

SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LOS  
ADOLESCENTES Y  
JÓVENES EN AMÉRICA  
LATINA:  
INCORPORANDO LA  
PERSPECTIVA DE  
DERECHOS HUMANOS  
EN LAS INVERSIONES  
DE SALUD PÚBLICA



## Tabla de Contenidos

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>INAUGURACIÓN DE LA REUNION</b>	
	<b>Palabras de Bienvenida</b>	
	Dra. Maria Isabel Rodríguez, Ministra de Salud El Salvador .....	4
	Dr. Jose Ruales, Representante de la OPS El Salvador .....	6
	Dr. Fabrizio Zarcone, Representante del Banco Mundial El Salvador .....	8
<b>III.</b>	<b>Objetivos de la Reunión</b> .....	<b>11</b>
<b>IV.</b>	<b>Estrategia Nacional de El Salvador sobre Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos de los Adolescentes y los Jovenes</b>	
	Dra. Sofia Villalta, Ministerio de Salud El Salvador.....	12
<b>V.</b>	<b>Introducción en la Incorporación del Concepto de Derecho en la Salud Sexual Reproductiva desde la Perspectiva de los donantes</b>	
	<b>Diseño e Implementacion de Políticas Públicas con un Enfoque de Derechos</b>	
	Dra. Julieta Rossi, Ministerio de Justicia.....	17
	<b>Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes y Jóvenes en America</b>	
	Abog. Javier Vásquez, OPS .....	19
<b>VI.</b>	<b>Presentaciones de Estudios de Casos de Latinoamérica</b>	
	<b>Decisiones de Fertilidad Entre los Adolescentes, Oportunidades y los Logros Económicos en ALC</b>	
	Dr. Joao Pedro Wagner de Azevedo, Banco Mundial.....	22
	<b>Salud Sexual y Reproductiva de los Derechos en los Adolescentes en El Salvador</b>	
	Dra. Karin-Annabella Revuelta Reinfeld, Health Focus .....	24
	<b>La Educacion de la Sexualidad en Nicaragua</b>	
	Lic. Chantal Pallais, UNFPA Nicaragua .....	27
	<b>Salud Sexual y Reproductiva en los Jovenes Bajo una Perpspectiva de Derechos Humanos</b>	
	Dra. Paola Bergallo, Centro de Estudios de Desarrollo Social .....	29
<b>VII.</b>	<b>Comentarios de Panelistas Técnicos</b>	
	Dra. Matilde Maddaleno, Dra. Julieta Rossi, Dra. Claire Brindis, Dr. Rafael Cortez.....	32
<b>VIII.</b>	<b>Presentaciones de Expertos Internacionales</b>	
	<b>Prevención del Embarazo en Adolescentes: Evidencia Científica Actual y Lecciones Aprendidas</b>	
	Dra. Claire Brindis, Universidad de California, San Francisco .....	35

	<b>Lecciones Aprendidas y Enfoque de Derechos en Educación Sexual de los Países Nórdicos</b>	
	Dra. Marianne Velandia, Profesora, Academia de Salud y Bienestar Social, Universidad de Malardalen, Investigadora, Departamento de Salud para Mujeres y Niños, Karolinska Institutet, Suecia .....	39
<b>IX.</b>	<b>Situación Actual en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos en los Países de América Central</b>	
	<b>La Salud Sexual y Reproductiva y Derechos en la Adolescencia</b>	
	Lic. Dina Eugenia Bonilla, Ministerio de Salud El Salvador .....	42
	<b>Salud y Educación: Revisión de los Currículos Educativos Nicaraguenses de Ciencias Naturales y Convivencia y Civismo en Materia de Salud Sexual y Reproductiva</b>	
	Lic. Geraldine Beneitez, Banco Mundial .....	44
	<b>Situación Actual en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos en Guatemala</b>	
	Dra. Ludy del Rosarios Rosas .....	46
	<b>Situación Actual en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos en Panamá</b>	
	Dr. José Jesús Rodríguez, Ministerio de Salud Panamá .....	47
<b>X.</b>	<b>Presentaciones de los Grupos de Trabajo</b> .....	ANEXO I

## INTRODUCCIÓN

El gobierno de El Salvador ha priorizado el tema de Adolescentes y Jóvenes y especialmente la salud de los adolescentes dentro de sus políticas, planes y programas. El Banco Mundial, a través de su Departamento de Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe y con el apoyo del Fondo Fiduciario Nórdico, está implementando el proyecto sobre Salud Reproductiva en los Jóvenes en Centroamérica: Incorporando una Perspectiva de Derechos Humanos y ha apoyado la realización de investigaciones sobre el tema en 3 países de la Región. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en colaboración con la Embajada Noruega, ha trabajado en la implementación de la "Iniciativa Usando un Marco Conceptual de Derechos Humanos para la Prevención del VIH en Jóvenes en América Central y el Caribe". Aprovechando estos impulsos, el Gobierno de El Salvador, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud propusieron realizar un Seminario y Taller Internacional sobre "Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes y Adolescentes en América Latina: Incorporando la Perspectiva de Derechos Humanos en las Inversiones de la Salud Pública". El cual fue realizado en el mes de septiembre 2012 en San Salvador, cuyos resultados son descritos en este informe.

## II. INAUGURACIÓN DE LA REUNIÓN

### PALABRAS DE BIENVENIDA

**Dra. María Isabel Rodríguez**

*Ministra de Salud de El Salvador*

Ministerio de Salud El Salvador

Buenos días a todos y a todas. Siendo este tema profundamente intersectorial, interdisciplinario e histórico, les doy la bienvenida a todas las personas especialmente a los Ministerios de Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá y el Ministerio de Educación de El Salvador que nos están acompañando.

Este tema de adolescentes y jóvenes es de gran importancia convirtiéndose en prioritario dentro de la política de salud del Ministerio de Salud de El Salvador. En la política de salud 2009 – 2014, que corresponde a nuestra administración, hemos diseminado la estrategia número 15 que recoge fundamentalmente la salud sexual y reproductiva. Como estrategia fundamental se ha establecido un programa intersectorial con el Ministerio de Educación para el desarrollo y la implementación de un programa de educación sexual y prevención del embarazo. El garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva es importante, y está basado en los liderazgos y en la cultura económica. Nosotros continuamos apoyando el tema de los derechos de adolescentes incluyendo a las familias, los padres y las comunidades. En el tema de derechos humanos de adolescentes y jóvenes, es muy importante el tema de la confidencialidad especialmente en el diagnóstico de VIH/SIDA. Recomendamos que la SSR de los/las adolescentes y jóvenes incluya determinantes sociales de salud, protección de la salud y violencia. El tema de salud sexual y reproductiva en adolescentes es un tema intersectorial e interdisciplinar. Estamos viviendo en un país donde los jóvenes tienen problemas, y por eso se han convertido en un grupo prioritario para el Ministerio de Salud. En El Salvador, 22.8% de la población tiene entre 10-19 años, donde 49% son mujeres y 58% vive en el área urbana. Tenemos estrategias para los adolescentes y los jóvenes – y existen programas intersectoriales con los sectores de educación para mejorar la salud sexual y reproductiva y la prevención del embarazo. Continuaremos poniendo el énfasis en estos programas de los/las adolescentes.

El embarazo en adolescentes es un problema actual que cambia la vida de las mujeres, porque abandonan los estudios, por la feminización de la pandemia de VIH que afecta más que todo a mujeres jóvenes y por el suicidio en adolescentes.

De enero a junio de este año, el Ministerio de Salud ha registrado siete muertes maternas en mujeres de 15-19 años; el año pasado, de las 64 defunciones, el 11% correspondieron a adolescentes mujeres. La tasa de fecundidad en el país de las adolescentes es de 89 por cada mil mujeres, por encima de la registrada en Latinoamérica, que es de 77 por cada mil mujeres.

Entre las estrategias de salud desarrolladas destacan los círculos educativos para las adolescentes embarazadas (para evitar reincidencia de un nuevo embarazo), pasantías hospitalarias para promover el parto institucional y la formación de promotores juveniles en áreas prioritarias.

Las estrategias del Ministerio de Salud han incluido: las redes para las adolescentes mujeres embarazadas; la promoción de la salud de los/las adolescentes en los hospitales y clínicas; la promoción de confidencialidad en los/las adolescentes; la formación de los capacitadores en este área; los estudios sobre el embarazo en las adolescentes; los programas de VIH; trabajando directamente con las comunidades en los programas de sexualidad.

En El Salvador estamos enfrentando los retos, transformando la sociedad para enfocarse en los derechos humanos de adolescentes y jóvenes. Parte de los derechos humanos de los/las adolescentes y jóvenes es la utilización de las redes de salud, y del uso de un enfoque de los determinantes sociales de salud clave en las investigaciones, los programas y las políticas. Es una necesidad y prioridad de El Salvador.

Esperamos que la reunión de los próximos dos días sea productiva y que nuestra colaboración sea continua y dinámica.

Muchas gracias.

**Dr. José Ruales**

*Representante de la Organización Panamericana de Salud*

Organización Panamericana de Salud El Salvador

La presentación en Word se encuentra en el siguiente enlace:

<http://www.2shared.com/file/mh8LjB3X/Inequidades.html>

Bienvenidos a todos los representantes de los países, a los profesionales del Ministerio de Salud, las agencias técnicas de cooperación y la Ministra de Salud, Dra. Rodríguez. Quiero agradecerles su liderazgo y participación en este seminario. Este Seminario - Taller Internacional se realiza junto con el gobierno de El Salvador, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud con el apoyo del Fondo Nórdico y la Embajada Real de Noruega.

Esta reunión es importante porque nos enfrentamos a la cohorte de adolescentes más grande de la historia de Latino América y el Caribe, estimada en 233.5 millones, representando el 24.5% de la población. Estos jóvenes y adolescentes están creciendo en un continente con la mayor inequidad del mundo: 39% viven en pobreza; 22 millones están desempleados y 1 de cada 3 adolescentes están fuera de la educación secundaria, con grandes disparidades por país, ubicación geográfica y sexo.

La región enfrenta inequidades de género, raza, etnias y diversidad sexual, que afectan a esta cohorte de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, el índice de Inequidad de Género de Naciones Unidas refleja las desventajas de las mujeres en tres dimensiones: salud sexual y reproductiva, empoderamiento y mercado laboral.

Ante este panorama, el gran desafío de la región son las políticas sociales a largo plazo que aborden los determinantes sociales, los derechos humanos y contribuyan a mejorar las inequidades.

La situación de SSR de adolescentes en la región es una prioridad de la OPS. La tasa específica de fecundidad entre los 15 y los 19 años es aproximadamente 71 (por 1000 mujeres) en 15 países de América Latina; 20% de los nacidos vivos son hijos de madres adolescentes, con gran disparidad por nivel de educación, ubicación geográfica, raza y etnia, y se estima que el 40% de estos embarazos no fueron planeados. La edad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 15 a 19 años ha ido disminuyendo y la edad de unión o matrimonio ha aumentado, haciendo a este periodo más vulnerable, con una mayor necesidad de protección social y acceso a la salud.

El uso de métodos anticonceptivos modernos es bajo entre los adolescentes de 15 a 19 años, siendo la necesidad insatisfecha de 38% en Centroamérica. Esto está relacionado con las políticas y legislación vigentes que en algunos países son una barrera para el acceso a los servicios de SSRA. Existen problemas serios, como el embarazo en adolescentes donde en la región alcanza casi el 20% de los embarazos. En El Salvador el número todavía es muy alto. En 2010, 1.703 adolescentes mujeres de 10 a 14 años quedaron embarazadas, en 50 de estos casos era su segunda vez. En El Salvador, entre el 25 y el 30% de la mortalidad materna corresponde a adolescentes de 15 -19 años, lo cual obstaculiza el ejercicio de derechos humanos tales como el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la salud, entre otros.

La prevalencia estimada de VIH entre jóvenes de 15-24 años, se encuentra entre 0.2 y 0.5 para hombres y entre 0.1 y 0.3 en mujeres, y es muy preocupante en los jóvenes de la diversidad sexual que en algunas zonas es 7 a 10 veces más.

No podemos olvidar la violencia de género, que afecta preponderantemente a las mujeres jóvenes. Las mujeres jóvenes tienen de 4 a 5 veces más riesgo que las mujeres adultas de ser víctimas de un asalto sexual. En algunos estudios, se recoge como entre el 5 y el 40% de las jóvenes con edades de 10 a 19 años reportan haber sido abusadas en algún momento de sus vidas. En El Salvador, el 41.6% de los casos de violación sexual atendidos por salud ocurrieron en adolescentes.

Incorporar las normas y estándares de derechos sexuales y reproductivos en las políticas, legislaciones y programas vigentes, conocer las experiencias exitosas y compartirlas en la región, serán claves para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes.

Este seminario - taller es importante para la región contribuyendo al fortalecimiento del trabajo intersectorial, modelando el trabajo conjunto de las agencias de cooperación en apoyo a los países de la región, y creando sinergias y alianzas para aunar un marco conceptual y jurídico que permita el trabajo integrado para mejorar los resultados y el impacto en salud. Seguiremos haciendo un gran esfuerzo para mantener las alianzas estratégicas y efectivas, para que potencialicemos las acciones, construyamos nuevos logros, consolidemos nuevos indicadores y sobre todo facilitemos el ejercicio del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud a los adolescentes y jóvenes.

Es importante considerar además que esta nueva cohorte de adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a las Tecnologías de Información, con más educación, conocerán mejor sus derechos y libertades fundamentales. Debemos de considerarlas como nuestros mejores aliados para poder ser efectivos en el abordaje de promoción y prevención en salud, contribuyendo esta manera un impacto en la población actual y en las nuevas generaciones.

Muchas gracias.



**Dr. Fabrizio Zarcone**

*Representante del Banco Mundial*

El Banco Mundial El Salvador

Me gustaría empezar por comentarles algunos datos sobre los logros de los Objetivos del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe (ALC). La región avanzó en el cumplimiento de algunos ODM; sin embargo, enfrenta retos mayúsculos en la disminución de la mortalidad materna, en el logro de una buena atención de salud pública e individual y en la reducción de la pobreza. Los ODM son una oportunidad histórica para abordar todas las formas de desigualdad y para aunar las voluntades y cumplir con estas metas y objetivos.

Entre los 13 países de Latinoamérica y el Caribe con una razón de mortalidad materna (MMR) superior a 100 por cada 100.000 nacidos vivos en 1990, los avances en la reducción de la mortalidad materna alcanzados entre 1990 y 2010 son variados. La mortalidad materna disminuyó un 41% en la región entre 1990 y 2010, al pasar de 140 a 81 por cada 100.000 nacidos vivos. No obstante, la mortalidad materna varía de un 25 en Chile a 350 en Haití en el año 2010. El riesgo de mortalidad materna, (la probabilidad de que una mujer muera por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto) varía a lo largo de la vida se estimó en 1:520 (doble entre madres adolescentes) mientras que en los países con mayores ingresos, es de 1:4200.

