridad, efectos adversos, relación riesgo/beneficio, facilidad o complejidad de uso, relación con el coito, precio, necesidad o no de controles médicos periódicos y exámenes médicos o determinaciones analíticas, etc., de cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos en las consultas médicas que se realicen a los adolescentes.

Lista de Siglas

1. **CPP** : Constitución Política Peruana.
2. **ITS**: Infecciones de Transmisión Sexual.
3. **ETS**: Enfermedades de Transmisión Sexual
4. **VIH**: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
5. **SIDA**: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
6. **MINSA**: Ministerio de Salud.
7. **MINEDU**: Ministerio de Educación.
8. **CIPD**: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
9. **UNFPA**: Fondo de Población de las Naciones Unidas
10. **OPS**: Organización Panamericana de la Salud.
11. **SSR**: Salud Sexual y Reproductiva.
12. **DSR**: Derechos Sexuales y Reproductivos.
13. **INEI**: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Lista de Cuadros y Tablas

- 1.- Tabla 01: Tabla de decisión múlticentro.....Pag 55.
- 2.- Tabla 02: Tabla de Riesgo de decisiones.....Pag 56.
- 3.- Cuadro 01: Tasa de fecundidad en general y en adolescentes de 15 a 19 años.....Pag 57
- 4.- Cuadro 02: Tasa de fecundidad acumulada en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.....Pag 58.
- 5.- Cuadro 03: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, embarazadas alguna vez, según su nivel educativo..... Pag 59.
- 6.- Cuadro 04: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, embarazadas alguna vez, según región de procedencia.....Pag 60.
- 7.- Cuadro 05: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, que tuvieron atención prenatal por profesional de la salud, durante su embarazo.....Pag 61.
- 8.- Cuadro 06: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que se atendieron el parto en una institución sanitaria.....Pag 62.

BIBLIOGRAFIA

BUITRON ARANDA, Aymé G. (2003) **Identidad y Maternidad: Estereotipos de Género, Maternidad Adolescente y Barreras ante la Planificación Familiar.** Asociación Peruana de Salud Mental para la Mujer, Lima.

Castellano Barca G., Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M. **Medicina de la Adolescencia. Atención Integral.** Ergon. Madrid 2004.

CERRUTI, S. **Educación de la Sexualidad en el contexto de la Salud Integral en la adolescencia.** Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Mayo 1997.

CONAJU (2003) **Guía de Servicios para Jóvenes.** Comisión Nacional de la Juventud, Lima.

CONAJU – GTZ (2003) **Juventud Peruana en Cifras 2002.** Consejo Nacional de la Juventud – Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ, Lima.

COUPEY, S., Klerman, L (Ed) **Adolescent Sexuality: Preventing Unhealthy Consequences.** Adolescent Medicine. State of the Art Reviews. Vol 3. N.2. June 2002.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (ENDES) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima Perú. Junio 1997.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima Perú. Mayo 2001.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (ENDES) Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Lima Perú. Noviembre 2005.

Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de Vida y Pobreza. ENAHO. INEI 2001.

Fecundidad Adolescente en el Perú: Determinantes e Implicancias Socioeconómicas. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Junio 2000.

FLORENZANO R. **El Adolescente y sus conductas de riesgo.** Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1997.

GOBIERNO DEL PERU (2002) **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002 – 2010: Construyendo un Perú Mejor para las Niñas, Niños y Adolescentes.** Lima.

Guzmán José y Col. " **Diagnostico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe**". Fondo de Población de Naciones Unidas.
México 2001.

Javier Alva y Col. **Piensa en ell@s: Iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la atención de salud de las jóvenes Indígenas.** Edic. FNUAP / Flora Tristán abril 2001.

LA ROSA, Liliana (2002) **Modelos de Atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público: Estudio de Diez Casos en el Perú.** SPAJ, Ministerio de Salud, GTZ, Lima.

LA ROSA, Liliana (2001) **Servicio Diferenciado, Servicio Diferente: Gestión de la Atención de Salud de l@s Adolescentes y Jóvenes en Chile y Perú.** SPAJ, Ministerio de Salud, Fundación Ford, Lima.

