

# EN ESTA GENERACIÓN:

*Políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven*



*Margaret E. Greene, Zohra Rasekh y Kali-Ahset Amen  
con Nada Chaya y Jenifer Dye*

## AGRADECIMIENTOS

Damos las gracias al gran número de personas que tan amablemente nos ayudaron en la revisión del presente documento, a Carole Ashinkaze por su apoyo editorial inapreciable y a Beverly Johnston por los recursos que nos facilitó.

Entre nuestros revisores figuran Barbara Huberman, Advocates for Youth; María Antonieta Alcalde, Balance; James Rosen, consultor; Lydia Alpizar, ELIGE; Douglas Kirby, ETR Associates; Jill Sheffield, Family Care International; Lindsay Stewart, FOCUS on Young Adults; Christine Varga, The Futures Group International; Rosalia Rodríguez-García, George Washington University; Emmanuel Avevor, Ghana United Nations Students Association; Susan Pick, IMIFAP; Brian Greenberg, Innovative Resources Management; Rachel Stoler, JSI/PDY Mali; Sarah Brown, Andrea Kane, Isabel Sawhill, National

Campaign to Prevent Teen Pregnancy; Marilyn Keefe, National Family Planning and Reproductive Health Association; Jo Reinders, NISSO; Soraya Tremayne, Oxford University; Jessie Schutt-Ainé, Organización Panamericana de la Salud; Rachel Russell, Planned Parenthood Federation of America; KG Santhya, Population Council; Fred Sai, asesor especial en VIH/SIDA, República de Ghana; Pat Donovan, The Alan Guttmacher Institute; Shanti Conly, Barbara Seligman, USAID; y colegas de PAI Sally Ethelston, Amy Coen, Akia Talbot, Bob Engelman, Susan Howells, Terri Bartlett, Nada Chaya, Craig Lasher, Mercedes Mas de Xaxás, Lisa Moreno, Denise Mortimer, Wendy Turnbull y Carol Wall.

Las ideas de estos revisores han sido esenciales, pero los autores se hacen plenamente responsables de toda deficiencia del informe final.

## ACERCA DE POPULATION ACTION INTERNATIONAL

Population Action International (PAI) es una organización independiente, sin fines de lucro, que trabaja para fortalecer la conciencia ciudadana y el apoyo político y financiero en todo el mundo para políticas y programas de población basados en los derechos de las personas. PAI fue fundada en 1965 y no acepta fondos gubernamentales.

Como parte esencial de su misión, Population Action International promueve el acceso universal a la planificación familiar y los servicios de salud afines, y las oportunidades educativas y económicas de las personas, especialmente para las niñas y mujeres. En su conjunto, estas estrategias están orientadas a mejorar la vida de las mujeres y sus familias, al mismo tiempo que frenan el crecimiento de la población mundial y ayudan a preservar el medio ambiente.



**Population Action**  
INTERNATIONAL

1300 19th Street, NW, Second Floor  
Washington, DC 20036 USA

Tel: (+1) 202-557-3400  
Fax: (+1) 202-728-4177  
[www.populationaction.org](http://www.populationaction.org)

Para pedidos de publicaciones, sírvase ponerse en contacto con [pubinq@popact.org](mailto:pubinq@popact.org)

El material de esta publicación puede reproducirse, siempre y cuando se reconozca como fuentes a Population Action International y a los autores.

ISBN: 1-889735-33-7  
Library of Congress number: 2002105562  
© Population Action International, 2002

# EN ESTA GENERACIÓN:

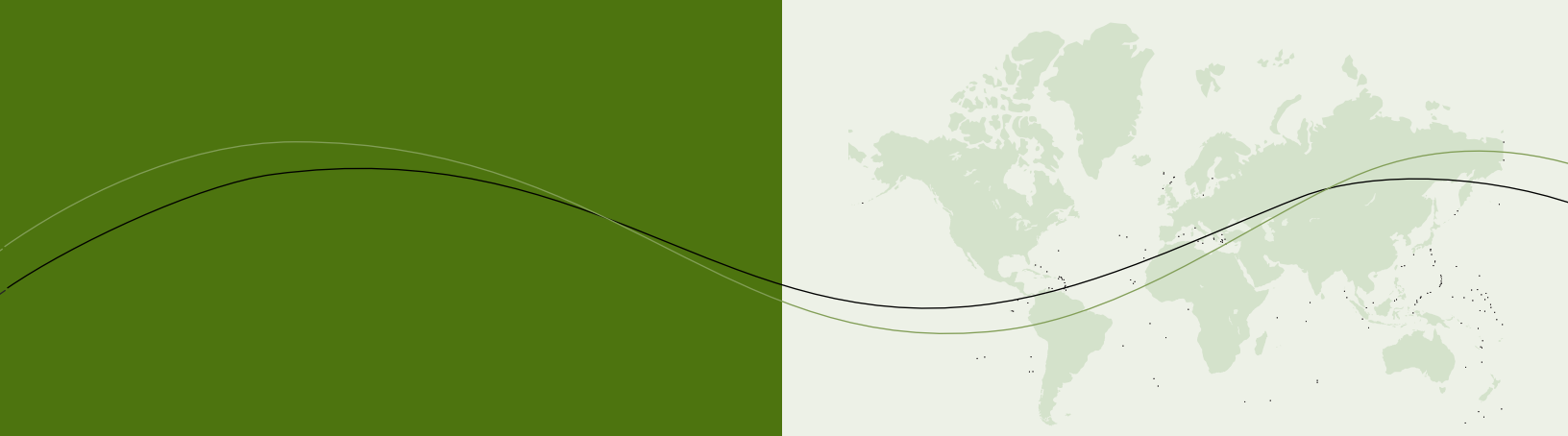
## *Políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven*



*Margaret E. Greene, Zohra Rasekh y Kali-Ahset Amen  
con Nada Chaya y Jenifer Dye*

## ÍNDICE

PREFACIO	<b>IV</b>	<b>Perspectiva de la juventud: “Empoderamiento de los jóvenes”</b> <i>María Antonieta Alcalde Castro, Coordinadora General Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud</i>
<b>CAPÍTULO UNO</b>	<b>1</b>	<b>Vida sexual y reproductiva de los jóvenes: Parte integral del desarrollo</b>
	<b>2</b>	¿Por qué debemos preocuparnos por la vida sexual y reproductiva de los jóvenes?
	<b>3</b>	Las experiencias sexuales y reproductivas de los jóvenes
TEMA ESPECIAL	<b>5</b>	Violencia sexual
RECUADRO 1	<b>6</b>	La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y salud reproductiva
RECUADRO 2	<b>7</b>	El Programa de Acción de la CIPD y los jóvenes
RECUADRO 3	<b>8</b>	En esta generación: Resumen de las recomendaciones de políticas para un mundo joven
<b>CAPÍTULO DOS</b>	<b>11</b>	<b>República de Ghana: Dispuesta a aplicar una política nacional de salud reproductiva para los jóvenes</b>
	<b>11</b>	Algunas estadísticas del país
FIGURA 1	<b>12</b>	El SIDA en Ghana: Casos notificados de SIDA por edad y sexo, hasta 1998
TEMA ESPECIAL	<b>15</b>	El SIDA disminuye en Uganda
<b>CAPÍTULO TRES</b>	<b>19</b>	<b>India: La incomodidad que se siente en el país respecto a la sexualidad obstaculiza la política de salud reproductiva de los jóvenes</b>
	<b>19</b>	Algunas estadísticas del país
RECUADRO 4	<b>20</b>	La evolución de la política de población en la India
RECUADRO 5	<b>22</b>	Planes ilustrativos de incentivos e inversión relacionados con las niñas y los jóvenes
TEMA ESPECIAL	<b>23</b>	Tailandia amplía las oportunidades de educación para las jovencitas
<b>CAPÍTULO CUATRO</b>	<b>29</b>	<b>La República Islámica de Irán: Políticas fuertes difíciles de documentar en la práctica</b>
	<b>29</b>	Algunas estadísticas del país



<b>CAPÍTULO CINCO</b>	<b>3 7</b>	<b>República de Malí: La pobreza y la mala salud detienen el progreso en materia de salud reproductiva de los jóvenes</b>
	<b>3 7</b>	Algunas estadísticas del país
TEMA ESPECIAL	<b>3 9</b>	La excisión sexual femenina se prohíbe en Senegal
<b>CAPÍTULO SEIS</b>	<b>4 5</b>	<b>México: Las ONG promueven el debate nacional sobre la salud reproductiva de los jóvenes</b>
	<b>4 5</b>	Algunas estadísticas del país
RECUADRO 6	<b>4 8</b>	Redes mexicanas importantes para la salud reproductiva
TEMA ESPECIAL	<b>5 1</b>	Chile facilita a las jovencitas embarazadas seguir en la escuela
<b>CAPÍTULO SIETE</b>	<b>5 5</b>	<b>Países Bajos: La salud pública tiene precedencia sobre la política</b>
	<b>5 5</b>	Algunas estadísticas del país
<b>CAPÍTULO OCHO</b>	<b>6 3</b>	<b>Estados Unidos: Programas deficientes dejan a los jóvenes a la merced de los medios de información</b>
	<b>6 3</b>	Algunas estadísticas del país
RECUADRO 7	<b>6 7</b>	Aspectos notables de la política de educación sexual
<b>CAPÍTULO NUEVE</b>	<b>7 3</b>	<b>Conclusiones: Necesidades, cifras y compromisos nacionales</b>
TEMA ESPECIAL	<b>7 5</b>	Participación de los padres—Esperanzas y realidades
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN</b>	<b>7 7</b>	<b>Promoción de políticas para la vida sexual y reproductiva de los jóvenes</b>
APÉNDICE 1	<b>7 8</b>	Entrevistas y conversaciones
APÉNDICE 2	<b>8 0</b>	Acrónimos y definiciones
APÉNDICE 3	<b>8 1</b>	Referencias

## P R E F A C I O

# Perspectiva de la juventud:

## EMPODERAMIENTO DE LOS JÓVENES

El presente informe elaborado por Population Action International sobre políticas que influyen en la vida reproductiva de los jóvenes constituye un recurso valioso en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Proporciona elementos clave para comprender las políticas actuales dirigidas a la salud reproductiva de los jóvenes. Pone de relieve logros y errores, y demuestra cómo las personas, las instituciones y los encargados de elaborar políticas dedicados a los derechos de los jóvenes deben encontrar maneras innovadoras de abordar las necesidades y las circunstancias de la vida de los jóvenes.

Un elemento esencial de la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes es el reconocimiento de los jóvenes como individuos facultados para tener derechos, y como participantes clave de su propio desarrollo. No cabe duda de que los jóvenes siguen siendo vistos como seres humanos incompletos—niños desarrollados físicamente pero que no tienen la capacidad de tomar decisiones inteligentes y que necesitan que los adultos los protejan del mundo en que viven, en vez de prepararlos para éste. Siempre y cuando la situación siga así, no podremos crear políticas ni programas acertados para atender sus necesidades y proporcionarles lo que necesitan para vivir una vida lo más saludable y feliz posible.

Esto no es tarea fácil. Requiere hacerse preguntas difíciles de contestar acerca de las funciones subordinadas que los jóvenes desempeñan en la sociedad y transformar

**Sólo con el corazón podemos ver claramente. Lo que es esencial es invisible a nuestros ojos.**

**Antoine de Saint-Exupéry**

El Principito

las opiniones colectivas que tenemos acerca de los jóvenes—es decir, pasar de los conceptos tradicionales acerca de los jóvenes como personas triviales e ingenuas a una imagen más exacta y compleja de los jóvenes como personas autónomas y capaces.

Si verdaderamente deseamos mejorar la vida de los jóvenes, tenemos que incorporar una perspectiva de ellos en nuestra labor. Tenemos que empezar por crear espacios más democráticos e inclusivos de participación donde los jóvenes tengan la libertad de expresarse, aprender y trabajar con personas mayores y también con personas de su misma edad.

En muchas partes del mundo, los jóvenes se están organizando y están abordando sus propias necesidades de manera eficaz. Ha llegado el momento de que los jóvenes y los adultos trabajen juntos a fin de construir una vida mejor para los jóvenes—y, con ello, construir un mundo mejor.

**María Antonieta Alcalde Castro**

Coordinadora General

***Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud***

*Balance es una organización no gubernamental mexicana que trabaja con los jóvenes y con quienes trabajan con los jóvenes; promueve los derechos de los jóvenes y la igualdad entre hombres y mujeres, y la incorporación de una perspectiva de los jóvenes en los programas y las políticas.*

# 1



## VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES: PARTE INTEGRAL DEL DESARROLLO

**Los padres, los maestros y otros adultos no logran transmitir a los jóvenes la información, las capacidades y los recursos necesarios para que sigan un derrotero estable y saludable durante la transición a la edad adulta.**

**E**n todo el mundo, los adultos que integran sociedades que cambian se atormentan sobre el comportamiento de los jóvenes, y sin embargo a menudo son incapaces de comunicarse eficazmente con ellos acerca de su vida sexual y reproductiva. Los padres, los maestros y otros adultos no logran transmitir a los jóvenes la información, las capacidades y los recursos necesarios para que sigan un derrotero estable y saludable durante la transición a la edad adulta. Las dificultades que tienen los padres en el manejo de su propia sexualidad, combinadas con las creencias culturales relativas a la procreación, la sexualidad y el género, limitan su capacidad para preparar a los jóvenes. El no proporcionarles información esencial, capacidades y apoyo hace que éstos se lancen al mundo sin estar preparados adecuadamente para la vida.

La vida sexual y reproductiva de los 1.700 millones de personas en el mundo que tienen entre 10 y 24 años de edad están arraigadas en los valores y las condiciones socioeconómicas de sus comunidades y países. La formulación de una política especial requiere una concienciación sobre la forma en que la población de jóvenes varía en edad, sexo, estado civil y de paternidad o maternidad, educación, arreglos de vida, trabajo y estado de migración.<sup>1</sup> Si bien es cierto que llamar la atención en cuanto a la fecundidad de las adolescentes como cuestión

de salud puede legitimar los derechos de los jóvenes a los servicios y la necesidad que ellos tienen de dichos servicios, esta estrategia limita los enfoques normativos a su vida sexual y reproductiva.<sup>2</sup> Las políticas nacionales deben reconocer y abordar los vínculos que existen entre las expectativas basadas en el género respecto a la toma de decisiones sobre la educación y el embarazo, por ejemplo, y entre las perspectivas de trabajo y el comportamiento de riesgo sexual.

Desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 (CIPD, véase el Recuadro 1), se ha comprendido más claramente el efecto de un “entorno propicio” en la capacidad de las personas de tomar decisiones saludables.<sup>3</sup> Las intervenciones de salud reproductiva para los adultos generalmente se centran en la prestación de servicios, pero las restricciones sociales afectan en una medida mucho mayor a los jóvenes que a los adultos en cuanto a su capacidad de tener acceso a servicios y otros tipos de apoyo. Ahora nos damos cuenta de que las políticas desempeñan una función importante en promover el uso de información y servicios al eliminar los obstáculos sociales, jurídicos y programáticos que se oponen a la salud reproductiva de los jóvenes.<sup>4</sup>

El presente informe compara las formas en que las políticas de Ghana, India, Irán, Malí, México, los Países

Bajos y Estados Unidos han apoyado la vida sexual y reproductiva de los jóvenes. De interés particular aquí son las políticas formuladas expresamente acerca de los jóvenes a nivel nacional o de provincia, o las políticas relativas a los jóvenes incorporadas en la legislación que regula el acceso a la educación, servicios sociales, matrimonio, empleo y edad de consentimiento, entre otras cosas. El presente informe insta a los países a abordar explícitamente las necesidades sexuales y de salud reproductiva de los jóvenes, preferiblemente dentro del contexto de las amplias políticas que tienen en cuenta los vínculos que existen entre muchos aspectos de su vida. Este informe se dirige a los encargados de elaborar políticas nacionales e internacionales y a organizaciones no gubernamentales que trabajan por el bienestar de los jóvenes.

## ¿POR QUÉ DEBEMOS PREOCUPARNOS POR LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES?

*Los jóvenes tienen un derecho humano a recibir la información que necesitan para poder tomar decisiones saludables acerca de su vida.* En la CIPD de El Cairo, celebrada en 1994, 179 Países se reunieron para elaborar un acuerdo internacional para proteger y apoyar la salud y los derechos reproductivos. El Programa de Acción de la CIPD pidió a los líderes del mundo que reconocieran la función central que desempeña la salud sexual y reproductiva en la salud en general, y que respetaran los derechos de los jóvenes a vivir una vida reproductiva saludable. Las decisiones sexuales y reproductivas que tomamos influyen en nuestras vidas para siempre. La toma de decisiones acertadas depende del reconocimiento por parte de los adultos del derecho de los jóvenes a recibir información y guía, y tomar decisiones como corresponda.

*Las funciones y las responsabilidades de los padres a veces comprometen los derechos de los jóvenes.* Las jovencitas de un gran número de países del mundo “tienen relaciones sexuales sin protección, en condiciones de riesgo, casi totalmente involuntarias (y probablemente desagradables) y tienen hijos poco después de casarse, a instancias de sus familias.”<sup>5</sup> Los jóvenes tienen derecho a su integridad física y, cuando sea posible, a participar en

decisiones que van a afectarles durante el resto de su vida. Aunque los derechos y los deberes de los padres son muy importantes, el Artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece una base legal internacional para que los jóvenes reclamen estos derechos fundamentales sin interferencia.

*La salud constituye una parte importante del desarrollo humano pero, debido a tabúes relacionados con el sexo, la salud reproductiva de los jóvenes generalmente se pasa por alto o se trata como algo problemático.* Los jóvenes de 15 a 24 años de edad registran las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual (ITS) en todo el mundo, lo cual representa más de las dos terceras partes de todos los casos en los países en desarrollo.<sup>6</sup> Pero, debido a que los jóvenes tienden a no recibir la información explícita ni las capacidades que necesitan para hacer frente a su sexualidad y salud reproductiva, a menudo no están preparados para las relaciones sexuales.

*Las consecuencias sociales y de desarrollo de las decisiones sexuales y reproductivas a menudo tienen más alcance que las consecuencias de salud.* Un embarazo involuntario puede trastornar de manera irrevocable la vida de una joven puesto que obstaculizará su educación y su capacitación. Contraer el VIH en un acto sexual sin protección puede poner fin a las perspectivas de un joven de tener un futuro saludable y productivo. Los países que descuidan la vida sexual y reproductiva de sus jóvenes y no les ayudan a mantenerse saludables, ya sea en la escuela o en el trabajo, pueden perjudicar las inversiones hechas en otros campos del desarrollo de los jóvenes.

*Los gobiernos deben hacer frente a la realidad de que ahora, más que nunca, hay un mayor número de jóvenes.* Hay aproximadamente 1.700 millones de jóvenes de 10 a 24 años de edad, y otros 1.200 millones de niños menores de 10 años que les siguen.<sup>7</sup> Esta generación—probablemente la más numerosa que llegue a existir—requiere una inversión pública y social considerable a fin de prepararla en lo referente a la participación económica y social. El número de hijos nacidos de estos casi 3.000 millones de jóvenes menores de 24 años (es decir, la mitad de la población mundial), y el momento en que han nacido, también tendrán consecuencias a largo plazo en cuanto al impulso del crecimiento de la población, lo cual producirá un crecimiento de la población global en cifras



**La mayoría de los jóvenes de todas partes empiezan su vida sexual activa cuando tienen entre 10 y 20 años de edad**

absolutas incluso si las tasas de fecundidad bajan en la mayoría de los países.

*Se deben abordar de inmediato las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes que durante tanto tiempo se han descuidado.* Los medios de información, la cultura de masas, la dinámica de la globalización y la urbanización están influyendo en la manera en que los jóvenes se ven a sí mismos y en la forma en que ven sus perspectivas—y también están cambiando las condiciones en las que la actividad sexual y reproductiva se lleva a cabo. Las familias y los sistemas que antes capacitaban y protegían a los jóvenes hoy en día son incapaces de prepararlos con la misma eficacia para sus funciones reproductivas.

## **LAS EXPERIENCIAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS DE LOS JÓVENES**

Las experiencias sexuales y reproductivas de los jóvenes varían considerablemente por región, edad y sexo, pero la mayoría de los jóvenes de todas partes empiezan su vida sexual activa cuando tienen entre 10 y 20 años de edad.<sup>8</sup> Los datos disponibles de encuestas a menudo omiten a los adolescentes de menos edad; notifican categorías de edad demasiado amplias que no captan los cambios rápidos que ocurren cada año en la adolescencia; y centran la atención en el estado de fecundidad de las jóvenes, dejando de lado otros aspectos de su vida.<sup>9</sup> Las expectativas de que las jovencitas se casen y tengan hijos a una edad temprana pueden hacer que tengan relaciones sexuales a una edad temprana en algunos lugares; en otros, el matrimonio a una edad más avanzada suele ir precedido por relaciones sexuales prematrimoniales. La brecha más grande entre la pubertad más temprana y el matrimonio a una edad más avanzada ha prolongado el período durante el cual la mayoría de las jovencitas tienen que evitar tener un embarazo prematrimonial.<sup>10</sup> Aunque los muchachos tienden a casarse a una edad más avanzada, con frecuencia tienen una vida sexual por lo menos tan activa como la de las jovencitas en la adolescencia.

*En el mundo, la mayoría de los nacimientos durante la adolescencia ocurren dentro del matrimonio.* Si bien es cierto que la experiencia sexual y reproductiva dentro del matrimonio ha sido sancionada social-

mente, expone a las jovencitas a riesgos de salud como ITS, infección por el VIH y embarazo y aborto.<sup>11</sup> La procreación a una edad temprana tiene consecuencias que duran toda la vida para las mujeres y a menudo también para los hombres, independientemente de si el hijo se recibe con agrado o si las madres y los padres jóvenes lo consideran un estorbo.<sup>12</sup>

*Los padres jóvenes, especialmente las jovencitas, a menudo se ven obligados a abandonar la escuela, lo cual resulta en problemas sociales y económicos que perjudican su bienestar y el de sus hijos.* A medida que la economía del mundo cambia, más trabajos remunerados que exigen educación formal están desplazando las ocupaciones tradicionales. Los padres jóvenes cuya educación se interrumpe tienen menos oportunidades de ganar dinero para mantener a sus familias.<sup>13</sup> La educación tiene un efecto profundo y positivo en la postergación del matrimonio y en hacer que las mujeres tengan más edad cuando tienen su primer hijo. Sin embargo, en el mundo las estudiantes que quedan embarazadas tienen que hacer frente a presiones que compiten entre sí en la escuela y el hogar, lo cual suele dar como resultado un desempeño deficiente en la escuela, la expulsión o la decisión de abandonar los estudios.<sup>14</sup> Sólo recientemente los sistemas de educación han considerado la forma de ayudar a los muchachos que han tenido hijos cuando son estudiantes, o han asistido a las madres para que logren establecer un equilibrio entre la escuela y el cuidado de los hijos.<sup>15</sup>

*Las normas sociales que definen la actividad sexual y reproductiva apropiada a menudo limitan la información, la guía y los servicios a los que tienen acceso los jóvenes.* Los padres, los maestros, la comunidad y los líderes religiosos a menudo son “custodios” que regulan la transmisión de la información que puede tener un efecto permanente en la vida de un joven. Al establecer relaciones abiertas e importantes con los jóvenes, estos “custodios” pueden desempeñar una función clave en la protección contra la actividad sexual prematura y el embarazo prematrimonial. Sin embargo, con

**Las políticas y las normas sociales imponen consecuencias lamentables a muchas jovencitas que inician su vida sexual.**

demasiada frecuencia los jóvenes sienten que no tienen a nadie a quien recurrir. Los proveedores de atención de salud reproductiva con frecuencia manifiestan poco respeto hacia los jóvenes y los solteros. En muchos lugares, la presión por tener hijos pronto en el matrimonio hace que sea inapropiado que las jóvenes busquen servicios de salud reproductiva que incluyan la concepción. En los lugares donde las relaciones sexuales prematrimoniales son comunes y no se aprueban, los adultos a menudo no dan información, creyendo erróneamente que el dar dicha información puede hacer que los jóvenes tengan relaciones sexuales.<sup>16</sup> Las restricciones de la comunidad y los proveedores de servicios en cuanto a la información y los servicios de salud exponen a los jóvenes a un sinnúmero de riesgos de salud prevenibles como las ITS que, si no se tratan, pueden causar enfermedades crónicas, esterilidad y hasta la muerte.

*Las jovencitas son más vulnerables a los problemas de salud reproductiva que los muchachos por razones biológicas y sociales, y a menudo no tienen voz ni voto en cuanto a las condiciones de las relaciones sexuales y la procreación.* Los embarazos muy prematuros o frecuentes y las exposiciones a las ITS imponen una pesada carga al cuerpo que todavía se está desarrollando y pueden perjudicar la salud de las jóvenes, al exponerlas a mayores riesgos de salud materna. Los embarazos prematuros a menudo interfieren con las oportunidades de asistir a la escuela o de recibir capacitación relacionada con el trabajo, y cuando ocurren fuera del matrimonio, hacen que las mujeres tengan que tomar decisiones en cuanto a si deben abortar o a la forma en que van a mantener a sus hijos por sí solas. Las relaciones sexuales prematuras de muchas jovencitas y de mujeres jóvenes son producto de coacción. Según datos procedentes de Chile, Perú, Malasia, México, Panamá, Papua Nueva Guinea y Estados Unidos, entre una tercera parte y dos terceras partes de las víctimas de agresión sexual tienen 15 años de edad o menos.<sup>17</sup> La intimidación, el matrimonio forzado, el tráfico de niñas y de mujeres para satisfacer los deseos sexuales de los hombres, todos tienen efectos perjudiciales en la autonomía y la salud sexual y reproductiva de las jóvenes en particular.

*Los muchachos se exponen a otros riesgos por las ideas de lo que significa ser hombre.* Tal como algunas

interpretaciones tradicionales de la feminidad promueven la ignorancia, la inocencia y la virginidad en las mujeres, algunas ideas sobre la masculinidad prescriben hacer conquistas sexuales, tener varias compañeras y experimentar en materia sexual.<sup>18</sup> Hay que presionar a los muchachos a que examinen los riesgos de salud a los que se exponen ellos y sus compañeras como resultado de ese comportamiento. Los programas más recientes inculcan en los muchachos el valor de la amistad y respeto hacia las niñas y las mujeres al tiempo que abordan sus inquietudes de salud reproductiva.

*En general, las comunidades consideran que las jóvenes—y no los muchachos—son las culpables de las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección.* Los adultos de la mayoría de los lugares se preocupan seriamente por la sexualidad de las jovencitas y les imponen restricciones tan pronto como éstas llegan a la pubertad.<sup>19</sup> Sobre los hombros de ellas recaen el honor de la familia, la responsabilidad de madres solteras y otras cargas graves. Las políticas y las normas sociales imponen consecuencias lamentables a muchas jovencitas que inician su vida sexual.