Reducir la mortalidad materna exige adoptar un enfoque integral de la atención a las mujeres durante sus años fértiles, comenzando con el acceso a métodos anticonceptivos, atención médica durante el parto y prevención secundaria de cáncer cervical y de seno. El sistema de salud – desde la salud pública, la atención primaria hasta la atención terciaria en salud – juega un papel fundamental para prevenir la mortalidad materna.

El uso de todo tipo de métodos de contracepción en las mujeres de edad fértil oscila entre el 87% en Brasil hasta un 25% en Bolivia. La condición marital desempeña un papel fundamental en el acceso de las mujeres jóvenes a los métodos anticonceptivos, en especial entre las jóvenes de 15 a 19 años, solteras y con una vida sexual activa. Es esta categoría la que tiene menos posibilidades de tener acceso/uso de los métodos anticonceptivos.

El riesgo de muerte y complicaciones derivadas del embarazo y el parto es mayor en mujeres jóvenes, de tal modo que es crucial para la región prevenir los embarazos no deseados y retardar los segundos o terceros embarazos. El reto para la región es: la prevención, la dotación de servicios apropiados de salud y de soporte necesarios para enfrentar este problema social. Los porcentajes de madres adolescentes oscilan desde el 5 a más del 20% del total de partos en el continente americano. Centroamérica se ve especialmente afectada por los elevados porcentajes de madres adolescentes, encabezando la lista Nicaragua (25.2%) y El Salvador (22.8 %).

El Banco Mundial financia en la actualidad 21 proyectos en ALC que contienen componentes/acciones de atención materno-infantil y salud reproductiva, representando el 11% de la cartera regional crediticia destinada a Desarrollo Humano. Los proyectos pretenden dar una contribución directa o indirecta que

permita reducir la mortalidad materno-infantil. Algunos proyectos se centran exclusivamente en salud materno-infantil (SMI) como Guatemala, mientras que otros incluyen la salud materno-infantil como parte de apoyo para alcanzar objetivos de salud más globales en el país. La mayor parte de los proyectos ejecutan actividades relacionadas con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud materno-infantil, mientras que otros ofrecen incentivos para estimular la demanda de dichos servicios. Algunas de las iniciativas más exitosas financiadas por el Banco Mundial en ALC ya tienen más de una década de existencia, como es el caso del Plan Nacer en Argentina, el cual promueve la capitalización de salud materno-infantil. Las iniciativas más recientes, promueven la prestación y calidad de atención materna a adolescentes con financiamiento basado en resultados en Brasil y también estudios como éste que estamos compartiendo en este taller.

El Plan de Acción de Salud Reproductiva del Banco Mundial (WB-RHAP 2010-2015) brinda el marco de trabajo para desarrollar los esfuerzos destinados a mejorar los resultados de la salud reproductiva, especialmente aquellos dirigidos a los segmentos empobrecidos y vulnerables, en el contexto de la estrategia global del Banco Mundial para aliviar la pobreza y fortalecer los sistemas de salud. El Plan de Acción recomienda enfocarse en: (i) Los países con grandes cargas; (ii) Fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados de la salud materna y reproductiva; (iii) Llegar a las mujeres que son pobres (los quintiles más bajos de ingresos) para que tengan acceso a toda la gama de servicios de salud reproductiva; (iv) Llegar a los jóvenes a través de un mayor y mejor acceso a servicios de salud reproductiva; (v) Trabajar en conjunto con socios para apoyar las estrategias de fortalecimiento del sistema de salud que encabeza el país, con la finalidad de producir, financiar, brindar e incrementar el uso de servicios de salud reproductiva.

Los conocimientos, la convocatoria y la financiación del Banco en ALC continuarán centrándose en las principales necesidades, como:

- Generar más conocimiento sobre la prevención de la mortalidad neonatal y embarazo adolescente, creando y desarrollando redes de atención materno-infantil de calidad.
- Compartir conocimientos e información para promover los casos exitosos en la región, recopilados en proyectos sobre la prevención y reducción de la mortalidad materna, embarazo adolescente, regulación y gestión de la salud materno-infantil. Ejemplos como en Argentina, Brasil y Chile deben compartirse con otros países a través de programas de intercambio Sur – Sur.
- Los conocimientos y convocatorias deben brindarse en español, francés y portugués.
- Continuar con los esquemas de financiación basada en resultados en los proyectos de salud materno –infantil y salud reproductiva.

En todo este marco se desarrolla el estudio que vamos a discutir en estos días y que está financiado por el Fondo Fiduciario Nórdico. Me gustaría compartir con ustedes unos resultados del estudio, que encontré sumamente reveladores:

- Las y los adolescentes identifican tres factores principales por los que no pueden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos: 1) la falta de información sobre cuáles son sus derechos, 2) la falta de control que tienen sobre su vida y su cuerpo, y 3) la alta de prevalencia de la violencia y el abuso sexual en la sociedad salvadoreña.

- Muchas mujeres adolescentes inician su vida sexual bajo presión (9,7%) y no tienen relaciones sexuales satisfactorias (18,5%).
- Un 53,5% de los adolescentes manifiestan que el derecho a denunciar a un agresor sexual no se ejerce por temor a represalias.
- Las actitudes discriminatorias existen en contra de: los homosexuales (59,8%), las adolescentes embarazadas (53,7%), las personas que viven con el VIH (48,8%), las madres solteras (38,7%), las personas con una discapacidad (35,8%), jubilados (33,7%), los propios adolescentes (29,7%) y las mujeres (29,3%).

A lo largo del día y mañana, mis colegas les contarán mucho más de ello, teniendo la oportunidad de desarrollar el Seminario Taller Internacional: Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes en América Latina, incorporando la perspectiva de Derechos Humanos en las inversiones de Salud Pública.

Aprovecho la ocasión para dar una cordial bienvenida a todos y todas y desearles muchos éxitos en estos dos días de trabajo.

¡Muchas gracias!

### **III. OBJETIVOS DE LA REUNIÓN**

1. Compartir los conocimientos de las estrategias e iniciativas de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes de los países participantes.
2. Diseminar los resultados de los estudios cualitativos y cuantitativos y el marco legislativo de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Nicaragua, Ecuador, El Salvador y Argentina.
3. Fortalecer el intercambio de información entre los Ministros de Salud y Ministros de Educación para involucrarlos en un diálogo político multi-sectorial sobre la salud sexual y reproductiva y derechos de los adolescentes y jóvenes, usando intervenciones basadas en evidencias.

# **Estrategia Nacional de El Salvador sobre Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos de los Adolescentes y Jóvenes**

Dra. Sofia Villalta

*Coordinadora*

Unidad de Salud Sexual y Reproductiva

Ministerio de Salud El Salvador

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/document/HbFnbWX\\_/SALUD\\_SEXUAL\\_Y\\_REPRODUCTIVA\\_EN.html](http://www.2shared.com/document/HbFnbWX_/SALUD_SEXUAL_Y_REPRODUCTIVA_EN.html)

La adolescencia es un período de la vida entre la niñez y la adultez. Hay adolescentes y adolescencias a lo largo de América Latina que difieren de acuerdo a los procesos de la formación de identidad, del mercado de trabajo, de la procedencia urbana o rural. En este período de la vida se dan la mayoría de los cambios bio-psico-sociales, lo que hace esta etapa especialmente vulnerable a los efectos de las crisis. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia está vinculada directamente a la construcción de la feminidad y la masculinidad.

La identidad femenina es caracterizada por sumisión y dependencia al poder masculino; es limitada al mundo privado e invade el espacio público generalmente en las situaciones de inequidad. Esta identidad está centralizada en la maternidad y en el servicio a los otros, con el resultado de que esta identidad aumenta la exposición a embarazos de riesgo. Por el contrario, la identidad masculina es caracterizada por poder y dominación sobre el género femenino; ese dominio del poder y se refleja en las políticas públicas. Esta identidad tiene un estereotipo de paternidad irresponsable y la idea que la masculinidad es igual a violencia. En este sentido, la identidad masculina tiene impactos y efectos negativos en la sexualidad de las adolescentes mujeres. De hecho, los espacios inequitativos se generan en las adolescentes mujeres con una autoestima baja; una incapacidad de decidir sobre su propio cuerpo; y embarazos impuestos tal como incesto-violencia, dando como resultando en una alta incidencia de embarazos no deseados. Estas conductas son aprendidas, recibidas y expuestas, trascendiendo a los individuos, afectando a las familias y penetrando en la sociedad. Están presentes en todas partes y son incorporadas en nuestras costumbres. Históricamente las relaciones entre hombres y mujeres se han construido en espacios con violencia e inequidad y se han traducido en todas las expresiones de la cultura.

Las adolescentes mujeres enfrentan problemas relacionados con las políticas públicas en los países en el tema de su salud sexual y reproductiva (SSR). Por ejemplo, las leyes restrictivas de penalización total del aborto, incluyendo el aborto terapéutico, ético y eugenésico, leyes que prohíben espacios para facilitar la lactancia materna, la exigencia de la prueba de embarazo para optar a un empleo, y el despido posnatal.

En respuesta a este problema, el Ministerio de Salud en El Salvador está construyendo la esperanza para el 2014 con estrategias y recomendaciones en salud relacionada a los programas de embarazo en

adolescentes; violencia; accesibilidad para todos (incluyendo las minorías étnicas); detección de VIH; servicios para salud mental, entre otras.

La estrategia 15 se refiere a la SSR y tiene recomendaciones para establecer un programa intersectorial de educación sexual y de prevención del embarazo en adolescentes; para garantizar los derechos en SSR de las mujeres basados en la libre voluntad, y la accesibilidad cultural y económica; para garantizar el derecho a la intimidad y confidencialidad en los sistemas de registro; en la detección, seguimiento y tratamiento de ITS, VIH y el SIDA; en la detección y atención integral a personas que sufran maltrato físico psicológico y/o sexual; en la educación y atención en salud reproductiva preconcepcional, prenatal, parto y postnatal; en la atención de cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata; y en la atención de climaterio y andropausia.

En el pasado, la SSR estuvo centrada en aspectos biológicos y en las tasas de fecundidad. Actualmente, este enfoque va más allá de la reproducción, centrándose en el marco ético de los derechos humanos, la equidad de género y las determinantes sociales de la salud, atendiendo las necesidades de grupos tradicionalmente excluidos o poco atendidos, tales como la población con discapacidad y aquella con orientación sexual no tradicional.

Según la política de salud sexual y reproductiva de El Salvador, el objetivo general es garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del curso de vida, a toda la población salvadoreña, fortaleciendo el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva en base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, determinantes de la salud, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad. Los principios rectores de esta política están basados en la universalidad; derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos; equidad e igualdad; no discriminación; ética (transparencia); construcción de ciudadanía; integración y corresponsabilidad. Se utilizan los enfoques de derechos humanos, de género, de curso de vida, de integración y de determinantes sociales.

### SITUACIÓN ACTUAL

En El Salvador, 22.8% de la población actual tiene entre 10 y 19 años; 49% son mujeres y 51% son hombres; actualmente, 58% de los adolescentes viven en un área urbana mientras que 42% viven en un área rural. 0.2% de la población de adolescentes pertenece a un grupo indígena y 1.5% del total de adolescentes es discapacitada – la mayoría de esta población tiene 10 a 14 años (Fuente: CENSO 2007. Dirección General de Estadística y Censos).

Un componente importante en la mejora de la SSR en los adolescentes y jóvenes es la asistencia escolar. Según la Encuesta de Hogares Propósitos Múltiples 2010, el 86.7% de los niños entre 4-12 años, el 73.4% de 13-18 años y 13.5% de 19-33 años están en la escuela. La tasa de analfabetismo es de 0.82% entre los jóvenes de 10-18 años de edad, 2.09% entre los de 19-33 años y 10.75% entre los de 34 años y más. Se muestra que hay una mejoría en el acceso a la educación para los/las jóvenes.

El trabajo infantil es todavía un problema en El Salvador. Aproximadamente 3.0% de niños que tiene entre 5-9 años de edad están trabajando; también, 40% de los adolescentes entre 10-14 años y 57.1% entre 15-17 años están trabajando (Encuesta de Hogares Propósitos Múltiples 2010). Según el análisis por sexo, entre los 5 y los 17 años de edad, 72.6% son hombres y el 27.4% son mujeres.

En este país, 58% de la población femenina está en edad reproductiva, donde el 37% del total de las mujeres en edad fértil corresponde a las adolescentes (CENSO 2007. Dirección General de Estadística y Censos). De acuerdo a datos de la encuesta FESAL (2008), la participación de la familia en la información sobre temas de SSR tiene grandes vacíos para las mujeres de 15-24 años de edad. Los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y SIDA y el aparato reproductor femenino/masculino son los temas poco hablados entre los padres de familia y sus hijos. La mayoría de padres no informan a sus hijos sobre estos temas por miedo a incentivar a los hijos a prácticas sexuales, pero la misma edad hace que los jóvenes tengan curiosidades y la motiva al erotismo o autoerotismo. Este tema es importante porque la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales entre las adolescentes es de 16.3 años (Fuente FESAL 2008) y el uso de anticonceptivos en la primera experiencia sexual es bajo. Por ejemplo, en la primera experiencia sexual el 20% de los adolescentes usaron anticonceptivos antes de los 15 años, el 26% entre 15 y 17 años, y el 37% entre quienes tenían de 18 a 24 años. De acuerdo a estos datos, el acceso mejora al aumentar la edad. Por lo tanto, es importante mejorar el acceso a los anticonceptivos para los adolescentes jóvenes.

#### EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Según la encuesta de FESAL, la tasa específica de fecundidad por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años han disminuido de 136 mujeres en el periodo de 1983 a 1988, a 89 mujeres por 1000 mujeres entre el 2003 y el 2008.

Para las inscripciones prenatales, en el año 2011 del total mujeres inscritas en atención prenatal las adolescentes de 10 a 19 años representan el 31.4%. Los departamentos que tienen un mayor número de adolescentes embarazadas inscritas para atención materna son Usulután con 34%, La Unión con 32,9%, y San Salvador con 32,7% (Sistema informático MINSAL).

De acuerdo a los datos de MINSAL, el porcentaje de partos institucionales en adolescentes del total de partos institucionales fue de 29.4 % en 2010 y de 29.2% en 2012. Según los datos de SIMMOW y SEPS, los adolescentes que se inscriben en planificación familiar constituyen el 359%, pero sólo el 13,9% de las adolescentes que son usuarias activas. Debemos, por tanto focalizar nuestros esfuerzos en asegurar que las adolescentes tienen atención prenatal, planificación familiar, y partos en las instituciones. El Salvador es un país pequeño y estos puntos afectan gravemente la morbilidad y mortalidad materna.

De hecho, El Salvador tiene una alta incidencia de embarazo no deseado. De acuerdo con los datos de FESAL 2008, el 29% de las adolescentes entre 15-24 años de edad creía que no iba a quedar embarazada mientras que 43% de estas adolescentes no deseaba un embarazo.