RAMOS, Héctor, "**Perú: Niveles y Tendencias de la Fecundidad.**" Lima, Agosto 1995

SEBASTIANI, Angela (2001) **La Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes en el Perú y su Relación con los Lineamientos de Políticas de Juventud.** Lima.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS DE INTERNET:

- Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia de la Sociedad Española de Contracepción. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. Sociedad Española de Contracepción, Wyeth-Lederle. Zaragoza 2001. Disponible en: <http://www.sec.es/saludreproductiva.htm>
- Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. *Las concepciones de salud de los jóvenes informe 2004. Volumen II: Prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables*. Comunidad de Madrid 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública; Vol. 94. Disponible en: http://www.publicaciones-isp.org/detalle_producto.asp?id=334
- Del cura González I, Arribas Mir L, Moreno Gómez A I. *Atención a la Mujer. Revisión de los anticonceptivos*. El Médico 2004. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema13/an.htm
- Megías Quirós I, Rodríguez San Julián E, Méndez Gago S, Pallarés Gómez J. *Jóvenes y Sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica*. FAD, INJUVE 2005. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=540026356>
- Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003*. INE. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp455%2F&O=inebase&N=&L>
- Elzo Imaz J. *El grito de los adolescentes*. Libro de ponencias del Congreso Ser Adolescente Hoy. FAD, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 1005. Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/Congreso_Ser_Adolescente_hoy.htm

PAGINAS WEBS INSTITUCIONALES VISITADAS:

Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org/spanish/hpp/hppadol.htm>

Ministerio de Salud del Perú

<http://www.minsa.gob.pe>

Instituto Nacional de Estadística e Informática

<http://www.inei.gob.pe>

Foro Salud

<http://www.forosalud.org.pe>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Perú.

<http://www.unfpa.org.pe>

Defensoría del Pueblo del Perú.

<http://www.defensoria.gob.pe>

Consortio de Investigación Económica y Social CIES

<http://www.consortio.org>

Acuerdo Nacional del Perú.

<http://www.acuerdonacional.gob.pe>

Consejo Nacional de Juventud del Perú.

<http://www.conaju.gob.pe>

TABLA 01: TABLA DE DECISION MULTICRITERIO

MATRIZ DE DECISIÓN MULTICRITERIO

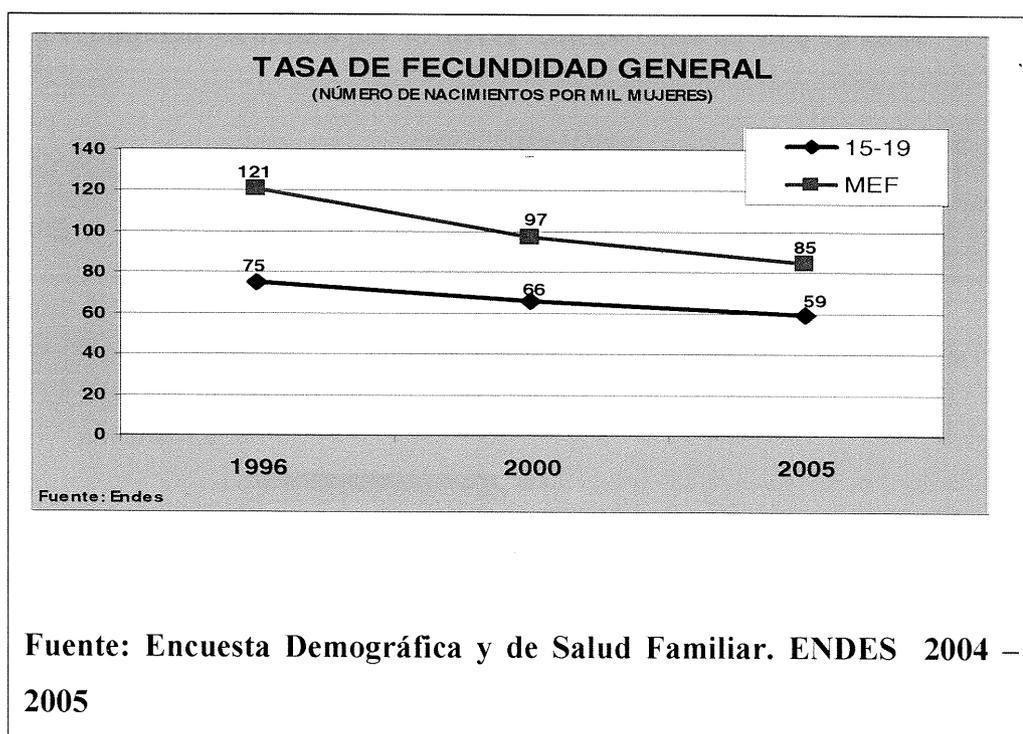
Criterios	Ponderación	Alternativa 1: Proyecto de Ley para acceso a SSR en Adolescentes		Alternativa 2: Alianza Estratégica ministerio de Salud y Educación	
		Valoración absoluta	Valoración ponderada	Valoración absoluta	Valoración ponderada
SOCIALES					
Grado de relevancia del problema a resolver	5	4	20	4	25
Vulnerabilidad de la población objetivo	4	3	12	3	16
Grado de cobertura actual	1	3	3	3	3
Impacto sobre el problema focal	5	5	25	5	25
TOTAL			60		60