*Dado que el embarazo prematrimonial involuntario puede ser desastroso para las perspectivas educacionales y de otra índole de las jóvenes, éstas tienen muchas probabilidades de buscar servicios de aborto.* Los abortos en las adolescentes representan aproximadamente 10 por ciento del total, pero las adolescentes tienen más abortos que las mujeres de más edad en relación con el número de embarazos.<sup>20</sup> Obtener servicios de aborto sin riesgos puede ser difícil incluso en países donde éste es legal.<sup>21</sup> Muchos países, por ejemplo Cuba, Francia, Estados Unidos y Turquía, exigen el consentimiento de los padres o del cónyuge para que se realice el procedimiento en algunos casos, según la edad de la joven; en otros, es posible que los proveedores regañen a las jóvenes o se nieguen a prestarles servicios. Cualquiera que sea la situación, ello puede conducir a retrasos en la obtención de los servicios, lo cual hace aumentar el riesgo

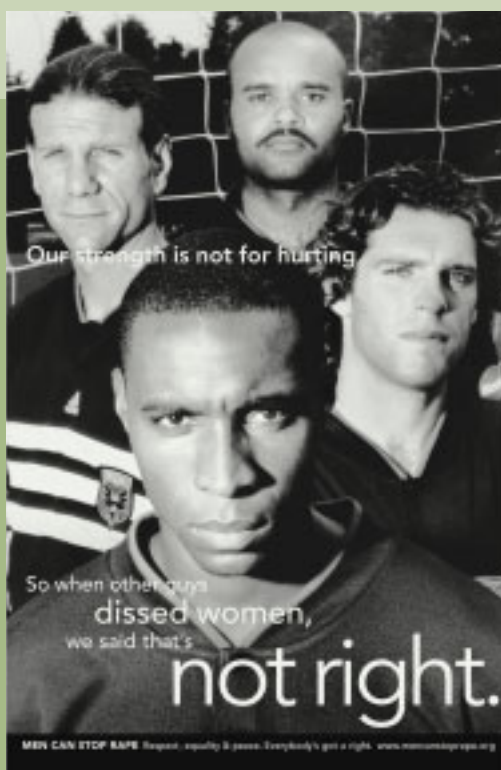


Foto por Jim Varriale. ©2001 Men Can Stop Rape, Inc.

## TEMA ESPECIAL

### Violencia sexual

Los jóvenes de todas las culturas, sociedades y grupos socioeconómicos son víctimas de la violencia sexual y la coacción de una forma u otra, ya sea por parte de adultos o de sus compañeros. La mayoría de los perpetradores de actos de violencia sexual son conocidos de la víctima y son hombres; muchos de ellos familiares. El abuso y la violencia sexuales se notifican rara vez en todo el mundo, pero deben ser tratados por toda política nacional relativa a la salud reproductiva y sexual de los jóvenes.

La violencia sexual afecta a ambos sexos, pero los cálculos mundiales indican que el porcentaje de niñas que son víctimas es tres veces mayor que el de los niños, lo cual es indicio de la situación social subordinada de las niñas y las mujeres. Las actitudes culturales hacia la sexualidad masculina y femenina—que hacen hincapié en la habilidad sexual de los varones y la castidad femenina—suelen obligar a los muchachos a iniciar las relaciones sexuales y dejan a las jovencitas mal preparadas para tomar decisiones informadas. La tendencia a invertir mucho más en la enseñanza y las perspectivas laborales de los muchachos que en las de las jovencitas puede contribuir a la prostitución infantil de éstas. La aceptación social de los matrimonios entre jovencitas y hombres mucho mayores se presta también a las relaciones sexuales forzadas o involuntarias, y son especialmente traumáticas cuando las jovencitas no están informadas sobre lo que les espera.

Cuando los jóvenes tienen relaciones sexuales para las cuales no están preparados desde el punto de vista del desarrollo y no pueden dar su consentimiento informado, se producen consecuencias a largo plazo que perjudican su salud reproductiva y su bienestar psicológico y social. Su impotencia resultante les hace más vulnerables contra más abuso y riesgos sexuales, y corren un mayor riesgo de tener un embarazo no deseado, contraer el VIH o infecciones de transmisión sexual, tener trastornos ginecológicos y padecer disfunción sexual y depresión.

Tanto el Convenio de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño como el Convenio para Eliminar Toda Forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) trazaron programas de acción nacional para acabar con la violencia sexual contra los jóvenes. El CEDAW afirma los derechos reproductivos de las mujeres y se concentra en las relaciones familiares y de género que contribuyen a la violencia sexual. Es importante que los países hagan lo que les corresponde para incorporar los valores de estos convenios en sus leyes, programas y planes nacionales, inculquen la intolerancia del abuso sexual y respalden el bienestar social y la salud reproductiva y sexual de los jóvenes.

#### Fuente:

Heise, L, M Ellsberg, and M Gottemoeller. 1999. *Ending Violence Against Women*. Population Reports: Issues in World Health. XXVII(4) Series L, Number 11. Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health.

## La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) y la salud reproductiva

En 1994, 179 países se reunieron en El Cairo durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) para contraer un compromiso internacional con el fin de mejorar la salud reproductiva y proteger los derechos reproductivos. La esencia del enfoque del Programa de Acción sobre la respuesta a las necesidades de salud reproductiva de las personas está en la siguiente definición de la salud reproductiva:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (Párrafo 7.2)

de complicaciones.<sup>22</sup> También es posible que las jóvenes pospongan la obtención de servicios de aborto porque no pueden pagarlos, no saben dónde pueden obtener los servicios—legales o no—o se niegan a reconocer que están embarazadas.<sup>23</sup> Los costos de la operación médica y otras condiciones prohibitivas a veces obligan a las jóvenes a inducirse ellas mismas el aborto o a acudir a practicantes ilegales o no cualificados.<sup>24</sup> Un estudio sobre hospitalizaciones por aborto en países en desarrollo reveló que las adolescentes representaban más de la mitad de todos los ingresos por complicaciones por el aborto.<sup>25</sup>

*Muchas jóvenes en el mundo, particularmente en los países de África al sur del Sahara y en el Oriente Medio, sufren los efectos psicológicos y de salud a corto y a largo plazos de la excisión sexual femenina (ESF), operación que a menudo ocurre justo antes de la adolescencia.*<sup>26</sup> El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) calcula que actualmente entre 85 y 115 millones de mujeres han sido objeto de la ESF y 2 millones más lo son cada año.<sup>27</sup> La ESF, que generalmente se realiza sin el consentimiento de la niña, tiene repercusiones que duran toda la vida, por ejemplo dolor durante el acto sexual, perforaciones de la uretra, la vagina o el recto (fístulas), infecciones e ITS, incluida la infección por el VIH/SIDA, parto prolongado, tasas más elevadas de cesárea y riesgos de mortalidad materna a causa de desgarros y hemorragia.<sup>28</sup>

*En todo el mundo, más de 10 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen el VIH o el SIDA.*<sup>29</sup> Dado que casi la mitad de los nuevos casos de infección por el VIH y por lo menos una tercera parte de los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual ocurren en jóvenes menores de 25 años, los esfuerzos por proteger e informar a los jóvenes deben realizarse a una escala enorme.<sup>30</sup> Puesto que el aparato reproductor no se ha desarrollado completamente en los jóvenes, esto les hace más susceptibles que a los adultos a las ITS.<sup>31</sup> Las tasas más elevadas de infección en las niñas adolescentes resultan en parte de relaciones sexuales—que a menudo guardan relación con intercambio de dinero u otros recursos—con hombres de más edad que tienen más probabilidades de haber estado expuestos a los virus.<sup>32</sup> Los jóvenes tienden a considerarse invulnerables al riesgo incluso en países donde se ha generalizado la infección por el VIH, y la índole no planificada o secreta de muchos de sus encuentros sexuales les dificulta protegerse incluso cuando son conscientes del peligro.<sup>33</sup>

Teniendo en cuenta todo lo que sabemos acerca de la vida sexual y reproductiva de los jóvenes, ¿qué han hecho los países del mundo para apoyarles?

## El Programa de Acción de la CIPD y los jóvenes

### *Abordar las necesidades de los adolescentes*

“...abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad....” (Párrafo 7.44)

### *Promover los derechos de los adolescentes*

“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.” (Párrafo 7.46)

### *Responder apropiadamente a las necesidades de los adolescentes*

“Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los adolescentes sexualmente activos requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres.” (Párrafo 7.47)

### *Capacitar a los padres*

“Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva.” (Párrafo 7.48)

### RECUADRO 3

## En esta generación: Resumen de las recomendaciones de políticas para un mundo joven

### *Se necesita liderazgo en el campo político y de la salud pública.*

Los funcionarios de los niveles más altos del gobierno deben proporcionar un liderazgo que reconozca la salud reproductiva y sexual de los jóvenes como algo esencial para su desarrollo y salud en general.

El primer paso de los encargados de formular políticas para los jóvenes debe ser exponer los principios básicos de salud pública o desarrollo social que apuntalan toda nuestra vida reproductiva y sexual.

Los promotores deben seleccionar leyes o reglamentos especiales para ejercer influencia, ya sea que estén relacionados con educación sexual, servicios clínicos, políticas de expulsión escolar u oportunidades para ganarse la vida.

La reducción del porcentaje de matrimonios precoces debe ser la máxima prioridad en el programa de políticas.

### *Hacer que los jóvenes, sus padres y otros adultos e instituciones participen en sus comunidades.*

Los gobiernos y los promotores no gubernamentales deben apoyar a los jóvenes en la promoción que hacen en nombre de ellos.

Los gobiernos deben pedir la colaboración de las ONG para que proporcionen apoyo crucial a las iniciativas sobre salud y los jóvenes, y las amplíen.

Las actividades de promoción y programas deben contar con la participación de padres, otros adultos e instituciones, incluida la comunidad religiosa.

### *No se debe pensar sólo en el sexo, sino en todos los demás factores que influyen en la vida reproductiva y sexual de los jóvenes.*

Las actividades de salud reproductiva y sexual deben ir más allá de la planificación familiar y desarrollar aptitudes y proporcionar información que respalden las relaciones saludables, la planificación familiar, la asistencia escolar y la capacitación laboral, que son los aspectos más amplios de la vida reproductiva de los jóvenes.

Las políticas y los programas deben esforzarse para reducir las desigualdades entre ambos géneros que exponen a los jóvenes a los riesgos sexuales y de reproducción.

La coordinación de una política de salud reproductiva integral o general para los jóvenes a nivel nacional requiere la colaboración de una institución pública con capacidad y autoridad para elaborar y aplicar políticas y programas en todos los sectores; entre ellos, los de la salud, la fuerza laboral y la educación.

Los objetivos y compromisos financieros deben figurar entre las metas nacionales fijadas para la salud reproductiva y sexual de los jóvenes.



Barbara Horibeck



Margaret E. Greene



Margaret E. Greene

## SE AVANZA LENTAMENTE EN EL LOGRO DE LAS METAS ACORDADAS A NIVEL INTERNACIONAL

A pesar de que la CIPD reconoció la importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, sólo algunos de los 179 países que estuvieron de acuerdo con el Programa de Acción han traducido dicho compromiso en políticas de salud reproductiva nacionales de los jóvenes. El Programa de Acción de la CIPD establece un marco para los derechos reproductivos de todos, incluidos los jóvenes, dedica una sección a sus necesidades especiales y pide que los adolescentes participen en la planificación y la aplicación de la información, los servicios y otros tipos de apoyo. La CIPD también pide que se dé capacitación a los adultos que podrían guiar a los jóvenes, en particular para “habilitar a los padres para que desempeñen mejor sus deberes de educación a fin de apoyar el proceso de maduración de sus hijos, especialmente en materia de comportamiento sexual y salud reproductiva”.<sup>34</sup>

El Programa de Acción de la CIPD hizo promesas especiales respecto a la financiación de las actividades de salud reproductiva en general. Cinco años más tarde, los representantes se reunieron de nuevo para examinar el progreso hacia las metas del Programa de Acción. La reunión celebrada en La Haya en 1999 (como parte del proceso de examen de la CIPD) reforzó el mensaje de la CIPD e hizo más hincapié en la educación y en la participación de los jóvenes. No obstante, los participantes no aprovecharon la oportunidad de establecer metas de gasto para las actividades de salud reproductiva y sexual de los jóvenes. Muchos gobiernos arguyeron que la información y los servicios que proporcionan a sus ciudadanos se dirigen también a los jóvenes, y que no se necesita establecer un rubro separado. Pero la incomodidad que sienten los adultos en cuanto a la vida sexual de los jóvenes, ya sea en el mundo en desarrollo o en los países industrializados, se ha traducido con mayor frecuencia en una falta de voluntad política.

La mayoría de los jóvenes dicen que el acceso que tienen a una guía respecto a su vida sexual y reproductiva es muy limitado—y, sin embargo, rara vez se les pregunta

acerca de lo que necesitan y desean, y con frecuencia no pueden promover la causa por ellos mismos. Permanecen fuera del proceso político debido a las restricciones en cuanto a la edad de derecho de voto y a normas que subordinan la condición de los jóvenes en calidad de entidades políticas. La participación de los jóvenes se ve obstaculizada por la idea de que los jóvenes son seres incompletos, que requieren protección incluso respecto a la información. Los adultos del mundo deben hacer participar a los jóvenes directamente en la elaboración de políticas y programas; tal participación también fomentaría la capacidad de los jóvenes de tomar decisiones por sí mismos y sus sociedades.<sup>35</sup> La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño establece su derecho a esta participación.

La parte principal de este informe se centra en lo que Ghana, India, Irán, Malí, México, los Países Bajos y Estados Unidos han hecho para abordar las necesidades sexuales y de salud reproductiva de los jóvenes. Cada estudio de caso de los países incluye una descripción del entorno normativo del país respecto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, y los factores que han hecho que la salud reproductiva de los jóvenes sean objeto del centro de atención de los elaboradores de políticas nacionales. Se describen las políticas que influyen directamente en la salud reproductiva de los jóvenes en cada entorno examinando la coordinación en todos los sectores y niveles del gobierno. Cada estudio de caso también analiza la forma en que se han aplicado las políticas, su enfoque programático, obstáculos clave y los factores que permitieron el desarrollo y la aprobación de las políticas. Al final del informe figura una lista completa de las estrategias de política. (Véase el recuadro 3 donde figura un resumen.) El informe concluye con una lista de verificación de promoción de la causa que las organizaciones no gubernamentales y los órganos normativos pueden utilizar para fomentar un mayor apoyo de la vida sexual y reproductiva de los jóvenes.





# 2



## República de Ghana:

### DISPUESTA A APLICAR UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS JÓVENES

A menudo, Ghana ha sido el primer país de África al sur del Sahara que se ha comprometido a realizar cambios de política progresivos y, a principios de los años noventa, adoptó medidas para elaborar una fuerte política de salud reproductiva de los adolescentes. Varios ministerios del gobierno colaboraron con organizaciones nacionales y representantes de donantes internacionales para redactar el proyecto de dicha política para 1996, pero todavía no se ha ejecutado por completo. Asimismo, el proyecto de una política relativa al SIDA sigue en suspenso. El gran reto de Ghana es poner en práctica las políticas visionarias respecto a las cuales diversos interesados directos han llegado a un acuerdo y las han expresado por escrito.

#### EL ENTORNO DE POLÍTICA PARA LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

En 1969, el Gobierno de Ghana emitió una política de población centrada enteramente en la planificación familiar. La política no tuvo éxito, y en 1992 el presidente que ocupaba el cargo en ese entonces, Jerry John Rawlings, estableció el Consejo Nacional de Población para examinarla y revisarla. La nueva política de población aborda una amplia serie de cuestiones que atañen a los jóvenes,

Población total, año 2000 (en millares)	<b>19.306</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>62%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>34%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>2,2%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$1.793</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>4,55</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>15%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>27 %</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>13,2% / 48,9%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>19,2%</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>2,4 - 4,4%</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>0,8 - 2,0%</b>
Años de educación obligatoria	<b>9</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>93% / 86%</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>84 / 74</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>44 / 28</b>

#### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.  
 \*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

#### Fuentes:

Naciones Unidas, División de la Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.  
 Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC: Banco Mundial.  
 Ghana Statistical Service (GSS), Macro International, Inc. (MI). 1999. *Ghana Demographic and Health Survey 1998*. Calverton, MD: MI.  
 ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA: Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.  
 UNESCO. 1995. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.  
 UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.  
 Naciones Unidas. 1997. *Report on the World Social Situation*. Nueva York: Naciones Unidas.

incluidos el embarazo precoz, el matrimonio y la desigualdad entre los géneros.<sup>36</sup> Sin embargo, el aspecto más sorprendente del documento quizás sea la definición del marco institucional mediante el cual se aplicará la política. Esta sección presenta un proyecto básico de los ministerios que podrían participar, los comités coordinadores y su composición.

La Política de Servicios de Salud Reproductiva de Ghana, terminada poco después de la CIPD de 1994, establece que se preste atención de salud reproductiva integral, incluidos el asesoramiento y la educación sexual, a todas las personas de Ghana sea cual fuere su edad. También pide que se desanime activamente la práctica de la excisión sexual femenina, y esboza medidas para la salud reproductiva de los adolescentes.<sup>37</sup> Una Política Nacional de la Juventud de 1996, coordinada por los Ministerios de la Juventud y de Deportes y de Educación,

**El informe del gobierno sobre el VIH/SIDA señala que el intervalo de edades de 5 a 14 años es el “período de esperanza” de Ghana, pues es en estas edades de los niños cuando la educación sexual y de salud realmente da resultado.**

también aborda la salud reproductiva. Un Programa del Tercer País (1996-2000) inicia un programa de Planificación Familiar y Educación para la Vida Familiar destinado a los adolescentes que asisten a la escuela y para los que han abandonado los estudios.<sup>38</sup> Por lo tanto, las cuestiones relativas a los adolescentes se abordan a nivel de política en varios sectores que trascienden de la salud, facilitando así la formación profesional, la alfabetización y el desarrollo agrícola, entre otras cosas.

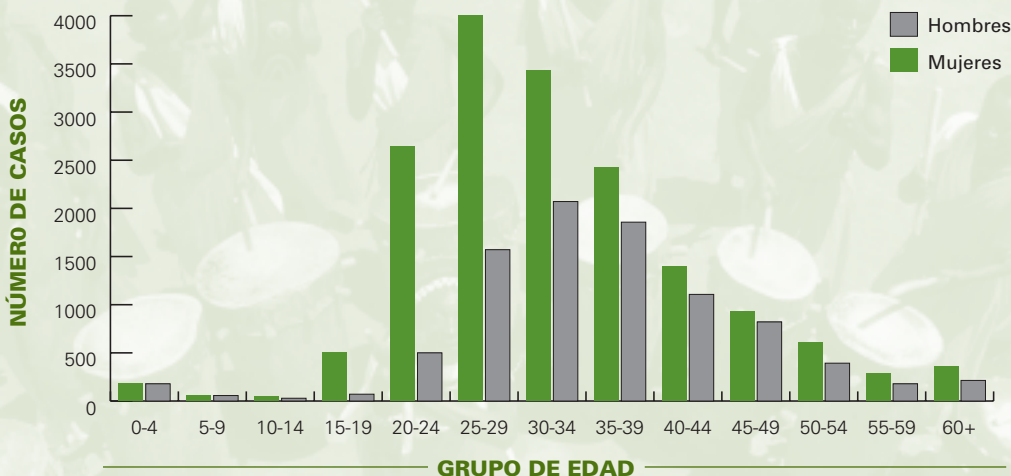
No obstante, la desaprobación de la vida sexual activa en los jóvenes plantea un reto importante para las actividades de salud reproductiva de los jóvenes. Ghana está integrada por una sociedad multiétnica, en la que hay porcentajes considerables de cristianos, musulmanes y practicantes con creencias indígenas.<sup>39</sup> La ausencia relativa de

tensión entre grupos religiosos en este país evita que esta diversidad se convierta en un factor político importante en el debate nacional relativo a la política de salud reproductiva. Sin embargo, los adultos de todos los grupos religiosos tienden a juzgar severamente la actividad sexual, lo cual perjudica a la apertura del diálogo normativo.

### ¿QUÉ HECHOS HAN LLEVADO LA SALUD REPRODUCTIVA AL CENTRO DE ATENCIÓN DEL PAÍS?

Las tendencias epidemiológicas de la infección por el VIH/SIDA y los altos niveles de complicaciones por el embarazo y el aborto en las adolescentes han atraído la atención nacional a la salud reproductiva de los jóvenes en Ghana. Los cálculos actuales indican que 500.000 personas están infectadas en Ghana con el virus del SIDA, de las cuales más de la mitad tienen entre 10 y 29 años de edad.<sup>40</sup> Los datos presentados en la Figura 1, que aparece a continuación, han galvanizado a muchos encargados de la formulación de la política de Ghana para que centren su atención en la salud reproductiva de los jóvenes en los últimos años. Las tasas elevadas de infección en las per-

FIGURA 1 EL SIDA en Ghana: Casos notificados de SIDA por edad y sexo, hasta 1998



Fuente: Ghana Ministry of Health National AIDS/STD Control Programme. 1999. *HIV/AIDS in Ghana: Background, Projections, Impacts, Interventions*. Accra: Ministry of Health (marzo), 14.



**A la edad de 20 años, más de 85 por ciento de las jóvenes tienen una vida sexual activa, y el 30 por ciento de los nacimientos ocurren en mujeres de 15 a 24 años de edad.**

sonas que ya tienen entre 20 y 29 años indican que contrajeron el VIH en encuentros sexuales a una edad precoz: cuando todavía eran adolescentes o acababan de cumplir 20 años. La enorme discrepancia entre las cifras relativas a los hombres y las mujeres con SIDA es prueba de que las jovencitas están teniendo relaciones sexuales con hombres de más edad que tienen experiencia sexual y con más probabilidades de ser positivos al VIH, y que las mujeres tienen más probabilidades de contraer el virus cuando se exponen. El informe del gobierno sobre el VIH/SIDA señala que el intervalo de edades de 5 a 14 años es el “período de esperanza” de Ghana, pues es en estas edades de los niños cuando la educación sexual y de salud realmente da resultado.<sup>41</sup>

El embarazo de las adolescentes y las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, que constituyen una de las causas principales de la mortalidad materna en las jóvenes de Ghana, también plantean preocupaciones vitales.<sup>42</sup> A la edad de 20 años, más de 85 por ciento de las jóvenes tienen una vida sexual activa, y el 30 por ciento de los nacimientos ocurren en mujeres de 15 a 24 años de edad.<sup>43</sup> Pero el acceso que tienen los jóvenes a la información y al asesoramiento sobre salud reproductiva es limitado, en particular si son solteros, debido a padres y proveedores de servicios que desaprueban las relaciones sexuales, y también por restricciones legales relativas a la edad. Las niñas adolescentes tienen más probabilidades de

solicitar servicios de aborto que las mujeres de más edad, y son más susceptibles de acudir a proveedores ilegales. Con frecuencia, el personal hospitalario, la policía y las mujeres mismas no están familiarizados con las leyes relativas al acceso al aborto sin riesgo, y a veces las jovencitas y las mujeres son entregadas a la policía por haber pedido servicios a los que tienen derecho legalmente.<sup>44</sup>

### **¿EXISTE UNA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS JÓVENES?**

Desde 1996 ha existido un proyecto de política de salud reproductiva para los adolescentes cuidadosamente redactado.<sup>45</sup> Su aprobación se considera en gran medida como una formalidad puesto que la mayoría de los interesados directos ya han llegado a un acuerdo al respecto.<sup>46</sup> La Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes refleja el espíritu del Programa de Acción de la CIPD, al referirse explícitamente al derecho de los jóvenes a recibir información y servicios, y a participar en la planificación, y proporciona directrices para los organismos gubernamentales y no gubernamentales que ponen en práctica programas en todos los sectores con metas especiales para el bienestar de los jóvenes: reducir el porcentaje de matrimonios precoces, partos y deserción escolar, y aumentar la exposición a la educación sexual, programas fuera de la escuela, servicios que dan buena acogida a los jóvenes y educación de las niñas.<sup>47</sup> Un centro de enfoque secundario son las instituciones y los padres, cuidadores, maestros, líderes religiosos, proveedores de servicios y encargados de formular políticas que influyen en la crianza de los jóvenes.

El Consejo Nacional de Población dirigió a los Ministerios de Salud, de Educación y de la Juventud y a otros en su elaboración, con la participación del Consejo Nacional de la Juventud, organizaciones no gubernamentales (ONG) e investigadores, y con asistencia técnica

prestada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El Ministerio de Salud dirigirá la aplicación programática.

### **¿QUÉ FACTORES CLAVE PERMITIERON LA ELABORACIÓN DE ESTA POLÍTICA?**

Varias coaliciones importantes han desempeñado una función en la elaboración de la Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes. Las organizaciones religiosas también participaron desde el principio, y el gobierno se encargó de informar a la gente y de lograr su aprobación: en 1997 se llevó a cabo a nivel nacional un foro y una evaluación de las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes para fomentar conversaciones regionales y abordar objeciones.<sup>48</sup>

La iniciativa del gobierno, las actividades de coordinación del Consejo Nacional de Población y la presión por parte de los donantes también ayudaron en la elaboración de la política en todos los sectores. La receptividad de Ghana a la participación constructiva de los donantes internacionales en la elaboración de la política es excepcional. Como lo declaró un Miembro del Parlamento, “Como país, necesitamos socios ... y recibimos la ayuda con agrado”.<sup>49</sup>

Un aspecto admirable de muchos documentos de política de Ghana es el reconocimiento de la amplia gama de políticas, leyes y programas que forman el contexto para la salud reproductiva y sexual de los jóvenes. En una Cumbre sobre la Salud Reproductiva de los Adolescentes celebrada en 1996 en Accra se determinaron los organismos gubernamentales que dirigen las actividades relativas a los jóvenes. Los participantes también determinaron las brechas que deben abordarse y la necesidad de establecer una coalición de promotores que puedan ejercer presión en los niveles más altos del gobierno.<sup>50</sup> Un escrito del gobierno señala la función del gobierno como una actividad que trasciende de la prestación de servicios, y la necesidad de mejorar el grado de aplicación de la ley.<sup>51</sup> El gobierno ha formulado admirablemente una visión, y ahora tiene que llevarla a la práctica mediante su aplicación.

### **ENFOQUE DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES**

Incluso antes de que se ejecute formalmente la Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes, varios ministerios están adoptando medidas para aplicarla, seguros de que la aprobación es sólo cuestión de tiempo. La política pide explícitamente al Ministerio de la Juventud y de Deportes que fortalezca el Consejo Nacional de la Juventud para poder promover la salud reproductiva entre sus instituciones miembros. Insta al Ministerio, y a la Comisión Nacional sobre los Niños de Ghana, a que se unan a los Ministerios de Empleo y Bienestar Social para crear centros juveniles con diversos establecimientos para los jóvenes.<sup>52</sup> El Ministerio de Salud trabaja por sensibilizar a su personal sobre las necesidades de los jóvenes, tarea sumamente ardua, en particular porque éste ha tendido a favorecer los aspectos clínicos de la vida reproductiva de los jóvenes, descuidando los aspectos educacionales y sociales.<sup>53,54</sup> En consonancia con el hincapié que hace la política en crear un entorno favorable para la prevención y el tratamiento del SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, el Programa Nacional de Control del SIDA y de las ETS lanzó una campaña muy extensa relativa al SIDA en febrero de 2000.<sup>55</sup> Si bien es cierto que la respuesta inicial a la epidemia de la infección por el VIH se centró en el Ministerio de Salud, otros ministerios, ONG y grupos de personas positivas al VIH han participado en la aplicación del programa.<sup>56</sup>

El FNUAP está prestando asistencia técnica para la ampliación de los servicios y la información de salud reproductiva para los adolescentes a nivel nacional, y también se esfuerza por integrar la educación sexual y de población en los programas de estudios de escuelas primarias y secundarias y en colegios de formación de maestros. El gobierno también ha establecido un programa de título universitario en la Universidad Cape Coast en educación para la vida familiar y población. Sin embargo, no todos los que reciben capacitación se dedicarán a enseñar, y muchos se sienten incómodos con el tema.<sup>57</sup> ONG importantes, como las Asociaciones de Hombres y Mujeres Cristianos Jóvenes, la Asociación de Planificación de la Familia de Ghana, los Servicios Musulmanes de Asesoramiento Familiar y la Fundación de Mercadeo Social de Ghana (GSMF), también proporcionan a los jóvenes considerable información y servicios orientados hacia la prevención.