Existen mitos entre las mujeres de 15 a 24 años, asociados con la ocurrencia de embarazo (FESAL 2008). Uno de ellos es que no es posible quedar embarazada cuando no se tienen relaciones sexuales

frecuentes. Según los datos de FESAL (2008), 18% de las mujeres de esta edad creen en este mito; 16% de las mujeres creen que no es posible quedar embarazada cuando es la primera vez que se tiene relaciones sexuales; y al 18% de las mujeres les falta información sobre este tema. Por lo tanto, es importante que se implementen nuevos modelos educativos que erradiquen los conceptos erróneos: como la existencia de mitos, tabúes, prejuicios, la idealización del amor, la escasa posibilidad de poner en práctica la información obtenida, o la falta de una comunicación adecuada que ponga en duda la información transmitida por el adulto . En este sentido, se torna indispensable trabajar desde y con los padres y maestros.

Según los datos de FESAL 2008, el impacto social del primer embarazo es grave en las adolescentes – 59% de ellas interrumpió sus estudios – sólo 18% volvió a estudiar mientras que el 41% no volvió. En relación al trabajo – el 36% dejó de trabajar y el 13% volvió a trabajar mientras que 23% no regresó.

Los efectos más frecuentes en el embarazo en adolescentes es el parto prematuro, el bajo peso al nacer o los dos juntos (MINSAL, Enero 2012).

#### MORTALIDAD MATERNA

En El Salvador, la tendencia de mortalidad materna ha disminuido entre 1990 y 2011 de 211 a 50,8 por cada 1000 mujeres y la meta proyectada para el año 2015 es de 52.8 por cada 1000 mujeres.

Según los datos de la Unidad de Atención en Salud Sexual y Reproductiva (2011), el 11% de las muertes maternas correspondieron a adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y el 19% a jóvenes entre 20 y 24 años. Entre enero y junio de 2012 se han registrado 7 muertes maternas entre las adolescentes de 15 a 19 años siendo muertes evitables.

El porcentaje de muertes por suicidio es alto y se está tomando la prueba de embarazo a todas mujeres de entre 10 a 49 años que se suicidan. De hecho, entre 2010 y 2011, el 40% de las causas de muertes en adolescentes fue suicidio. Necesitamos investigaciones e intervenciones sobre este tema a la brevedad.

#### INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, sólo el 25% pueden responder correctamente a las 5 preguntas para el conocimiento general y específico del VIH, mientras que el 94% creen que tener sólo una pareja fiel puede proteger contra el VIH.

#### ESTRATEGIA MINSAL

La salud del adolescente es una prioridad para el Ministerio de Salud El Salvador. Estamos trabajando en la prevención de los embarazos no deseados, en la atención preconcepcional y en establecer investigaciones de los conocimientos sobre sus derechos humanos y género de los/las adolescentes. Trabajamos en la educación de las adolescentes embarazadas en los periodos prenatal y postnatal.



Para cerrar las brechas establecimos la formación de promotores juveniles en SSR en áreas geográficas prioritarias usando las siguientes intervenciones: círculos educativos para adolescentes embarazadas; pasantías hospitalarias y áreas diferenciadas de atención.

Los desafíos de las estrategias del MINSAL son: el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes en una cultura con fundamentalismo religioso fuerte; el desconocimiento de parte de los y las adolescentes de género y derechos; el incremento del VIH que está afectando en forma ascendente a mujeres adolescentes; los altos índices de embarazos no deseados en adolescentes; el suicidio en adolescentes embarazadas; y el consentimiento informado para el uso de anticonceptivos en adolescentes (LEPINA).

Para mejorar la salud de los adolescentes se propone lo siguiente: una educación integral de la sexualidad; servicios integrales de salud sexual y reproductiva; superar la brecha entre las áreas urbana y rural; y posicionar el Estado laico. Como parte de esta estrategia es importante superar ideas conservadoras y fundamentalistas.

Las propuestas para la prevención de embarazo son: mejorar la accesibilidad a los métodos de planificación familiar en la RIISS; ampliar la oferta de formación de promotores juveniles en SSR; el empoderamiento de las mujeres adolescentes; y utilizar un enfoque intersectorial de la problemática. Por ejemplo, para mejorar la accesibilidad de servicios, se utilizarán los hogares de espera materna; para la accesibilidad económica podemos utilizar un enfoque de gratuidad de los servicios; para la accesibilidad geográfica una reforma de salud; y para la accesibilidad cultural, un plan de parto.

Para deconstruir la sexualidad patriarcal, es necesario lograr una identidad de género femenina que controle su sexualidad, su reproducción a través del conocimiento de su cuerpo, dentro de una sociedad que le permita acceder a una información veraz y científica en el marco de los derechos humanos, incorporando las desigualdades de género y las determinantes sociales de las diferentes poblaciones.

## **V. INTRODUCCIÓN EN LA INCORPORACIÓN DEL CONCEPTO DE DERECHO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DONANTES**

### **INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE DERECHOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTRATEGIAS PARA AVANZAR EN EL EFECTIVO CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

Dra. Julieta Rossi

*Abogada*

Departamento de Derechos Humanos

Ministerio de Justicia

*Coordinadora de Derecho*

Universidad de Buenos Aires

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/cW5ZTA7Q/ElSalvador\\_Ministerio\\_Argentin.html](http://www.2shared.com/file/cW5ZTA7Q/ElSalvador_Ministerio_Argentin.html)

La incorporación del enfoque de derechos humanos en las políticas públicas es importante y fundamental para la salud sexual y reproductiva. El enfoque de derechos humanos en las políticas públicas tiene impacto e implicaciones concretas, tales como, implicaciones en recursos humanos, económicos y otros. Tenemos avances en algunos países en este tema. Ecuador está aplicando un enfoque de derechos en las políticas públicas, Uruguay analizó y ya está implementando programas usando el enfoque de derechos y Argentina ha incorporado los derechos en las políticas públicas.

Lo importante es: cómo podemos aplicar los derechos en el diseño de programas. Para ello, se requiere pensar sobre las implicaciones de cómo incorporar los derechos humanos en las políticas públicas. Hay varios esfuerzos y conocimientos sobre este tema y hay que precisar este enfoque. Sin embargo, existen diferencias en la precisión de derechos y relacionado con este tema necesitamos pensar sobre los diferentes componentes de los derechos humanos. El marco conceptual de derechos ya se definió para las constituciones internacionales y nacionales. ¿Cómo podemos trabajar con este marco en este momento? Asumimos que hay un sujeto de derechos que puede reclamar y unos garantes de derechos, cuyas agendas pueden duplicar las desigualdades; por ello es importante la posibilidad de judicialización del reclamo.

Tenemos que tener en cuenta que el objetivo final del derecho es el cumplimiento del mismo. El marco de derechos no solamente significa las implicaciones negativas, también significa un marco con las

implicaciones positivas. ¿Cómo los gobiernos aplican los derechos positivamente? ¿Y cómo los gobiernos explican los objetivos y metas dentro del enfoque de derechos? Son dos cuestiones relevantes. El fin es tener estados y gobiernos comprometidos en que todos y todas tengan el mismo derecho; pasar de un finque en necesidades a un enfoque de derechos.

La solución principal de los derechos es simple y requiere solamente acciones por parte de los gobiernos en las políticas sociales. Para lograrlo, se necesita capacidad para probar los derechos, tales como capacitación para el personal de salud, el empoderamiento de los/las adolescentes (y la capacitación de los personales de salud en este tema), y la incorporación de los principios transversales (por ejemplo, los principios económico, sociales, políticas, culturales).

El derecho de igualdad y discriminación es clave en la concepción sustantiva de los derechos. Estos derechos impactan el tema de sexo, género, educación, entre otros. La discriminación es central para las políticas públicas en la promoción de información y en el diseño de las políticas públicas.

Hay que tener presente los principios de Enfoque en Derechos: Igualdad y no discriminación; protección de la información; acceso y provisión de información: producción de la información e indicadores de derecho, cumpliendo el protocolo de OEA de El Salvador; participación social de los afectados; mecanismos de reclamo y empoderamiento.

La responsabilidad es clave también para los sujetos además de los mecanismos para que los responsables trabajen en los derechos especialmente en el diseño de las políticas sociales y en los recursos administrativos.

El derecho al acceso a la información y a la producción de información es importante y se requiere transparencia. La información es fundamental en el diseño de las políticas y en la evaluación de políticas. Los indicadores de los derechos y el sistema de información están vinculados. Dentro de este marco, los indicadores dan seguimiento a los derechos.

Se necesitan mecanismos para participar en la formulación de las políticas y se requiere la participación social y el empoderamiento de la sociedad en la definición de esta agenda – es fundamental para combatir la desigualdad y discriminación.

Hay que transformar las trayectorias de la institucionalidad en las políticas y la gestión. Los derechos están involucrados en los obstáculos de la gestión. La coordinación es fundamental para prevenir estos obstáculos y fundamental en la integración en el diseño y la implementación de las políticas públicas. Hay que tener coordinación a nivel nacional, local, con la comunidad y con otros sectores.

Tenemos la obligación de adoptar medidas inmediatas. Las prioridades utilizando el enfoque de derechos son la protección a grupos desaventajados; garantizar los niveles esenciales de derechos; asegurar la progresividad y no regresividad; y adoptar medidas hasta el máximo de recursos disponibles para el cumplimiento de derechos y la coordinación efectiva entre los diferentes niveles que garantizan los derechos.

# EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Abogado Javier Vásquez  
*Asesor Regional, Derechos Humanos*  
Organización Panamericana de Salud

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/document/H1\\_eoOpd/El\\_Salvador\\_presentacin\\_salud\\_.html](http://www.2shared.com/document/H1_eoOpd/El_Salvador_presentacin_salud_.html)

Existen vínculos entre los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, las violaciones de derechos humanos pueden tener un efecto negativo en la SSR de los/las adolescentes (Ej.: la desigualdad de género). Para combatir este problema, es importante medir la respuesta del estado y la relación entre derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos; los vínculos están dados por que la violación a los derechos SSR puede tener efecto negativo en la igualdad; el efecto de las políticas y planes y el círculo entre nivel de salud y salud sexual y reproductiva. Las políticas, planes y legislación sobre SSRA pueden facilitar el ejercicio de los derechos humanos (Ej.: el acceso a los servicios). De hecho, el ejercicio de los derechos humanos y el disfrute del bienestar físico, sexual y reproductivo actúan en sinergia.

Para la Organización Panamericana de Salud, los instrumentos de derechos humanos permiten la evaluación de rendición de cuentas para cumplir los compromisos de la Declaración Universal de Derechos Humanos y de otros tratados y estándares de derechos humanos.

Para utilizar un enfoque de derechos humanos, es necesario conocer conceptos fundamentales, tales como: los derechos reproductivos, derechos sexuales, de sexo, de género, de orientación sexual y de discriminación por sexo. Tenemos problemas en derechos relacionados con el derecho de sexualidad: algunas veces no existen definiciones de “género”, “sexualidad”, “identidad” y muchas veces existe confusión en cuanto a estos conceptos y por lo tanto la aplicación de instrumentos de derechos humanos puede no ser efectiva.

Los países necesitan definir sus derechos en instrumentos jurídicos. Según el Comité de los Derechos del Niño y la Estrategia de Salud Reproductiva de OMS, existen varios derechos reproductivos, tales como el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir libremente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, el derecho a la no discriminación, el derecho a recibir toda la información sobre salud sexual, entre otros. Los derechos sexuales (según la propuesta conceptual de la Secretaria de la OPS, OMS y WAS (“World Association of sexology”) los derechos sexuales incluyen: el derecho a la salud sexual, el derecho a la libertad sexual, el derecho a la expresión de la sexualidad, el derecho a la educación sobre sexualidad, el derecho al placer sexual, entre otros.

Para proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva de jóvenes y formular políticas públicas que incluyan derechos reproductivos y derecho a la salud sexual, los países pueden utilizar los siguientes instrumentos: constituciones nacionales; convenciones internacionales de derechos humanos;

convenciones regionales de derechos humanos; estándares internacionales y regionales de derechos humanos y salud pública, y lineamientos técnicos de las agencias especializadas, tales como la OPS.

La OPS tiene un proyecto para implementar los instrumentos de derechos humanos en el contexto de los jóvenes llevando a cabo visitas e intervenciones y entrenamientos en 11 países de la Región. A partir de las visitas e intervenciones y los talleres de capacitación, los retos más significativos para los adolescentes fueron: (i) los países carecen de políticas sobre la salud sexual y reproductiva consistentes con las obligaciones de ONU y OEA sobre los derechos humanos;(ii) las legislaciones nacionales sobre SSR e igualdad de género son inconsistentes con las obligaciones ONU y OEA sobre derechos humanos; (iii) existe un conocimiento limitado de los instrumentos de derechos humanos aplicables en VIH/salud sexual (especialmente entre el personal de salud y los jueces); (iv) hay un creciente rol de los parlamentos nacionales y Cortes en la toma de decisiones en relación a políticas sobre salud sexual y reproductiva de jóvenes (tales como acceso a métodos de planificación familiar, información sobre salud sexual, entre otros);(v) existen las restricciones de derechos humanos y violencia hacia adolescentes por sus identidades de género y/u orientaciones sexuales (especialmente en grupos LGBTI); (vi) hay una ausencia de mecanismos de protección dentro de las defensorías de derechos humanos y otras agencias nacionales para vigilar el cumplimiento de los instrumentos de los derechos humanos aplicables a la salud sexual/reproductiva; (vii) y existen disposiciones legales que restringen derechos humanos tales como: exámenes obligatorios sobre el VIH, diseminación de información confidencial sobre el estatus de adolescentes con VIH, entre otros.

La respuesta de OPS para afrontar estos retos entre los años 2001-2012 – de acuerdo a la Resolución sobre los Derechos Humanos y Salud (CD50R8):

<http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/CD50.R8-s.pdf> incluye – con el apoyo financiero de Suecia, Noruega y España se han diseminado los tratados y estándares de derechos humanos; capacitado al personal de salud sobre la normativas de derechos humanos (en 10 países con 600 personas entrenadas); revisado los planes nacionales de salud de jóvenes en El Salvador y la República Dominicana, incorporando normas de derechos humanos; revisado la ley nacional de VIH (en GUT, ELS y NIC) incorporando la salud sexual de adolescentes; proveer cooperación técnica con las Cortes Supremas de HON, PER, ARG, y CHI en las decisiones sobre acceso a la anticoncepción oral de emergencia y aborto terapéutico; apoyado la creación de redes nacionales para la protección de los derechos humanos de personas que viven con el VIH y los grupos LGTB; capacitado internamente el personal de OPS (e.g. curso a distancia en línea y módulos sobre derechos humanos y salud); y colaborado con los órganos de tratado de la ONU y la OEA y con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y CRC, en la elaboración de la primera observación general sobre derecho a la salud sexual y reproductiva y sobre el derecho a la salud del Niño y Adolescente.