Nota: escala de 1=poco importante, a 5=muy importante

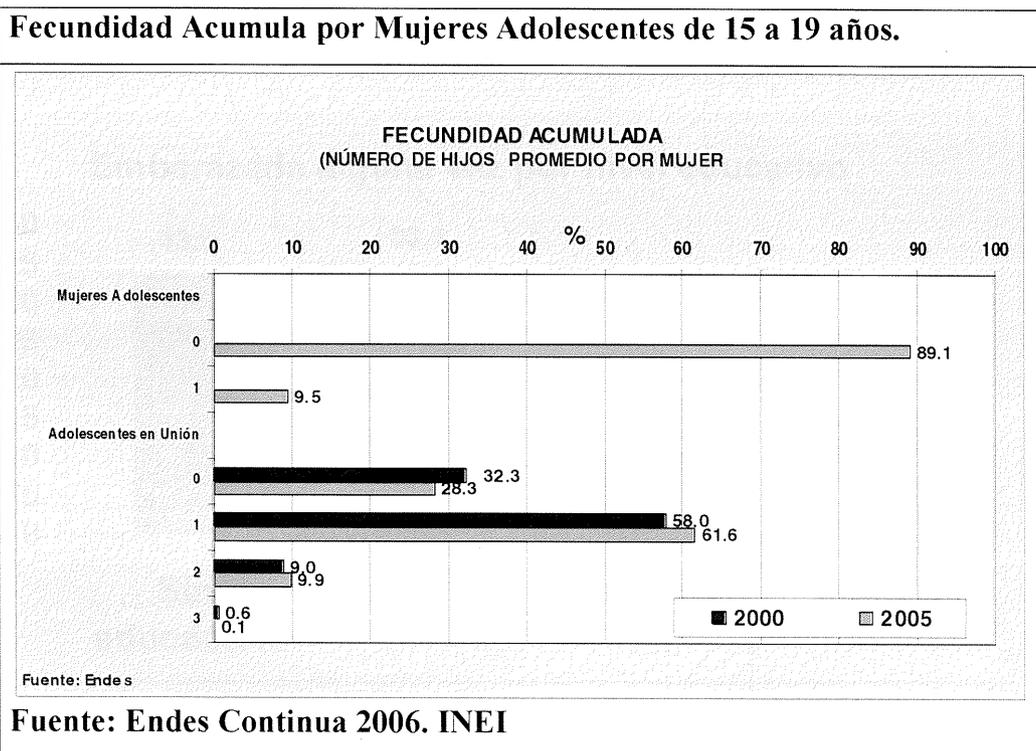
TABLA 02: TABLA DE ANALISIS DE RIESGOS

Descripción del riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto sobre la propuesta	Posibles planes de Mitigación
Iglesia entrometida en Políticas Públicas.	5	3	<p>Congresistas firmes en su posición, gracias a una adecuada y sistemática sensibilización en el tema de la SSR en el Adolescente.</p> <p>Opinión pública, debidamente Informada y sensibilizada con el tema, gracias a una campaña informativa en medios de comunicación</p> <p>Estrategia Comunicacional en Prensa: “Quitar Miedos, Vencer Reticencias” Reforzar la idea de que se trata de un problema de Salud Pública, y no de un problema de Religión.</p>