## El SIDA disminuye en Uganda

Hasta la fecha, Uganda es el único país en África que ha logrado invertir la espiral ascendente de la infección por el VIH/SIDA. Así como otros países de África al Sur del Sahara, comenzó a sentir las repercusiones de la epidemia del SIDA en el decenio de 1980. En 1992, la prevalencia de la infección por el VIH alcanzó el nivel máximo de 30 por ciento en los adultos de Kampala, la capital, y el 10 por ciento en el país en general. El presidente Yaweri Kaguti Museveni respondió con una campaña masiva de anuncios relativos al SIDA transmitidos por la radio, la televisión y la prensa, y obtuvo la colaboración de dirigentes políticos, centros religiosos y escuelas para dar la señal de alarma. La eficacia de la campaña se debió a la capacidad de Museveni de crear un ambiente social que apoyaba la educación y la prevención.

Uno de los esfuerzos de mercadeo social que tuvieron más éxito fue la publicación popular *Straight Talk*, que se insertó como un folleto en el periódico gubernamental. *Straight Talk*, dirigido a los adolescentes, ofrece información y consejos sobre el sexo y la sexualidad, el amor propio, el VIH/SIDA y los derechos de los menores para evitar las relaciones explotadoras. Esa publicación innovadora gira en torno principalmente a preguntas de los jóvenes ugandeses, y depende de testimonios e imágenes visuales poderosas para producir su impacto. Casi todo el contenido de *Straight Talk* procede de los lectores jóvenes y se complementa con las contribuciones de un sociólogo y un médico.

Actualmente, Uganda se enorgullece de una reducción de las infecciones por el VIH entre las jóvenes embarazadas y las adolescentes, un aumento de la edad de la primera relación sexual y un alto nivel de concienciación acerca del VIH/SIDA, además de una mayor demanda de asesoramiento, exámenes y preservativos. La prevalencia del VIH en Kampala ha disminuido de 30 a 12 por ciento, y en todo el país de 10 a 7 por ciento. La experiencia de Uganda demuestra que una fuerte voluntad política, la participación de las instituciones locales y las comunicaciones francas sobre la prevención y transmisión del VIH/SIDA pueden contribuir enormemente al control de la epidemia.

### Fuentes:

Agence France-Presse. 1999. "AIDS-Uganda: Openness About HIV/AIDS slows infection rate in Uganda." Puede obtenerse en <http://www.aegis.com/news/afp/1999/AF990910.html>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

Afrol.com News. "President Museveni Explains Uganda's Success in Combating AIDS." Puede obtenerse en [http://www.afrol.com/News/uga003\\_aids\\_success.htm](http://www.afrol.com/News/uga003_aids_success.htm). Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

AIDScaptions. "Straight Talk for Youth: Ugandan Girls and Boys Learning to Escape Gender Stereotypes." Puede obtenerse en <http://www.fhi.org/en/aids/aidscap/aidspubs/serial/captions/v2%2D3/cp2310.html>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

Cynthia Greenlee. "Straight Talk: Using Newspapers for AIDS Prevention in Uganda." Puede obtenerse en <http://excellent.com.utk.edu/greenlee.html>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

The Dallas Morning News. "Uganda Reversing Deadly AIDS Spiral." Puede obtenerse en <http://www.dallasnews.com/specials/aids/1017aids2uganda.htm>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

Los iniciativas programáticos actuales también hacen hincapié en el mercadeo social de anticonceptivos y la educación por compañeros. La GSMF ha tenido un éxito especial en la promoción y la venta de preservativos a los hombres jóvenes, aunque no está claro cuántos preservativos se usan en realidad. Una campaña de concienciación está dirigida a los cabaret y salones de baile en zonas urbanas y rurales, y distribuye preservativos gratuitos con cada entrada.<sup>58</sup> El problema de ese tipo de mercadeo social en Ghana, como en muchos otros entornos, es que no tiene debidamente en cuenta el respeto hacia los compañeros ni la capacidad de las jovencitas de negociar el uso del preservativo.

Algunos mensajes de salud reproductiva de los jóvenes, que expresan desacuerdo en cuanto a la vida sexual activa de los jóvenes, tratan de despertar miedo, y hacen hincapié en las terribles consecuencias de una mala decisión, en vez de indicar cómo evitarlas desde un principio. Dado que las objeciones de los adultos en cuanto a la vida sexual activa de los jóvenes pueden obstaculizar los esfuerzos respecto a la salud sexual y reproductiva, la educación de los adultos influyentes, entre ellos, los líderes religiosos, maestros y especialmente los padres, será esencial para el éxito de la política de salud reproductiva de los jóvenes. Entre 1996 y 2000, el FNUAP apoyó campañas de promoción para 3.840 sacerdotes, jefes musulmanes y otros líderes religiosos, y se elaboró una guía para los padres sobre la forma de hablar sobre temas de sexualidad con los hijos. La GSMF ha organizado campañas con los medios de información sobre educación sexual, la ESF, la violación, el VIH/SIDA y el uso de preservativos, y para ayudar a los padres a analizar los retos a los que hacen frente sus hijos.<sup>59</sup> Los Servicios Musulmanes de Asesoramiento Familiar han observado que al educar a los imanes y a los maestros han podido organizar gran parte de su labor mediante mezquitas y escuelas musulmanas.

## RETOS Y RESPUESTAS

Las actividades encaminadas a aplicar estos cambios de políticas han sido lentas y hacen frente a obstáculos que resultan de los efectos de la descentralización, una falta de recursos, desigualdades entre los géneros y una renuencia a reconocer la actividad sexual de los jóvenes. El proceso de descentralización de Ghana requiere la duplicación de muchos departamentos, incluido el de salud reproductiva, a nivel de distrito, pero la transición no ha sido fácil. A

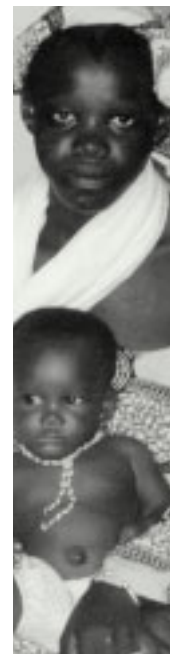
**“La labor en materia de salud reproductiva es una labor más amplia, y por eso ésta no debe quedar en manos del Ministerio de Salud solamente. Muy pocas personas hablan de la salud reproductiva como una cuestión de derechos influida por otros factores. La orientación hacia la planificación familiar impide que la gente vea las otras motivaciones que tienen los adolescentes”.**

**Yaa Amekudzi**, Centro para el Desarrollo de las Personas

pesar de tener un ingreso per cápita que es el doble del de sus vecinos de África Occidental, depende en gran medida de apoyo financiero y técnico internacional para programas de salud y desarrollo.<sup>60</sup> Aunque el país se ha comprometido seriamente respecto a la educación básica y ha multiplicado por varias veces el presupuesto para la educación desde 1987, los costos de la educación tienen consecuencias en el desarrollo y la salud reproductiva de los jóvenes.<sup>61</sup> Las familias que no pueden pagar los costos escolares de todos los hijos en la mayoría de los casos envían a los hijos varones a la escuela secundaria y no a las hijas, lo cual obliga a algunas jovencitas a tener relaciones



Zohra Rasekh



Zohra Rasekh



Robert Engelman



sexuales con hombres de más edad para pagar sus gastos.<sup>62</sup> Una falta de fondos ha limitado el establecimiento de centros y clínicas que den buena acogida a los jóvenes, y algunos donantes se sienten incómodos apoyando actividades generadoras de ingresos para los jóvenes como parte de un programa de salud reproductiva—y, sin embargo, muchos jóvenes no pueden pagar los costos nominales de servicios clínicos.

Las costumbres culturales plantean un obstáculo para la aplicación de políticas de salud reproductiva y leyes de protección en Ghana.<sup>63</sup> Los adultos no se sienten cómodos respecto a informar a los jóvenes sobre cuestiones sexuales, y muchos de ellos creen que esta información conducirá a la promiscuidad y a un comportamiento inmoral. Pero los adultos tienen la clave para la aplicación eficaz de los servicios que atienden las necesidades más importantes de los jóvenes. Las bajas expectativas respecto a las niñas contribuyen al matrimonio precoz y a la fecundidad elevada; los nacimientos en jóvenes de 15 a 24 años de edad representan aproximadamente la tercera parte de todos los nacimientos. Aunque la ley de 1985 liberalizó el aborto, con frecuencia las jovencitas buscan servicios ilícitos, y se notifica que las muertes maternas a causa del aborto séptico ocurren con mayor frecuencia en las adolescentes que en las mujeres adultas.<sup>64</sup>

El conflicto con prácticas tradicionales también obstaculiza la aplicación. La solemnización de la mayoría de los matrimonios mediante la ley consuetudinaria o musulmana va contra el requisito de la Ordenanza de Matrimonio que establece que las partes de un matrimonio deben tener por lo menos 21 años de edad.<sup>65</sup> La

esclavitud religiosa femenina (*trocosi*) es ilegal, pero la práctica persiste y actualmente hay aproximadamente 4.500 mujeres en esclavitud.<sup>66</sup> Pocas personas creen que la prohibición de la excisión sexual femenina de 1994 haya reducido la práctica considerablemente.

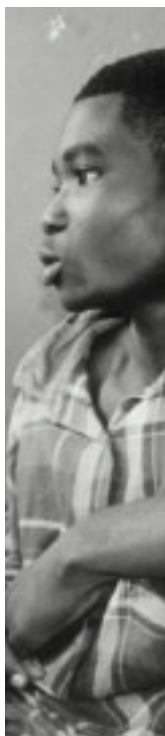
Después de haber participado en el proceso de elaboración de políticas anteriormente, los jóvenes han dejado de tener una voz fuerte en Ghana, y la coalición que elaboró la Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes ha perdido ímpetu desde que se terminó el proyecto. La disolución *de facto* de la coalición preocupa a algunos representantes de ONG, puesto que la política no aborda completamente todos los detalles prácticos y se beneficiaría de un mayor liderazgo mediante la aplicación. A pesar de que la política hace hincapié en la educación sexual, por ejemplo, hay pocos maestros capacitados y cualificados, y hay mucho debate en cuanto a la edad en que se deben dictar estos cursos.<sup>67</sup>

Aunque la aprobación de la Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes parece ser una conclusión inevitable, su aplicación plena sigue en espera de su aceptación formal. Las razones que explican esta transición vacilante son difusas, y van desde los hechos prácticos de la descentralización del gobierno hasta la escasez de recursos humanos, materiales y financieros, y la falta de experiencia con la aplicación práctica en todos los sectores.<sup>68</sup> Sin embargo, el Parlamento manifiesta entusiasmo, y el nuevo gobierno ha apoyado decididamente los programas para los jóvenes.<sup>69</sup>

## LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

*La política de salud reproductiva de los adolescentes debe verse como un paso importante en el proceso de abordar la salud reproductiva de los jóvenes, y no como un resultado final.* El largo período que ha tomado la elaboración de la política ha hecho que algunas personas consideren el documento como la meta final y no como el principio del camino.

*La participación amplia en la elaboración de la política de salud reproductiva para los adolescentes contribuyó a un fuerte sentimiento de pertenencia.* El proceso de formulación de la política contó con la participación de muchas personas. A los participantes les alegra que se les reconozcan sus aportes; ahora el reto consiste en aprovechar ese sentimiento de pertenencia para la aplicación.



Robert Engelman

La participación amplia de los donantes en el proceso normativo, particular de la USAID y el FNUAP, parece haber sido constructiva y haber reforzado los esfuerzos del gobierno. ***La receptividad de Ghana al apoyo exterior ha beneficiado al país.***

***El Consejo Nacional de Población debe demostrar liderazgo para instar a que se ejecute la política en su totalidad.*** Las políticas multisectoriales se demoran en todos los ministerios que tienen que ver con ellas, y la Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes ha permanecido en forma de proyecto por varios años. El Consejo debe aprovechar la oportunidad para lograr la aprobación con el nuevo presidente y el nuevo gobierno del país.

***Para traducir en acción las ideas creativas reflejadas en varias políticas de Ghana será necesario prestar mucha atención a la forma en que dichas políticas se aplican.*** Por ejemplo, la política de salud reproductiva de los adolescentes reconoce que las desigualdades entre los géneros restringen a las jóvenes en todo momento; elaborar programas y actividades que reflejen esta inquietud planteará un verdadero reto, puesto que deben servir para cambiar normas sociales.

***El programa de educación por compañeros debe reevaluarse para que no promueva la compra de preservativos solamente, sino que también comunique mensajes sociales importantes.*** Los adolescentes reciben la mayor parte de la información sobre salud reproductiva

**La política de salud reproductiva de los adolescentes debe verse como un paso importante en el proceso de abordar la salud reproductiva de los jóvenes, y no como un resultado final.**

de sus amigos y de los medios de información.<sup>70</sup> Las estrategias educacionales de los programas administrados por las ONG deben ampliar el alcance de las actividades de extensión mediante compañeros y de medios múltiples de información para influir en la dinámica social que guarda relación con el acto sexual y las relaciones.

***Ghana debe divulgar la disponibilidad de servicios de aborto cuando son legales a fin de evitar algunas de las consecuencias que tienen en la salud pública los abortos ilegales.*** Los profesionales de salud y los asesores necesitan capacitación relativa a cuándo proporcionar servicios, asesoramiento y remisiones. La incidencia de abortos en las jovencitas es elevada, y la atención de postaborto en los hospitales de Ghana es muy costosa.

***La aplicación de la Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes debe seguir incluyendo actividades de promoción y educación realizadas por participantes gubernamentales y no gubernamentales.*** Se necesita más promoción a nivel nacional, y con personajes públicos prominentes, incluidos jefes y líderes religiosos a nivel regional y local.

***Así como está prestando atención a la capacitación de los maestros en educación para la familia en las escuelas, Ghana debe invertir en la sensibilización de los proveedores de servicios de salud para que sean más receptivos a los jóvenes que se atreven a pedirles servicios.*** Ghana obtendrá el fruto de su labor relativa a los servicios que ofrece si hace todo lo posible por que todas las personas que tratan de usar dichos servicios sean bien recibidas.

Ghana ha estado y sigue estando a la vanguardia del cambio legislativo progresivo para la salud y el desarrollo. La Política de Salud Reproductiva de los Adolescentes es un ejemplo que viene al caso. Sin embargo, la experiencia de Ghana también ilustra la necesidad de mantener el entusiasmo respecto al proceso de elaboración de políticas hasta llegar a la aplicación. El enfoque de colaboración multisectorial de Ghana hacia la elaboración de políticas indica que va a hacer lo necesario para apoyar la salud reproductiva de la generación actual de jóvenes.



# India:

## LA INCOMODIDAD QUE SE SIENTE EN EL PAÍS RESPECTO A LA SEXUALIDAD OBSTACULIZA LA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

La incomodidad que se siente en el país respecto a las realidades del comportamiento sexual en la India, incluida la actividad sexual de los jóvenes, ha limitado fuertemente la capacidad de este país de abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes. La información exacta acerca de la sexualidad es escasa, y a los jóvenes se les dificulta obtener cualquier tipo de atención de salud puesto que se considera que esencialmente gozan de buena salud y que no necesitan servicios. Los que solicitan servicios de salud reproductiva a menudo son atendidos por proveedores de salud que tienen prejuicios, y no se les facilita un entorno en el que haya privacidad y en el que puedan hablar de sus problemas.

Las expectativas culturales en la India imponen fuertes obstáculos a las niñas, por ejemplo la preferencia por hijos varones, el aborto para seleccionar el sexo y prácticas discriminatorias de nutrición y de atención de salud que contribuyen a su condición subordinada. Más del 50 por ciento de las niñas contraen matrimonio antes de cumplir 18 años de edad, y tienen por lo menos un hijo a los 20 años de edad.<sup>71</sup> Incluso dentro del matrimonio, a menudo



Población total, año 2000 (en millares)	<b>1.008.937</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>52%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>30%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>1,69%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$2.149</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>2,9</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>9%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>40%</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>10% / 36%</b>
Porcentaje de personas de 20-24 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>40% / 83%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>8%</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>0,4 - 0,8%</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>0,1 - 0,6%</b>
Años de educación obligatoria	<b>NA</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>79% / 59%</b>
Coficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>109 / 90</b>
Coficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>59 / 39</b>

### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.

\*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

### Fuentes:

Naciones Unidas, División de la Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC: Banco Mundial.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and ORC Macro. 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99: India*. Mumbai: IIPS.

Naciones Unidas, División de la Población. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (gráfico mural). Nueva York: ONU.

ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA: Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.

UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.

no están preparadas para el acto sexual y los familiares del esposo les impiden usar la anticoncepción. Los niños y los hombres jóvenes contraen matrimonio más tarde pero su sexualidad les causa mucha preocupación. Estos también representan la mayoría de los clientes jóvenes atendidos en las clínicas de ITS.

El embarazo y las relaciones sexuales prematrimoniales son más comunes de lo que generalmente se reconoce, y las infecciones del aparato reproductor son comunes en las jóvenes.<sup>72</sup> Las jovencitas solteras que solicitan servicios de salud son objeto de estigma, lo cual reduce a sus posibilidades de matrimonio. Tanto las jovencitas como los muchachos suelen buscar servicios menos lícitos porque les preocupa la falta de confidencialidad, no tienen dinero para pagar los servicios y les da miedo que los padres les descubran o los proveedores de servicios les regañen.<sup>73</sup>

#### RECUADRO 4

### La evolución de la política de población en la India

- 1952 Lanzamiento del Programa de Planificación Familiar.
- 1976 Declaración de la Política Nacional de Población.\*
- 1977 Declaración de la Política sobre el Programa de Bienestar Familiar.\*
- 1983 La Política Nacional de Salud se refiere a la necesidad de garantizar una norma de familia pequeña; mientras se adopta la política, el Parlamento subraya la necesidad de una política de población aparte.
- 1991 El Comité sobre Población nombrado por el Consejo Nacional de Desarrollo recomienda la formulación y adopción de una política nacional de población.
- 1994 La Comisión de Swaminatha informa sobre la política nacional de población.
- 1997 Se redacta la Política Nacional de Población.
- 2000 Aprobación de la Política Nacional de Población.

\* Ninguna de estas declaraciones fue examinada ni adoptada por el Parlamento.

#### Fuente:

Government of India. 2000. *National Population Policy*. New Delhi, India: Ministry of Health and Family Welfare.

## RESUMEN SOBRE EL ENTORNO DE POLÍTICA PARA LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

Los servicios de salud reproductiva que proporciona el Programa de Bienestar Familiar de la India llegan a un número considerable de personas de zonas remotas, pero tienen poco que ofrecer a los jóvenes. Puesto que están arraigados en la preocupación por el crecimiento de la población, se han centrado por mucho tiempo en métodos anticonceptivos de efectos prolongados o permanentes para las mujeres adultas casadas, en detrimento de las que buscan otros servicios o que desean simplemente espaciar los nacimientos.<sup>74</sup> En los últimos cinco años, el sistema ha cambiado de dirección y ahora se centra más en los clientes y procura que los servicios sean más integrados. Con todo, se han descuidado otros aspectos de la salud reproductiva, como la educación, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS, y los servicios para los jóvenes, los solteros y los hombres. En los lugares donde existen servicios, las restricciones sociales imponen obstáculos enormes para los jóvenes que tratan de tener acceso a estos.<sup>75</sup>

El Plan Nacional de Población de la India de 2000 reconoce las deficiencias anteriores respecto a la atención prestada a los jóvenes y propone una amplia serie de soluciones, que incluyen el aumento del acceso a la información y los servicios, y la aplicación de la Ley de Restricción del Matrimonio Infantil de 1976.<sup>76</sup> Un grupo de trabajo establecido por la Comisión Nacional de Población para contribuir al décimo Plan Quinquenal de la India también centra la atención en las mujeres, los niños y los adolescentes.

El Departamento de Bienestar Familiar adoptó sus primeras medidas para abordar la salud reproductiva de los adolescentes en 2000, y ahora está trabajando con escuelas secundarias y ONG para establecer clínicas para estudiantes y jóvenes que no asisten a la escuela, respectivamente. Con el tiempo, estas actividades se integrarán en el enorme programa nacional de Salud Reproductiva e Infantil de la India.<sup>77</sup>

## ¿QUÉ HECHOS HAN LLEVADO LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES AL CENTRO DE ATENCIÓN DEL PAÍS?

La preocupación por el impulso del crecimiento de la población ha despertado interés en cuanto al matrimonio y la fecundidad de los jóvenes por algunos años. Más recientemente, la infección por el VIH ha obligado al Gobierno de la India a prestar más atención a la educación sexual y de salud reproductiva de los jóvenes: aproximadamente la mitad de las personas que contraen el VIH en la India tienen menos de 25 años de edad.<sup>78</sup> Los funcionarios han reconocido la necesidad de ofrecer asesoramiento a los adolescentes, impartir educación pública y adoptar medidas preventivas.<sup>79</sup> Un último elemento que refuerza el enfoque en los jóvenes ha sido la estrategia integrada para abordar la salud reproductiva formulada en la CIPD, incluido el hincapié que debe hacerse en el bienestar individual de los jóvenes.<sup>80</sup>

## ¿EXISTE UNA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS JÓVENES?

Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes ocupan actualmente un lugar prominente en la Política Nacional de Población, y en el proyecto de la Política Nacional de la Juventud de la India. El enorme sistema de salud pública del gobierno de la India y los decenios de experiencia en la aplicación de políticas de población y de planificación familiar hacen que este sea el actor más importante en el escenario de la salud sexual y reproductiva. Pero llevará tiempo lograr que los cambios legislativos propuestos hagan que los sistemas de educación y salud pública den mejor acogida a los jóvenes.

El estado decide lo que más conviene a los jóvenes, y esto se considera que es lo que los jóvenes necesitan.<sup>81</sup> El Departamento de Asuntos de la Juventud y Deportes (DYAS), establecido en 1985, formuló una política nacional de los jóvenes en 1988, pero se limitó a “cuestiones típicas como deportes, educación y formación profesional”, y omitió cuestiones de salud relacionadas con la sexualidad, la violencia y el abuso sexual contra los adultos jóvenes.<sup>82</sup> En 1999, el DYAS se transformó en un Ministerio, encargado de supervisar tres importantes

**Llevará tiempo lograr que los cambios legislativos propuestos hagan que los sistemas de educación y salud pública den mejor acogida a los jóvenes.**

programas para los jóvenes. El Plan Nacional de Servicios contrata a estudiantes universitarios para que presten servicios comunitarios que benefician a aproximadamente 170.000 jóvenes.<sup>83</sup> La Nehru Yuvak Kendra Sangathan (Asociación del Centro Juvenil Nehru) es un sistema de clubes juveniles locales que ofrecen formación profesional, campañas de concienciación y ferias de salud a 8 millones de jóvenes que no asisten a la escuela, de 15-35 años de edad.<sup>84</sup> El Cuerpo de Reconstrucción Nacional contrata a jóvenes voluntarios para “actividades de construcción del país” cuando está en pleno funcionamiento.<sup>85</sup> Todos estos han movilizado a los jóvenes, pero generalmente no en nombre de ellos mismos.

El proyecto de Política Nacional de la Juventud, dirigido a personas de 15 a 35 años de edad, pide que se establezcan mecanismos de coordinación entre diversos ministerios del gobierno central y los estados.<sup>86</sup> Sin



Margaret E. Greene

## Planes ilustrativos de incentivos e inversión relacionados con las niñas y las jóvenes

### Programas nacionales

*Balika Samridhi Yojana* (Plan de Desarrollo de las Jóvenes): Plan lanzado a nivel nacional en 1997 para proporcionar dinero en efectivo a las madres pobres que han dado a luz a su primera o segunda hija.

*Plan de Subsidio de Maternidad*: 500 rupias para las madres que tienen su primer hijo después de haber cumplido 19 años de edad, después del nacimiento de su primero o segundo hijo solamente, con la condición de que se hayan hecho exámenes médicos prenatales y que el nacimiento haya sido atendido por un asistente de partería en un establecimiento de salud.

*Plan de Reducción de la Fecundidad*: "Las parejas que están por debajo del límite de pobreza que se casan después de la edad legal de matrimonio, tienen el primer hijo después de que la madre cumple 21 años de edad, aceptan la norma de familias poco numerosas y adoptan un método terminal después del nacimiento de su segundo hijo, recibirán una recompensa".<sup>90</sup>

### Programas estatales

*Estado de Andhra Pradesh*: La hija única o uno de dos hijos de una pareja que adopta la esterilización recibirá una serie de sumas de dinero hasta que cumpla 20 años de edad, y una suma total cuando cumpla 20 años si no se casa antes de los 18 años de edad.

*Estado de Haryana*: Regalo en efectivo en reconocimiento y para honrar a las madres de niñas, en el momento en que éstas nacen; inversión monetaria a largo plazo que cada hija puede reclamar a la edad de 18 años, si no se ha casado. Es posible que se proporcionen sumas adicionales a las jovencitas que posponen más el matrimonio. Los estados de Kerala y Rayastán tienen planes similares.

*Estado de Gujarat*: El plan de bicicletas ofrece bicicletas nuevas a las niñas que han terminado el décimo año de escuela, aprovechando la relativa movilidad de las niñas y las mujeres de Gujarat. El regalo recompensa a las niñas por sus logros y aumenta su movilidad.

#### Fuentes:

- Government of India. 2000. *National Population Policy*.  
 Department of Family Welfare, Government of Andhra Pradesh. 1997. *Andhra Pradesh State Population Policy*. Hyderabad, Andhra Pradesh: Government of Andhra Pradesh.  
 Mathur, N. 1999. *Our Daughters, Our Wealth: Investing in Young Girls*. New Delhi, India: Population Council  
 Greene, M. 1996. *Watering the Neighbour's Garden*.

embargo, este documento ha estado en forma de proyecto desde hace por lo menos cuatro años, y los promotores tienen la esperanza de que no siga el mismo camino de la política visionaria sobre el SIDA de 1997, la cual todavía no ha sido abordada por el Parlamento. La Comisión de Planificación tiene en sus manos una nueva estrategia para el décimo Plan Quinquenal, pero hasta la fecha este documento tan reciente no se ha difundido ampliamente.

Las políticas estatales inconsecuentes e incompatibles complican las iniciativas en materia de salud sexual y reproductiva de los jóvenes en la India. La política estatal de población de Madhya Pradesh aborda directamente la educación de los adolescentes y la vida familiar y señala la necesidad de sensibilizar a los padres.<sup>87</sup> La política de Uttar Pradesh trata de aumentar la edad de matrimonio fomentando la concienciación sobre los límites legales, haciendo participar a grupos promotores de la causa y negando empleo en el gobierno a las personas que se casan antes de cumplir la edad mínima legal.<sup>88</sup> El enfoque de Rayastán se centra de manera más limitada en la reducción de la fecundidad y en el aumento de la edad de matrimonio de las mujeres, que ahora se sitúa apenas por encima de un promedio de 15 años de edad.<sup>89</sup>

Algunos estados han tratado de aumentar el valor de las hijas mediante la inversión monetaria en niñas elegibles según lo determine el tamaño de la familia y el nivel de pobreza (véase el recuadro 5). Las niñas pueden tener acceso a este dinero sólo cuando llegan a cierta edad y no se han casado todavía, o han cumplido otros requisitos educacionales. Estas estrategias innovadoras podrían tener efectos importantes a largo plazo, sin embargo a los que promueven la causa de la mujer les preocupa que los pagos que el gobierno hace a las familias que tienen hijas pueden hacer que se refuerce el sentido de que las niñas valen menos.