Se recomienda: Continuar con la segunda etapa de este proyecto a nivel regional y global: realizar más talleres y reuniones y abogar para los derechos humanos en las intervenciones de salud sexual y reproductiva; trabajar al interior de los países con los órganos especializados que monitorean la aplicación de DH específicos por ejemplo LEPINA en ELS para promover y tener productos fundamentados en las intervenciones con los derechos humanos y los informes técnicos de los Comités de derechos humanos de la ONU, tal como los informes del Comité de los Derechos del Niño

(importante para la sociedad civil). Transformar la política de SSR en derechos, para ello debe existir un mandato preciso que implica el compromiso y el rol de los derechos humanos en dicha policía, capacitar al personal del Ministerio de Salud; capacitar a jueces y legisladores con evidencia científica y derechos humanos; acceder a audiencias e informes como CEDAW, CIDH, Comité de Derechos Humanos; incorporar normas y estándares de derechos humanos. No solo hay que hablar de derechos reproductivos hay que asócialos con otros derechos humanos, porque los derechos humanos reproductivos afectan a la vida, la igualdad y no son económicos ni tienen que ver con financiamiento. Crear mecanismos para la judicialización siendo garantes el Estado y la Sociedad Civil, evitando que reclamen solo los que tienen más capacidad.

Hay que considerar que los derechos en SSR no son progresivos, son garantía de derecho a la vida; si hay derechos progresivos son los de tipo económico, pero el derecho a la vida y la integridad no son negociables.

## VI. PRESENTACIONES DE ESTUDIOS DE CASOS DE LATINOAMÉRICA

### DECISIONES DE FERTILIDAD ENTRE LOS ADOLESCENTES, OPORTUNIDADES Y LOS LOGROS ECONÓMICOS EN ALC

Dr. Joao Pedro Wagner de Azevedo

*Economista Principal*

Banco Mundial

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/rmHSKKPi/Teenage\\_pregnancy\\_PAHO\\_Worksho.html](http://www.2shared.com/file/rmHSKKPi/Teenage_pregnancy_PAHO_Worksho.html)

Dr. Joao Pedro Wagner de Azevedo, Economista Principal en la región de la América Latina y el Caribe, realizó una presentación sobre las decisiones en la fertilidad de adolescentes, pobreza y crecimiento económico: Evidencias y lecciones de políticas en ALC. Según el Informe sobre Desarrollo Mundial de 2012, el embarazo en adolescentes es un fenómeno complejo, relacionado con las oportunidades económicas, dotación de capital humano (y la capacidad de agencia de los adolescentes, el resultado de la interacción de los mercados, instituciones y hogares). El Banco Mundial utilizó las herramientas de análisis económico para describir el problema, basándose en las características relevantes de las políticas, para comprender mejor los factores de riesgo, y así definir aquellos en los cuales es posible intervenir, para poder avanzar en la identificación de las consecuencias económicas de la maternidad adolescente y revisar algunos ejemplos de políticas existentes y su efectividad. Los resultados del estudio de factores de riesgo en el nivel macro mostraron que la tasa de fecundidad de las adolescentes estaba positivamente correlacionada con la pobreza y la inequidad, y que la tasa de fecundidad en las adolescentes era más alta en las áreas rurales que las áreas urbanas. En el análisis a nivel micro, tres dimensiones se incluyeron: (i) los factores de riesgo, el capital humano, (ii) las oportunidades económicas, y (iii) la capacidad de agencia. En relación al capital humano, se analizó el nivel de educación (la probabilidad de embarazo adolescente está negativamente correlacionada con los años de educación) y el nivel socio-económico de la familia (las madres adolescentes tienen más probabilidades de vivir en pobreza). Para las oportunidades económicas, los resultados más pobres son en el mercado laboral. En el análisis de la capacidad de agencia, la iniciación sexual temprana (las madres adolescentes tienen más probabilidades de haber iniciado sus vidas sexuales a temprana edad y la mayoría de las madres son adolescentes más vulnerables), el matrimonio precoz (el matrimonio adolescente está positivamente correlacionado con el embarazo adolescente), uso de métodos anticonceptivos (es menos probable que las madres adolescentes usen o hagan a sus parejas usar anticonceptivos), y las proporciones más altas de embarazo adolescentes en sus comunidades se observan en un área rural y/o ser indígena—al mismo tiempo, estas características se correlacionan con una menor cantidad de capital

humano, oportunidades económicas y poca capacidad de agencia en sociedades con normas fuertemente paternalistas.

Un estudio de Florez y Núñez (2002) encontró que el nivel educativo y el nivel socio-económico de los padres están negativamente relacionados a la fecundidad adolescente (debido a un debut sexual más tardío). También el abandono escolar implica un alto riesgo para embarazos tempranos y podría estar relacionado con el uso del tiempo libre, pero también fundamentalmente con las expectativas sobre las oportunidades futuras.

Según la “Sistema de Morbi-Mortalidad” del Ministerio de Salud de El Salvador, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes (10 a 19 años) y la tasa de suicidios es particularmente alta entre las adolescentes embarazadas siendo objeto de estudios futuros.

La región de ALC tiene una de las tasas de fecundidad de adolescentes más altas del mundo. Estas tasas han ido descendiendo más lentamente que en otras regiones y aumentando entre los adolescentes más jóvenes. Las condiciones socio-económicas por si solas no pueden explicar la alta tasa de fecundidad de adolescentes. La relación entre desigualdad y la tasa de fecundidad merece mayor investigación. La falta de oportunidades y las expectativas económicas lo hace relativamente menos costoso. El 40% de los embarazos de adolescentes se reportan como intencionales – las decisiones de fertilidad deben ser el resultado de elecciones más que de restricciones.

Se recomienda un cambio en las condiciones que viven los adolescentes, que mejoren el capital humano, las oportunidades económicas de las mujeres jóvenes para asegurar que sus decisiones resulten de elecciones y no restricciones. Cuando existen factores de riesgo presentes, se recomienda que se diseñen intervenciones específicas (Ej.: la educación sexual, acceso efectivo a los anticonceptivos, entre otros). Un área fundamental de la política será el de las intervenciones tempranas para los hijos de madres adolescentes, para evitar consecuencias a largo plazo de las condiciones socioeconómicas.



# **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS DE LOS ADOLESCENTES EN EL SALVADOR: AGREGANDO UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS AL TRABAJO OPERATIVO DEL BANCO MUNDIAL**

Dra. Karin-Annabella Revuelta Reinfeld

*Abogada*

Health Focus, Alemania

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/ezFShGzb/WB\\_ES\\_study\\_presentation\\_final.html](http://www.2shared.com/file/ezFShGzb/WB_ES_study_presentation_final.html)

Health Focus (<http://www.healthfocus.com/hf/>) realizó un estudio descriptivo, entre febrero a agosto del 2012, en colaboración con CEMUJER y UCAJose Simeon Cañas – para explorar la situación de SSR de adolescentes en El Salvador, focalizándose en el embarazo, la violencia contra las mujeres y el respeto de los derechos humanos. En el componente cuantitativo del estudio fueron entrevistados 1,258 adolescentes y en el componente cualitativo, se realizaron 31 grupos focales (entre adolescentes de 10-14 años de edad, madres adolescentes y entre padres adolescentes de 15-19 años). También se realizaron 68 entrevistas en profundidad y 12 entrevistas semi-estructuradas dirigidas a informantes claves.

En relación a la información en SSR, encontraron que el porcentaje de adolescentes que recibieron información en los últimos 6 meses fue más alto en el tema de valores con 82.5% más bajo en el tema de género con 61.4% de los/las adolescentes. Sobre el Ministerio de Educación de la República de El Salvador (MINED) se encontró que el porcentaje de adolescentes que recibieron información sobre el tema de derechos del 30.6% de los adolescentes y del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), se encontró que la planificación familiar fue el tema más bajo con sólo 9.3% de los/las adolescentes. Sobre el conocimiento de derechos de salud reproductiva, 79.5% de los adolescentes tenían conocimientos sobre el derecho a decidir, cuándo casarse y sólo 21.5% tienen conocimiento sobre el derecho al aborto. Las razones por las cuales no exigen el cumplimiento de derechos a salud reproductiva, es porque a los adolescentes les falta información sobre estos derechos. Por ejemplo, en relación con la violación/abuso sexual, el 53.5% de los adolescentes no sabían que tienen derecho a denunciar a un agresor sexual, mientras que 18.6% no sabían que tener relaciones sexuales con consentimiento es un derecho.

En relación al inicio de las relaciones sexuales, se observó cómo 3% del grupo de 10-14 años y 40.8% del grupo de 15-19 años habían tenido una relación sexual. La edad promedio de la primera relación en las adolescentes mujeres se situaba entre 14.8 años mientras que en los hombres estaba en los 15.9 años. El 12.5% de las adolescentes y el 8.7% de los adolescentes (entre 10-19 años) no sabían cómo prevenir el embarazo. Entre las adolescentes mujeres sexualmente activas, 38% usaban anticonceptivos y 51.2% de los adolescentes hombres los usaban. Las razones para que los/las adolescentes no usasen anticonceptivos eran que *“no piensan sobre este tema”* y *“no están preparados”*.

En relación a la percepción y vivencia de la reproducción, el 43.8% de los embarazos fueron deseados y el 56.2% no deseados. Cuando el embarazo fue no deseados, 55.8% de las adolescentes mujeres tuvieron el bebe voluntariamente. El 72% de los padres adolescentes apoyaban económicamente a su nueva familia y dejaban a su familia de origen, empezaban a trabajar y abandonaban estudios.

Las ITS más conocidas entre los adolescentes eran VIH (81.4%), la sífilis (27.7%) y la gonorrea (27.1%), pero entre los adolescentes 10-14 años, el 30% no conocen el condón, comparado con el 3.1% de 15-19 años que no conocen el condón.

En relación a los servicios de salud, el 34.6% de 10-14 años y el 63.3% de 15-19 años asistieron a charlas de información. Frente a la pregunta si los adolescentes piensan que se puede obtener anticonceptivos en los centros de salud, 52.9% de los adolescentes entre 10-14 años no sabían; 4% de 10-14 años y 18.1% de 15-19 años nunca obtuvieron los anticonceptivos en los centros de salud; y el 35.7% de 10-14 años y 6.5% de 15-19 años obtuvieron los anticonceptivos sin dificultad. 85.9% de los adolescentes estaban satisfechas con los servicios de SSRA. Las razones de quejas de los adolescentes fueron el maltrato a los adolescentes (11.2%); falta de privacidad (8.4%); la no confidencialidad (2.7%); y las actitudes negativas del personal de salud.

En relación a la violencia de género, el 11.3% de los adolescentes habían sido víctimas de abuso, 13.2% de las adolescentes mujeres y 9.3% de los varones. El perpetrador con frecuencia era un familiar representando el 19.1% los padres, el 15.9% las madres, y el 8.7% el padrastro. Existe una correlación entre el ser maltratado/a y la depresión con, así el 27.6% de adolescentes mujeres y el 19.4% de adolescentes hombres mostraban 3 o más síntomas de depresión. Por edad, 18.7% de 10-14 años y 26.1% de 15-19 años. El 59.8% de los adolescentes homosexuales perciben discriminación de la sociedad, mientras que 99.7% de los adolescentes muestran actitudes discriminatorias hacia ellos.

En el análisis de este estudio, los variables independientes – en todos los ámbitos – que reducen el riesgo a ser madre o padre adolescente, que reducen riesgo de ser maltratado/a, que reducen riesgo a ser discriminado/a eran: ser hombre, conocer los derechos de salud reproductiva y participar en las organizaciones de adolescentes.

La educación sexual es proporcionada muy tarde en los adolescentes y se sugiere cambiarlo. Para el Ministerio de Educación, se recomienda realizar una evaluación sobre la calidad y el impacto de educación sexual, la enseñanza con enfoque de derechos y no discriminación (especialmente a los homosexuales y en los programas en las escuelas). Para el Ministerio de Salud, se recomienda crear un mecanismo para mejorar la información sobre los servicios para adolescentes; dar más información sobre embarazo e ITS; aumentar los programas para la no discriminación; y reforzar la calidad de personal de la salud. Para todos los ministerios hay que incluir: los programas para adolescentes con adolescentes; reforzar la cultura de respetar los derechos de salud reproductiva de adolescentes; los programas de información para madres y padres; aumentar el uso de los medios de comunicación; y aumentar y reforzar la inter-sectorialidad de los programas.

Se recomienda: Incluir la perspectiva de derechos humanos, aumentar la igualdad y la no discriminación; aumentar la participación de los adolescentes en programas reforzando el empoderamiento; y aumentar la transparencia y rendición de cuentas en los programas.

# LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN NICARAGUA

Lic. Chantal Pallais

*Oficial de Adolescentes y Jóvenes*

UNFPA, Nicaragua

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/ArORvw5K/Chantal\\_UNFPA\\_La\\_Educacin\\_de\\_l.html](http://www.2shared.com/file/ArORvw5K/Chantal_UNFPA_La_Educacin_de_l.html)

Los adolescentes en Nicaragua comienzan tempranamente las actividades productivas generalmente de forma invisible y no remunerada que incide en la asistencia a escuela y en sus aprendizajes de vida. Además, los adolescentes comienzan tempranamente las actividades reproductivas que incide en permanencia en la pobreza y se observan diferencias por género, área residencia y etnicidad. Los adolescentes y jóvenes nicaragüenses saben cómo evitar un embarazo, cómo prevenir el VIH, pero este conocimiento no se pone en práctica. Las cifras han cambiado muy poco y en algunos casos no han cambiado nada. El mayor impacto en la fecundidad adolescente es producto de la educación, más que por el nivel socio-económico. La tasa de fecundidad es mayor en el área rural Atlántica, y en los quintiles más bajos y de menor nivel educativo. Como sabemos, los adolescentes y jóvenes son grupos diferentes con diferentes necesidades, problemas y aspiraciones. Son sujetos de derechos y la educación es un proceso que necesita un trabajo sistemático desde diferentes modalidades de trabajo, donde el trabajo intersectorial es clave.

En Nicaragua, se realizó un estudio para el desarrollo de la sexualidad en la escuela. El propósito de este estudio fue para expresar sentimientos, emociones y opiniones acerca de la sexualidad y respetar las de otras personas. El estudio fue realizado en el 4º grado de Convivencia y Civismo y tenía como objetivos las competencias de grado y de ejes transversales. Las competencias de grado eran reconocer los ambientes de protección y de riesgo para cuidar su sexo y sexualidad; comprender que la sangre es un líquido vital para la vida y que solamente se fabrica en el cuerpo de cada persona. La competencia de ejes transversales era asumir responsabilidad en el cuidado y respeto de su cuerpo, sexo y sexualidad, mediante acciones preventivas orientadas a la salud sexual y reproductiva que contribuya a una vida saludable. La meta de este estudio fue que al concluir la educación secundaria, las y los estudiantes pudieran manifestar amor, respeto y seguridad en sí mismo/a, a partir de la aceptación de su identidad; respetar y proteger su cuerpo y el de otras personas para prevenir cualquier tipo de abuso, embarazo, enfermedades, entre otros; participar en acciones que contribuyen a la prevención del consumo de sustancias; tomar decisiones con responsabilidad, iniciativa y autonomía en beneficio personal y social; asumir estilos de vida saludable y apoyar actividades que benefician su salud personal, familiar, escolar y comunitaria, entre otros.