Pronunciamiento de grupos Fundamentalista en contra de la propuesta de Ley	4	3	<p>Tener un listado de líderes de opinión independientes (profesionales sanitarios prestigiosos, académicos renombrados, juristas de prestigio) comprometidos a ser portavoces que respalden el lanzamiento de la propuesta.</p> <p>Voceros de la sociedad civil organizada, ONGs, líderes políticos del oficialismo y de la oposición pronunciándose sistemáticamente a favor de la propuesta, en la prensa.</p> <p>Agenda del Ministerio de Salud: Voz Oficial en todo pronunciamiento público: Compromiso con la Salud Pública de los Adolescentes.</p>

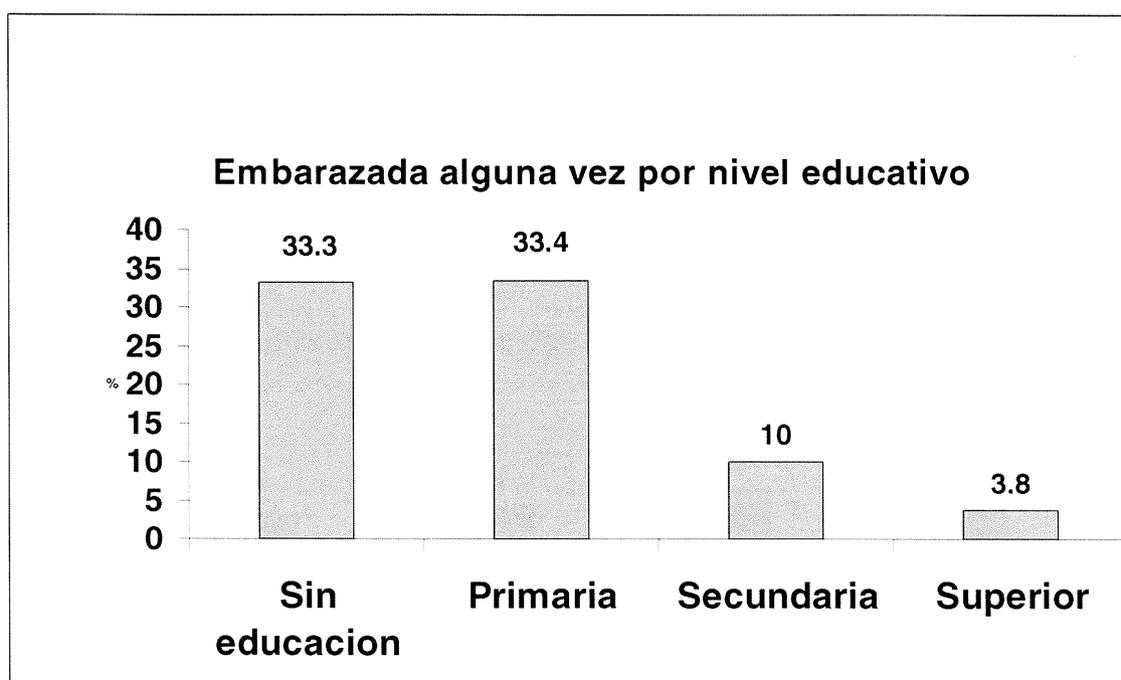
CUADRO 01. TASA DE FECUNDIDAD EN GENERAL Y EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS.



CUADRO 02: FECUNDIDAD ACUMULADA EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD.