## ENFOQUE DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA

Encontrar información básica sobre salud reproductiva es difícil para cualquiera en la India, y más aún para los jóvenes. La inclusión de las niñas a principios de los años

## Tailandia amplía las oportunidades de educación para las jovencitas

La lucha contra la prostitución infantil se convirtió en una cuestión de suma prioridad para el gobierno tailandés en 1992. Aunque la prostitución era ilícita y punible con pena de encarcelamiento, la explotación infantil seguía aumentando a un ritmo constante. Al no tener oportunidades de educación ni de empleo, muchas jovencitas no tenían otra forma de ganarse la vida ni de ayudar a sus familias. El aumento de la prevalencia de la infección por el VIH entre las trabajadoras del sexo comercial, que pasó de 3,5 por ciento en 1989 a 29 por ciento en 1996, hizo que el gobierno emprendiera una campaña nacional para ayudar a las jóvenes que corrían el riesgo de incorporarse a la industria del sexo. Las medidas de prevención garantizaron nueve años de educación básica de calidad para todos los niños, dieron a las niñas y los niños el mismo acceso a la formación profesional y a la educación académica y no académica, y establecieron un sistema de supervisión para impedir la coacción o el engaño de los menores para que se dedicaran a la prostitución.

Entre los proyectos figuran el Proyecto de Desarrollo Vital Sema, que desde 1994 ha proporcionado becas de estudios secundarios a las niñas desfavorecidas. Se capacita a los profesores para que aprendan a reconocer a las niñas que corren un alto riesgo de ser explotadas y para que hablen con ellas y con sus padres sobre la continuación de su educación. Entre las zonas seleccionadas hay ocho provincias en el norte de Tailandia que tienen tasas elevadas de infección por el VIH/SIDA y porcentajes elevados de jovencitas que abandonan la escuela después del sexto grado. El proyecto Mujeres Tailandesas de Mañana, iniciado en 1992, hace mucho más hincapié en el cambio de actitudes de los padres y las hijas que ven la prostitución y la formación profesional como una alternativa a la educación escolar. Ambos programas demuestran que mediante la educación las adolescentes pueden adquirir la madurez, los conocimientos y las aptitudes para que se protejan contra el engaño y consigan mejores trabajos. El Proyecto del Fondo para Préstamos para la Educación también se ideó con el fin de ayudar a las familias desfavorecidas, pero centra su atención en los niños que han terminado el noveno grado y no tienen los medios económicos para seguir en la escuela secundaria, o en los graduados de la escuela secundaria que desean ingresar a una escuela profesional o a la universidad. El hecho de que los niños sigan en la escuela tres años más, hace que corran menos riesgo de incorporarse al comercio del sexo.

El Ministerio de Salud ofrece cada año entre 50 y 80 plazas de enfermería a nivel universitario con puestos garantizados en los hospitales públicos a las becarias del Sema que se gradúan de la escuela secundaria. Siete empresas ofrecen capacitación y empleos a las jovencitas del proyecto Mujeres Tailandesas de Mañana. Las participantes del programa de capacitación profesional reciben asistencia respecto a oportunidades de empleo en computadoras, diseño y moda contemporánea y tallado de piedras preciosas que permite a las jóvenes recibir un sueldo relativamente bueno. El Gobierno de Tailandia y los ingresos de la Lotería Estatal financian estos programas y ambos están comprometidos a largo plazo. Los buenos resultados del vínculo entre educación y salud reproductiva garantizan la participación continua de los Ministerios de Educación y de Salud.

### Fuentes:

ONUSIDA, "Reducing Girls' Vulnerability to HIV/AIDS: The Thai Approach." Puede obtenerse en <http://www.unaids.org/publications/documents/children/young/reducingcse.pdf>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

Embajada de Tailandia en Washington, DC, "Children Prostitution." Puede obtenerse en <http://www.thaiembdc.org/socials/childprs.htm>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.



Kym Bills

noventa en el Plan de Desarrollo Integrado del Niño, que se puso en práctica a nivel nacional, constituyó el primer intento del gobierno de integrar a los adolescentes en un programa amplio existente, que pudiese beneficiar a millones de niñas. Un proyecto enseñó a las jovencitas a dirigir guarderías infantiles. Otro trató de mejorar la salud, el nivel de alfabetización y las capacidades de las jovencitas que habían abandonado la escuela. En 1994, participaban en este programa unas 450.000 jovencitas de 11 a 18 años de edad de todo el país.<sup>91</sup> Una evaluación reciente observó en las jovencitas una mayor seguridad en sí mismas, y mejoras de la prestación de servicios de salud, pero criticó, entre otras cosas, el hecho de que se puede explotar a las niñas adolescentes al contratarlas como trabajadoras voluntarias.<sup>92</sup>

La ambivalencia persistente en cuanto a la educación sexual también ha obstaculizado la aplicación plena de un programa de educación sobre población y para la vida familiar que se inició a principios de los años ochenta. Algunos dicen que en los niveles más altos no existe la voluntad política para aplicar un programa nacional de educación sexual.<sup>93</sup> Los programas relativos al SIDA también dejan de lado la sexualidad y la educación sexual. Recientemente se ha incluido la educación sexual en el Programa Nacional de Estudios de la India, con segmentos sobre educación para los adolescentes y aptitudes para la vida. Pero los mensajes que desagradan a los funcionarios estatales se diluyen, y los maestros omiten algunos temas porque se sienten incómodos al respecto. Como explicó un miembro del personal del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la única estrategia que da resultado a la larga es la de motivar a los maestros, pues “los maestros son más custodios que padres”.<sup>94</sup>

El gobierno nacional y varios estados dirigen programas separados de concienciación sobre el VIH/SIDA en escuelas secundarias que pueden beneficiar a más de 6,5 millones de jóvenes, pero dichos programas no se han puesto en práctica completamente.<sup>95</sup> Sólo Tamil Nadu ha procedido a la aplicación de programas de educación sexual, mientras que Maharashtra de hecho prohibió la educación en materia de SIDA en las escuelas públicas, a pesar de tener la peor epidemia de todos los estados.<sup>96</sup> Los objetivos de la educación relativa a población, vida

familiar y SIDA son aparentemente muy distintos, y sigue habiendo muchas lagunas en lo que abarcan, y sin embargo los encargados de la elaboración de las políticas, y los administradores de las escuelas señalan cualquier cosa que hacen como prueba de que se está impartiendo educación sexual y reproductiva en las escuelas.

Los programas y servicios más interesantes para los jóvenes los ponen en práctica las ONG.<sup>97</sup> Mientras que el gobierno considera que es necesario enseñar a los jóvenes a ser responsables, las ONG tienen más probabilidades de creer que los jóvenes *son* responsables, pero que simplemente necesitan información y apoyo para tomar decisiones saludables.<sup>98</sup>

Una labor no gubernamental es la desempeñada por el programa del Proyecto de Adolescentes Sanos de los Exploradores y Guías de Bharat en la India, el cual imparte educación sobre aspectos fisiológicos de la salud reproductiva y promueve conversaciones relativas a relaciones entre los géneros, confianza y relaciones.<sup>99</sup> Otro programa ofrece asesoramiento a parejas comprometidas y recién casadas, y servicios gratuitos a parejas casadas con la esperanza de atraer a las parejas que han tenido su primer hijo para que usen más servicios.<sup>100</sup> La Asociación de Planificación de la Familia del programa Educación Sexual, Asesoramiento, Investigación y Capacitación/ Terapia de la India proporciona asesoramiento a parejas comprometidas y recién casadas, y servicios gratuitos a las parejas casadas. Otras ONG proveedoras de información y servicios de salud reproductiva son Parivar Seva Sanstha (Organización de Servicios Familiares) y Marie Stopes.

### ¿CUÁLES FUERON LOS FACTORES CLAVE QUE POSIBILITARON LA ELABORACIÓN DE ESTAS POLÍTICAS?

El cambio que hizo la India en su estrategia de centrar la atención en la salud reproductiva en vez de en la planificación familiar desde 1997, con “servicios más completos... y un enfoque en la elección que hacen los clientes, la calidad de los servicios, cuestiones de género y grupos subatendidos, entre ellos los adolescentes”, ha retado a los programas a que amplíen su enfoque.<sup>101</sup> Sin embargo, la



Margaret E. Greene

ambivalencia en cuanto a la agenda de salud reproductiva, particularmente en el interior de los programas sobre el terreno, ha obstaculizado la evolución de los servicios.

Otro factor importante ha sido la constante labor de numerosas organizaciones no gubernamentales que promueven la causa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, o que realizan investigaciones al respecto. Entre las organizaciones de promoción y educación figuran Tarshi (originalmente acrónimo en inglés que quiere decir Diálogo sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva) y Naz (Dignidad), que han impartido educación y promovido un diálogo más amplio sobre la salud sexual, incluida la infección por el VIH/SIDA. Entre los que participan en investigaciones figura el Consejo de Población, que realiza investigación programática sobre intervenciones para los jóvenes, y HealthWatch, que tiende más a trabajar en investigación para fines de promoción, con miras a lograr que el programa de la CIPD se aplique en los programas de bienestar familiar de la India.

## RETOS Y RESPUESTAS

El clima político de la India no favorece la elaboración ni la aplicación de políticas de salud reproductiva de los

**“Los servicios de salud no ven al adolescente como tal. La persona es ya sea un niño que necesita vitaminas o una persona casada que necesita servicios obstétricos”.**

**—Funcionario de la FNUAP**

jóvenes. La diversidad de prácticas, creencias y condiciones religiosas y culturales de la India obstaculiza la aplicación de las leyes existentes. Por ejemplo, la necesidad de hacer cumplir la ley relativa a la edad mínima de matrimonio se vuelve a descubrir como una cuestión importante una y otra vez.

Las actividades de educación en materia de población se centran en la demografía y el desarrollo, mientras que las de educación en relación con el SIDA se centran en el organismo que produce la enfermedad.<sup>102</sup> Ambos enfoques limitados dejan de lado la educación sexual más amplia. Un análisis de la epidemia de la infección por el VIH en la India reveló que la educación sexual en las escuelas y las universidades, y los debates francos en la prensa, se ven fácilmente bloqueados por la oposición conservadora, la censura y las leyes de pornografía.<sup>103</sup> Una organización atípica, Parivar Seva Sanstha, promueve la educación sexual en el estado de Orissa como una necesidad, y no como un problema. La organización no sólo presta servicios sino que trabaja con los medios de información y representantes del gobierno.

La respuesta nacional a la infección por el VIH/SIDA se ha visto perjudicada por la negativa actual de la India a aceptar que los jóvenes de este país puedan ser víctimas algún día de una epidemia completa de SIDA.<sup>104</sup> La burocracia del gobierno separa la infección por el VIH de otros aspectos de la salud reproductiva, y rara vez aborda los factores sociales y personales más complejos que también configuran la salud reproductiva en general. Esto también ha ocurrido con los consejeros que trabajan en las escuelas. El FNUAP, el cual ha vuelto a asumir un compromiso respecto a los adolescentes, en los próximos dos años irá reduciendo poco a poco su apoyo a la educación en materia de población y hará hincapié en el asesoramiento en sexualidad y VIH/SIDA.<sup>105</sup>



Margaret E. Greene

## LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

***La India debe superar la incomodidad que siente respecto a la sexualidad y hacer frente a la realidad de la vida sexual de los jóvenes, cambiando normas, y a la pandemia del SIDA.*** La respuesta de la India a la infección por el VIH/SIDA y a las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes se ve obstaculizada porque “para toda la sociedad la sexualidad es un tema tabú”.<sup>106</sup> Casi no existen lugares que sean apropiados y cómodos para que alguien se informe acerca de la sexualidad saludable, la salud reproductiva y la prevención de enfermedades.

***La India necesita formular urgentemente su propio enfoque amplio, que no se base en las enfermedades, en cuanto a la sexualidad.*** El enfoque biológico de la India respecto la educación sexual y a la educación sobre el VIH tiende a abordar la paternidad y la maternidad, las enfermedades y la abstinencia, y no aborda las funciones de los géneros ni la sexualidad; ni el sistema de educación de la India facilita la participación activa ni la interacción.

La educación sexual debe basarse en las experiencias—y el material—de organizaciones que han trabajado para empoderar a las mujeres y mejorar su salud.<sup>107</sup>

***El analfabetismo generalizado pone de relieve la importancia de poder hablar de la sexualidad cómodamente en algún tipo de foro.*** Llegar a los jóvenes con el fin de proporcionarles educación requerirá dar más capacitación en aptitudes de comunicación a los educadores y al personal de salud.

***El liderazgo proveniente de los niveles más altos es esencial para romper el silencio en la India.*** Los encargados de elaborar políticas tienden a suponer que sus electores se escandalizarían con cualquier medida que adopten en este campo; muchos de ellos buscan ventajas políticas escudándose en valores “culturales” y “tradicionales” en vez de tratar de disipar los temores de la gente proporcionándole información correcta.<sup>108</sup>

***El Gobierno de la India ha perdido oportunidades importantes de trabajar con los jóvenes en programas existentes de Bienestar Familiar.*** El gobierno debe separar sus objetivos de salud reproductiva, incluidas cuestiones relativas al VIH, de sus objetivos demográficos, especialmente cuando se trata de los jóvenes. La confusión de estos dos programas nacionales ha hecho que se dé una importancia innecesariamente limitada a la planificación familiar.

***Pocas personas, ya sea en el gobierno o en las organizaciones no gubernamentales, escuchan a los jóvenes.*** A los jóvenes se les pregunta poco lo que desean o necesitan, y no son muchos los lugares en los que ellos pueden hablar de sus propias experiencias e inquietudes. A la India le ha tomado demasiado tiempo resolver la cuestión de su población numerosa de jóvenes.

***Aunque en general los encargados de formular políticas están de acuerdo en que la inversión en el desarrollo de los jóvenes debe ocurrir en todos los sectores, pocas actividades tienen que ver con más de un sector para abordar la vida sexual y reproductiva de los jóvenes.*** La pobreza, el analfabetismo, la falta de atención de salud, la emigración de zonas rurales hacia zonas urbanas, la condición baja de la mujer y muchos otros factores contribuyen a la mala salud reproductiva y a la propagación del SIDA. Abordar estos obstáculos sociales



de tan amplio alcance que se oponen a la salud requerirá ir más allá del sistema de salud.<sup>109</sup>

*La integración de la educación sexual en los programas de estudio de las escuelas beneficiará a los jóvenes directamente, y quizás también mejore el entorno social en el que funcionan los programas de salud de las ONG y los de los estados.*<sup>110</sup> Los maestros pueden ser líderes comunitarios importantes, y ofrecerles capacitación amplia e imparcial sobre educación sexual podría ser un punto de partida muy útil. Los padres también necesitan información, y las asociaciones de padres y maestros pueden facilitarles el aprendizaje.

*En la India se necesita urgentemente promover el derecho de los jóvenes a la información y los servicios de salud reproductiva.* Si los derechos de los jóvenes no se toman en serio, no se logrará que tengan acceso a la educación y a servicios competentes y respetuosos.

*Al gobierno le conviene escuchar más a las organizaciones no gubernamentales puesto que ellas tienen más experiencia en la labor de salud reproductiva.* La mayoría de las ONG se encuentran al margen del proceso de políticas, y no pueden aportar mucho a los documentos ni a la aplicación de las políticas.

*Los activistas en materia de salud reproductiva de los jóvenes en la India deben unir sus esfuerzos y establecer redes que centren la atención en la mejora de políticas y programas especiales.* Redes como HealthWatch, creada mediante la colaboración entre ONG, investigadores y activistas, que han iniciado un debate nacional sobre políticas de población y programas de salud reproductiva, pueden desempeñar una labor más importante en la promoción de la educación sobre la sexualidad como un derecho importante de todas las personas en la India.

*Es necesario que el gobierno termine el proyecto cuidadosamente elaborado de la Política Nacional de la Juventud y adopte medidas al respecto.* La propuesta más reciente presentada por la comisión de planificación de incluir a los jóvenes en el décimo Plan Quinquenal podría proporcionar la estructura y los fondos necesarios en caso de que no se cuente con dicha política.

**La respuesta de la India a la infección por el VIH/SIDA y a las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes se ve obstaculizada porque “para toda la sociedad la sexualidad es un tema tabú”, dice Siddarth Dube.**

La cuestión ahora es saber si los dirigentes de la India lograrán que el contenido de los programas y la labor educacional satisfagan la necesidad enorme de información clara e imparcial y de servicios para los jóvenes y, en realidad, para toda la población. La elaboración de nuevos materiales de educación para los adolescentes representa una oportunidad importante para la India. Una fuerte política nacional para los jóvenes, una vez que haya sido aprobada, podría ofrecer el respaldo legislativo para estos cambios a nivel programático.



# La República Islámica de Irán:

## POLÍTICAS FUERTES DIFÍCILES DE DOCUMENTAR EN LA PRÁCTICA

La República Islámica de Irán atrajo la atención internacional en los años 90 por haber aplicado una de las políticas más eficaces del mundo para estabilizar el crecimiento de la población. Un cambio radical de política a finales de los años ochenta que condujo a la aplicación de nuevas actividades en materia de población y planificación familiar hizo que la fecundidad bajara precipitadamente, y contribuyó a la postergación del matrimonio y a intervalos más largos entre los nacimientos.

Una población desproporcionadamente joven centró la atención política y social en las necesidades de los jóvenes.<sup>111</sup> La riqueza relativa del Irán, en comparación con otros países de Asia central y del sur, que se debe en gran medida a sus considerables reservas de petróleo, proporcionó recursos para abordar dichas necesidades. Los jóvenes de 10 a 24 años representan el 37 por ciento de la población iraní de más de 67 millones.<sup>112</sup> La tasa de alfabetización en este país es superior a 95 por ciento; y las tasas relativas a las jóvenes casi se duplicaron al pasar de 48 por ciento a 92 por ciento en los últimos dos decenios, y las tasas relativas a los hombres jóvenes aumentaron de 71 por ciento a 98 por ciento. Estas tendencias son particularmente marcadas en las zonas rurales, donde la alfabetización aumentó de 27 a 89 por ciento respecto a las niñas adolescentes, y de 60 por ciento a 98 por ciento en los muchachos adolescentes gracias a una considerable ampliación de las oportunidades de educación formal.<sup>113</sup>



Población total, año 2000 (en millares)	<b>70.330</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>59%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>36%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>1,69%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$5.163</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>2,6</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>9%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>27%</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>5% / 26%</b>
Porcentaje de personas de 20-24 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>34% / 69%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>34%</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>No Data</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>No Data</b>
Años de educación obligatoria	<b>5</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>96% / 92%</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>102 / 95</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>81 / 73</b>

### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.

\*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

### Fuentes:

Naciones Unidas, División de la Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.  
 Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC: Banco Mundial.  
 Ministry of Health and Medical Education. 1997. *Results of the 1997 Family Planning Survey of Iran*. Tehran: MOHME.  
 Naciones Unidas, División de la Población. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (gráfico mural). Nueva York: ONU.  
 Population Reference Bureau (PRB). 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, DC: PRB.  
 ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA: Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.  
 UNESCO. 1995. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.  
 UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.  
 Naciones Unidas. 1997. *Report on the World Social Situation*. Nueva York: Naciones Unidas.

La constitución de Irán se basa en el Sharia o Ley Islámica, y las políticas y las actividades del gobierno se guían basándose en principios islámicos. Los musulmanes shias representan el 91% y los sunnitas el 8% de toda la población; otros son cristianos, judíos, zoroástricos y bahais (este último es un grupo religioso no reconocido por el gobierno). Un número considerable de refugiados afganos también viven dentro de las fronteras de Irán. A diferencia de muchos otros países musulmanes, Irán ha moderado con frecuencia el Sharia mediante un enfoque pragmático respecto a las necesidades sociales modernas, incluidas las necesidades de salud reproductiva de su pueblo. Esta evaluación de la respuesta de Irán al mandato de la CIPD relativo a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes se basa en gran medida en documentos oficiales y materiales de educación—lo cual refleja las intenciones

expresadas de Irán respecto a sus jóvenes, en vez de presentar amplias pruebas de éxito o fracaso. Se han hecho pocas investigaciones respecto a lo que está ocurriendo en realidad, en particular en cuanto a los casos en que la realidad no corresponde con las intenciones del gobierno ni con las normas sociales.

## EL ENTORNO DE POLÍTICAS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

En 1979, una revolución Islámica reemplazó la monarquía semiseglar con un régimen islámico. La nueva constitución estableció mandatos para las distintas ramas del gobierno bajo la supervisión del líder espiritual principal, lo cual tuvo consecuencias importantes respecto a las políticas y las leyes relacionadas con la población y la salud reproductiva del país. La incertidumbre en cuanto a la función de la planificación familiar dentro del Islam contribuyó a una falta de apoyo por parte del nuevo gobierno, aunque tanto el sector público como el privado han seguido prestando servicios a una escala modesta.<sup>114</sup> Aunque a algunos funcionarios del gobierno les preocupaba la planificación familiar y la población desde un principio, la política en general promovía la fecundidad elevada para maximizar el número de partidarios de la Revolución, compensar la enorme pérdida de vidas en la guerra de Irán e Irak, y por un sentido de aislamiento internacional reforzado por el embargo impuesto por Estados Unidos.<sup>115</sup> La estrategia a favor de la natalidad incluía la reducción de la edad de matrimonio a 9 años en las niñas y 14 años en los niños, la oferta de incentivos para las familias a fin de que tuvieran más hijos y la proscripción del aborto. Estas políticas, como también la inmigración de Afganistán en particular, produjeron una explosión demográfica que hizo que la población pasara de 34 millones a 50 millones entre 1976 y 1986, lo cual representa una tasa de crecimiento anual de más de 3 por ciento en un período de 10 años.<sup>116</sup>

El censo de 1986, que reveló un crecimiento muy rápido de la población y emigración a las ciudades, inicialmente despertó júbilo, y luego alarma. La Organización de Planes y Presupuesto, y el Ministerio de Salud y Educación Médica (MSEM) decidió lanzar una campaña para convencer a otros órganos normativos de la necesidad de contar con una política de población y de un programa de planificación familiar.<sup>117</sup> Dos seminarios impor-

**El gobierno islámico hizo frente a un reto enorme al explicar este cambio asombroso a su pueblo y lanzó una campaña para lograr un consenso nacional a fin de aclarar los perjuicios del rápido crecimiento de la población, y los beneficios que tiene la limitación de los nacimientos para la sociedad y la salud de las mujeres.**

tantes celebrados en la ciudad de Mashad, el primero en 1988 sobre población y desarrollo, y el segundo en 1989 sobre el Islam y la política de población—organizado para el clero de alto rango—contribuyeron a esta labor. El Alto Consejo Judicial anunció que “la planificación familiar no tiene barreras islámicas” y el gobierno duplicó el presupuesto de población y estableció una nueva política de población y un nuevo programa de planificación familiar, el cual se puso a cargo del MSEM.<sup>118</sup> En 1990, se creó la Comisión de la Limitación Familiar transectorial para coordinar y supervisar todas las actividades del gobierno relativas a política de población, por ejemplo la promoción de una norma de familias pequeñas por conducto de los medios de información, la eliminación del permiso de maternidad cuando la mujer tiene cuatro hijos o más, el aumento de las oportunidades de educación y empleo para las mujeres, y la ampliación de los beneficios de jubilación. El gobierno islámico hizo frente a un reto enorme al explicar este cambio asombroso a su pueblo y lanzó una campaña para lograr un consenso nacional a fin de aclarar los perjuicios del rápido crecimiento de la población, y los beneficios que tiene la limitación de los nacimientos para la sociedad y la salud de las mujeres.<sup>119</sup>

Las personalidades religiosas de los niveles más altos apoyaron la campaña mediante la radio, la televisión, los periódicos y las oraciones de los viernes. Una nota distintiva de los esfuerzos de promoción fue el hincapié que se hizo en la función de planificación familiar como un elemento esencial para la salud de la mujer. El líder iraní Ayatollah Khomeini habló a favor del espaciamiento de los nacimientos, y muchos otros emitieron proclamaciones (*fatwas*) en apoyo de la lactancia materna y de métodos particulares de control de la natalidad, y funcionarios del gobierno citaron al profeta Mahoma que decía que “las

familias pequeñas traen consigo una vida más tranquila”.<sup>120</sup> El prominente líder religioso Ayatollah Shirazi exhortó a los iraníes a pensar en la calidad y no en la cantidad de musulmanes.<sup>121</sup> Una ley de 1993 puso fin a toda la política a favor de la natalidad, y un censo reveló que, entre 1986 y 1996, la tasa promedio de crecimiento anual de la población bajó de 2,5 a 1,5 por ciento.<sup>122</sup> Es posible que cambios socioeconómicos hayan iniciado la disminución, pero lo cierto es que ésta se hizo realidad debido a la intensa labor que el gobierno realizó entre 1988 y 1991.<sup>123</sup>

### ¿QUÉ LLEVÓ LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES AL CENTRO DE LA ATENCIÓN NACIONAL?

La explosión demográfica y el crecimiento de la población de Irán constituyeron el centro de atención de un diálogo nacional sobre nuevas estrategias para la educación, la salud y otros campos de política social, y sobre la forma en que dichas estrategias podrían aplicarse en la enorme escala necesaria. Los padres, debido a su preocupación, ejercieron presión sobre el gobierno para que éste prestara más atención al bienestar de los jóvenes, y esto también constituyó un factor importante.

### ¿EXISTE UNA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES?

No existe una política integral que aborde especialmente las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes, y la gente se siente incómoda al hablar de la sexualidad de los jóvenes en público. Sin embargo, una política nacional de población, una ley de planificación familiar, una política nacional de desarrollo y una política nacional de salud incluyen disposiciones especiales respecto a los jóvenes. Y una ley nacional de población y de planificación familiar establece que los Ministerios de Educación, Cultura y Salud se hagan cargo de promover la concienciación de los estudiantes en cuanto a la población y al desarrollo, y que incorporen cuestiones de educación sobre población en los programas de educación escolar.