Hasta este momento, los avances y logros de MINED son: 1) libros de texto de Educación Secundaria en el Área de Ciencias Físico-Naturales, en etapa de validación, se orientan hacia temas referidos a la sexualidad humana, causas y consecuencias del embarazo a temprana edad, desarrollo sexual; 2) la reproducción y distribución de 30,000 guías de Educación de la Sexualidad para consulta de docentes de educación básica y media a nivel Nacional; y 3) la capacitación a RED CAP, consejeros escolares,

directores y docentes, para el uso y manejo de la Guía; y fortalecida la red de desarrollo estudiantil en temas de habilidades para la vida y toma de decisiones acertada; 4) la fortalecida la Red de Escuela de la Familia con 136.520 padres, madres y tutores organizados y capacitados en escuelas de familias para contribuir a la permanencia de las/ los estudiantes en el sistema escolar; 880.580 estudiantes con conocimientos, habilidades, actitudes sobre salud sexual y reproductiva, a través de capacitaciones; y 1.842 docentes egresados en el Diplomado en Consejería Escolar, fortalecidos con herramientas para abordar adecuadamente los cinco componentes de consejería escolar en el aula de clase y su escuela.

Los avances en el país han sido la formación de un grupo intersectorial e intergeneracional en 43 municipios como equipos de capacitación local; valoración positiva de la metodología de trabajo por parte de los diferentes actores involucrados (vivencial, reflexivo, pertinente); la formación de una red de promotores en cada municipio para el trabajo educativo con pares (11.000 promotores); promotores trabajando en los procesos educativos con pares; una escala de competencias que muestra cambios a partir de la participación en los procesos educativos; entre otros.

Se recomienda: Continuar fortaleciendo las capacidades de docentes, ECL, y promotores; continuar fortaleciendo la capacidad local para el abordaje continuo de estos procesos; monitorear el desarrollo de las estrategias, identificando fortalezas y debilidades; priorizar zonas rurales, pueblos indígenas y comunidades étnicas; e intercambiar las experiencias, buenas prácticas y lecciones aprendidas con otros países y regiones.

# DERECHOS HUMANOS, EMBARAZO Y PATERNIDAD ADOLESCENTE: ESTUDIO DE CASO EN ARGENTINA

Dra. Paola Bergallo

Investigador

Centro de Estudios de Desarrollo Social

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace: [http://www.2shared.com/file/Fh-iYRa8/EISalvador\\_Ministerio\\_Argentin.html](http://www.2shared.com/file/Fh-iYRa8/EISalvador_Ministerio_Argentin.html)

Argentina realizó un estudio para investigar cuatro áreas desde la perspectiva de los/las adolescentes y del Estado (incluyendo las instituciones, los rectores de salud y los que toman decisiones de políticas públicas). Las cuatro áreas fueron: 1) prevención del embarazo adolescente; 2) atención del embarazo y el parto; 3) paternidad adolescente y 4) matrimonio y convivencia con/entre adolescentes. Los datos fueron recogidos a través de datos administrativos, fuentes secundarias, normas jurídicas y presupuesto público, nacional y provincial.

Los datos muestrearon que Chaco tiene el porcentaje más alto de nacidos vivos de madres adolescentes (10-19 años) con un 25.69%. Entre 2005 – 2010 hubo una leve tendencia al alza en la evolución de nacidos vivos de madres adolescentes en Buenos Aires (especialmente en las adolescentes mujeres entre 15-19 años).

Los datos de asistencia escolar según la situación de embarazo muestran que en Quilmes, el 81.6% de las adolescentes mujeres embarazadas o que tienen hijos entre 10-19 años no asisten a un establecimiento educativo, pero en el pasado, sí asistían. Por comparación, el 85.9% de las adolescentes mujeres no embarazadas o que no tienen hijos asisten a un establecimiento educativo.

En la primera área, la prevención del embarazo adolescente, encontraron que el marco legal a nivel nacional (2002-2012) en Argentina tiene baja especificidad y desagregación a nivel local. De hecho, en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, existen brechas de implementación, tales como incapacidades estatales; límites presupuestarios; bloqueos ideológicos y escasez de servicios y políticas focalizadas en sexualidad y reproducción adolescente; discriminación de grupos especiales; mecanismos de participación limitados; fallos en el financiamiento y fallos en la rendición de cuentas. Existe, también, una limitada demanda de servicios y respuestas. Desde la perspectiva de los que toman decisiones sobre el tema de diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas, existen brechas de información para el diagnóstico y de evidencia para la planificación. En los fallos de integralidad, existe una fragmentación de abordajes, una brecha de coordinación horizontal y vertical. Los fallos de adaptabilidad son más comunes en los grupos vulnerables. Por ejemplo, hay una falta de abordajes centrados en madres precoces, en mujeres con discapacidad mental, entre otros. Desde la perspectiva de los rectores sobre el sistema de salud, existe una falta de información para capacitación sobre derechos sexuales de adolescentes y violencia sexual. También, existe discontinuidad en la provisión central de anticonceptivos, equipos de violación y materiales para la educación sexual. Desde la perspectiva de los/las adolescentes, a ellos les faltan información sobre anticoncepción en la familia y la

escuela; la educación sexual es escasa, sencilla y para la escolarización avanzada (después de 3º año); tienen la falta de información en la familia y la escuela sobre las experiencias del embarazo, el parto y la maternidad; fallan en la prevención de la violencia sexual y falta de respuesta para las víctimas y faltan de información sobre el aborto legal y denegación del acceso al mismo.

Desde la perspectiva de los adolescentes en referencia a la atención del embarazo y el parto, existen muchos problemas asociados con la accesibilidad a los servicios y turnos; la adaptabilidad de adolescentes solas o acompañadas de padres y la falta de infraestructura; la calidad de servicios e información sobre el parto, la naturalización de situaciones de violencia obstétrica, entre otros.

En el segundo área de investigación sobre atención del embarazo y el parto, existe una ley de atención humanizada del parto, pero no es específicamente para las adolescentes mujeres. Las políticas públicas específicas para el embarazo y parto adolescente tienen programas aislados y de alcance general. La oferta de servicios específicos para el embarazo y parto adolescente son inexistente a nivel local.

Desde la perspectiva de adolescentes sobre el tema de atención del embarazo y el parto adolescente, tienen problemas de accesibilidad geográfica a servicios de salud para los controles prenatales, entre otros. Existe una falta de infraestructura y personal especializados para la atención de partos y la internación de niñas y adolescentes. Hay poca información disponible sobre el parto y la opción por la cesárea, una prohibición de acompañamiento durante el parto y una escasa provisión de información y consejería sobre anticoncepción después luego del parto, entre otros.

Desde perspectiva de los/las adolescentes sobre el tercer tema de las experiencias de paternidad adolescente, los adolescentes piensan que faltan de políticas o no existen derechos asociados con la educación, el trabajo, el cuidado, la vivienda y las transferencias condicionadas. La perspectiva de los que toman decisiones sobre este tema son los mismo de los/las adolescentes y también no existen derechos asociados con la igualdad y para los grupos especialmente vulnerables.

Desde la perspectiva de que toman decisiones sobre el cuatro tema, matrimonio y convivencia con/entre adolescentes, hay una falta de datos desagregados sobre convivencia; una ausencia de posicionamientos sobre el matrimonio y la convivencia adolescente deseada; una ausencia en el discurso político sobre familia y adolescencia; y una ausencia en la agenda de las políticas públicas focalizadas en la adolescencia o la familia.

Según la perspectiva de los que toman decisiones y rectores de salud sobre el tema utilizando enfoques de derechos humanos y de género en los encuadres de las políticas públicas, el enfoque de derecho no sistemático aún existe un desconocimiento sobre cuestiones legales específicas y este enfoque está poco presente en la mirada adolescente. Respecto al enfoque de género, hay un extendido desconocimiento de la perspectiva de género en los tres niveles jurisdiccionales de la oferta de servicios y en la demanda de las adolescentes y un escaso conocimiento del marco jurídico sobre igualdad de género entre todos los actores.

Se recomienda: los efectos de las institucionales de la adopción de una perspectiva de derechos humanos para el desarrollo de políticas sociales deben cambiar discriminación, mientras que aumentando el progresividad, la participación y la rendición de cuentas.



## VII. COMENTARIOS DE PANELISTAS TÉCNICOS

Dra Matilde Maddaleno, OPS/HQ:

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno dinámico contextualizado, no es único, ni universal y es una manifestación que ocurre en diferentes contextos y con significados culturales determinados, luego es no es recomendable generalizar. Por ejemplo, es diferente el embarazo en madres adolescentes solteras que en unión y es diferente en menores de 15 años y en mayores de 16 años. El embarazo en adolescentes menores de 15 años debe ser una gran preocupación para los DDHH, pues el embarazo a esta edad está asociado con coerción y abuso sexual o matrimonio forzado.

Se dice con frecuencia que el “embarazo de adolescentes está aumentando en la región”, pero esto depende del indicador que usemos. La tasa de fecundidad en mujeres adultas ha disminuido más que la tasa específica en las mujeres adolescentes y entonces el porcentaje de partos en adolescentes aumenta. Necesitamos mejorar la información disponible y los indicadores, generalmente usamos el porcentaje de madres adolescentes, pero este no es un buen indicador, pues no todos los embarazos en adolescentes llegan a término.

Con frecuencia se asocia el embarazo de adolescente con una mayor morbilidad materna y esto es así en las mujeres menores de 16 años, en las cuales hay un mayor riesgo asociado a la edad biológica, pero en las mujeres de 16-20 la morbilidad materna está asociada a los determinantes sociales, al acceso a los servicios de salud de calidad y a los factores socioculturales, se equipara con las adultas. Luego no es la edad el factor de riesgo, sino la vulnerabilidad social.

Esta descrito en numerosas publicaciones que el embarazo de adolescentes causa deserción escolar limitando la acumulación de capital social, disminuyendo los prospectos de trabajo, la productividad y las ganancias y que además produce una estigmatización social que limita el acceso a capital social y apoyo de las familias y comunidades. Pero debemos ser cautelosos, en algunos casos la deserción escolar es previa al embarazo, relacionada con bajo rendimiento escolar, matrimonios precoces, necesidades de ingresar al campo laboral por la pobreza y/o mala salud. No se ha logrado establecer causalidad entre embarazo y abandono escolar y los estudios rigurosos que controlan por variables confidentes (como el deseo de la maternidad, las expectativas sociales bajas) han concluido que la fecundidad adolescentes es más la consecuencia que la causa de las desventajas. En estudios controlados con más rigurosidad científica el efecto de la deserción disminuye.

Repetimos que el embarazo en la adolescencia es el causante de la transmisión intergeneracional de la pobreza y entonces si disminuimos el embarazo disminuiría la pobreza. Pero debemos considerar que las mujeres eran pobres antes y seguirán siendo pobres aunque no se embaracen. Las desigualdades en oportunidades se vienen acumulando sobre sus vidas desde antes de nacer, a lo largo de la infancia y adolescencia y se imbrican en al ámbito de la SSR, su bienestar social y su adultez.

En resumen:

- Las políticas deben considerar la gran heterogeneidad de las poblaciones y el contexto social donde ocurre el embarazo en adolescentes asegurando el acceso universal a servicios de salud de calidad a educación secundaria seguridad social y empleo digno.
- Debemos adoptar un enfoque de derechos y cambiar el foco de las causas proximales a las causas distales del embarazo de adolescentes (abuso de DHHH, inequidad de género matrimonio y uniones tempranas inequidad socioeconómicas y marginalización social)
- Trabajar en el periodo preconcepcional para disminuir riesgos.
- Reforzar las políticas que disminuyan la pobreza y la inequidad con mejoría de la posición de la mujer extendiendo la escolarización y las oportunidades de hombres y mujeres jóvenes para que logren empleo y obtengan ingresos.
- Se deben promover cambios de los adultos y cambios culturales sobre la valoración de la sexualidad adolescente y esta no se niega o quiere evitar.
- Estudiar más la causalidad del embarazo en adolescentes, el impacto, los aspectos de derecho tanto en las desigualdades como el bienestar, efecto de presupuestos en la pobre ejecución.
- Trabajar con el poder legislativo y judicial para que la legislación deje de ser restrictiva en el acceso a salud y se penalice con rigor el abuso sexual y la violencia.
- Generar investigación que genere evidencias que establezcan causalidad de los impactos de los factores de riesgo en los diferentes contextos.

Dra Julieta Rossi, Ministerio de Justicia Argentina: Hay que incorporar un enfoque de derechos humanos y tener evidencia de los efectos de estos derechos. Se debe prestar atención a la falta de acceso a servicios en el primer nivel de salud – cómo los adolescentes utilizan los derechos y cómo se incorporan los derechos en los servicios. La cuestión de discriminación es múltiple – es de género, de identidad, de todos. Por ejemplo, con el estudio de El Salvador, es importante reforzar el conocimiento de los adolescentes sobre sus derechos y el empoderamiento de los adolescentes con información y estrategias sobre este tema. También, la participación de los adolescentes en los programas – hay que tener estrategias para empoderar los adolescentes y mayor capacidad relacionada a este tema. Para los derechos humanos, hay que utilizar el máximo de los recursos disponible para cumplir el compromiso.

Dra Claire Brindis, Universidad de California, San Francisco: La información para los adolescentes no es suficiente - para cambiar la vida de la gente joven, informar no es suficiente. Sabemos cuáles son las áreas que necesitan ayuda en ALC, tenemos que aprender: qué pasó; qué se necesita para mejorar la vida de los adolescentes en cada país, y qué pasa económicamente y culturalmente. La educación tiene un gran valor para la gente joven – pero cuáles son los modelos que tienen más éxito. Si no sabemos la respuesta a este problema, no lo vamos a cambiar. La educación no es la única respuesta. ¿Cuáles son las opiniones de las mujeres adultas que se embarazan? ¿Cuál es el impacto de la cultura en los adolescentes? No podemos utilizar las mismas estrategias para todos los adolescentes. Los adolescentes son diferentes dependiendo de su etnia y el área geográfica. Se propone escuchar a la gente joven para entrenarlos. También, el rol del internet es muy importante y ha tenido éxito en todos los contextos.

Dr Rafael Cortez, Banco Mundial: Aprendido que hay diferente sectores – hay que tener un enfoque integrado de pobreza, educación, derechos humanos de SSR, a violencia, género, y servicios. La

discusión de desigualdad e inequidades es importante por ser sujetos de derechos humanos. Debemos hacer un esfuerzo fuerte en las políticas públicas en SSR. Los planes estratégicos y el plan de acción necesitan ser desarrollado con indicadores concretos que permitan trabajar conjuntamente y ver el impacto.