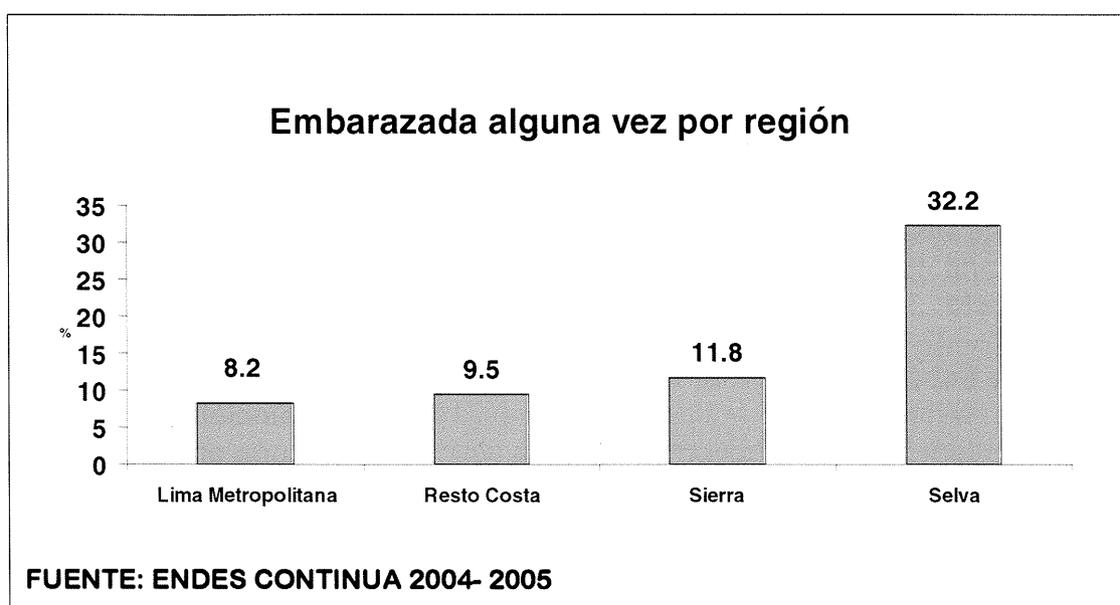


CUADRO 03: PORCENTAJE DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, EMBARAZADAS ALGUNA VEZ, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO.



FUENTE: ENDES CONTINUA 2004- 2005. INEI.

CUADRO 04: PORCENTAJE DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, EMBARAZADAS ALGUNA VEZ, SEGÚN REGION DE PROCEDENCIA.



PROPUESTA DE LEY PARA EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN ADOLESCENTES

- En relación a la patria potestad:

Todo niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales.

Pero el Código de los niños y los adolescentes subraya que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos.

- En relación a la autonomía del menor:

Al cumplir los dieciocho años se adquieren las mayorías de edad civil (artículo XX de la Constitución peruana y 315 del Código Civil); penal (artículo XXX de la Ley Orgánica XXX del XX de XX del año XXXX, reguladora de la responsabilidad penal de los menores), electoral, y contractual .(artículo 126 del Código Civil).

A los quince años de edad, se debería situar la mayoría de edad sanitaria (ver más adelante).

A los catorce años cumplidos se alcanza la mayoría de edad matrimonial.

(El artículo 46 del Código Civil prohíbe casarse a los menores no emancipados; sin embargo, el artículo 48, párrafo segundo, prevé que “el Juez de Primera Instancia podrá dispensar, con justa causa y a instancia de parte, el impedimento de edad a partir de los catorce años”).

- En relación al consentimiento informado:

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado a respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente salvo en los supuestos englobados en el doctrinalmente denominado privilegio terapéutico y previstos tanto en el artículo 5.4 de la ley, supuestos integrantes del estado de necesidad terapéutico o pronóstico fatal, o en los casos subsumibles en la previsión hipotética del artículo XX de la ley.