El Alto Consejo para la Juventud, establecido en 1993, elaboró una Política Nacional de la Juventud para pro-

mover una concienciación sobre las necesidades de los jóvenes pero no abordó explícitamente la salud reproductiva de los jóvenes, incluso en secciones dedicadas a la familia y el matrimonio.<sup>124</sup> La Política Nacional de Salud establece la prestación de servicios de salud integrales y gratuitos, que incluyen la salud reproductiva para todos. Los servicios se prestan mediante una red de atención de salud primaria que atiende a más del 90 por ciento de la población; este sistema es especialmente activo en las zonas rurales. Aunque teóricamente una persona de 16 años de edad puede obtener atención de salud reproductiva sin que se le pregunte acerca de su estado civil o su edad, ni se le pida aprobación de los padres, los registros incluirán toda esta información y a menudo determinan los servicios y la información que recibirá.<sup>125</sup>

Existen contradicciones análogas en cuanto al matrimonio. La campaña del gobierno destinada a reducir la fecundidad apoyó un movimiento realizado por reformistas partidarios del parlamentarismo a fin de aumentar la edad mínima legal para el matrimonio de 9 a 15 años respecto a las niñas y de 17 a 18 años respecto a los muchachos. Lamentablemente, el Consejo Guardián ha bloqueado estos esfuerzos; este Consejo es un organismo conservador que debe examinar a fondo todas las leyes y a todos los candidatos para cerciorarse de que concuerdan con su visión de los preceptos islámicos. Sin embargo, el desarrollo socioeconómico y el nivel más alto de instruc-



Zohra Rasekh

**“El problema de los niños varones es más complicado porque las niñas hablan con su madre sobre cuestiones personales. Los niños varones no hablan con su madre, y los padres no se ocupan de sus hijos. A los niños varones les damos un folleto para que lo lean y también tenemos a un consejero para que los guíe y responda a sus preguntas.”**

**—Ministerio de Representantes de Salud**

ción contribuyeron a un aumento de la edad de matrimonio entre 1986 y 2000 en los hombres y las mujeres (a 25 y 22 años, respectivamente).<sup>126</sup>

Desde la CIPD de 1994, la mayor concienciación pública en lo relativo a cuestiones de salud reproductiva de los jóvenes ha hecho que para el gobierno sea más fácil proporcionar educación, asesoramiento y servicios relativos a salud reproductiva dentro de la sociedad conservadora iraní. Pero éste ha actuado cautelosamente, y ha tenido en cuenta la sensibilidad de la comunidad y ha colocado a los líderes religiosos a la cabeza de la labor de educación pública. A pesar de que no existe una política general única en este campo, la influencia política de expertos y líderes religiosos en las jerarquías del gobierno ha desempeñado una función esencial en atraer a la atención de los líderes políticos a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Si bien es cierto que varias organizaciones no gubernamentales han proporcionado cierto grado de promoción, apoyo técnico e investigación, su influencia ha sido limitada.<sup>127</sup>

## **ENFOQUE DE LOS ESFUERZOS PROGRAMÁTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES**

En muchos aspectos, no ha hecho falta una política de salud reproductiva para los jóvenes en Irán.<sup>128</sup> El fuerte sistema de salud, el compromiso en cuanto a atender a todas las personas y los esfuerzos por cambiar las actitudes públicas también han beneficiado a los jóvenes. El

gobierno islámico ha coordinado y financiado numerosos proyectos y casi todos los servicios se prestan gratuitamente.

El Ministerio de Salud y Educación Médica, y el Consejo Nacional de la Juventud son los dos organismos coordinadores principales de la labor multisectorial dirigida hacia el aumento de los conocimientos y la mejora de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. En 1994, el Ministerio estableció una Oficina de la Juventud dentro de su Departamento de Salud Familiar para trabajar con escuelas, maestros y padres en lo relativo a las consecuencias médicas y sociales de la sexualidad de los jóvenes.<sup>129</sup>

Un programa innovador establece cursos prematrimoniales obligatorios para las parejas comprometidas; para obtener una licencia de matrimonio, cada pareja ha de asistir a un curso de medio día sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, y hacerse exámenes médicos respecto a la sífilis y al uso de drogas. Aunque los bajos límites de edad para el matrimonio hacen que los funcionarios de asesoramiento prematrimonial a menudo tengan que preparar a muchachos y niñas de 10 a 15 años de edad, se considera que el asesoramiento es eficaz y aceptable desde el punto de vista cultural. El MSEM administra unos 500 centros de asesoramiento de ámbito nacional, y también muchos equipos móviles en zonas rurales, y está tratando de ampliar sus servicios aún más con la ayuda de un grupo caritativo llamado Comité de Socorro de los imanes.

Un folleto titulado “El mensaje de felicidad para las parejas jóvenes”, publicado por el MSEM, hace hincapié en el amor, el afecto y la comunicación espiritual en la relación sexual, y aconseja al joven que, antes de tener la relación sexual, se cerciore de que la mujer está de acuerdo y preparada para ello.<sup>130</sup> El texto incluso explica las respuestas psicológicas a la excitación sexual, y contiene información muy explícita sobre el placer de cada integrante de la pareja, el estímulo erótico antes del acto sexual, higiene, prevención de las ITS y el hecho de que en realidad cualquier persona puede contraer el SIDA, en particular las personas que tienen varios compañeros sexuales. Desaprueba el embarazo antes de los 18 años de edad por ser un riesgo para la salud, explica los signos del embarazo y recomienda tres años de espaciamiento entre los nacimientos. Como muchas publicaciones sobre salud reproductiva en Irán, las publicaciones a menudo incluyen

**La atención que el gobierno ha prestado a la alfabetización de la mujer en años recientes ha facilitado mucho la difusión de material.**

enseñanzas musulmanas que legitiman hablar de temas relacionados con el sexo.<sup>131</sup>

La prioridad más reciente del gobierno ha sido proporcionar información adecuada para las distintas edades mediante el sistema de educación formal. La atención que el gobierno ha prestado a la alfabetización de la mujer en años recientes ha facilitado mucho la difusión de material. Actualmente se están sometiendo a prueba libros para padres y jóvenes casados y solteros en tres provincias distintas.<sup>132</sup> El MSEM también da información sobre salud para un programa multisectorial dirigido a lograr la participación de los iraníes jóvenes en el desarrollo del país.<sup>133</sup>

El Ministerio de Educación también ha establecido un Comité de Elaboración de Programas de Estudio para elaborar materiales de educación para más 1.000 proyectos escolares piloto en cinco provincias. El Ministerio de Educación hizo que la educación en salud reproductiva formara parte del programa de estudios en las escuelas en septiembre de 2001, y el material existente se integrará en los libros de texto escolares para los estudiantes mayores de la escuela secundaria.<sup>134</sup> Aunque algunos materiales de educación sobre población y planificación familiar ya se han proporcionado en las escuelas, no se han integrado en ningún curso obligatorio.<sup>135</sup> El FNUAP ofrece capacitación para los maestros en cuestiones de salud de los adolescentes y ayuda a la Asociación de Planificación Familiar de la República Islámica de Irán (FPAIRI) y al Ministerio de Educación en la elaboración y producción de materiales educacionales para ayudar a los padres a comunicarse con sus hijos.

La educación también constituye el centro de atención más importante de las ONG nacionales que trabajan en el campo de la salud reproductiva. La Asociación de Padres y Maestros (APM), ONG independiente y socia desde hace mucho tiempo del Ministerio de Educación, ha publicado varios manuales sobre salud reproductiva de los jóvenes, relaciones familiares, cuestiones de género y un periódico educacional, titulado Payvand (Conexión), para los padres. Un proyecto de la FPAIRI ha impartido capacitación a los adultos que trabajan con jóvenes en distintos entornos, por ejemplo prisiones juveniles, escuelas, centros culturales, asociaciones de padres y maestros y mezquitas.<sup>136</sup>

Otro programa de la FPAIRI ha producido materiales adecuados para distintas edades para niños, niñas y parejas

comprometidas. Los materiales para los adolescentes más jóvenes se centran en temas de fisiología e higiene; los adolescentes y las adolescentes de más edad aprenden acerca de las ETS, el embarazo y la planificación familiar. Un folleto para niñas presenta los aspectos físicos y psicológicos de la pubertad, anima a las niñas a ver la belleza de la condición de mujer y les recomienda que pidan más información a las mujeres de la familia y también a sus proveedores de servicios de salud.<sup>137</sup> El contenido del libro para niños varones es muy distinto y más explícito que el libro para niñas, y abarca temas sobre la sexualidad y el comportamiento sexual, la importancia del tamaño del pene, la psicología del interés y la falta de interés en el sexo opuesto, la masturbación y otros temas.<sup>138</sup> Sólo en los materiales para parejas comprometidas o casadas se presenta información sobre relaciones sexuales y sexualidad.<sup>139</sup>

Un aspecto notable del enfoque de Irán respecto a la salud reproductiva en general es la atención que presta a la educación, la concienciación y la participación de los varones. El gobierno se basa en las pruebas que indican que la participación de los hombres tiene un efecto importante en la salud de las mujeres y emplea enseñanzas islámicas que animan a los hombres a hacerse responsables de su comportamiento sexual y a negociar la planificación familiar con la esposa.<sup>140</sup> El Ministerio de Salud está finalizando un Plan de Acción Nacional para la participación de los hombres en cuestiones de salud reproductiva, y el Ministerio de Educación está ampliando su programa de educación sexual para aplicarlo en bases militares y otros lugares de trabajo con la asistencia técnica del FNUAP.<sup>141</sup>

## RETOS Y RESPUESTAS

Existen discrepancias entre las opiniones del Consejo Guardián, las políticas de salud del gobierno y las prácticas locales. Por ejemplo, no existen registros oficiales sobre la salud sexual, los embarazos o los abortos de las jovencitas menores de 15 años porque se considera que son niñas y

**No cabe duda de que el acceso a los establecimientos de salud ha mejorado el estado de salud de los iraníes en general, pero existen pocos datos sobre las personas de 10 a 24 años de edad.**

que no se supone que tengan relaciones sexuales. Y los matrimonios a una edad temprana y la fecundidad elevada se permiten, a pesar de que se reconoce que estas prácticas son perjudiciales. La Política Nacional de Educación establece que se debe impartir educación a las adolescentes embarazadas casadas, pero en zonas rurales esas escuelas son escasas y las adolescentes embarazadas se ven obligadas a asistir a escuelas de provincias o ciudades cercanas.<sup>142</sup>

Además, a pesar de que los logros de la política de Irán en cuanto a la salud son admirables, no se han hecho muchos estudios acerca de lo que está ocurriendo en realidad. Es aquí donde las ONG podrían desempeñar una función más importante. En 2000, por ejemplo, con fondos del UNICEF y la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la FPAIRI encuestó a 4.320 niños y niñas en Teherán para evaluar la eficacia de una serie de módulos de educación sexual.<sup>143</sup> Ese tipo de evaluaciones se necesitan mucho.

En efecto, la deficiencia de los materiales educacionales constituye otro reto para el éxito del programa de Irán para los jóvenes. Por una parte, los libros de texto y manuales son sorprendentemente claros en sus explicaciones del cuerpo y los órganos sexuales. Por otra parte, la mayoría de los materiales abordan de manera eufemística cuestiones de sexualidad y relaciones, y está prohibido abordar el comportamiento sexual de los jóvenes, incluso dentro del matrimonio.<sup>144</sup> Pocas ONG trabajan en el campo de la salud reproductiva de los jóvenes en Irán: las condiciones culturales, sociales y políticas no son favorables para la labor independiente de las ONG en materia de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

No cabe duda de que el acceso a los establecimientos de salud ha mejorado el estado de salud de los iraníes en general, pero existen pocos datos sobre las personas de 10 a 24 años de edad.<sup>145</sup> Irán obtiene poca información sobre las condiciones a las que los jóvenes hacen frente al tratar

de tener acceso a información o servicios, o al tomar decisiones en materia sexual o reproductiva que no coinciden con las normas actuales. Por ejemplo, aunque no existen datos válidos sobre el aborto (que es ilegal salvo cuando la salud de la madre corre peligro) y el embarazo precoz, los expertos calculan que aproximadamente 100.000 mujeres jóvenes abortan cada año, y la mayoría de estos abortos son ilegales o autoinducidos.<sup>146</sup> La mayor concienciación pública acerca de la importancia de los jóvenes en el desarrollo de Irán ha conducido a la recopilación de algunos datos sobre su estado de salud, pero es necesario hacer más al respecto.

## **LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

Los factores que han favorecido las iniciativas en materia de salud reproductiva de los jóvenes en Irán han incluido lo siguiente: preocupación por la numerosa población de jóvenes y sus necesidades, fuerte compromiso del gobierno en cuanto a la salud, apoyo a los líderes religiosos de alto nivel, alto grado de formación de la sociedad, cooperación entre las escuelas y los padres, fondos nacionales adecuados y colaboración entre diversos sectores del gobierno y la sociedad civil en lo relativo a planificación y aplicación de políticas. Aunque Irán es un caso único en muchos aspectos, su experiencia es pertinente para la elaboración de políticas de salud sexual y reproductiva de los jóvenes en otros entornos.

*El gobierno ha recibido apoyo económico, político y religioso al abordar las necesidades de los jóvenes.* Las condiciones políticas de Irán permitieron mejorar la información y los servicios de salud reproductiva para los ciudadanos de todas las edades, al tiempo que trataba de lograr la meta de reducir el crecimiento de la población. La labor de Irán dirigida hacia la estabilización de la población ha ocurrido sin el abuso de los derechos humanos que se ha visto en otros lugares; por ejemplo, el país evitó explícitamente repetir la experiencia de India con la vasectomía forzada en los años setenta.<sup>147</sup>

*Los cambios de la política de salud reproductiva se han beneficiado enormemente de la estrecha relación que existe entre los líderes políticos y religiosos en*



**Irán.** El chiismo iraní se ha mostrado flexible en cuanto al cambio, y respecto a la interpretación del Corán conforme a la época, el lugar y la gente—lo cual ofrece un ejemplo útil para otros países donde la religión influye considerablemente en la elaboración de la política.

***El gobierno iraní ha reconocido que los líderes deben participar activamente en el cambio de actitudes en lo relativo a proporcionar información y servicios de salud sexual y reproductiva para los jóvenes.*** Es posible que la necesidad de tener una política de salud reproductiva explícita para los jóvenes sea menos aguda cuando existe la voluntad política de mejorar la vida reproductiva de los jóvenes. Pero dicha voluntad política existe solamente en algunos órganos normativos en Irán, y solamente en algunos sectores, lo cual requiere una mayor promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

***Aunque la sexualidad y la reproducción son temas delicados, el gobierno está trabajando a través de canales aceptables desde el punto de vista cultural para facilitar el acceso a información exacta y la creación de entornos seguros donde se pueda hablar abiertamente sobre estos temas.*** Programas provisionales de educación de salud reproductiva del gobierno en las escuelas se han reforzado mediante actividades de la APM. Ésta ha surgido como un poderoso foro donde se pueden examinar y producir materiales sobre cuestiones de salud reproductiva de los jóvenes. A Irán todavía le queda un largo camino por recorrer antes de que la información sobre salud reproductiva apropiada para las distintas edades se integre en los materiales de estudio para todos excepto los estudiantes de más edad.

***Las iniciativas programáticas del gobierno a favor de la vida sexual y reproductiva de los jóvenes se fortalecerían considerablemente mediante la elaboración de una política nacional en este campo.***

La existencia de tal documento ayudaría a que las políticas de Irán que guardan relación con los jóvenes sean más coherentes y a facilitar la coordinación transectorial.

***El compromiso con el desarrollo de los jóvenes hace posible que las jovencitas casadas y embarazadas sigan asistiendo a la escuela después del matrimonio.***

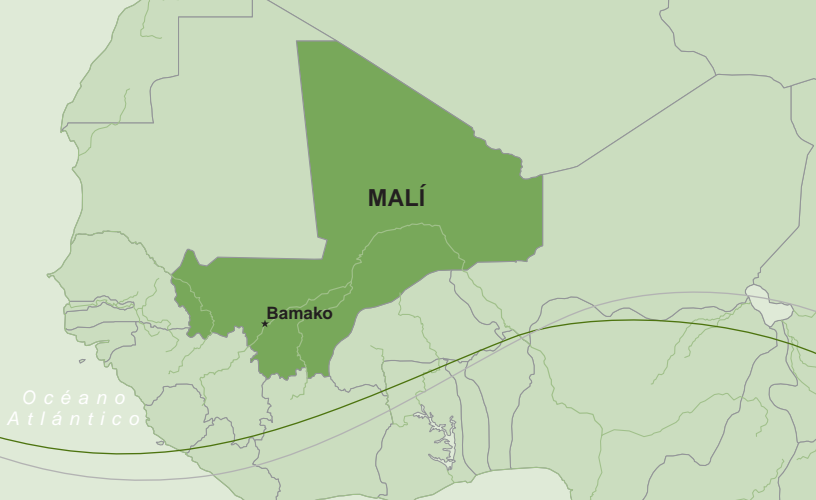
El compromiso de Irán con la educación y el desarrollo de las niñas ha llevado a la creación de escuelas especiales para ellas.

***Las ONG de Irán podrían representar una función más activa en informar a los órganos normativos acerca de las realidades locales.*** Las circunstancias y las consecuencias del matrimonio y el embarazo a una edad muy temprana se han dejado de lado a menudo ante las convenciones culturales locales. No se deben negar las repercusiones de las complicaciones del embarazo y el aborto en las jovencitas. La sociedad civil podría desempeñar una función importante en la documentación de lo que está ocurriendo sobre el terreno y en cuanto a la eficacia de diversas intervenciones.

Al parecer Irán está preparado políticamente para formular una política de salud reproductiva para los jóvenes que tenga en cuenta el punto de vista cultural, y ya ha estado aplicando varios programas muy prometedores. Algunos líderes religiosos y conservadores del gobierno del país han respondido a las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes y esto ha sido motivo de sorpresa para muchos fuera de Irán. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para educar a los encargados de la elaboración de la política y a los que aplican los programas, y para elaborar políticas más realistas para los jóvenes. El gobierno debe responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes y abordar las realidades de sus vidas con mayor franqueza.



# República de Malí:



## LA POBREZA Y LA MALA SALUD DETIENEN EL PROGRESO EN MATERIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

Los valores de la cultura de África Occidental combinados con el Islam conceden a las mujeres de Malí pocos derechos para decidir sobre sus vidas. Entre los factores culturales que obstaculizan la salud reproductiva figuran un criterio moral sexual que permite más libertad a los hombres que a las mujeres y una vida sexual prematrimonial generalizada, pero que, sin embargo, es objeto de estigma. Aunque a menudo las mujeres mantienen sus hogares y a sus familias, sus niveles bajos de educación y la dificultad para tener acceso a recursos financieros limitan el tipo de trabajo que realizan. La tasa de matrícula escolar es muy baja, en particular en lo que se refiere a las niñas; no más de una de cada cinco niñas de las zonas rurales asiste alguna vez a la escuela.<sup>148</sup> A pesar de algunos logros en la provisión de servicios de atención de salud reproductiva desde la CIPD, las mujeres y las niñas adolescentes de Malí registran altos niveles de matrimonio y embarazo precoz, reciben una limitada educación sexual en la escuela y no tienen acceso legal al aborto. A mediados de los años noventa, 42 por ciento de las jovencitas de 15 a 19 años de edad—69 por ciento de mujeres de 19 años—estaban embarazadas o ya habían tenido un hijo, en su mayoría dentro del matrimonio.<sup>149</sup> El 22 por ciento de las mujeres se casan—ilegalmente—a la edad de 15 años, y 93 por ciento de las mujeres de 25 a 49 años ya estaban casadas a los 22 años. El 94 por ciento

Población total, año 2000 (en millares)	<b>11.351</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>66%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>32%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>2,68%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$693</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>7</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>21%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>28%</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>5% / 50%</b>
Porcentaje de personas de 20-24 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>29% / 88%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>5%</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>1,7 - 2,4%</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>1,0 - 1,6%</b>
Años de educación obligatoria	<b>9</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>71% / 58%</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>58 / 40</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>17 / 8</b>

### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.

\*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

### Fuentes:

Naciones Unidas, División de la Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC: Banco Mundial.

Naciones Unidas, División de la Población. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (gráfico mural). Nueva York: ONU. Population Reference Bureau (PRB). 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, DC: PRB.

ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA: Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.

UNESCO. 1995. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.

UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.

Naciones Unidas. 1997. *Report on the World Social Situation*. Nueva York: Naciones Unidas.

de las mujeres en edad de procrear han sido objeto de la excisión sexual femenina (ESF).<sup>150</sup>

Aproximadamente 30 por ciento de la población tiene acceso a atención de salud primaria en Malí, uno de los países más pobres del mundo.<sup>151</sup> La atención de salud pública subsidiada por el gobierno es gratuita solamente para las mujeres embarazadas y para los niños hasta la edad de 12 años. La cobertura universal se ve obstaculizada por la modesta, aunque creciente, porción del presupuesto que se asigna a la atención de salud, la dispersión de la población rural y la proporción considerable de la población que corre el riesgo de tener mala salud.<sup>152</sup>

Las políticas actuales no abordan apropiadamente la vida sexual y reproductiva de los jóvenes de Malí. Se están haciendo algunos esfuerzos iniciales para capacitar a los

**La mayoría de los jóvenes no asisten a la escuela, lo cual limita el efecto de todo programa de educación sexual en las escuelas.**

proveedores de servicios de salud sobre la forma en que deben tratar a los jóvenes, y se mencionan sus necesidades en directrices nacionales para servicios de salud reproductiva.<sup>153</sup> Pero Malí debe reunir a sus ministerios para que formulen una estrategia nacional a fin de abordar los numerosos obstáculos que se imponen en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes: desigualdades de género, normas sociales y políticas, las opiniones de los padres y otros adultos, y condiciones sociales y económicas desfavorables.

## **EL ENTORNO DE POLÍTICAS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES**

En Malí, como en gran parte del mundo en desarrollo, las políticas de población y de salud abordan la salud y los derechos reproductivos. La definición que se dio en la CIPD a la salud reproductiva como un estado de bienestar en vez de sólo como ausencia de enfermedad sirve de guía oficial para las políticas de Malí, aunque los programas han avanzado a empujones. El gobierno empezó a promover el espaciamiento de los nacimientos para mejorar la salud materno-infantil en 1972, e integró la salud reproductiva en los servicios de salud materno-infantil en 1978.<sup>154</sup> En 1991 adoptó una declaración de política nacional de población que hacía hincapié en la protección de la familia, el derecho de las parejas a decidir el número de hijos que deseen y el espaciamiento entre ellos, el respeto hacia los derechos de los niños y la necesidad de integrar a la mujer en el proceso de desarrollo.<sup>155</sup> Esta política se refiere particularmente a la necesidad de promover una concienciación acerca de los efectos perjudiciales del matrimonio temprano; proteger a las adolescentes contra el embarazo precoz no deseado; combatir prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las niñas, entre ellas, la excisión sexual femenina; y no exigir a las mujeres ni a las jovencitas que obtengan consentimiento del esposo o de los padres para obtener servicios.<sup>156</sup>

La mayoría de las personas que trabajan en el campo de la salud reproductiva están de acuerdo en que desde la CIPD, la elaboración de políticas nacionales se ha hecho más transparente, y la salud reproductiva de los jóvenes ha sido objeto de más atención. Un informe presentado por el gobierno en 1996 a Naciones Unidas declaró especialmente que los servicios de salud de los niños no se han

concebido para abordar la salud sexual y reproductiva, pero la descentralización de Malí puede llegar a hacer que el sistema de salud sea más sensible en un plano local.<sup>157</sup>

La excisión sexual femenina goza de un fuerte apoyo de toda la sociedad de Malí por muchas razones, entre las que figuran las costumbres, la religión, creencias acerca de la higiene y la protección de la moral. Sin embargo, una mayor toma de conciencia sobre sus efectos negativos hizo que el gobierno elaborara un plan para erradicar la EFF para el año 2008 mediante una labor de educación y sensibilización y dirigido por un Comité Nacional para Erradicar Prácticas Perjudiciales para Salud de la Mujer y el Niño. Varias organizaciones y redes, entre ellas, el Groupe Pivot/Santé Population y el Centro para el Desarrollo y Actividades de Población con sede en Estados Unidos, se han unido para llevar a cabo campañas contra la ESF.

La educación sexual en Malí no es obligatoria, y cuando se imparte no presenta más que conceptos básicos de biología de la reproducción.<sup>158</sup> La referencia a la educación sexual en el ámbito de las políticas hace hincapié en la necesidad de crear una concienciación acerca de los riesgos y las desventajas del embarazo temprano e involuntario. El apoyo recibido del programa para educación sexual y de población del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en las escuelas puede ayudar a ampliar la manera en que el material se enseña, y ayudar a hacer avanzar los esfuerzos relativos a la educación sexual hacia el logro de proporcionar a los jóvenes la información y los servicios que necesitan para reducir los riesgos. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes no asisten a la escuela, lo cual limita el efecto de todo programa de educación sexual en las escuelas. El hecho de que tantos jóvenes de Malí no asistan a la escuela hace que aumenten las probabilidades de relaciones sexuales precoces o de comportamientos de riesgo, dada la falta de oportunidades de tener un trabajo remunerado. Lamentablemente, incluso los que han terminado la escuela no tienen necesariamente más probabilidades de encontrar trabajo que sus compañeros que no han asistido a la escuela.

## La excisión sexual femenina se prohíbe en Senegal

La excisión sexual femenina, que desde hace mucho tiempo se ha practicado en Senegal, se ha prohibido finalmente. La ley de 1999 que hace de esta práctica peligrosa un delito penal, ha impuesto una pena máxima de seis años de encarcelamiento a los infractores. Por infractores se entiende no sólo las personas que realizan la operación, sino también los padres y otras personas que lo ordenen.

La nueva ley contó con el fuerte apoyo del presidente Abdou Diouf, quien considera que gracias a las mujeres de la comunidad se inició el cambio. El núcleo del movimiento lo constituía un grupo de mujeres de la aldea de Malicounda que acababan de ser alfabetizadas y que habían sido capacitadas por la organización no gubernamental TOSTAN. El programa—cuyo nombre significa literalmente “saliendo del cascarón”—combinaba la educación básica en idiomas nativos con cuestiones de desarrollo. Al completar ese curso, las mujeres de Malicounda estaban mejor capacitadas para tomar decisiones sobre la salud y el bienestar de ellas y de sus hijos.

Al compartir sus conocimientos recién adquiridos con las comunidades vecinas y con el apoyo de TOSTAN y UNICEF, señalaron a la atención del público la excisión sexual femenina con una representación teatral que ilustraba por qué querían poner fin a esa costumbre. Su siguiente paso fue el de establecer una coalición con dos aldeas vecinas. Una, donde las mujeres también acababan de completar la capacitación con TOSTAN, aceptó sin vacilación el “juramento de Malicounda”. Sin embargo, la otra aldea decidió que la consulta con los parientes de aldeas vecinas debería ser un requisito previo para abolir la excisión sexual femenina. Dos aldeanos que habían participado en el programa de TOSTAN, un facilitador y un mullah musulmán de alto rango, viajaron de aldea en aldea para hablar de los perjuicios de la excisión, y para explicar que el Islam no la exigía. Como resultado, muchas tribus decidieron que la excisión ya no era parte esencial de su identidad cultural.

Luego, la comunidad quedó libre de tomar su propia decisión respecto al derecho consuetudinario. Convencidos de la importancia de su activismo, los hombres regresaron muy dispuestos a asistir a las mujeres de las primeras tres aldeas para organizar conferencias interaldeanas para las personas interesadas. Esta ola de participación comunitaria comenzó en 1998, creció constantemente y finalmente tuvo un fuerte impacto en la legislación de Senegal, e incluso sorprendió a los activistas de fuera que no habían tenido mucho éxito en sus campañas contra la excisión sexual femenina. El movimiento demostró que incluso una educación básica da a las personas los medios para decidir por sí mismas que se debe poner fin a las prácticas perjudiciales. Hacia mediados de 1999, 28 aldeas más habían renunciado también a la práctica de la excisión sexual femenina. Senegal se une a Sudán, Somalia, Kenya, Togo, Ghana y Burkina Faso en la prohibición de la excisión sexual femenina.

En otros países africanos como Kenia, las comunidades están adoptando otros ritos de paso. La Circuncisión en Palabras, por ejemplo, reúne a las candidatas jóvenes para un programa de una semana de consejos, confirmación y celebración. Durante esa semana de retiro, las jóvenes reciben una enseñanza tradicional relativa a sus funciones de mujeres adultas y madres en sus comunidades. El programa también desarrolla sus conocimientos sobre salud, cuestiones reproductivas e higiene, sus aptitudes de comunicación y su amor propio. La erradicación de la excisión sexual femenina viene con sus problemas. Los que abogan por poner fin a esta práctica perjudicial están tratando de encontrar otras formas en que los antiguos circuncidadores se puedan ganar la vida.