## VIII. PRESENTACIONES DE EXPERTOS TÉCNICOS

### LO QUE FUNCIONA EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL Y LAS LECCIONES APRENDIDAS

Dra. Claire Brindis

Directora y Profesora de Pediatría y Política de Salud

Universidad de California a San Francisco

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/document/1sJVevQq/PAHO\\_Brindis\\_Final\\_Spanishmodi.html](http://www.2shared.com/document/1sJVevQq/PAHO_Brindis_Final_Spanishmodi.html)

Las políticas públicas de acceso a la anticoncepción tienen un rol – sin los servicios de planificación familiar con financiamiento público en el 2008 en los EEUU, la tasa de embarazos no intencionales hubiera sido un 47% más alto y la tasa de abortos un 50% más alto. Alrededor de 5.000.000 de adolescentes de los EEUU necesitan servicios y suministros anticonceptivos financiados por el gobierno.

El embarazo adolescente abarca numerosos factores relacionados con los factores individuales, interpersonales, familiares y comunitarios y sociales. Por ejemplo, los factores individuales incluyen el uso de anticonceptivos y las actitudes hacia la natalidad. Los factores interpersonales abarcan la comunicación con la pareja, la edad de la pareja, el tipo de la relación mantenida con la pareja sexual y la influencia de los pares. Los factores familiares entre ellos los antecedentes natales, los ingresos y nivel escolar de los padres. Los factores comunitarios y sociales incluyen el acceso a servicios de salud, la seguridad del vecindario, las normas comunitarias, los medios de comunicación, la violencia, y la desigualdad de ingresos.

En los EEUU, numerosas instituciones han identificado programas basados en evidencia y han demostrado su eficacia. La educación sexual integral puede mejorar la salud. Las intervenciones de alta calidad realizadas en la niñez temprana pueden afectar positivamente a la salud reproductiva en el futuro; y los programas que incorporan el servicio comunitario producen efectos positivos en la salud reproductiva. Es posible alcanzar a los adolescentes en riesgo. Muchas de las intervenciones más exitosas están dirigidas específicamente a jóvenes minoritarios de zonas de bajos ingresos.

Hay 10 características de los programas eficaces en los EEUU que son: (i) el programa tiene que tener un enfoque específico y focalizado en el comportamiento; (ii) el programa debe basarse en un marco teórico; (iii) los programas deben proveer mensajes claros sobre el sexo y la protección; (iv) los programas deben transmitir información básica, no detallada; (v) los programas deben responder a la presión de los pares; (vi) los programas deben enseñar habilidades de comunicación; (vii) los programas deben incluir actividades interactivas; (viii) los programas deben reflejar la edad, la experiencia sexual y cultura de los jóvenes (por ejemplo, los adolescentes 10-14 años de edad son diferente que los

adolescentes 16-19 años);(ix) los programas deben tener una duración adecuada; y (x) los programas deben elegir a los líderes cuidadosamente y capacitarlos.

Los estudios de eficacia son estudios de investigaciones que demuestran que cierta intervención “funciona” o produce los resultados deseados y si se implementan con fidelidad bajo condiciones controladas. Para medir la eficacia de la intervención se mide: el grado y las adaptaciones de la intervención. Es importante revisar los programas para determinar su impacto.

En los EEUU, hay dos programas de la Campaña Nacional se llaman: *What Works2011-2012* (<http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/WhatWorks.pdf> ) y *Emerging Answers 2007* ([http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007\\_full.pdf](http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_full.pdf)) para describir los programas basadas en evidencias en la prevención del embarazo adolescente.

Para llegar a las poblaciones meta, debemos pensar como los programas representan las poblaciones diferentes (tales como los jóvenes con discapacidades, los LGBTI, las adolescentes embarazadas y los padres jóvenes, entre otros). Los programas basados en un currículo incluyen los siguientes:

*Becoming a Responsible Teen: An HIV Risk Reduction Program for Adolescents*  
(<http://www.etr.org/traininginstit/bart.htm>);

¡Cuidate! (Take Care of Yourself) The Latino Youth Health Promotion Program  
(<http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/prs/resources/factsheets/cuidate.htm>);

*Draw the Line, Respect the Line* (Implementando con hombres y mujeres; resultado eficaz solo para los varones) ([http://www.thenationalcampaign.org/ea2007/desc/draw\\_pr.pdf](http://www.thenationalcampaign.org/ea2007/desc/draw_pr.pdf));

*Making Proud Choices: A Safer Sex Approach to HIV/STDs and Teen Pregnancy Prevention*  
(<http://www.thenationalcampaign.org/ea2007/desc/making.aspx>);

*Reducing the Risk: Building Skills to Prevent Pregnancy, STD & HIV*  
([http://www.rtrworks.com/join/about\\_rtr.html](http://www.rtrworks.com/join/about_rtr.html));

*Safer Choices: Preventing HIV, Other STD and Pregnancy*  
(<http://www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=1907>);

*SiHLE: Sistas, Informing, Healing, Living, Empowering* (Implementado y eficaz solo entre muchachas)  
([http://www.effectiveinterventions.org/Files/SIHLE\\_Procedural\\_Guide\\_8-09.pdf](http://www.effectiveinterventions.org/Files/SIHLE_Procedural_Guide_8-09.pdf))

El enfoque en California es un abordaje de colaboración entre la legislación y políticas, el clínico y los médicos, la educación en prevención, las buenas prácticas basadas en la ciencia, y las colaboraciones federales, estatales y comunitarias. En California, existen leyes sobre el derecho que tienen los menores, adolescentes y jóvenes a tener confidencialidad en las citas médicas. También, se hizo un esfuerzo concertado para proveer educación en salud sexual y se logró aumentar el acceso a servicios de planificación familiar, tras lo cual la tasa de embarazo adolescente se redujo en más de la mitad entre

1992 y 2005. Es obligatorio proveer educación sobre el VIH/SIDA en las escuelas. California es el único estado que rechazó los fondos federales exclusivamente para programas de abstinencia.

En respuesta a la necesidad de tener acceso a servicios confidenciales de planificación familiar, California estableció el programa Family Planning, Access, Care, and Treatment (Family PACT) con el propósito de brindar servicios de planificación familiar y reproductivos sin costo alguno para los habitantes de California en edad reproductiva y de bajos ingresos, y con los objetivos de reducir la tasa de embarazo no deseado; aumentar el acceso a la planificación familiar financiada con los fondos públicos para mujeres de bajos ingresos; aumentar el uso de métodos anticonceptivos eficaces; promover una mejor salud reproductiva y reducir el número y el costo generales de los embarazos no deseados.

17% de todos los pacientes de Family PACT son adolescentes. Las barreras reducidas en el Family PACT incluyen: (i) servicios de planificación familiar y salud reproductiva gratuitos y confidenciales; (ii) los adolescentes son considerados como familias de un solo miembro y se les anima a que soliciten servicios antes de iniciar la actividad sexual; (iii) los proveedores son de los sectores público y privado en todo el estado de California; (iv) la inscripción del cliente es en el sitio realizado por el proveedor de servicios de salud; y (v) existe un sistema de atención telefónico. También, el Family PACT brinda servicios a personas sin estatus migratorio satisfactorio utilizando exclusivamente fondos estatales, lo cual explica la gran proporción de clientes latinos de Family PACT. Por cada dólar gastado, Family PACT ahorró \$4.30 hasta dos años después del embarazo y \$9.25 hasta cinco años después del embarazo. Se evitaron 79.200 embarazos en adolescentes gracias a la provisión de los servicios anticonceptivos de Family PACT a sus clientes.

El programa FamilyPACT de California ha logrado avances importantes para satisfacer la necesidad de servicios anticonceptivos financiados con fondos públicos y en la reducción los embarazos no intencionales. El éxito del programa tiene implicaciones para la comunidad mundial, que puede beneficiarse de la experiencia de California. Aunque hace 30 años los gobiernos de muchos países en vías de desarrollo tenían poco interés en implementar programas eficaces de planificación familiar actualmente casi todos los países en vías de desarrollo cuentan con sus propios programas de planificación familiar y colaboraciones a gran escala con países donantes y organizaciones no gubernamentales. Ellos han reconocido que la planificación familiar es la mejor forma costo-efectiva para reducir las tasas de mortalidad materna y para proteger el papel crítico que juegan las mujeres y madres en la economía de sus países. Además de fondos suficientes, los programas eficaces de planificación familiar requieren el compromiso político, profesionales dedicados para administrarlos y apoyarlos y un suministro confiable de anticonceptivos modernos.

Las agencias de prevención de embarazos en adolescentes tienen una colaboración educativa. De hecho cada programa de prevención de embarazos en adolescentes tiene un componente educativo y se vinculó con los servicios clínicos. El impacto de la educación en prevención fue que los participantes aumentaran sus conocimientos sobre los métodos anticonceptivos; hubo cambios significativos en los conocimientos y actitudes en comparación con el grupo de control; se desconocen los efectos a largo plazo; y los efectos podrán variar según la población y el currículo.

El programa de alcance adolescente Teen Smart Outreach (<http://www.mccn.org/index-1-Tso.html>) se considera como un componente establecido del programa Family PACT de la OFP, fortaleciendo la conexión entre los esfuerzos de alcance comunitario/educación de la OFP y los servicios clínicos.

El personal de TSO de la clínica EOC Health Services of San Luis Obispo, Inc. quería ofrecerles a los jóvenes un evento positivo y divertido durante los meses de verano cuando era más difícil llegar a ellos por medio de actividades ofrecidas en la escuela. Alquilaron un cine local, animaron a los jóvenes a ponerse su mejor disfraz y pusieron la película Vaseline – con algunos cambios. Además de los disfraces y el canto en grupo, el personal incorporó mensajes de salud relacionados con los temas de la película. Por ejemplo, cuando a uno de los personajes se le rompió el condón, el personal de salud mostró letreros y otros materiales sobre la anticoncepción de emergencia. Cada vez que fumaba algún personaje, mostraron letreros con mensajes en contra del tabaquismo. Durante todo el evento, el personal fue informando a los adolescentes sobre los servicios de Family PACT y contestó sus preguntas sobre la salud reproductiva. “Los mensajes generales son básicamente los mismos... pero ésta fue una oportunidad para que ellos [los jóvenes] pudieran hacer preguntas en un ambiente más relajado”.

California ha logrado avances enormes en la reducción de las tasas de nacimientos de adolescentes, pero aún existen disparidades significantes. Cada año hay una nueva cohorte de adolescentes y se necesitan nuevas formas de pensar. También la medición de eficacia tiene una gran importancia.

Se recomienda: la diseminación de los programas eficaces; la adaptación, implementación y fidelidad programáticas – muchas intervenciones basadas en evidencias tienen guías de implementación que incluyen los requisitos de personal y presupuestarios; la implementación basado en la ciencia y la replicación de buenas prácticas; y la capacidad organizacional. Fortalecer la educación sexual con pensamiento crítico, autoestima e identidad de género.

# LECCIONES APRENDIDAS Y ENFOQUE DE DERECHOS EN EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS PAÍSES NÓRDICOS

Dra. Marianne Velandia

*Profesora*

Academia de Salud y Bienestar Social

Universidad de Mälardalen, Suecia

*Investigadora*

Departamento de Salud para Mujeres y Niños

Karolinska Institutet

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/WQINAOiM/ELS\\_kort\\_Clean.html](http://www.2shared.com/file/WQINAOiM/ELS_kort_Clean.html)

Suecia es un país con una población de 9 millones de habitantes (1,3 millones de inmigrantes). El porcentaje de embarazos en adolescentes es de un 2% y la tasa de fecundidad es 1,94 nacidos vivos (por 1.000 mujeres). La prevalencia de patología en los recién nacidos es 5-10% y la mortalidad materna es de 1/17.400. Existe acceso a la salud universal.

Los Países Nórdicos tuvieron una reunión para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) e identificaron 5 áreas estrategias y preventivas en los adolescentes y jóvenes que fueron: las políticas y el liderazgo, los sistemas de salud, los centros de adolescentes, la educación sexual normativa y una sociedad solidaria y responsable.

La regulación jurídica de la conducta sexual tiene los siguientes componentes: 1) está prohibido tener relaciones sexuales con cualquier persona, independientemente de su edad, si es en contra de su voluntad; 2) está prohibido tener relaciones sexuales con alguien menor de 15 años de edad; y 3) hay una penalización al cliente de la prostitución. La política de SDSR tiene los siguientes componentes: igualdad entre los sexos, educación sexual, atención prestada a los grupos desprotegidos, derecho a los anticonceptivos, abortos seguros, atención prenatal y la atención de los recién nacidos, entre otros.

La igualdad en los países Nórdicos se demuestra en normas como la licencia de paternidad. En un estudio de Mansdotter (2012), se mostró que debido a la introducción de la licencia de paternidad, la esperanza de la vida de los padres ha aumentado entre 1945 y 2010 de aproximadamente 67 años a 80 años y la tasa de suicidio entre los hombres ha disminuido a través de los años.

La tasa de fecundidad en los Países Nórdicos ha disminuido entre 1975 a 2010, y la legalización del aborto en los años recientes tuvo un impacto en la tasa también.

Todos los Países Nórdicos, que incluyen: Noruega, Dinamarca, Finlandia, Islandia y Suecia, tienen educación sexual obligatoria y aborto legal. Noruega tiene un programa de SDSR (2010-2015) con el objetivo de promover la salud sexual como una forma de tener control sobre su propia sexualidad y con el objetivo de prevenir los embarazos no deseados y el aborto. Este programa tiene 5 estrategias: 1) fácil acceso a conocimientos acerca de la sexualidad y la competencia en relaciones sexuales; 2) fácil acceso a



la oferta de servicios para conseguir asesoramiento y orientación, sobre todo para servicios con ofertas de consulta para la anticoncepción, el aborto y las infecciones de transmisión sexual; 3) fácil acceso a los anticonceptivos y a las pruebas y el tratamiento de las ITS incluyendo clamidia; 4) la integración de las estrategias para disminuir las infecciones de transmisión sexual; y 5) el desarrollo de conocimientos y técnicas, cooperación y fortaleciendo el intercambio Nórdico. En este programa, existe una estrategia multisectorial nacional al VIH de varios ministerios (Ministerio de Trabajo e Inclusión Social, Ministerio de Servicios de Salud, Ministerio de la Infancia y la Igualdad, entre otros).

Las estrategias actuales del gobierno de Suecia incluyen un programa preventivo de clamidia, la educación sexual, uso de anticonceptivos, enfermera obstetra/matrona – proveedor profesional en SSR para los adolescentes, jóvenes y adultos y consultorios para los adolescentes con acceso libre. Con la introducción de partos atendidos por matronas, la tasa de mortalidad materna ha disminuido considerablemente.

La educación sexual en los Países Nórdicos es obligatoria y se comienza a una edad temprana y continúa a través de los años. Es gratuita sin distinción de géneros y está basada en la ciencia. Los objetivos de la educación sexual son aumentar el conocimiento y la comprensión; explicar y aclarar sentimientos, valores y actitudes; desarrollar o fortalecer las habilidades y promover y sostener el comportamiento de reducción de riesgos. Los docentes son competentes en la materia..

En Suecia, existen más de 220 consultorios distribuidos por todo el país, exclusivamente para la atención de adolescentes y jóvenes con el objetivo de brindar educación, orientación y distribución de anticonceptivos de forma gratuita. La media de edad en la primera relación sexual en Suecia es entre 16 a 17 años.