- En relación con la heteronomía del menor:

El artículo XX de la Ley XX, básica reguladora de la autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y documentación Clínica, garantiza la audiencia del menor de doce años, empleando el criterio cronológico de la edad docenaria. Esta solución legal contrasta con otras decisiones normativas que prefieren el criterio de

la madurez para garantizar la audiencia del niño, que podrá ser oído si tiene suficiente capacidad de discernimiento aunque no sea doceañal.

Entendemos, así mismo, que esta previsión legal, contiene una norma imperativa de audiencia mínima: todo menor que haya cumplido doce años, sea o no juicioso, podrá ser escuchado; pero no impeditiva de una audiencia mayor: todo menor que tenga suficiente juicio, aunque no haya cumplido los doce años, también podrá ser escuchado.

Resumiendo: La Ley Orgánica XX, debería garantizar el derecho del menor a ser oído.

- La colisión de intereses paterno-filiales en el ámbito sanitario:

En caso de conflicto entre la voluntad del menor con suficiente capacidad de juicio y discernimiento y la de sus padres o representantes legales debe prevalecer la voluntad del menor, por cuanto estamos ante un acto que afecta a bienes como la libertad, la salud y la vida del paciente, y, por consiguiente, ante derechos de la personalidad.

Las leyes vigentes en nuestro país deberían reconocer la capacidad de obrar de los/las menores de edad en aquellos actos considerados como *“relativos a los derechos de la personalidad y demás actos que el/la menor de edad, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo/a”*.

En caso de discrepancia entre el menor y su representante, existiendo dudas sobre sus condiciones de madurez, parece razonable que decida el juez, pudiendo el menor acudir al Ministerio Fiscal.

- La autonomía sanitaria del menor:

Junto a los supuestos de ejercicio mediante representante del derecho a la prestación del consentimiento informado, se debería crear una ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, también debería prever en ese mismo precepto el auto ejercicio de tal derecho por el menor.

Se debería tomar en cuenta un artículo XXX, donde el legislador instaure el principio de la consecución de la independencia sanitaria a los quince años y lo debería formular así:

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 15 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

- A modo de resumen:

Las leyes vigentes en nuestro país reconocen la capacidad de obrar de los/las menores en aquellos actos considerados como *“relativos a los derechos de la personalidad y demás actos que el/la menor de edad, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo/a”*.

Estos actos suponen un claro límite a la representación legal que los padres tienen de sus hijos menores de edad no emancipados (patria potestad).

Por otro lado, El código de los niños y adolescentes, refleja el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad. Este concepto introduce la dimensión del desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos.

A este respecto, la Ley de Protección Jurídica del Menor señala que las limitaciones que pudieran derivarse del hecho evolutivo deben interpretarse de forma restrictiva. Esas limitaciones deben centrarse con mayor énfasis en los procedimientos, de tal manera que se adoptarán aquellos que sean más adecuados a la edad del sujeto.

Por todo ello, la dificultad para la correcta aplicación de lo contemplado en las leyes radica en determinar qué es lo que debe entenderse por “menor maduro” (“menor capaz”).

Con carácter general, para dar respuesta a este asunto, habrá de tenerse en cuenta que la determinación del suficiente juicio del menor tiene que llevarse a cabo poniendo en relación a dicho menor con los supuestos de hecho concretos y determinados para lo que se pretende valorar su capacidad, correspondiendo al facultativo tal tarea.

No existe, por tanto, en nuestro Ordenamiento Jurídico una edad concreta a partir de la cual considerar a un menor “capaz” o “maduro”, ni unos criterios concretos a los que atender para valorar el grado de madurez del menor o la menor. La opinión del menor debe adquirir progresivamente más peso en la decisión final del facultativo, cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento, siempre ponderados en relación con las circunstancias concretas y con la importancia de la decisión que se le exija.

Convenio Marco De Colaboración Interinstitucional entre

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación

Conste por el presente documento Convenio que Celebran de una parte El Ministerio de Salud, a quien de ahora en adelante se le denominara MINSA, y de la otra parte el Ministerio de Educación, a quien de ahora en adelante se le llamara MINEDU; en los términos y condiciones que se especifican en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: LAS PARTES

1.1. EL MINSA, es el ente recto del sector salud que conduce, regula y promueve la intervención del sistema nacional de salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y el desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto a los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural de conformidad a lo dispuesto por el Artículo 2 de la Ley N 27657. Ley del Ministerio de Salud.