### Fuentes:

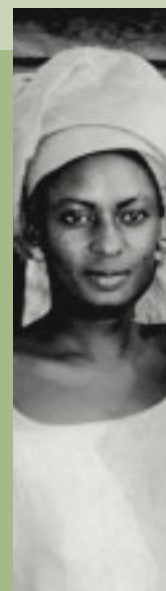
African News Service. “Alternative Rite to Female Circumcision.” Puede obtenerse en <http://allafrica.com/stories/199711190060.html>

CNN.com. “Female Circumcision outlawed in Senegal.” Puede obtenerse en <http://www.cnn.com/WORLD/africa/9901/15/senegal.01/>

FNUAP. “Senegal Bans Female Genital Mutilation.” Puede obtenerse en <http://www.unfpa.org/modules/dispatch/issues99/feb99/senegal.htm>

Christian Science Monitor. “Standing Up To Ancient Custom.” Puede obtenerse en <http://www.csmonitor.com/durable/1998/06/03/p1s4.htm>

Banco Mundial. 1998. “Senegalese Women Remake Their Culture.” (No. 3, Dec.) Washington, DC: Banco Mundial.



Terri Bartlett

**Se necesita urgentemente un debate nacional sobre las repercusiones que tiene en la salud pública el aborto en condiciones de riesgo—especialmente para las jovencitas.**

Los partidos políticos ejercen una influencia profunda en los jóvenes puesto que les llenan la cabeza de esperanzas y los bolsillos de dinero, o les hacen pequeños favores, a cambio de su lealtad.<sup>159</sup> Cada partido tiene su bando juvenil, y está reclutando a jóvenes como parte de los preparativos para las elecciones de junio de 2002.

### **¿QUÉ HA LLEVADO LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES AL CENTRO DE LA ATENCIÓN NACIONAL?**

Dos hechos han llevado a los encargados de elaborar políticas y a los diseñadores de programas a prestar atención a la salud reproductiva de los jóvenes: altos niveles de embarazo y abortos en condiciones de riesgo en las jovencitas, y la preocupación acerca de la propagación de la infección por el VIH/SIDA. El embarazo constituye un problema, no simplemente porque entre en conflicto con la escuela, a la que muchas niñas no asisten; sino porque, cuando el embarazo ocurre fuera del matrimonio, como ocurre en muchas jóvenes, se considera como un comportamiento escandaloso y perjudicial, y puede hacer que sus familiares las echen del hogar.

La ley de Malí no reconoce ninguna razón que justifique el aborto, aunque partes de la Política Nacional de Población apoya la interpretación que podría permitirlo si la vida de la mujer corre peligro.<sup>160</sup> Un médico con mucho trabajo en una clínica de salud reproductiva declaró que, aunque razones de salud podrían justificar realizar un aborto, él no prestaría el servicio en casos de violación o incesto. Se calcula que una de cada 20 defunciones maternas en Malí resulta de abortos en condiciones de riesgo, pero los castigos por pedir o realizar abortos son severos, y las jovencitas que sufren complicaciones a menudo esperan hasta que su estado es grave para pedir

atención de salud legal.<sup>161</sup> Incluso cuando una mujer muere a causa del aborto, rara vez se habla de ello.<sup>162</sup> Se necesita urgentemente un debate nacional sobre las repercusiones que tiene en la salud pública el aborto en condiciones de riesgo—especialmente para las jovencitas.

La prevalencia de la infección por el VIH es más baja en Malí que en los países vecinos, pero está aumentando y casi dos tercios de las personas que han dado positivo al VIH son jóvenes y tienen entre 20 y 35 años de edad. Respecto a las mujeres de 15-24 años, se calcula que el porcentaje de las infectadas se sitúa entre 1,7 y 2,4 por ciento; mientras que, respecto a los hombres del mismo grupo de edad, se calcula que el porcentaje se sitúa entre 1,0 y 1,6 por ciento, o sea que es inferior a los porcentajes calculados respecto a las mujeres.<sup>163</sup> Un Programa Nacional de Prevención del SIDA procura fortalecer la capacidad de organización, y los conocimientos que tienen sobre la infección con el VIH los jóvenes son amplios, pero esto no ha demostrado tener muchos efectos en el comportamiento, incluido el uso de preservativos.<sup>164</sup> La mitad de las mujeres que participaron en un estudio no habían cambiado su comportamiento sexual después de obtener conocimientos acerca de la infección por el VIH, lo cual posiblemente sea indicio de las dificultades que se presentan a las jóvenes para negociar las relaciones sexuales y el uso del preservativo.<sup>165</sup>



## ¿QUÉ TIPO DE POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA EXISTE?

El gobierno reconoce la importancia de la salud reproductiva de los jóvenes, pero todavía tiene que elaborar una política con funciones y responsabilidades claramente definidas. Varios planes de 10 años en sectores especiales demuestran una capacidad para la planificación a largo plazo, pero el reto adicional de una coordinación en todos los sectores—lo cual es un requisito para la política de los jóvenes—no se ha satisfecho. Y si bien es cierto que los Ministerios de Salud y Deportes, Salud, y de la Mujer, la Familia y el Niño han unido fuerzas para considerar la salud reproductiva de los jóvenes, no está claro quién debe ir a la cabeza; actualmente el Ministro de Salud está desempeñando dicha función. Tampoco está claro si uno de estos Ministerios tiene capacidad para coordinar las actividades en todos los sectores.

Para que cualquier política multisectorial sea eficaz para los jóvenes de Malí, se deben abordar los vínculos que existen entre las tasas bajas de asistencia a la escuela, especialmente de las niñas, las funciones reproductivas y las aspiraciones y oportunidades de trabajo. Aunque el embarazo no constituye la razón principal por la que las niñas abandonan la escuela de Malí, éste casi siempre conduce al abandono de la escuela. Un programa de tutoría interesante empareja a niñas estudiantes, cuyas parientas no han asistido a la escuela, con niñas de más edad que están en grados más avanzados, y proporciona otros recursos para retenerlas en la escuela.<sup>166</sup>

Muchos donantes extranjeros han estado trabajando en Malí, y algunas ONG critican a los donantes extranjeros por su enfoque limitado y unisectorial en lo relativo a la salud reproductiva de los jóvenes. Otros atribuyen el fuerte hincapié que se hace en un enfoque puramente centrado en el sector de la salud a la falta de un lugar donde se adopten iniciativas de políticas para los jóvenes. Recientemente se han hecho algunos intentos por “armonizar” sus actividades programáticas; por ejemplo, actividades de colaboración de ONG financiadas por la USAID para preparar una guía de capacitación unificada para educadores que imparten educación por compañeros.<sup>167</sup>

La amplia influencia de los organismos donantes internacionales hace que Malí sea más vulnerable a los cambios

**La mitad de las mujeres que participaron en un estudio no habían cambiado su comportamiento sexual después de obtener conocimientos acerca de la infección por el VIH, lo cual posiblemente sea indicio de las dificultades que se presentan a las jóvenes para negociar las relaciones sexuales y el uso del preservativo.**

programáticos iniciados en el exterior. Dada la ausencia de un liderazgo para la coordinación multisectorial en el seno del gobierno, la estrategia unisectorial de los organismos donantes internacionales se torna en un problema. Dada su participación importante y su influencia en Malí, la dificultad de la USAID para combinar sus actividades en materia de educación y salud es especialmente decepcionante.

## ENFOQUE DE ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

Las actividades programáticas centran la atención en la capacitación y el despliegue de educadores de compañeros, el mercadeo social de preservativos y el establecimiento de centros juveniles. Pocas organizaciones están tratando de abordar las desigualdades entre los géneros y la forma en que éstas influyen en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes.

Aunque la educación por compañeros ofrece acceso a una amplia serie de jóvenes, en particular en las zonas urbanas, es difícil impartir suficiente capacitación, la tasa de abandono de los participantes es elevada y los propios jóvenes no participan en la planificación de programas.<sup>168</sup> Los esfuerzos relativos a educación por compañeros realizados en Malí también han tratado de cambiar el comportamiento de los jóvenes sin abordar las circunstancias que limitan sus opciones y decisiones, y con frecuencia estos programas encuentran oposición inicial por parte de los padres, los maestros y los líderes religiosos y comunitarios.

**“Aquí, el gobierno tolera las ONG pero no las apoya.”**

**—Veterano de labor de desarrollo internacional de Malí**

La labor de mercadeo social para los jóvenes se centra en el aumento de las ventas de preservativos y en la mejora de las actitudes respecto a su uso. Los promotores de la salud señalan que la labor de mercadeo social ha de tener en cuenta que es inaceptable desde el punto de vista de las normas sociales que las jovencitas negocian el uso de preservativos. Los mensajes que acompañan a dicha labor deben mejorarse para aumentar su impacto social y, en efecto, algunos están empezando a abordar la cuestión de la ESF.<sup>169</sup>

Los centros juveniles realizan actividades deportivas y culturales, y también proporcionan información y servicios de salud, facilitadores juveniles y educadores de compañeros, y a veces dan acceso a computadoras (para los que leen en francés). El FNUAP está apoyando actividades de salud reproductiva para los jóvenes mediante varios centros juveniles en un proyecto quinquenal hasta 2002.<sup>170</sup> Sin embargo, algunos donantes y ONG dicen que los centros juveniles no están beneficiando a muchos jóvenes y que tienen poco efecto en su comportamiento y salud sexuales y reproductivos.<sup>171</sup>

## RETOS Y RESPUESTAS

A pesar de las amplias actividades programáticas que se están realizando en Malí en cuanto a la salud reproductiva y sexual de los jóvenes, la situación a nivel de políticas es desalentadora. La falta de coordinación entre los ministerios ha impedido la elaboración de una política multisectorial. Tanto el gobierno como las ONG consideran que la salud reproductiva de los jóvenes es una prioridad, y, sin embargo, no han podido elaborar una estrategia integral a largo plazo de apoyo para los jóvenes en su vida sexual y reproductiva.

Por ejemplo, mientras que las jovencitas oficialmente tienen los mismos derechos a la atención de salud reproductiva que las mujeres adultas, los obstáculos sociales les desaniman de buscar dicha atención.<sup>172</sup> Los deficientes sistemas gubernamentales de educación y de asistencia de salud actualmente no están preparados para la labor de atender a los jóvenes. Las directrices gubernamentales publicadas recientemente se refieren explícitamente a la necesidad de adaptar información y servicios a las necesi-

dades de los jóvenes.<sup>173</sup> No obstante, en un manual de procedimientos, las instrucciones relativas a las necesidades de los jóvenes en general simplemente remiten al lector al texto sobre los adultos.<sup>174</sup> Lo positivo es que se abarcan los temas del carácter confidencial y la protección contra represalias por parte de los padres, existe un manual de capacitación y actualmente se han capacitado por lo menos 60 proveedores de servicios de salud.<sup>175</sup> A pesar de sus limitaciones, estos procedimientos ha de validarlos el gobierno y se deben difundir ampliamente para que se puedan establecer algunas normas relativas a la calidad de la atención de salud reproductiva.<sup>176</sup>

El matrimonio y la procreación a una edad temprana perjudican a la salud reproductiva de las jovencitas y su educación, y la existencia del Organismo Nacional de Educación de las Niñas de Malí, establecido en 1990, indica que se reconoce la necesidad de eliminar obstáculos que se interpongan a la asistencia de las niñas a la escuela.<sup>177</sup> Sin embargo, pocos servicios y poca información en materia de salud demuestran un esfuerzo verdadero por reducir las desigualdades entre los géneros. La política nacional de población de Malí propone aumentar la concienciación pública sobre los efectos perjudiciales del matrimonio precoz, dar a las niñas acceso a la educación y proporcionar a todos los jóvenes información acerca de los riesgos del embarazo y la forma de tener acceso a anticonceptivos. También se está considerando un nuevo código familiar que haría que la edad legal para el matrimonio sea igual para los muchachos y las muchachas.

Vincular las actividades para eliminar la excisión sexual femenina más estrechamente con los servicios de salud reproductiva podría ser una forma eficaz de producir un cambio.<sup>178</sup> La Asociación de Apoyo para el Desarrollo de Actividades de Población considera que la estrategia más eficaz es presentar argumentos médicos contra la ESF a los proveedores de servicios y a los ciudadanos. Después de examinar algunos de sus materiales en enero de 1999, el Ministerio de Salud escribió una carta a todos los directores de hospitales y de salud pública regional en la que



estableció que la práctica de la excisión no se iba a tolerar en ninguna institución, y parece que el presidente de Malí se ha comprometido a formular una respuesta eficaz al problema.<sup>179</sup>

Un grupo de trabajo intersectorial está elaborando actualmente una Política Nacional de Promoción de la Juventud con el apoyo y la participación del FNUAP y el Consejo de Población, pero el proceso ha tenido un fuerte componente político y se ha mantenido en secreto. Muchas ONG son demasiado débiles para participar activamente, mientras que el gobierno a menudo no es receptivo al aporte de las ONG, lo cual resulta en pocas oportunidades de intercambio de puntos de vista.<sup>180</sup>

## LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

Si se desea promover una buena salud sexual y reproductiva de los jóvenes de Malí, requerirá actividades coordinadas para abordar las necesidades numerosas e interrelacionadas de desarrollo de los jóvenes.

***Expresar por escrito una política coordinada será un importante paso hacia la mejora de la salud reproductiva de los jóvenes de Malí.*** El hecho de que Malí depende fuertemente de los donantes extranjeros refuerza la necesidad urgente de contar con dicha política, puesto que las prioridades programáticas de los donantes determinan las actividades de salud reproductiva de los jóvenes.<sup>181</sup> Puesto que no existe una política establecida formalmente, las actividades de salud reproductiva de los jóvenes son vulnerables cuando las personas que promueven la causa dejan sus cargos en las organizaciones. Los donantes podrían ayudar contribuyendo más al proceso de elaboración de políticas en Malí.

***El gobierno debe aprovechar los puntos fuertes de los donantes y de las organizaciones no gubernamentales para desarrollar su propia capacidad a fin de abordar las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes.*** El Ministerio de Juventud y Deportes, que, en condiciones ideales, podría ser el líder, debe fortalecerse y recibir una función de coordinador.

***Dada la difícil tarea de llegar hasta los jóvenes de Malí y la escasez de recursos para esta labor, el gobierno debe reconocer y movilizar los talentos y los***

**Las normas sociales actuales hacen que, para las mujeres, sea difícil comprar preservativos o incluso tomar decisiones relativas a las relaciones sexuales.**

***recursos de las organizaciones no gubernamentales.*** Como dijo un veterano de labor de desarrollo internacional de Malí, “Aquí, el gobierno tolera a las ONG pero no las apoya”.

***Las organizaciones no gubernamentales tienen una función importante que desempeñar en la promoción de la causa ante el gobierno a fin de priorizar el desarrollo de los jóvenes, incluida la salud reproductiva.*** En otros entornos las ONG han superado la relativa falta de interés por parte del gobierno uniéndose entre sí para formar coaliciones o redes. Por ejemplo, el movimiento femenino de Malí podría proporcionar un fundamento y un lenguaje basados en derechos que podría fortalecer el movimiento de salud reproductiva que ha avanzado menos. Las oportunidades de colaboración estratégica en materia de promoción entre las organizaciones de los derechos humanos de la mujer y los grupos de salud reproductiva son enormes.

***La demanda comunitaria, el apoyo financiero y el compromiso con los programas se pueden sostener más fácilmente si se anima a los padres a participar.*** Tiene que haber cierto grado de cambio social para que los jóvenes puedan buscar atención de salud reproductiva. Las normas culturales que obstaculizan la buena salud sexual y reproductiva hacen que sea necesario trabajar no sólo con los jóvenes sino también con adultos, maestros y padres a fin de cambiar las actitudes.

***Los esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de los jóvenes deben ir más allá de la meta importante del acceso a la anticoncepción.*** Hacer hincapié de manera excesiva en la anticoncepción es una estrategia demasiado limitada para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

***Los mensajes comerciales y sociales se deben dirigir a los jóvenes y, en particular, a las jóvenes.*** Los jóvenes de Malí hacen frente a obstáculos sociales considerables cuando tratan de tener acceso a información, guía y servicios. Las normas sociales actuales hacen que, para las mujeres, sea difícil comprar preservativos o incluso tomar

**El Gobierno de Malí debe reconsiderar la condición jurídica del aborto, puesto que los abortos ilegales constituyen uno de los peligros más graves de salud pública para las jovencitas solteras.**

decisiones relativas a las relaciones sexuales. Siempre y cuando se siga viendo de manera generalizada el uso de anticonceptivos por parte de las jovencitas como signo de promiscuidad, las actividades directas de mercadeo social para vender preservativos a los jóvenes no mejorarán considerablemente la salud reproductiva de las jovencitas.

*El Gobierno de Malí debe reconsiderar la condición jurídica del aborto, puesto que los abortos ilegales constituyen uno de los peligros más graves de salud pública para las jovencitas solteras.* Una estrategia que el gobierno ha adoptado ha sido la de realizar una campaña de educación pública en relación con los peligros del aborto, pero esto no aborda las causas fundamentales del embarazo involuntario de las jóvenes, y sólo sirve para asustarlas sin darles ninguna alternativa.

# 6

## México:



### LAS ONG PROMUEVEN EL DEBATE NACIONAL SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

El dinámico movimiento de la sociedad civil de México permite un vigoroso debate público sobre diversos temas, incluida la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Entre los temas de este debate figuran los derechos de los jóvenes y el acceso a la información y los servicios, el equilibrio entre los derechos de los padres y los hijos, y un enfoque de desarrollo frente a un enfoque orientado hacia los problemas en la esfera de la salud reproductiva de los jóvenes. El enfoque de este análisis se centra en la poderosa promoción por parte de las organizaciones no gubernamentales de México, la forma en que han dirigido el debate y las estrategias que han empleado.

#### EL ENTORNO NORMATIVO PARA LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

La labor del Consejo Nacional de Población de México (CONAPO) va mucho más allá del crecimiento de la población e incluye el bienestar y la salud reproductiva del pueblo. Aproximadamente 57 por ciento de los 98 millones de habitantes de México tienen menos de 25 años, y la mediana de la edad en que se inicia la vida sexual es de 15 años en los muchachos y de 16 años en las jóvenes.<sup>182</sup> Sin embargo, en su mayor parte, la política pública presta

Población total, año 2000 (en millares)	<b>98.872</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>53%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>31%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>1,63%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$7.719</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>2,8</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>15%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>32%</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>6% / 16%</b>
Porcentaje de personas de 20-24 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>39% / 55%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>30%</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>0,1 - 0,1%</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>0,3 - 0,5%</b>
Años de educación obligatoria	<b>6</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>97% / 96%</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>116 / 113</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>64 / 64</b>

#### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.

\*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

#### Fuentes:

Naciones Unidas, División de la Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC: Banco Mundial.

Naciones Unidas, División de la Población. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (gráfico mural). Nueva York: ONU. Population Reference Bureau (PRB). 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, DC: PRB.

ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA: Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.

UNESCO. 1995. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.

UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.

Naciones Unidas. 1997. *Report on the World Social Situation*. Nueva York: Naciones Unidas.

poca atención a los jóvenes, y la política de salud reproductiva ha centrado su atención, durante 25 años, en las necesidades de las mujeres adultas. Las necesidades de las jóvenes, para quienes la sexualidad y la reproducción no siempre van unidas, se han desatendido.

México fue uno de los primeros países de América Latina que puso en práctica un programa gubernamental para los adolescentes, incluso antes de la CIPD de 1994. En 1993, el Ministerio de Salud de México invitó a organismos gubernamentales, ONG y entidades internacionales que trabajaban en el campo de la salud a una reunión para definir estrategias para la salud reproductiva de los adolescentes.<sup>183</sup> La "Declaración de Monterrey" que surgió de esta reunión tenía como meta consolidar actividades sepa-

**La planificación familiar tiende a ser el centro de las actividades en el sector de la salud, lo cual es una prioridad que muchas personas describen como inapropiada o demasiado limitada.**

radar del gobierno y reforzar el apoyo de las ONG para la salud de los adolescentes. En 1994, el Ministerio de Salud inició un programa nacional para abordar las necesidades de salud de los jóvenes, y estableció medidas dirigidas a proteger los derechos a la información, la comunicación y los servicios de salud. El programa se iba a basar en “una visión integral que promoviera comportamientos y actitudes de modo que los adolescentes asumieran su sexualidad de forma autónoma, responsable y sin riesgos.”<sup>184</sup>

### **¿QUÉ HECHOS HAN LLEVADO LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES AL CENTRO DE ATENCIÓN DEL GOBIERNO?**

La atención que, motivados por factores bastante distintos, el gobierno y las ONG prestan juntos a los jóvenes configura lo que está sucediendo en México. El gobierno, presionado por la tasa de embarazo de las adolescentes, el crecimiento de la población y la propagación del VIH/SIDA, tiene como meta reducir estos tres problemas mediante la educación y la planificación familiar. CONAPO ha declarado su intención de proporcionar a los jóvenes la información y los servicios que les permitan tomar decisiones saludables acerca de su vida sexual y reproductiva.<sup>185</sup>

En cambio, las ONG más francas tienden a estar motivadas por un interés más amplio en el desarrollo de los jóvenes y los derechos que tienen a recibir información y apoyo en relación con su vida sexual y reproductiva.<sup>186</sup> Invocan acuerdos internacionales como el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y han organizado eventos nacionales que plantean explícitamente puntos de acuerdo oficial.

### **¿EXISTE UNA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS JÓVENES?**

No existe una política gubernamental general que aborde la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en México.<sup>187</sup> Una meta central del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de México (1995-2000) era satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes mediante el establecimiento de más de 100 centros en hospitales o clínicas en todo el país.<sup>188</sup> La planificación familiar tiende a ser el centro de las actividades en el sector de la salud, lo cual es una prioridad que muchas personas describen como inapropiada o demasiado limitada. La sensibilidad y capacitación insuficientes de los proveedores hace que los jóvenes sean vulnerables a los caprichos de ciertos proveedores.

El Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), que proporciona seguro de salud nacional y cobertura de salud a los trabajadores, ha puesto en práctica de forma generalizada programas de salud reproductiva en sus clínicas y hospitales, y está tratando de dar mejor acogida a los jóvenes. El IMSS beneficia a unos 47 millones de personas en la mayor parte de las zonas urbanas del país.<sup>189</sup> El gobierno llega hasta los jóvenes indígenas y de las zonas rurales mediante IMSS-Solidaridad, que forma parte del sistema más amplio constituido por el IMSS.

IMSS-Solidaridad, que es el programa gubernamental más amplio en el campo de la salud reproductiva y parte del sistema más amplio constituido por el IMSS, atiende a más de 10 millones de personas en zonas rurales y tiene un sistema de centros de adolescentes en las zonas rurales para abordar la salud de los jóvenes en general, y fomentar la autoasistencia basada en una comprensión de las opciones y los riesgos.<sup>190</sup> Todos los programas del IMSS han sufrido las consecuencias de las reducciones del presupuesto federal; entre 1993 y 1996, los gastos federales en salud reproductiva bajaron 33 por ciento, y los gastos en salud, 37 por ciento.<sup>191</sup>

El sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que antes era independiente y que ahora se encuentra dentro del sistema del Ministerio de Desarrollo Social, se halla en la mejor situación para dirigir las actividades de desarrollo de los jóvenes en el ámbito nacional. El DIF centra su atención en la salud básica, en la asistencia

jurídica y los programas de educación para los jóvenes, las familias y las mujeres, y junto con el IMSS-Solidaridad es quizás la institución gubernamental que goza de más confianza desde el punto de vista de la población en general. Sin embargo, las DIF nacionales y estatales tradicionalmente están dirigidas por las esposas de funcionarios elegidos, lo cual hace que el liderazgo dependa de la política y de actividades que a menudo no son sistemáticas por parte de personas comunes y corrientes bien intencionadas que después de algunos años dejan de trabajar en sus cargos.

A pesar de su labor de colaboración, cada institución y ministerio tiene sus propias prioridades e infraestructura. Estas organizaciones se han reunido para examinar estrategias coordinadas y para hacer coincidir sus puntos de vista divergentes en lo que se debe hacer. El Instituto Mexicano de las Jóvenes y el DIF, los cuales han tendido a chocar entre sí en lo relativo a la salud reproductiva de los jóvenes, podrían trabajar juntos para coordinar actividades en múltiples sectores.

### ENFOQUE DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

Dos enfoques predominan en el escenario político de México: la educación sexual; y servicios para los jóvenes que tienen relaciones sexuales o que han tenido un primer embarazo. Son pocos los programas especiales que vinculan la salud de los jóvenes con otras necesidades, como la educación y el empleo. La educación sexual no era obligatoria en México hasta hace poco, y esta educación ha sido abordada —o no lo ha sido— en general según los caprichos de los ofrecieron sus servicios gratuitamente.

El progreso reciente de México en la incorporación de la educación sexual en el sistema nacional escolar se debe en gran parte a las actividades de promoción de la causa realizadas por ONG. Hace diez años, en una encuesta nacional de Gallup, los padres manifestaron sin lugar a dudas que apoyaban la educación sexual y se mostraron renuentes a abordar este tema con sus hijos.<sup>192</sup> La difusión generalizada de estos datos condujo a la primera medida de colaboración entre ONG progresivas y el gobierno en

**El progreso reciente de México en la incorporación de la educación sexual en el sistema nacional escolar se debe en gran parte a las actividades de promoción de la causa realizadas por ONG.**

un programa de educación sexual para estudiantes de noveno grado en 1993, que en 1998 se amplió para impartirlo a estudiantes de séptimo y octavo grados.<sup>193</sup> En este período, el programa cambió de nombre varias veces: empezó llamándose “adolescencia y sexualidad” y terminó llamándose “civismo y ética”. En 1998, se presentó a los estudiantes de quinto y sexto grados un nuevo libro de texto obligatorio sobre biología humana y aptitudes para la vida. A esto ha seguido la elaboración más reciente de textos sobre salud, sexualidad, control de la natalidad e ITS.<sup>194</sup> En 1999, el Ministerio de Educación invitó a ONG a competir en la producción de libros de texto para usarlos en el curso obligatorio de octavo grado.

Sin embargo, el millón de maestros que enseñarían el



Margaret E. Greene



Margaret E. Greene



Margaret E. Greene

RECUADRO 6

## Redes mexicanas importantes para la salud reproductiva

**Coordinación Nacional de Mujeres de Organizaciones Civiles por un Milenio Feminista**—Reúne a las organizaciones femeninas que promueven la causa en varios sectores, entre ellos la salud y los derechos reproductivos. Es la red más extensa del país.

**GIRE (Grupo de Información para la Reproducción Elegida, AC)**—Recopila, procesa y publica información relativa a los derechos reproductivos, realiza investigaciones, capacita y se dedica a la promoción de la causa.

**Demysex (Democracia y Sexualidad)**—Se dedica a fortalecer la educación sexual y los derechos sexuales y a promover la igualdad entre los géneros, todo ello en pro de una sociedad democrática. Funciona en el ámbito nacional.

**ELIGE (Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, AC)**—Reúne a los jóvenes para que trabajen principalmente en la ciudad de México en capacitación, promoción de la causa e investigación. Se esfuerza para promover la organización independiente de jóvenes en materia de derechos sexuales y reproductivos en diferentes estados del país.

**Foro Mexicano de la Mujer y Políticas de Población**—Reúne a diversas organizaciones de todo el país para estar al día en la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

**Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual**—Reúne a organizaciones comunitarias y personas que se dedican a la enseñanza de temas sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

**Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal**—Se empeña por lograr el pleno respeto de los derechos de las mujeres en materia de salud, y por fortalecer la capacidad de sus miembros para prestar atención de salud. Realiza sus actividades en la Ciudad de México.