Los abortos en los Países Nórdicos son más frecuentes entre las mujeres de 20-24 años que en las mujeres de 15-19 años. Esto puede ser debido a que en los últimos años los anticonceptivos orales no están reglamentados. Una lección aprendida de Rumania es que con la legalización del aborto, la mortalidad maternidad disminuyó drásticamente.

Los principales retos y debilidades identificados en Noruega son: la falta de cooperación entre los servicios de atención primaria y especializada de salud; la falta de conocimientos sobre el VIH en el sector público; la falta de educación sexual en las escuelas; la falta de derechos a la salud para los inmigrantes indocumentados ilegales; y la falta de previsibilidad financiera para la sociedad civil y comunidad que trabaja con el VIH.

Recomendaciones: En referencia a *las políticas y liderazgos*, las políticas de SDRS requieren un trabajo permanente y actualizado y deben basarse en los derechos humanos. Es importante implementar *educación sexual y normativa* obligatoria porque el inicio sexual se produce más tarde y tiene un impacto en las relaciones, en el género y los derechos a la salud. Se debe implementar en el currículo de las carreras de enfermería, medicina y los docentes. Es importante cambiar e influir los hábitos sexuales de los adolescentes, jóvenes y adultos con educación y poner énfasis en la responsabilidad de los hombres y los padres. En la *sociedad*, es necesario tener las leyes sobre derechos de salud sexual y reproductiva y tener acceso gratuito a los anticonceptivos para toda la población. Los *sistemas de salud*,

deben tener centros de adolescentes, vigilancia y seguimiento de los ITS y proveedores calificados en SSR y los adolescentes. La posición de SSR y derechos en los Países Nórdicos son que SDRS disminuye la mortalidad materna, la pobreza, la mortalidad infantil y promueve la igualdad de género y las posibilidades de las mujeres de ejercer plenamente los derechos humanos.

# IX. SITUACIÓN ACTUAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS HUMANOS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA CENTRAL

## LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS EN LA ADOLESCENCIA EN EL SALVADOR

Licda. Dina Eugenia Bonilla  
*Colaboradora Técnica Educadora*  
Unidad de Salud Sexual y Reproductiva  
Ministerio de Salud El Salvador

El porcentaje de mujeres adolescentes que se encuentran en la etapa reproductiva es 37% del total de las mujeres en edad fértil, las que requieren de información adecuada para el ejercicio de su sexualidad. Las primeras causas de morbi/mortalidad en adolescentes están relacionadas con la SSR. El 26% de las mujeres entre los 15 a 17 años han usado métodos de planificación familiar y las muertes maternas en adolescentes representan el 11% de todas las muertes y están principalmente relacionadas con el suicidio.

En El Salvador, la sexualidad está centrada en la maternidad. La información de SSR en la familia y los centros escolares es limitada y los medios de comunicación están centrados en mensajes e imágenes erotizados. Entre los adolescentes y los jóvenes: 1) hay una baja percepción de los riesgos en el ejercicio de su sexualidad; 2) El ejercicio de la sexualidad existe en un ambiente de violencia y 3) Existe una desigualdad de género en las relaciones. Los tres componentes se dan en un ciclo.

Los datos muestran que hay escasez de información sobre los derechos, especialmente los derechos sexuales y reproductivos de los/ las adolescentes; existe una percepción errónea de los /las personas adultas hacia las /los adolescentes como sujetos de derechos (los adultos piensan que los/las adolescentes no necesitan los derechos); los valores y las actitudes del personal de salud sobre los/las adolescentes necesitan un reforzamiento positivo; existen barreras de acceso a los servicios de SSR; y hay un escaso o limitado acceso a oportunidades de desarrollo. Se necesita una auto-evaluación de todos los componentes para ver cuáles son las falencias en los servicios.

En relación a las intervenciones de sexualidad en educación, el Ministerio de Educación sigue los marcos Internacionales y Nacional y revisó el curricular para incorporar contenidos sobre Educación Integral de la Sexualidad con una formación docente en este tema.

Las intervenciones del Ministerio de Salud en la Salud Sexual y Reproductiva están basadas en el marco internacional y nacional y abarcan la formación de promotores juveniles en SSR, los círculos educativos para las adolescentes embarazadas (la prioridad es en la prevención de segundo embarazo), los servicios

amigables para los/las adolescentes (tal como los redes integrados de servicios de salud) y una constitución de mesas intersectoriales dirigidas por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

Las fortalezas de la SSR y derechos en la adolescencia en El Salvador son que existe una reforma de salud con redes integradas; existen políticas de salud y políticas de salud SSR; hay una disponibilidad de documentos regulatorios actualizados (Ej.: documentos sobre la atención preconcepcional); hay un interés de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y las agencias de cooperación en el trabajo con los/las adolescentes y jóvenes, principalmente en la salud SSR; y hay un interés en el trabajo intersectorial.

Recomendaciones: Los/las adolescentes necesitan manejar su propia salud SSR y sus derechos – es su propio derecho. Las proyecciones en El Salvador deben centrarse en la consideración de los derechos en la salud SSR de adolescentes; incluir un fortalecimiento de los espacios de diálogo intersectorial en temas relacionados a los derechos y la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes; la promoción de la autonomía y el ejercicio de los derechos de la población adolescente y joven; y el fortalecimiento de los servicios y la educación en la salud SSR.

# **SALUD Y EDUCACIÓN: REVISIÓN DE LOS CURRÍCULOS EDUCATIVOS NICARAGÜENSES DE CIENCIAS NATURALES Y CONVIVENCIA Y CIVISMO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Licda. Geraldine Benítez

*Consultora*

Banco Mundial

La educación puede ayudar a mejorar los comportamientos de salud y los resultados educativos. Buenos programas de educación sexual y reproductiva en la escuela, proporcionan mayor conocimiento a los alumnos, aumenta la seguridad en las prácticas sexuales y retrasa la edad de primera relación sexual en parejas jóvenes. Las escuelas que promueven y consolidan este tipo de programas suelen ser las mismas que constatan menor actividad sexual en los adolescentes.

En el marco conceptual de SSR, existen tres niveles (macro, micro e individual) que influyen en los adolescentes a la hora de tomar decisiones en cuanto a la salud SSR. El nivel macro abarca la pobreza, normas y valores sociales mientras que el nivel micro abarca la familia, la escuela, los pares, la comunidad, y la salud. El nivel individual abarca la edad, el sexo, el nivel cognitivo, y la maduración. Todos los niveles influyen en los factores de riesgo o protección.

El objetivo general del estudio en Nicaragua fue analizar el currículo Nacional Básico – Plan Estratégico de Educación 2011-2015 observando áreas tan importantes como la promoción de conductas saludables y la reducción de conductas sexuales de riesgo en los/las adolescentes. Además, se incluyó una revisión de los currículos de las materias de Ciencias Naturales y Convivencia y Civismo desde 5° hasta 11° grado en relación a la educación sexual y reproductiva.

La revisión incluye las competencias básicas y transversales, los objetivos y contenidos de cada uno de los grados de 5° y 11° (exclusivamente los/las adolescentes entre 10-19 años). Se parte de un análisis comparativo con los contenidos curriculares mínimos identificados por el Banco Mundial partiendo del análisis de currículos educativos que están en marcha en diferentes países y adecuándose a los distintos grados, de acorde a la edad de los estudiantes.

Según los resultados de este estudio, los programas escolares efectivos abarcan un cambio de ambiente psicosocial, larga duración, intensidad adecuada, un currículo apropiado a las características de los adolescentes y una participación activa.

Las conclusiones del estudio fueron que la información y la educación sobre salud sexual y reproductiva tienen mucha importancia para el desarrollo de los adolescentes, para desarrollar estilos de vida saludable, lo que incluye vivir la sexualidad con responsabilidad, (manteniéndose libres de las consecuencias de relaciones sexuales sin protección a fin de reducir la cantidad de embarazos en la adolescencia y reducir infecciones del VIH/SIDA). Es importante introducir educación sexual en grados inferiores pues asegura que la información les llegue a los adolescentes que dejan la escuela en el 6° grado. La responsabilidad en las relaciones, la equidad de género y la no discriminación ayudarán a

disminuir la violencia, sobretodo la violencia intrafamiliar y sexual, ya que según la policía nacional el 90% de estos delitos suceden contra las mujeres, perjudicando sobre todo a adolescentes y jóvenes. También, fue clave la incorporación de los temas de identidad personal y los derechos.

Es importante la implementación de este currículo, capacitando profesores y asegurando la participación de los/las adolescentes en estos programas entregándoles herramientas en la clase para que ellos participen a través de una interacción positiva.

Recomendaciones: Se necesita una capacitación adecuada de los profesores y examinar los retos y las necesidades que ellos tienen. Los padres, con frecuencia, se encuentran desconectados con la SSR de sus hijos, por lo tanto sería buena la integración de los padres a través de la ayuda prestada por el profesor. Hay que promover: 1) el respaldo institucional para el fomento y el desarrollo de la SSR dentro del Plan Estratégico de Educación; y 2) que la educación en SSR en la educación formal sea completa y no sólo se centre en la prevención de ITS y VIH.

# SITUACIÓN ACTUAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS HUMANOS EN GUATEMALA

Dra. Ludy del Rosarios Rodas

*Ministerio de Salud*

Guatemala

Guatemala tiene una población de 15 millones de habitantes donde el 23% de esta población son los/las adolescentes. Hacia el 31 de julio del 2012, Guatemala tuvo 26 muertes maternas en adolescentes.

Guatemala tiene algunas campañas para combatir este problema, tales como *Maternidad por libre decisión... no por obligación; Educación en Sexualidad Integral... Es Nuestro Derecho; y Prevenir con Educación*. Existen las leyes y normas para la salud de los/las adolescentes que han desarrollado tales como *Ley de Desarrollo Social Decreto 42-2001; Política Salud para la Adolescencia y la Juventud; Planificación Familiar, un derecho humano Exijamos que se cumpla*, entre otros.

La Constitución de la República de Guatemala garantiza el derecho a la salud para todos. Además, la Convención sobre los Derechos del Niño fue aprobada por el Congreso de la República en 1990. La República tiene las leyes de protección integral a la Niñez y Adolescencia, de Acceso Universal y Equitativa a Métodos de Planificación Familiar, de Maternidad Saludable, entre otros. Existe, también un acuerdo bi-ministerial entre la Salud y la Educación sobre Salud Integral de la Sexualidad que tiene los mecanismos en el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para las estrategias integradas.

Una estrategia de abordaje incluye los servicios de salud amigables que forman líderes de adolescentes e incluyen la clínica de atención integral, espacios amigables, centros interactivos y organizaciones juveniles.

Existen 86 Municipios con Espacios Amigables en los Áreas de Educación Integral en Sexualidad a lo largo del país. Estos Espacios están centrados en la disminución de la mortalidad materna y hay una colaboración también con la Iniciativa Mesoamericana para mejorar la calidad de la consejería y el acceso a métodos anticonceptivos. El Ministerio de Salud se encuentra trabajando en 9 Centros Interactivos a lo largo del país, en la investigación de sistemas de servicios de salud sobre adolescencia y juventud y la publicación y diseminación de las investigaciones sobre determinantes sociales de la salud de adolescentes y jóvenes. Se realizó un estudio en 2007 sobre la mortalidad materna y se encontró que la mortalidad materna es alta en las adolescentes mujeres.

## SITUACIÓN ACTUAL EN SSR Y DERECHOS HUMANOS EN PANAMÁ

Dr. Jose Jesus Rodriguez  
*Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva*  
Programa de Salud Sexual y Reproductiva  
Ministerio de Salud República de Panamá

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/PLsY5a7n/Situacin\\_Actual\\_en\\_SSR\\_y\\_Derec.html](http://www.2shared.com/file/PLsY5a7n/Situacin_Actual_en_SSR_y_Derec.html)

La República de Panamá tiene una Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015 que se encuentra a través del siguiente enlace: <http://www.minsa.gob.pa>.

Según la meta 5A de los ODMs, la tasa de mortalidad materna ha disminuido entre 1990 y 2011 de 50 (por 100.000 mujeres) a 26,96 (por 100.000 mujeres). El porcentaje de las adolescentes mujeres de esta tasa es un 10%.

Para disminuir la mortalidad materna en Panamá, se promueve los partos con asistencia de personal de salud cualificado y ésta aumentó entre de 86,3% en 1990 a 92,7% en 2010. A nivel institucional, la atención del parto en las jóvenes de 10 a 24 años de edad era 96,3% en 2009 en todo el país.

Según la meta 5B de los ODMs, el porcentaje de uso de anticonceptivos entre 2003 era 55,8% y aumentado a 57,7% en 2008. La tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años ha disminuido de 86,2% en 1990 a 82,9% en 2007. La cobertura de atención prenatal en las mujeres (al menos cuatro consultas) aumentado de 73,6% en 2000 a 94,1% en 2010.

En el año 2008, un estudio mostró que las mujeres embarazadas de grupos indígenas tenían un bajo porcentaje de control prenatal en comparación con las cifras del país.

En el 2010, una ley que dicta medidas para prevenir los actos de discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género fue aprobada por el gobierno. También en 2010, se realizó una modificación y adicción a la ley N° 38 sobre violencia doméstica. Esta ley establece el marco legal para la esterilización femenina y dicta otras disposiciones (2010). En 2011, fue aprobada una ley que establece políticas públicas relativas a la prevención y atención para la calidad de vida y protección integral de la familia. También en 2011, la ley N° 29 fue modificada para garantizar la salud y la educación de la adolescente embarazada. En 2011 se establece un ley que dicta las disposiciones para la prevención de agresiones contra la libertad sexual de mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Panamá es un país que tiene un largo camino y es importante tener un enfoque integrado con las políticas y programas. Es importante que el Ministerio de Salud trabaje junto con las otras organizaciones para mejorar la salud de los/las adolescentes e incluir la participación de todos en este proceso.