1.2 EL MINEDU, es el ente rector de la educación peruana, y se encarga de impulsar y promover acciones educativas, didácticas y académicas, en pleno respeto al derecho fundamental de la Educación.

CLAUSULA SEGUNDA: LA FINALIDAD DEL CONVENIO

El presente convenio tiene por finalidad establecer los compromisos del MINSA y el MINEDU para impulsar y promover acciones de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, en las escuelas públicas y privadas.

CLAUSULA TERCERA: COMPROMISO DE LAS PARTES

A. DEL MINISTERIO DE SALUD:

El MINSA, se compromete ha diseñar una estrategia para promocionar la salud en la escuelas publicas y privadas, poniendo especial énfasis en el área de salud sexual y reproductiva, ya que son considerados como uno de los principales problemas de salud pública del adolescente.

B. DEL MINISTERIO DE EDUCACION:

El MINEDU, al firmar el convenio, se compromete a impulsar acciones de educación sanitaria en las escuelas, ya que se ha demostrado que las personas con mayores niveles educativos se exponen a menos riesgos sanitarios y se enferman menos que los que carecen de educación.

En concreto, se enseñaran hábitos de vida saludables, y una adecuada educación sexual, entre otros asuntos, dentro de la currícula de la enseñanza Primaria como en Secundaria.

El Ministerio de Educación considera de gran importancia el trabajo en formación del profesorado, así como la promoción de la innovación educativa, que impulsará la difusión de materiales didácticos relacionados con el tema.

CLAUSULA CUARTA: OBJETIVOS DEL CONVENIO

- El MINEDU y el MINSA diseñarán un plan estratégico para mejorar los conocimientos y la promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes que asistan a la escuela.
- Se potenciará la innovación educativa y la investigación sobre promoción de la salud en la escuela y se impulsará la elaboración y difusión de materiales didácticos, referidos al tema de la salud sexual y reproductiva.
- Revisar los contenidos curriculares de las distintas etapas educativas para incluir la educación para la salud, y específicamente la salud sexual y reproductiva, como parte integrante de los mismos y potenciar su implantación en los centros educativos.
- Revisar las necesidades de formación de profesorado en materia de educación sexual y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Realizar campaña de capacitación masiva a los docentes, para que sean los agentes trasmisores de una buena y adecuada educación sexual a los alumnos.
- En cuanto a los profesionales, el convenio establece la organización de encuentros periódicos entre el profesorado, agentes sanitarios, y otras personas o entidades implicadas en la educación y promoción de la salud, con el fin de intercambiar conocimientos y experiencias y de evaluar las actuaciones llevadas a cabo en los centros educativos.

CLAUSULA QUINTA: DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL CONVENIO

En el ámbito de sus respectivas competencias, los dos ministerios podrán suscribir acuerdos en materias relacionadas con el presente convenio marco, con las Direcciones Regionales de Salud y Educación de las 24 regiones del país.

Ambas partes podrán destinar los fondos de su presupuesto que estimen necesarios para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el mismo. La utilización de dichos fondos quedará supeditada, en todo caso, a las disponibilidades presupuestarias y al cumplimiento de la legislación vigente.

Con el fin de garantizar la coordinación de actuaciones y el seguimiento del desarrollo del presente convenio marco, se creará una comisión de seguimiento de alto nivel, integrada por los Secretarios Generales de ambos Ministerios y por las personas que ambas Secretarías estimen pertinentes. Asimismo, se constituirá una Comisión Técnica que se encargará de la programación, supervisión y evaluación de las acciones que se lleven a cabo y que servirá de soporte a la Comisión de Seguimiento.

De conformidad con todas y cada una de las cláusulas estipuladas en el presente convenio, las partes firman por triplicado, con igual valor, en la ciudad de Lima, xx del mes de xx, de 2007.

MINISTRO DE SALUD

MINISTRO DE EDUCACION