**Comité Nacional Promotor por una Maternidad sin Riesgos**—Organiza en el ámbito estatal la promoción de la maternidad sin riesgo, promueve la causa en el ámbito nacional en materia de salud y derechos reproductivos.

**Entre ONGs**—Reúne a más de 50 ONG que comparten información y capacitación sobre las aptitudes para la vida y la educación sexual, y colabora con el gobierno.

material todavía no han recibido capacitación. Como resultado de ello, a menudo siguen dejando de lado la educación sexual, o limitan la comunicación y el diálogo francos.<sup>195</sup> Además, dado que los secretarios de educación de los estados con frecuencia deciden qué libros se van a usar, un funcionario conservador puede limitar considerablemente la exposición de los jóvenes a información sobre el sexo y la reproducción. A la Unión Nacional de Padres, organización prominente conservadora, le gustaría que se le presentaran los programas de educación sexual para los jóvenes para su aprobación.<sup>196</sup>

Un reto clave para los servicios de salud sexual y reproductiva de los jóvenes en México es la necesidad de abordar la pandemia de infección por el VIH/SIDA. En 2000, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA) centró la atención en la función importante que desempeñan los hombres jóvenes en el curso de la enfermedad.<sup>197</sup> El CONASIDA, que ha estado a cargo de todos los aspectos del control de la pandemia, no ha centrado la atención en el trabajo con los jóvenes, pero ha producido una amplia serie de materiales educativos útiles.

La Mexfam (Fundación Mexicana para la Planificación Familiar), que es la fuente no gubernamental más grande de información y servicios de salud reproductiva en México, ha ido abandonando lentamente la orientación demográfica para abordar cuestiones más amplias de sexualidad y género. Voluntarios de su programa de salud de los adolescentes, Gente Joven, dirigen actividades educativas, distribuyen materiales y anticonceptivos no médicos, y hacen remisiones a las clínicas de Mexfam.<sup>198</sup> Los padres y los maestros también participan en estas actividades.

## ¿QUÉ FACTORES CLAVE PERMITIERON LA ELABORACIÓN Y LA APROBACIÓN DE ESTAS POLÍTICAS?

Las instituciones gubernamentales están cada vez más a tono con la responsabilidad que tienen en preparar a los jóvenes para su vida sexual y reproductiva. Aparte de las actividades explícitamente centradas en la juventud que estas instituciones han emprendido, demuestran actual-

mente una mayor concienciación acerca de las limitaciones de los servicios públicos en lo relativo a los jóvenes. Por ejemplo, la Cruzada Nacional para la Calidad de los Servicios de Salud ha puesto de relieve el hecho de que se ha descuidado a los adolescentes en la mayoría de los servicios de salud.

La promoción de la causa por parte de las ONG mexicanas que fomentan el programa de El Cairo ha sido clave en la mejora de la vida sexual y reproductiva de los jóvenes. De especial interés son las actividades de promoción de la causa de los jóvenes, que aprovechan la labor y las estrategias del movimiento de las mujeres para hacer que el gobierno se encargue de proteger la salud y los derechos de los jóvenes. La sociedad civil es fuerte en México, y ésta ha aumentado su poder creando redes de organizaciones en torno a varios temas. El Ministerio de Salud y otros organismos gubernamentales se muestran todavía más receptivos al aporte exterior.

Las perspectivas sobre la educación y la salud sexual y reproductiva varían considerablemente. Un extremo del espectro está representado por Elige, Letra S y Demysex (véase el Recuadro 6, donde se presenta información detallada), como lo indica una reunión celebrada el agosto de 2000 sobre el “derecho a tener derechos” de los jóvenes, en Tlaxcala.<sup>199</sup> Estas organizaciones y actividades ayudan a mantener un alto nivel de integridad filosófica en las conversaciones sobre los derechos de los jóvenes a información y asistencia. La Unión Nacional de Padres, en cambio, hace hincapié en los derechos de los padres a controlar la exposición de sus hijos a la información, y constituye un foro para la oposición a la educación sexual. Ellos y otros han criticado la promoción de los “derechos sexuales” realizada por gente que ellos llaman “líderes de la ‘revolución sexual’”.<sup>200</sup> Los conservadores en general han estado más dispuestos a sentarse a la mesa de negociaciones con el gobierno que los de la izquierda, lo cual a hecho que se pierdan oportunidades de fortalecer la educación sexual.<sup>201</sup>

Varios eventos recientes no planificados y no relacionados entre sí han sido útiles para hacer avanzar las cuestiones de salud reproductiva: en 2000, un hospital de Baja California Sur se negó a prestar servicios de aborto a una niña de 14 años que había quedado embarazada como resultado de un acto de violación, a pesar de que tenía el

**“Se puede estar seguro de que la mayoría de estos programas no abordan el aspecto social.”**

**—Funcionario de alto rango del gobierno**

derecho legal a recibirlos. Y el estado de Guanajuato trató de hacer que el aborto fuera ilegal incluso en casos de violación.<sup>202</sup> Aunque los gobiernos estatales (y no el gobierno federal) determinan la legalidad del aborto, estos casos llevaron a una demanda mayor en todo el país para que el aborto dejara de ser un delito. Recientemente, el Ministro de Trabajo se negó a dejar a su hija leer un libro escrito por el famoso autor Carlos Fuentes, lo cual ha contribuido a un vigoroso debate nacional sobre el control de la información por parte de los padres.<sup>203</sup>

## RETOS Y RESPUESTAS

Los promotores de la causa de los jóvenes y de la salud reproductiva consideran que este momento es muy interesante e impredecible en la historia de México. El Partido Revolucionario Independiente o PRI, que estuvo en el poder durante 70 años, ha sido reemplazado por el Partido de Acción Nacional o PAN, lo cual ha exacerbado las tensiones entre los conservadores y los liberales en cuanto a la mejor manera de abordar los problemas sociales.

La falta de una financiación sostenida para capacitación, servicios, materiales, promoción y evaluación de proyectos de salud sexual y reproductiva de los jóvenes pone en peligro la capacidad de México de aprovechar sus experiencias positivas. La descentralización hace que la política de salud reproductiva esté sometida en mayor medida a las opiniones y las creencias de los gobernadores y los funcionarios locales, lo cual lleva a la aplicación no sistemática de la política de salud nacional; la continuidad se pierde dado que los programas se inician y se interrumpen.

El programa de jóvenes del Ministerio de Salud, que acaba de ser evaluado, estuvo coordinado por una mezcla de organismos gubernamentales, que incluían IMSS-

**Los servicios gubernamentales en zonas rurales en las que se registran tasas elevadas de embarazo de las adolescentes no ofrecen nada a los jóvenes sino hasta después del embarazo—tal vez porque la estrategia ha sido la de tratar a las jóvenes como madres y no como mujeres o personas.**

Solidaridad, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), DIF y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). Pero las normas relativas al trato de los jóvenes por parte de los proveedores de atención de salud no son estrictas, y la capacitación y sensibilización insuficientes de los proveedores hacen que los jóvenes estén expuestos a las actitudes caprichosas de ciertos proveedores. El IMSS, el ISSSTE y los hospitales del Ministerio de Salud están tratando de coordinar la labor en los grandes hospitales, con lo cual desarrollan la capacidad del personal médico para trabajar con los jóvenes.

Los esfuerzos del gobierno en materia de salud sexual y reproductiva para los jóvenes se deben ampliar en mayor escala. Por ejemplo, un programa nacional para prevenir los embarazos no deseados, la propagación de las ITS y la drogadicción tiene sólo 248 centros para 22 millones de adolescentes. Muchos de esos programas tienen un personal insuficiente y mal capacitado, y suministros inadecuados de preservativos.<sup>204</sup> La falta de cobertura de seguro constituye otro obstáculo importante para la salud reproductiva de los jóvenes, puesto que las jovencitas embarazadas no pueden obtener cobertura de seguro a menos que sean hijas de gente asegurada o que estén aseguradas como empleadas. Los servicios nacionales de salud reproductiva deben ampliar sus esfuerzos para dejar de centrar la atención exclusivamente en las mujeres adultas.

Muchas oportunidades se pierden o sólo se aprovechan por pura suerte y no mediante una cuidadosa planificación. Por ejemplo, el nuevo Director conservador del DIF nacional contrató a Ana Cristina Fox, hija del Presidente de México, para que lanzara una campaña de abstinencia a fin de reducir el embarazo de las adolescentes. Sólo se consideraron otras opciones cuando,

indignados, promotores de los derechos reproductivos manifestaron no estar de acuerdo con la idea de basar una campaña sobre principios religiosos, y cuando se consultó a especialistas en ciencias sociales.<sup>205</sup> Un mejor uso de los datos y los conocimientos especializados dentro y fuera del gobierno podría ayudar a cambiar la situación radicalmente.

Las desigualdades entre los géneros afectan considerablemente a la salud sexual y reproductiva en México, y sin embargo el enfoque del gobierno en lo relativo a la salud reproductiva tiende a ser clínico, y deja de lado los aspectos sociales, económicos y personales de las relaciones sexuales.<sup>206</sup> Como un funcionario de alto rango del gobierno señaló respecto a los servicios de salud reproductiva de los jóvenes, “Se puede estar seguro de que la mayoría de estos programas no abordan el aspecto social”. Por ejemplo, las escuelas no están haciendo suficientes esfuerzos para aumentar y apoyar las matrículas de las niñas, y no existe una ley nacional que garantice la educación de las jovencitas embarazadas.<sup>207</sup>

Los problemas son distintos en las zonas urbanas y rurales donde se concentra la población indígena de México.<sup>208</sup> En poblaciones urbanas marginales, la educación sexual y el acceso al control de la natalidad debe vincularse con esfuerzos para cambiar las condiciones socioeconómicas. En zonas rurales, hay pocas funciones para las mujeres que no tienen hijos, y ser madre mejora la condición social y comunitaria de la mujer. A fin de reducir el embarazo temprano en estos lugares, la educación pública sobre la importancia de la educación, becas para retener a las niñas en las escuelas y apoyo para postergar el matrimonio deben ser las intervenciones principales.<sup>209</sup>

Los programas del sector público hacen mucho hincapié en el control de la natalidad de las parejas casadas y heterosexuales, con lo cual se menosprecia las muchas otras necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Los servicios gubernamentales en zonas rurales en las que se registran tasas elevadas de embarazo de las adolescentes no ofrecen nada a los jóvenes sino hasta después del embarazo—tal vez porque la estrategia ha sido la de tratar a las jóvenes como *madres* y no como *mujeres o personas*. Una excepción es el programa (establecido con apoyo no gubernamental) titulado “Si yo estoy bien, mi



TEMA ESPECIAL

## Chile facilita a las jovencitas embarazadas seguir en la escuela

América Latina hace frente a tasas elevadas de embarazo en las adolescentes. En algunos países, hasta el 25 por ciento de los niños nacen de madres menores de 19 años de edad. Muchas de esas madres jóvenes se enfrentan al ostracismo de sus familias, sus compañeros e incluso los administradores escolares, y el estigma que lleva la procreación temprana y fuera del matrimonio les impide terminar su educación escolar. Para evitar el abandono escolar, más embarazos no deseados, el aborto y la pobreza, Chile ha emprendido un programa innovador para que las jovencitas embarazadas sigan en la escuela.

Varios donantes del sector privado y el FNUAP financiaron una escuela modelo para adolescentes embarazadas llamada UNOPEC, que contaba con una guardería durante las horas escolares, capacitación para adquirir aptitudes para trabajos particulares y, lo más importante, un ambiente libre de los prejuicios a los que las jóvenes embarazadas suelen hacer frente en la escuela. La escuela también les ayuda a buscar trabajo. Una evaluación reciente indicó que este modelo educacional logra una mayor continuidad escolar, contribuye al espaciamiento entre los nacimientos y permite un mayor acceso a mejores empleos.

Como resultado, el Municipio de Conchali y el Ministerio de Educación de Chile incorporaron el modelo a su sector público. El programa sigue bajo el nombre de Liceo Santa María de Conchali, que ofrece educación sexual, aprendizaje práctico y educación a los hijos de las alumnas. El modelo demuestra cómo los programas pequeños pueden influir en los asuntos a nivel nacional.

**Fuentes:**

WomensNet Headlines. "Chile: Keeping Pregnant Teenagers in School." Puede obtenerse en <http://headlines.igc.apc.org:8080/wnheadlines/964198005/index.html>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

Todita.com. "Las Escuelas Ante el Embarazo Adolescente." Puede obtenerse en <http://todito.com/paginas/noticias/44573.html>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.

Proyectol.cal. "Liceo Holy Maria of Conchali." Puede obtenerse en [http://www.fjguzman.cl/contenido/fundacion/publicaciones/proyecto/proy\\_local\\_mayo.html#top](http://www.fjguzman.cl/contenido/fundacion/publicaciones/proyecto/proy_local_mayo.html#top). Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.



Jim Daniels



familia también”, que promueve el empoderamiento y la salud, primero para las jóvenes y luego para sus hijos. Después de impartir conocimientos teóricos y prácticos durante 18 meses a las jóvenes para que aprendan a cuidar de su propia salud física y mental, el programa introduce elementos relativos a cómo cuidar de sus hijos. El programa ha beneficiado a 40.000 familias de Oaxaca.<sup>210</sup> La reciente creación de la “Coordinación de Desarrollo Social”, que incluía Salud y Educación, posiblemente amplíe los enfoques programáticos relativos al desarrollo humano y ciudadanía, e integre la educación sexual de una manera más completa.

Muchos organismos gubernamentales y ONG están tratando de lograr los objetivos de la CIPD y de Beijing, pero no ha habido mucha coordinación en sus actividades, ni se han evaluado sus efectos.<sup>211</sup> Las organizaciones de la sociedad civil ofrecen a menudo promoción y enfoques más coherentes.<sup>212</sup> Por ejemplo, cuando el estado de Guanajuato amenazó con hacer que el aborto fuese un delito incluso en casos de violación (en 2000), varias ONG trabajaron para movilizar a los miembros de la comunidad a fin de impedirlo. Como parte de su labor, realizaron una encuesta de opinión pública sobre el aborto, y luego emplearon eficazmente los resultados que indi-

caban que la mayoría de las personas creían que una mujer que había sido víctima de violación no debería ser encarcelada por haber pedido servicios de aborto, a fin de impedir que se hiciera que éste fuera un delito.<sup>213</sup>

## LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

*El movimiento de la sociedad civil de México es poderoso y dinámico, y tiene el potencial de ampliar considerablemente la índole y el grado de labor gubernamental en materia de salud sexual y reproductiva de los jóvenes.* Sus actividades de promoción de la educación sexual en las escuelas, en particular, han sido importantes cuando los órganos normativos y los padres no han estado seguros sobre la forma en que deben proceder.

*Al unir sus esfuerzos mediante redes, las ONG aumentan su influencia en debates nacionales sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.* Las redes de ONG han fortalecido considerablemente la promoción de la salud reproductiva en México; los promotores de la salud de la mujer han sido particularmente poderosos en el cambio de la política pública.

*Al invocar valientemente el lenguaje de los derechos con miras a promover la educación sexual para los jóvenes, las ONG mexicanas han aprovechado un instrumento ideológico poderoso para sus actividades de promoción.* Han utilizado el lenguaje de acuerdos internacionales para configurar una visión de lo que la salud y los derechos reproductivos de los jóvenes deben ser; lo cual les ha proporcionado no sólo el marco para su labor, sino también la autoridad moral para instar al gobierno a moldear de nuevo sus programas.

*La promoción realizada por los jóvenes en nombre de ellos mismos en México les da una autoridad que no existe en la mayor parte de la promoción de salud reproductiva de los jóvenes en otros lugares.* El movimiento juvenil está bien representado y es muy activo en México. Las organizaciones de las mujeres que han promovido la salud sexual y reproductiva de la mujer han proporcionado un apoyo importante para los grupos que promueven los derechos sexuales de los jóvenes.

*Las redes de las ONG que trabajan en el campo de los derechos de los jóvenes deben buscar oportunidades para trabajar en grupos pequeños con sus oponentes, incluidos funcionarios gubernamentales.* La renuencia de ONG progresivas a negociar fórmulas conciliatorias con el gobierno ha contribuido a la influencia desproporcionada de una minoría vocal de conservadores, apoyada por la influencia unificadora de la Iglesia Católica.

*México debe ir más allá de su estrategia clínica respecto a la salud reproductiva de los jóvenes y abordar las condiciones sociales y económicas que configuran la vida reproductiva de los jóvenes.* El sector de la salud ha trabajado con los jóvenes, pero sus esfuerzos generalmente se limitan a la prestación de servicios y llegan cuando ya es demasiado tarde.

*Para ser eficaces, los enfoques de diversas instituciones gubernamentales, ONG y sus redes requieren más coordinación.* Una recopilación compartida de investigaciones sobre la vida de los jóvenes puede facilitar este proceso. Varios estudios recientes—realizados por el Consejo Nacional de Población, un estudio sobre actitudes efectuado por Mexfam y un estudio sobre el comportamiento general de los jóvenes llevado a cabo por el Instituto Mexicano de la Juventud—han señalado la importancia de la coordinación como meta de la elaboración de políticas.<sup>214</sup>

**“Los jóvenes tenemos derecho a tener derechos.”**

**—Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales**

*El liderazgo institucional es importante para la elaboración de políticas a más largo plazo para los jóvenes.* Este liderazgo proporciona continuidad en la prestación de servicios sociales clave y en la educación, y es esencial para coordinar dichos esfuerzos.

*Una promoción especial con grupos relacionados con la Iglesia para abordar la epidemia de la infección por el VIH puede ser una estrategia útil.* Se necesita urgentemente elaborar una fuerte política de prevención, detección y tratamiento de la infección por el VIH/SIDA que no sea moralizadora, lo cual implica hacer frente a la oposición que ejerce la poderosa jerarquía de la Iglesia Católica de México.<sup>215</sup>

*La experiencia de México en materia de salud reproductiva de los jóvenes ofrece muchas lecciones útiles para otros países.* Las contribuciones inmensas que hacen las organizaciones no gubernamentales son clave para la elaboración continua de políticas, y logran tanto la participación de los ciudadanos como la rendición de cuentas del gobierno.



Mar del Norte

Amsterdam

PAÍSES BAJOS

## Países Bajos:

### LA SALUD PÚBLICA TIENE PRECEDENCIA SOBRE LA POLÍTICA

Durante más de cuatro decenios, el gobierno holandés ha trabajado para cambiar las actitudes relativas a la sexualidad por el bien de la salud pública. Los jóvenes en particular se han beneficiado del hincapié que se ha hecho en su derecho a obtener la información necesaria para tomar decisiones saludables y responsables. La población de los Países Bajos, que cuenta con menos de 16 millones de habitantes solamente, es una de las más jóvenes de Europa Occidental. El 18 por ciento de la población tiene entre 10 y 24 años de edad.<sup>216</sup>

Aunque muchos jóvenes tienen relaciones sexuales, las tasas de embarazo involuntario y de aborto son excepcionalmente bajas, debido principalmente al enfoque realista de la sociedad en cuanto a la sexualidad y la salud reproductiva. Los Países Bajos ofrecen un ejemplo excelente de lo que puede lograrse con un enfoque perspicaz de la salud pública. Dada la notable tradición de consenso en la elaboración de políticas, este próspero país da mucho valor a la calidad de la vida de todos los ciudadanos. La cooperación del gobierno con el público y la sociedad civil ha sido clave.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad holandesa era tradicional. Católicos, protestantes y judíos compartían actitudes tradicionales. Las relaciones sexuales prematrimoniales eran objeto de fuerte desaprobación y no se impartía educación sexual en las escuelas. La

Población total, año 2000 (en millares)	<b>15.987</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>30%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>18%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>0,52%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$23.052</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>1,5</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>1%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>9%</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>0,2% / 2%</b>
Porcentaje de personas de 20-24 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>7% / 26%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>NA</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>0,1 - 0,1%</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>0,1 - 0,3%</b>
Años de educación obligatoria	<b>11</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>NA</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>109 / 107</b>
Coefficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>134 / 129</b>

#### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.

\*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

#### Fuentes:

Netherlands Central Bureau of Statistics (CBS). «Population : Key Figures» Statline.

Naciones Unidas, División de la Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC: Banco Mundial.

Naciones Unidas, División de la Población. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (gráfico mural). Nueva York: ONU.

ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA : Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.

UNESCO. 1995. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO

UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.

Naciones Unidas. 1997. *Report on the World Social Situation*. Nueva York: Naciones Unidas.

anticoncepción estaba prohibida hasta mediados de los años sesenta y, como consecuencia de ello, los Países Bajos registraron una de las tasas de natalidad más elevadas de Europa Occidental hasta principios de los años setenta.<sup>217</sup> Las familias numerosas de los años cincuenta y sesenta dieron lugar a análisis sociales y políticos acerca de la alta densidad de población del país, lo cual fue una preocupación que después facilitó la aceptación de la planificación familiar. Este país era uno de los más conservadores de la región en ese entonces, y sus sobrias raíces calvinistas todavía configuran el disfrute cauteloso de la vida y la sexualidad como algo que se debe “ganar”.<sup>218</sup>

Sin embargo, en los últimos 30 ó 40 años la secularización ha dado como resultado una flexibilidad mucho mayor en la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Durante la reconstrucción de la posguerra a finales de los

**A finales de los años cincuenta, el Ministerio de Educación patrocinó ONG nacionales para que realizaran encuestas sobre el comportamiento sexual de los jóvenes, lo cual fomentó un diálogo nacional.**

años cuarenta y comienzos de los cincuenta, la urbanización e industrialización rápidas produjeron un considerable cambio social y económico, y consecuencias importantes respecto a los valores sociales y la familia. A finales de los años cincuenta, el Ministerio de Educación patrocinó ONG nacionales para que realizaran encuestas sobre el comportamiento sexual de los jóvenes, lo cual fomentó un diálogo nacional.<sup>219</sup> Aunque no se establecieron metas de salud reproductiva separadas, el gobierno invirtió en programas que promovían la responsabilidad personal y las aptitudes para la vida.

Desde principios de los años sesenta hasta mediados de los años noventa, la sociedad holandesa experimentó una “revolución sexual”, producida por un reexamen de los valores sociorreligiosos, el movimiento de la mujer, mayor exposición a los medios de información, esfuerzos en pro de los derechos de los homosexuales y una concienciación acerca del crecimiento de la población que había resultado de la fecundidad y la inmigración. La industrialización, el crecimiento económico y una disminución de la influencia por parte de la iglesia también ayudaron a fomentar estos cambios. Las familias numerosas se hicieron menos atrayentes para esta sociedad más rica y más instruida, y la anticoncepción y la esterilización ganaron cada vez mayor aceptación.

La labor civil de los años sesenta dio lugar a organizaciones como la Asociación Holandesa para la Reforma Sexual, la Sociedad Protestante para la Planificación Familiar Responsable y la Oficina Católica para la Sexualidad y las Relaciones, las cuales ejercieron presión sobre el gobierno para legalizar los anticonceptivos.<sup>220</sup> A finales de los años sesenta, la Sociedad Holandesa de Médicos de la Familia aceptó la planificación familiar. A finales de los años setenta, una poderosa combinación de fuerzas, incluidos los movimientos feministas y de liberación de los homosexuales que se estaban formando, ha

contribuido a una transformación de las normas sexuales en los Países Bajos.

Los años ochenta fueron testigos de una “segunda revolución sexual” de las actitudes holandesas, pues la aparición del SIDA fomentó la aceptación pública de todas las medidas preventivas, especialmente el uso del preservativo. La mayor financiación de las investigaciones facilitó intervenciones bien concebidas. Los medios de información desempeñaron una función importante, y la frase “Doble holandés”—el uso de preservativos y la píldora— se convirtió en el mensaje principal, especialmente para los jóvenes. Las campañas de amplio alcance hacían hincapié en el lema “Sexo sin riesgos o NADA de sexo”, y el uso del preservativo se promovió como una forma para los hombres jóvenes de compartir la responsabilidad. Las nuevas investigaciones realizadas en los años ochenta despertaron la concienciación acerca del acoso y el abuso sexuales, y pusieron de relieve la necesidad de examinar críticamente las funciones de los muchachos y de los hombres en hacer que el sexo no sea forzado y que esté “más libre de riesgos” de embarazos involuntarios e ITS, incluida la infección por el VIH.<sup>221</sup> El respeto por los deseos y los límites de las personas es esencial en las normas holandesas relativas a la sexualidad.<sup>222</sup>

Los órganos normativos también consideraron las consecuencias que tenía en la salud pública el embarazo involuntario en las adolescentes, y adoptaron medidas decisivas que produjeron una asombrosa disminución de la tasa de embarazos no deseados en las niñas adolescentes solteras, al pasar de 100 por mil a finales de los años sesenta a 16 por mil a finales de los ochenta.<sup>223</sup> El enorme apoyo político que se dio a la prevención de los embarazos no deseados hizo que nuevas campañas mejoraran la educación sexual y promovieran el uso de anticonceptivos. Desde entonces, los Países Bajos han gastado más que la mayoría de los otros países en investigación y programas de salud reproductiva per cápita.<sup>224</sup> En 1981, dos tercios de las adolescentes que tenían relaciones sexuales usaban la píldora, y aunque ahora hay más jóvenes que nunca que tienen relaciones sexuales, el número de embarazos en la adolescencia ha disminuido continuamente desde los años sesenta, salvo un leve aumento registrado en las jovencitas inmigrantes de las Antillas Holandesas.<sup>225</sup>

## ¿QUÉ LLEVÓ LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES AL CENTRO DE ATENCIÓN NACIONAL?

En respuesta a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en 1959, el gobierno elaboró una política en la que se priorizaban las necesidades de los jóvenes y se les daba a estos el derecho a “oportunidades y establecimientos, por ley y otros medios, para permitirles desarrollarse física, mental, espiritual y socialmente en una forma saludable y normal.”<sup>226</sup> Este enfoque holístico relativo al desarrollo de los jóvenes pone de relieve los inconvenientes de la compartimentación de la labor del gobierno por sectores, y la necesidad de trabajar en todos los sectores.

En 1995 la directiva nacional del gobierno era sencilla: facilitar la vida a los jóvenes y fortalecer su contribución a la sociedad trabajando mediante varios departamentos gubernamentales y poniendo la toma de decisiones en manos de las localidades.<sup>227</sup> El enfoque de no intervención del gobierno central redujo a un mínimo la intervención burocrática y facilitó la integración de los servicios para los jóvenes en el ámbito regional.

El Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes hace hincapié en la participación social y política como algo esencial para la política relativa a los jóvenes. Los encargados de formular políticas y los promotores de la causa de los jóvenes apoyan la idea de que el desarrollo sexual es un proceso de aprendizaje social, lo cual era un concepto de empoderamiento que fue la tendencia general de la opinión pública de los años setenta y ochenta, y consideran que “aprender a negociar y a dialogar acerca del sexo sin riesgos ... es una tarea importante para el desarrollo.”<sup>228</sup> Los jóvenes de las localidades informan a los encargados de políticas municipales mediante consejos estudiantiles y organizaciones juveniles. La organización general coordinadora nacional Grupo Holandés de Juventud informa al gobierno sobre cuestiones clave, lo cual reduce más las marcadas diferencias típicas que separan al personal especializado en adultos del especializado en jóvenes.

**La participación de los jóvenes y las actividades programáticas en la salud sexual y reproductiva se establecen según tres leyes que colocan la igualdad, la tolerancia y el respeto en el centro de la vida social y política.**

## ¿EXISTE UNA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA?

No existe un documento de política nacional único dedicado a la salud reproductiva de los jóvenes. Una gran variedad de leyes y políticas en sectores múltiples abordan la salud reproductiva de los jóvenes. La atención de salud reproductiva básica se presta bajo el sistema de atención de salud universal gratuitamente. El plan de seguro de salud nacional ofrece un “sistema doble de prestación de servicios de anticoncepción”, con el cual los jóvenes, quienes también tienen sus propios médicos, pueden obtener anticoncepción en clínicas privadas que no exigen la notificación a los padres ni su consentimiento.