## ANEXO I

### X. PRESENTACIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

#### MESA 1: POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN

La presentación en Word se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/fuB65F89/MESA\\_1.html](http://www.2shared.com/file/fuB65F89/MESA_1.html)

Pregunta A	
BARRERAS Y LIMITACIONES	ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• No hay una política pública para la implementación de EIS. No hay presupuesto.</li><li>• El nivel operativo sabe qué hacer y cómo hacer pero falta un convencimiento de la parte política de los gobiernos.</li><li>• Las políticas y las normas no se aplican integralmente. No se tiene esfuerzos conjuntos de todos los sectores que debemos estar involucrados.</li><li>• Iglesias en nuestra cultura para bien o para mal la religión ejerce su influencia, es necesario encontrar un punto de negociación con las iglesias.</li><li>• Hay desconocimiento aun de profesionales sobre derechos (ej: deformación de la LEPINA), la barrera es el desconocimiento de derechos, no hay socialización de ellos.</li><li>• No hay realmente un presupuesto adecuado para poder implementar acciones. Las campañas no son sostenibles precisamente por la falta de presupuesto. No se reconoce por parte del Estado la importancia de estos temas que son de vida, las adolescentes embarazadas, el desarrollo del país también se ve mermado porque la adolescencia ya no se prepara.</li><li>• Falta de políticas de seguimiento y monitoreo del cumplimiento de los trabajos.</li><li>• Los altos niveles de machismo existentes impiden a las mujeres la toma de decisiones en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos.</li><li>• Nos enfocamos más en la parte reproductiva y dejamos de lado los derechos sexuales.</li><li>• Las diferencias partidarias.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observatorio para identificar poblaciones de mayor riesgo.</li><li>• Las escuelas formadoras de personal de salud no tiene módulos especializados en Salud Sexual y Reproductiva. Se deben integrar estos módulos especializados para formar al personal de educación.</li><li>• Los derechos deben abordarse integralmente.</li><li>• Fortalecer los espacios de consulta ciudadana para la formulación de políticas.</li><li>• Identificación de casos de buenas prácticas, para implementar en otras comunidades.</li><li>• Fortalecer el binomio Estado y Sociedad Civil. Establecer trabajos conjuntos.</li><li>• Involucrar a la comunidad en las poblaciones donde se trabaje. (Iglesia, Población, Escuelas)</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de trabajo coordinado entre Estado y Sociedad Civil.</li> </ul>	
<b>Pregunta B</b>	
<b>BARRERAS Y LIMITACIONES</b>	<b>ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lenguaje discriminatorio.</li> <li>Relaciones desiguales de poder.</li> <li>Falta de tolerancia hacia la diversidad de opciones sexuales.</li> <li>Falta de sensibilización de personal docente. (Tomar en consideración los tres componentes de la discriminación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LGE y LCD ha habido reformas para evitar la discriminación.</li> <li>Debe buscarse un lenguaje adecuado para el abordaje de los temas para evitar la discriminación.</li> <li>Utilizar los términos cuantitativos para lograr un interés en las temáticas (Ej: como se reduce las erogaciones del Estado al implementar determinada política)</li> <li>MINSAL y MINED deben vincularse para integrar a las y los adolescentes que salieron del sistema, a sistema más flexible.</li> <li>Aprovechar las comunidades.</li> <li>Crear una legislación que no vaya enfocada solo a salud sexual y reproductiva, sino también a la parte de no discriminación y que sea abarcadora de todos los espacios donde se desenvuelve el adolescente.</li> <li>Procurar el involucramiento de las personas con diferente Identidad de Género y Preferencia Sexual, para evitar deserciones de adolescentes de las escuelas.</li> </ul>
<b>Pregunta C</b>	
<b>BARRERAS Y LIMITACIONES</b>	<b>ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medios de Comunicación como deformadores de la educación.</li> <li>Medios son los que mayormente promueven la discriminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promocionar las leyes y Tratados ya existentes: CEDAW, Belen Do Para.</li> <li>Regular el contenido de los medios de comunicación.</li> <li>Conocer y programar los diferentes programas que han tenido éxito y ver como se agrega el enfoque de derechos humanos.</li> <li>Especificarles a los y las adolescentes donde solicitar la mejor información. Hacer un mapeo. Hacer de conocimiento de la población los diferentes servicios de Salud que ofrece MINSAL.</li> </ul>
<b>Pregunta D</b>	
<b>BARRERAS Y LIMITACIONES</b>	<b>ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay monitoreo desde el Estado para verificar cumplimiento de legislación.</li> <li>No hay instrumentos de monitoreo.</li> <li>No se aplican las observaciones hechas por los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crear estrategias para la labor de incidencia. Mapear los actores claves.</li> <li>DESC y CEDAW hay recomendaciones para El Salvador sobre revisión de la Legislación en</li> </ul>

organismos regionales (Ej: DESC y CEDAW)	materia de aborto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes estratégicos que cubran dos periodos políticos para asegurar la implementación de los planes.</li> <li>• Mecanismos de apoyo se establezcan en base a resultados.</li> <li>• Redición de cuentas.</li> </ul>
--	---

## MESA 2: SERVICIOS DE SALUD

La presentación en Word se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/document/eB0Fk2fi/MESA\\_2.html](http://www.2shared.com/document/eB0Fk2fi/MESA_2.html)

<b>Pregunta A</b>	
<b>BARRERAS Y LIMITACIONES</b>	<b>ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso Geográfico inadecuado</li> <li>• Protocolos de Atención para adolescentes que no han sido socializados con los prestadores universalmente</li> <li>• Actitud del personal de servicios de salud poco sensible a los derechos del adolescente</li> <li>• Difusión de salud sexual y salud reproductiva, aclarando las diferencias marcadas entre las dos</li> <li>• Confidencialidad</li> <li>• Falta de leyes a nivel nacional que regulen la atención en SSR</li> <li>• Desabastecimiento en las instituciones de salud de métodos anticonceptivos, así como falta de variedad de opciones</li> <li>• Desconocimientos del manejo de derechos en los formadores. Falta de visión de los prestadores de salud de los derechos del usuario</li> <li>• Desconocimiento de los usuarios sobre sus propios derechos</li> <li>• Personal docente que está formando a estudiantes del área de salud</li> <li>• El enfoque de la Iglesia con respecto al tema de salud sexual reproductiva y la oposición al tema</li> <li>• La Ley LEPINA que limita el acceso a los servicios de salud ya que requiere la autorización de los padres</li> <li>• Falta de inclusión de los jóvenes a la hora de cómo desean la atención en salud sexual reproductiva</li> <li>• No hay personal formado en salud sexual reproductiva</li> <li>• El prestador de servicio carece de los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer a las escuelas formadoras de personal de salud que introduzcan en su currículo módulos y materias de sexualidad humana, basados en enfoque de derechos, género y diversidad.</li> <li>• Socializar protocolos de atención a proveedores de servicios de salud a los adolescentes.</li> <li>• Que los servicios de salud trabajen sobre sexualidad con padres y madres.</li> <li>• Fortalecer el trabajo interprogramático.</li> <li>• Fortalecer el sistema informático de comunicación de acuerdo a la población y su estructura.</li> <li>• Fortalecer la Intersectorialidad de los servicios.</li> <li>• Organización de servicios en forma amigable</li> <li>• Gestión del conocimiento fomentando investigaciones sobre adolescentes y la respuesta a los servicios ofertados.</li> <li>• Servicios de salud R, de acuerdo a la población de jóvenes dentro y fuera de las escuelas, escolarizados y no escolarizados.</li> <li>• Realimentar conocimientos sobre Salud Sexual Reproductiva en los jóvenes.</li> <li>• Extrapolar experiencias exitosas de otros países.</li> <li>• Utilización de la evidencia científica al elaborar estrategias.</li> <li>• Debe cambiar la perspectiva del joven/ la joven como sujeta de derecho.</li> <li>• ELS, es un estado laico y la iglesia no debe participar en política en el área de servicio</li> <li>• Estrategias de comunicación para la difusión de</li> </ul>

<p>económicos adecuados para generar programas de impacto en el tema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conocimientos de los padres sobre el tema</li> <li>• Barrera lingüística y cultural que existe entre los servidores de salud y los jóvenes</li> <li>• Sobrecarga de trabajo en el personal de salud</li> <li>• Incidencia de grupos fundamentalista en los temas de salud sexual reproductiva</li> </ul>	<p>la SSR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir a las instituciones formadoras para identificar experiencias exitosas y echar andar las que han resultado.</li> <li>• Incidencia en el trabajo con adolescentes a las autoridades para colocarlo en la agenda nacional.</li> <li>• Identificar una instancia del MINSAL para que se responsabilice de desarrollar estas estrategias.</li> </ul>
<b>Pregunta B</b>	
<b>BARRERAS Y LIMITACIONES</b>	<b>ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de los ministerios de salud deben hacer investigaciones para conocer el costo hacia los jóvenes y lo que se invierte en SSR.</li> <li>• La gente debe estar capacitada</li> <li>• Hacer monitoreo de la aplicación de conocimientos</li> <li>• Crear indicadores verificables y medibles</li> <li>• Planificar acciones con enfoque de derecho basados en indicadores</li> <li>• Socializar la información del MINSAL, de acuerdo a los resultados de indicadores propuestos.</li> <li>• Compromiso de acción conjunta</li> <li>• Fortalecer a los asociaciones de la sociedad civil</li> </ul>
<b>Pregunta C</b>	
<b>BARRERAS Y LIMITACIONES</b>	<b>ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se reconoce la igualdad de los hombres y mujeres, por lo que no se aplican los derechos.</li> <li>• En los servicios los valores son violentados</li> <li>• SSR es más que anticoncepción, sino cambia esta conceptualización se tendrá siempre este problema</li> <li>• Hay vacíos en la forma de ser tratados, y está implícito en la currícula de las instituciones formadoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El MINSAL, promueve la Intersectorialidad porque no puede hacer las actividades solas.</li> <li>• Los derechos civiles debe verse en contexto de país, y sobre lo que se ha logrado continuar avanzando y de acuerdo a las demandas de la población objetivo.</li> <li>• Hacer propuestas de enmiendas a la Ley de acuerdo a la progresividad, no dejar la aplicación de la atención integral a los adolescentes.</li> <li>• El Estado debe hacer mucho trabajo en relación a la no discriminación de las personas.</li> <li>• Integración del MINSAL y MINED, en las acciones de Educación Sexual con enfoque de género, y derecho y diversidad.</li> <li>• Priorizar a los grupos de jóvenes que están en estado de vulnerabilidad.</li> <li>• No olvidarse que al mismo personal se le agregan otras funciones de acuerdo a la política</li> </ul>

	del ministerio.
<b>Pregunta D</b>	
BARRERAS Y LIMITACIONES	ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación con visión de derechos y obligaciones tanto al personal de salud como a los jóvenes</li> </ul>

### **MESA 3: MESA 3: INTERSECTORIALIDAD Y ROLES DE OTROS PODERES DEL ESTADO (EJECUTIVO, LEGISLATIVO Y JUDICIAL)**

La presentación en Word se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/file/4ysYQDKA/MESA\\_3.html](http://www.2shared.com/file/4ysYQDKA/MESA_3.html)

BARRERAS Y LIMITACIONES	ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay una separación entre la responsabilidad del funcionariado y la visión personal y sus creencias culturales y religiosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de Conocimiento en establecimiento de los derechos y de identidad de género.</li> <li>• La articulación intersectorial de las intervenciones diferenciadas desde las determinantes sociales.</li> <li>• definición de roles.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen instrumentos y mecanismos para la aplicación y el cumplimiento de las normativas relacionadas.</li> <li>• No hay empoderamiento de los jóvenes en relación con los determinantes sociales.</li> <li>• No existe legislación desde el enfoque de derecho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La creación de mecanismos de monitoreo y evaluación.</li> <li>• La definición de políticas y planes de protección social para el empoderamiento de los jóvenes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay corresponsabilidad tanto individual, colectiva e institucional de todos los actores de la sociedad.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El enfoque de derecho humano obliga a colocar la persona en el centro con abordaje intersectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar el enfoque de derecho centrado en la persona con abordaje intersectorial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El conservadurismo en relación a la sexualidad traducida a las legislaciones e instituciones.</li> <li>• No hay leyes de protección al menor que limiten las decisiones de los adolescentes en relación a SSR rompen la confidencialidad establecida en El Cairo.</li> <li>• No se define el rol en cada institución para poder ejecutar, con enfoque en SSR.</li> <li>• La ley de protección a los adolescentes está</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del Marco Regulatorio para facilitar las decisiones de los adolescentes en relación a la SSR garantizando la confidencialidad.</li> <li>• Mejorar la instrumentalización y estructura de los garantes del enfoque de derecho.</li> </ul>

fragmentada en nuestro país.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No conciencia de derecho en las diferentes instituciones.</li> <li>• Falta de articulación de planes en materia de intersectorialidad.</li> <li>• No se tiene un análisis en conjunto con todos los sectores para lograr consensuar el tema de derechos.</li> </ul>	<p>Mejorar el conocimiento y las prácticas institucionales en la aplicación del derecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el análisis científico de los determinantes con los diferentes sectores.</li> </ul>

#### MESA 4: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL PRIMER Y SEGUNDO EMBARAZO

La presentación en Powerpoint se encuentra en el siguiente enlace:

[http://www.2shared.com/document/1x9xz0Zf/Mesa\\_4.html](http://www.2shared.com/document/1x9xz0Zf/Mesa_4.html)

Pregunta A, B, C, D	
BARRERAS Y LIMITACIONES	ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres y madres no involucrados en la educación.</li> <li>• No existe un currículo estructurada definida para dar educación en SSR y menos aún para la prevención del embarazo en adolescentes.</li> <li>• Los maestros y maestras no están capacitados en el tema.</li> <li>• Medios de comunicación con información incompleta o limitada o no existe control sobre la información que publican.</li> <li>• Fuentes y tipo de información que obtiene el o la adolescentes no es adecuada.</li> <li>• Barreras religiosas.</li> <li>• Desconocimiento de derechos y deberes.</li> <li>• Construcción de la masculinidad y la feminidad actual limitada.</li> <li>• Ausencia de valores hacia la mujer.</li> <li>• Enfoque curativo y no preventivo de los profesionales de la salud (no incluida la SSR).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de competencias del personal de salud para la consejería en salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Involucrar a padres en la educación sexual (primero dar la información a ellos, negociar dar información en SSR a los hijos)</li> <li>• Vínculo estrecho entre los ministerios de Salud y de Educación para la educación en SSR</li> <li>• Trabajo con ONGs.</li> <li>• Fomentar factores protectoras deportes, teatro, música y arte.</li> <li>• Programas de apoyo a la adolescencia embarazada.</li> <li>• Leyes o adendas a las existentes para la protección de los derechos (no expulsión de los centros escolares)</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Círculos educativos para embarazadas adolescentes.</li> <li>• Experiencias de jóvenes (Ej.: logros académicos sin embarazo)</li> <li>• Clínicas especializadas para adolescentes en centros escolares.</li> <li>• Desarrollo de un programa estandarizado de educación integral de la salud sexual y reproductiva con un abordaje más allá del biologicista con enfoque de género y derechos.</li> <li>• Presupuesto para la aplicación de las leyes.</li> <li>• Intersectorialidad</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo por los Ministerios de Salud</li><li>• Velar por la no deserción escolar</li><li>• Incluir temas de SSR en la rendición de cuentas de los diferentes ministerios</li><li>• Alianza intersectorial en SSR</li><li>• Estudiar un sistema de incentivos al adolescente que culmina sus estudios</li><li>• Integración a la alianza intersectorial e interinstitucional de SSR</li><li>• Integración a la alianza de atención integral del adolescente</li><li>• Actualización del plan estratégico de SSR</li><li>• Revisión coordinada salud y educación del currículo de las escuelas formadoras de recursos de salud para la incorporación de la SSR</li><li>• Desarrollo de investigaciones sobre SSR que incluya a la población adolescente y joven.</li><li>• Focalización de intervenciones interinstitucionales e intersectoriales basadas en evidencias para la promoción de la salud, prevención y atención de las adolescentes embarazadas considerando las determinantes sociales.</li></ul>
--	---