La participación de los jóvenes y las actividades programáticas en la salud sexual y reproductiva se establecen según tres leyes que colocan la igualdad, la tolerancia y el



Barbara Huberman

**Puesto que el SIDA surgió en los años ochenta mientras el gobierno estaba instituyendo sus primeros programas integrales de salud sexual y reproductiva para los jóvenes, el SIDA y las ITS se incorporaron en los programas de educación sexual desde un principio.**

respeto en el centro de la vida social y política: la Ley de Asistencia para el Niño y el Joven (1989) aborda la puesta en práctica y la financiación de la mayoría de los servicios para los jóvenes, que incluyen educación, empleo, cuidados infantiles, educación en la infancia temprana, salud mental y física, seguridad, deportes y cultura. La Ley de Participación en la Educación (1.992) regula la participación de los jóvenes y de la comunidad en las escuelas secundarias. La Ley de Bienestar Social (1994) ayuda a los ciudadanos desfavorecidos y promueve su participación en la sociedad.

A finales de los años setenta, la educación sexual había llegado más allá del sistema escolar y ya se ofrecía en los medios de información, centros comunitarios y ferias juveniles. Puesto que el SIDA surgió en los años ochenta mientras el gobierno estaba instituyendo sus primeros programas integrales de salud sexual y reproductiva para los jóvenes, el SIDA y las ITS se incorporaron en los programas de educación sexual desde un principio. Dicha incorporación ocurrió gracias en parte a Rutgers Stichting, organización privada sin fines de lucro financiada enteramente por el gobierno holandés hasta finales de los años noventa. En 1993, el programa nacional de promoción de la salud titulado “Vida juntos” se introdujo en las escuelas secundarias para promover un concepto aún más amplio de la salud sexual que incluía “sexo sin riesgos” y aptitudes, por ejemplo, para hablar y negociar acerca del sexo sin riesgo, y para comprar, llevar consigo y usar preservativos.”<sup>229</sup>

Al hacer hincapié en la prevención, la política nacional sobre el SIDA tiene como meta promover la solidaridad con las personas que han dado positivo al VHI y las personas con SIDA, prevenir el comportamiento sexual de riesgo y promover la investigación científica que informa a los órganos normativos. El gobierno también financia y

coopera estrechamente con el Fondo para el SIDA, organización que cuenta con un historial excepcional en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA mediante investigación, atención preventiva, integración social e iniciativas de promoción de la causa.<sup>230</sup> La Fundación Holandesa para el Control de las ETS, fundada en 1973, constituye el principal proveedor de servicios relativos a las ITS y la infección por el VIH.<sup>231</sup>

A mediados de los años sesenta, la legalización del aborto se tornó en un tema central de debate público, que condujo al establecimiento de una red nacional de clínicas de aborto en 1971.<sup>232</sup> Stimezo Nederland (red de clínicas de aborto sin fines de lucro) se organizó para galvanizar el apoyo por parte de la comunidad médica y fomentar el apoyo público del aborto como un imperativo de salud comunitaria. Stimezo logró organizar un movimiento que se convirtió en una red nacional de clínicas de aborto en 1971. Más tarde, la legislación estableció normas para los servicios de aborto; los servicios gratuitos en virtud del plan de seguro nacional de salud animan a los clientes a pedir asistencia en el embarazo temprano, y los médicos no temen ser demandados.

## **ENFOQUE DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA**

Los holandeses atribuyen mucho valor a la educación y fomentan diversos caminos que llevan al aprendizaje y a una edad adulta plena. El Ministerio de Educación, Cultura y Ciencias de los Países Bajos, que cuenta con uno de los presupuestos más grandes de todos los departamentos gubernamentales, establece la instrucción sobre relaciones y desarrollo sexual, acoso y abuso sexual en las escuelas primarias y secundarias.<sup>233</sup> Los conocimientos y las capacidades de los maestros en materia de comunicación del material se refuerzan regularmente mediante capacitación.

Se espera—aunque no es obligatorio—que las escuelas incluyan la educación sexual en sus programas de estudios; el 95 por ciento de las escuelas secundarias y aproximadamente 50 por ciento de las primarias lo hacen.<sup>234</sup> Las escuelas pueden escoger los materiales, los métodos, el



enfoque y el tiempo dedicado a cada objetivo, pero el embarazo, las ITS, la orientación sexual y la homofobia, la aclaración de valores, el respeto hacia las diferencias en actitudes, y las aptitudes para una sexualidad saludable son temas obligatorios. El mensaje central es que los jóvenes deben hacerse responsables si deciden tener relaciones sexuales, y la meta subyacente es que aprendan a distinguir entre prácticas sexuales más seguras y menos seguras, y a cuidar de su propia salud y bienestar. A los estudiantes se les enseñan las aptitudes para la vida que necesitan para negociar estas prácticas.

Pero la educación sexual no se percibe como una responsabilidad principalmente de las escuelas, y los esfuerzos en las escuelas están apoyados por información de calidad que se proporciona a los padres, los médicos de familia, las clínicas que dan buena acogida a los jóvenes y los medios de información. La información y los servicios se pueden obtener fácilmente de médicos de atención primaria y de clínicas de manera confidencial y sin costo alguno.

Una fuerte colaboración ocurre entre los departamentos gubernamentales, las ONG y la industria privada para promover y preservar una amplia red de sistemas de apoyo institucional para los jóvenes. Por ejemplo, el Departamento de Salud, Bienestar y Deportes financia ampliamente el Instituto Holandés de Investigación de Sexología Social (NISSO), el cual es un instituto de investigación independiente que aborda la sexualidad, las relaciones íntimas y cuestiones de género. El NISSO ha proporcionado gran parte de la base científica y sociológica para las campañas nacionales en curso a fin de promover la buena salud reproductiva. Su división titulada Incentivos para la Juventud, integrada por un equipo de investigadores, especialistas en educación, capacitadores y consultores médicos y no médicos, promueve y disemina programas de salud reproductiva y sexual para los jóvenes. Mediante sus operaciones internacionales, el NISSO procura dar a conocer la estrategia holandesa en materia de salud sexual y reproductiva en el mundo en desarrollo.

**El segundo factor clave en el éxito de los Países Bajos es la creencia de que las leyes deben abordar la realidad, no ideologías. En términos sencillos, la ley sigue a la práctica.**

## ¿QUÉ FACTORES CLAVE PERMITIERON LA ELABORACIÓN DE ESTAS POLÍTICAS?

El trabajo basado en objetivos fundamentales acordados permitió al gobierno adoptar un enfoque de no intervención, al aprovechar valores compartidos de integridad, ciudadanía y responsabilidad de los jóvenes para guiar los programas. En vez de establecer exigencias detalladas en cuanto al contenido particular de programas, el gobierno supervisa de cerca las instituciones para determinar si están desempeñando su función en la sociedad.<sup>235</sup>

El segundo factor clave en el éxito de los Países Bajos en la satisfacción de las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes es la creencia de que las leyes deben abordar la realidad, no ideologías.<sup>236</sup> En términos sencillos, la ley sigue a la práctica. Cuando las ideas filosóficas de la Iglesia Católica eran hostiles al movimiento moderno de planificación familiar, la sociedad holandesa creó medios para conciliar las diferencias. Al observar que sus principios morales tradicionales estaban en desacuerdo con la aceptabilidad cada vez mayor de las relaciones sexuales prematrimoniales, la iglesia holandesa adaptó su filosofía e hizo concesiones importantes, al promover la adhesión a los valores familiares al tiempo que reconocía el carácter cambiante de la vida sexual de los jóvenes.

Otro factor importante es la capacidad excepcional en el ámbito nacional que existe en este país de lograr consenso político; es decir, la aplicación del “modelo Polder”, que facilita la búsqueda de un punto de confluencia sobre temas difíciles. Una coalición a largo plazo entre los Demócratas Cristianos y los Socialistas ha facilitado la aprobación de algunas leyes importantes, que incluyen, por ejemplo, la legislación sobre la legalización del aborto a mediados de los años ochenta.<sup>237</sup> En la Ley sobre la

**Las campañas de los medios de información, que son objeto de evaluación continua, se basan en investigaciones y teoría, y “se realizan a largo plazo, se coordinan y llevan a cabo mediante varios canales, y se lanzan a gran escala”.**

Interrupción del Embarazo se establece un requisito de espera de cinco días entre la fecha en que la mujer tiene la primera consulta con un médico o clínico y la fecha en que se realiza la operación. La mayoría de las mujeres se oponen al tiempo de espera, pero éste se incluyó como una fórmula conciliatoria en el Parlamento entre facciones de partidos opuestos cuando se aprobó la ley. La experiencia de los Países Bajos representa una postura de “tolerancia en una sociedad conscientemente pluralista [que cree en] en llegar a un acuerdo en vez de adoptar una actitud de enfrentamiento”.<sup>238</sup>

Las campañas de los medios de información también han sido una fuerza muy poderosa para cambiar las actitudes del público en lo referente al sexo, las relaciones y la toma de decisiones. Hasta hace poco, la televisión estaba totalmente patrocinada por el gobierno; por consiguiente, el acceso al contenido en materia de salud pública, y su aceptación, ha sido mucho más fácil en este país que en las redes comerciales privadas de otros países. Las campañas de los medios de información, que son objeto de evaluación continua, se basan en investigaciones y teoría, y “se realizan a largo plazo, se coordinan y llevan a cabo mediante varios canales, y se lanzan a gran escala”.<sup>239</sup> Algunas ONG, como la Asociación Holandesa para la Reforma Sexual (NVSH) y el Rutgers Stichting han movilizado los medios de información para llevar a cabo campañas de educación francas, explícitas y a menudo chistosas financiadas por el gobierno. Mediante campañas temáticas y una andanada de anuncios comerciales de preservativos, los medios de información han colocado explícitamente la salud reproductiva en el centro de la salud pública general. Y las campañas se realizan de manera intensiva durante varios años, de forma que se cubre exhaustivamente un tema para que se comprenda plena-

mente. A los jóvenes se les da abundante consejo en relación con el significado de su sexualidad y cómo vivir una vida sexual sin riesgos.

El último factor ha sido la participación positiva de los padres y las comunidades, que se han adaptado a las realidades de la sexualidad de los jóvenes con una actitud de “permisividad restrictiva”.<sup>240</sup> La permisividad restrictiva permite a los padres dirigir el desarrollo sexual de sus hijos, al tiempo que los educan, comunicándoles un concepto positivo acerca de la sexualidad y animándolos a adoptar decisiones personales de manera informada y saludable.<sup>241</sup> Los jóvenes tienen muchas probabilidades de vivir en su hogar durante la adolescencia y posponer el matrimonio hasta casi los 30 años de edad. Con mucha frecuencia, las parejas contraen matrimonio porque quieren tener hijos. Antes de que las personas estén preparadas para dar este paso, es aceptable que tengan relaciones no matrimoniales responsables. Las leyes, las instituciones y las normas se han adaptado, en la forma pragmática de los holandeses, a las nuevas unidades económicas producidas por la cohabitación.<sup>242</sup>

## RETOS Y RESPUESTAS

Los Países Bajos han dirigido iniciativas de políticas clave a la reducción de las barreras estructurales que se oponen a los servicios y a la información. Por ejemplo, al reconocer la planificación familiar como un aspecto importante de la práctica general, la sociedad holandesa de practicantes médicos generales hizo que el asesoramiento de control de la natalidad confidencial formara parte de los servicios de atención primaria de salud para los jóvenes y los adultos. Los cambios legislativos y programáticos ampliaron el acceso de los jóvenes a la anticoncepción, el aborto y a otros servicios de planificación familiar que anteriormente habían sido ilegales o inaccesibles.

Las asociaciones públicas y privadas de los Países Bajos han ayudado a aumentar las opciones de salud reproductiva. El gobierno mantiene cierta distancia en la prestación de atención de salud reproductiva porque la participación gubernamental directa y extensa es inaceptable en ese país desde el punto de vista político.<sup>243</sup> Con el apoyo de grupos

de promoción de la causa en todo el país, el gobierno prometió los fondos necesarios para establecer centros de planificación familiar y para apoyar clínicas dirigidas por organizaciones no gubernamentales. Rutgers Stichting se creó en 1969 y centró sus actividades en proporcionar y ampliar el acceso a servicios de salud reproductiva, suministros, asesoramiento e información. Diseñadas como una opción aparte de la atención del médico de familia, sus clínicas convenientemente situadas y a las que se podía acudir sin cita previa constituyen la base del sistema holandés de clínicas de salud reproductiva, especialmente para los jóvenes. Inicialmente, las clínicas de Rutgers se encontraban en 60 lugares, y esta cifra fue disminuyendo a medida que la gente cada vez más acudía con cuestiones de sexualidad y anticoncepción a los médicos generales. Hoy en día, las tasas bajas de embarazo y de aborto, y la ampliación de los servicios de los médicos de familia y otros practicantes de atención de salud han dado lugar a la idea de que las clínicas ya no se necesitan tanto como en el pasado, y a finales de los años noventa sólo quedaban 7 clínicas. El Ministerio de Salud ha decidido dejarlas abiertas para atender a grupos especiales y poner a prueba estrategias innovadoras.<sup>244</sup>

## LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES—ESPECIALMENTE PARA OTROS ENTORNOS

El Gobierno de los Países Bajos sirvió de catalizador en el cambio para fines de salud pública. Una meta de salud pública importante ha sido desarrollar la capacidad de los jóvenes de adoptar la sexualidad de manera responsable mediante el aumento de sus conocimientos y aptitudes.

*La salud reproductiva de los jóvenes de los Países Bajos tiene que ver con el desarrollo, los derechos y las necesidades de los jóvenes, y no con las opiniones de los padres, otros adultos, personalidades religiosas y la sociedad.* Como resultado de ello, las políticas y los mensajes que transmiten son coherentes, y los programas se refuerzan entre sí.

*El gobierno ha apoyado campañas educativas masivas y a largo plazo por conducto de los medios de información.* Su asociación con los medios de informa-

**El enfoque holandés respecto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes “Es práctico. Es una política de salud pública sensata. Implica respeto a los jóvenes. Es una manera realista de centrar la atención en la responsabilidad, no de crear estigma. Y se trata de vivir en el siglo XXI, cuando las relaciones se definen desde el punto de vista de placer, seguridad, confianza, compromiso y sinceridad mutua. ¿Es una utopía? Si lo es, quiero encontrarla para mis hijos”.**

—Barbara Huberman, Advocates for Youth  
(Promotores de la Causa de los Jóvenes)

ción ha configurado las opiniones de la sociedad holandesa en lo relativo a la sexualidad y ha aumentado las capacidades de la gente para hacer frente a la sexualidad.

*Aunque el gobierno ha participado de manera central en el apoyo de la salud reproductiva de los jóvenes mediante el cambio de las actitudes públicas y la financiación de instituciones educacionales y de prestación de servicios, se ha creado para él mismo una función de apoyo, y no una función dominante.* La supervisión por parte del gobierno de los principios esenciales y no de directrices particulares ha permitido una flexibilidad considerable en el ámbito local, la cual ha evitado algunas de las situaciones de enfrentamiento que se observan en otros entornos.

*Los padres y otros adultos aceptan a los jóvenes como seres sexuales y ven las relaciones íntimas como una parte natural del desarrollo y el proceso de maduración emocional.* Esto no quiere decir en absoluto que el cambio hacia la “permisividad restrictiva” fue fácil y automático para todos los padres. Las actitudes de los padres respecto a la sexualidad han cambiado y sus conocimientos al respecto han aumentado gracias a la campaña de salud pública del gobierno.

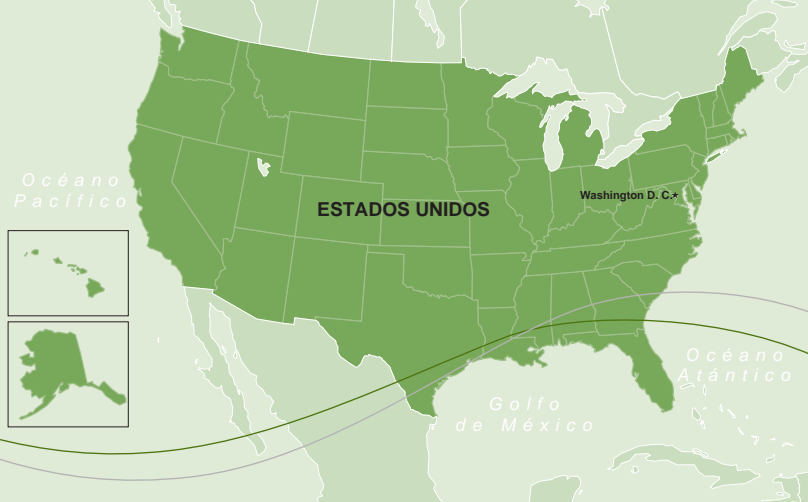
*Los jóvenes de los Países Bajos se benefician de un acceso fácil a los servicios y la información de salud reproductiva a través de los médicos de familia, lo*

**Los padres y otros adultos aceptan a los jóvenes como seres sexuales y ven las relaciones íntimas como una parte natural del desarrollo y el proceso de maduración emocional.**

*cual es un modelo que podría aplicarse en muchos otros entornos.* Los médicos de atención primaria están a cargo de dar información y prestar asistencia a los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, y a menudo los adolescentes conocen a estos médicos desde su infancia.

*La gente de los Países Bajos no es muy paciente con la hipocresía que surge cuando valores abstractos se promueven ante realidades contradictorias de la vida.* Esta capacidad de autoevaluación ha permitido que incluso grupos religiosos adopten un enfoque de no intervención respecto a la sexualidad de los jóvenes. La iglesia y el estado están claramente separados, y el comportamiento ético se considera como una responsabilidad individual y no como una responsabilidad religiosa. Como muchas otras instituciones, las iglesias han apoyado la educación sexual y la concienciación para los jóvenes porque se dan cuenta de su importancia para la salud y el desarrollo.

Los Países Bajos forman parte de un pequeño grupo de países que habitualmente se adhieren a los acuerdos internacionales relativos al desarrollo social y a los derechos humanos. Esta dedicación se manifiesta notablemente en el éxito que han tenido los Países Bajos en la salud reproductiva de los jóvenes. Aunque el gobierno se ha vuelto cada vez más flexible en el mantenimiento del alto nivel de aportes que anteriormente caracterizó sus programas amplios, el marco progresivo de desarrollo de los jóvenes se ha institucionalizado completamente, garantizando con ello la salud y el bienestar de los jóvenes. Estas leyes, y el conjunto de políticas dirigidas hacia los jóvenes en todos los niveles del gobierno, están arraigadas en una ética que toda la sociedad ha aceptado, la cual coloca la igualdad, la tolerancia y el respeto en el centro de la vida social y política.



## Estados Unidos:

### PROGRAMAS DEFICIENTES DEJAN A LOS JÓVENES A LA MERCED DE LOS MEDIOS DE INFORMACIÓN

Estados Unidos tiene una gran labor que realizar para apoyar la vida sexual y reproductiva de los jóvenes, particularmente en comparación con otros países desarrollados. El debate público relativo a la cuestión suele polarizarse entre los que aceptan enfoques moralizadores y los que ven la cuestión estrictamente en términos de salud pública, lo cual constituye la perfecta “receta para el estancamiento”.<sup>245</sup> Con demasiada frecuencia, se deja a los jóvenes sin una guía o sin las aptitudes para tomar decisiones saludables acerca de su sexualidad, a la merced de unos medios de información que glorifican la vida sexual activa.

Políticas fragmentadas reflejan dicha polarización de opiniones, mientras que la financiación inadecuada deja los programas gubernamentales y no gubernamentales sin los recursos para satisfacer las necesidades que tienen los jóvenes de guía y oportunidades.<sup>246</sup> Esto figura entre las razones que explican el uso excepcionalmente bajo de servicios de atención de salud por parte de los jóvenes.<sup>247</sup> Al mismo tiempo, el inicio temprano a la vida sexual y el matrimonio a una edad más avanzada, si el matrimonio ocurre en absoluto, indican que los jóvenes viven un período más largo de vida sexual activa sin estar casados.<sup>248</sup> La ausencia de políticas de salud pública y de otro tipo que apoyen a los 59 millones de jóvenes esta-

Población total, año 2000 (en millares)	<b>285.556</b>
Población de 0-24 años de edad (% de la población total)	<b>35%</b>
Población de 10-24 años de edad (% de la población total)	<b>21%</b>
Tasa de crecimiento anual de la población	<b>1,05%</b>
PNB per cápita (PPA US\$, 1999)*	<b>\$33.833</b>
Promedio de nacimientos por mujer de 15-49 años de edad (TFT)	<b>2,1</b>
Nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>12,4%</b>
Nacimientos en mujeres de 20-24 años de edad (como porcentaje de todos los nacimientos)	<b>25%</b>
Porcentaje de personas de 15-19 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>1% / 4%</b>
Porcentaje de personas de 20-24 años de edad casadas alguna vez (M/F)	<b>19% / 33%</b>
Mujeres jóvenes (de 15-19 años de edad) que usan algún método anticonceptivo (%)	<b>29,8%</b>
Prevalencia del VIH en las mujeres de 15-24 años de edad	<b>0,2 - 0,3%</b>
Prevalencia del VIH en los hombres de 15-24 años de edad	<b>0,3 - 0,8%</b>
Años de educación obligatoria	<b>10 years</b>
Instrucción elemental en los jóvenes de 15-24 años de edad (M/F)	<b>NA</b>
Coficiente bruto de matrícula en la escuela primaria (M/F)**	<b>102 / 101</b>
Coficiente bruto de matrícula en la escuela secundaria (M/F)**	<b>98 / 97</b>

#### Notas:

\* Medida de ingreso per cápita que tiene en cuenta el poder adquisitivo relativo en todos los países.  
\*\* Número total de niños matriculados por cada 100 niños en edad escolar.

#### Fuentes:

Population Projections Program, *Population Division, U.S. Census Bureau*, Washington, DC. 2001 Cálculo censal.  
Naciones Unidas, División de Población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas.  
U.S. Census Bureau. "USA Statistics in Brief." 2000 Cálculo censal.  
U.S. Census Bureau. "USA Statistics in Brief." 1999 Cálculo censal.  
U.S. Census Bureau. 2001. International Data Base (IDB).  
National Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics. Cálculo de 1995.  
ONUSIDA. 2000. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA : Junio 2000*. Ginebra: UNAIDS.  
UNESCO. 1995. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.  
UNESCO. 1999. *Anuario Estadístico*. París: UNESCO.  
Naciones Unidas. 1997. *Report on the World Social Situation*. Nueva York: Naciones Unidas.



Margaret E. Greene/DC Campaign to Prevent Teen Pregnancy

**Se deja a los jóvenes sin una guía o sin las aptitudes para tomar decisiones saludables acerca de su sexualidad, a la merced de unos medios de información que glorifican la vida sexual activa.**

dounidenses como actores informados y responsables en su propia vida sexual y reproductiva pone de manifiesto una asimetría inquietante entre los compromisos a menudo adoptados y los compromisos reales respecto al desarrollo de los jóvenes.<sup>249</sup>

## EL ENTORNO DE POLÍTICAS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

Si bien es cierto que no existe una política integral de salud reproductiva para los jóvenes ni para los adultos, Estados Unidos tiene una larga historia legislativa en la que aborda y luego deja de lado cuestiones de salud reproductiva, especialmente la anticoncepción. En los alrededores de 1870, las Leyes Comstock prohibieron la producción de material “depravado” o “indecente”, y clasificaron incluso la información sobre anticoncepción como obscena. La Corte Suprema recusó las Leyes Comstock en 1939, como resultado de un movimiento político cada vez más fuerte para legalizar la anticoncepción. Margaret Sanger, quien acuñó la frase “control de la natalidad”, fue pionera en este movimiento y ganó fama por sus folletos “radicales” sobre el uso de la anticoncepción, por fundar las primeras clínicas de planificación familiar y sentar las bases para el establecimiento de la Federación de Planificación de la Familia de Estados Unidos.

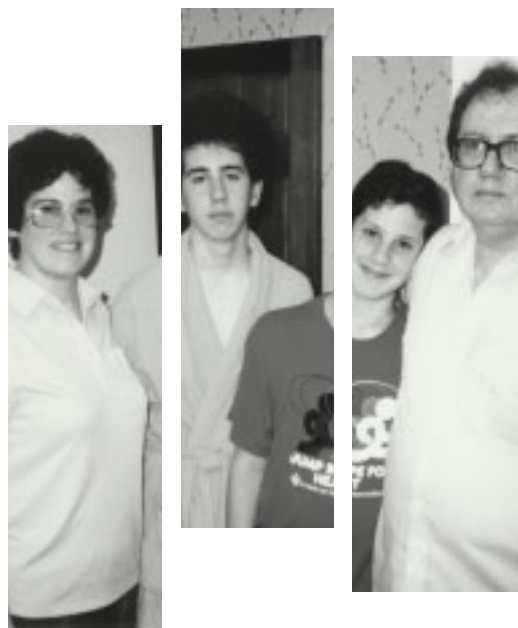
El debate nacional sobre opciones y salud reproductiva fue objeto de mucha atención con el advenimiento de la píldora anticonceptiva en los años sesenta. Las demandas de las mujeres para obtener medios seguros, fiables y convenientes para controlar la procreación y debates nacionales sobre bienestar dieron como resultado la promulgación en 1970 del Título X de la Ley de Servicio de Salud Pública, que disponía la financiación para el establecimiento de clínicas y servicios que han atendido a

las mujeres desde entonces. En 1973, el aborto se legalizó con la decisión de la Corte Suprema sobre *Roe v. Wade*.

Al abrirse las puertas de los servicios de planificación familiar y aborto en los años sesenta y setenta se dio a una población de adolescentes con una vida sexual cada vez más activa acceso a servicios confidenciales de anticoncepción, pero la controversia acerca del apoyo apropiado para la vida sexual y reproductiva de los jóvenes sigue existiendo hasta ahora. En el ámbito federal, estatal y comunitario, los políticos, grupos de ciudadanos, profesionales de la salud y padres siguen tratando de influir en la política de salud reproductiva de los jóvenes.

## ¿QUÉ HECHOS HAN LLEVADO LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA AL CENTRO DE ATENCIÓN NACIONAL?

La prevalencia creciente de ITS y la crisis del SIDA dieron origen a un movimiento de ‘sexo sin riesgo’ que empezó en los años ochenta y que ha ampliado el debate nacional sobre la sexualidad y la salud reproductiva de los jóvenes. A pesar de las disminuciones sostenidas de los embarazos de adolescentes registradas en los años noventa, casi un



Margaret E. Greene

millón de adolescentes quedan embarazadas cada año, lo cual indica que hay un grado considerable de necesidad insatisfecha en la atención de salud, información y guía en salud reproductiva.<sup>250</sup>

La feminización de la pobreza en Estados Unidos ha reforzado la atención que se presta a los embarazos tempranos fuera del matrimonio, en gran parte por la preocupación relativa a la carga que las madres jóvenes puedan imponer en el sistema de bienestar. Casi todos los fondos federales asignados a los jóvenes—aparte de la educación—son para programas dirigidos a jóvenes “en riesgo”, lo cual refleja el enfoque centrado en los problemas adoptado por Estados Unidos para abordar la vida sexual y reproductiva de los jóvenes del país.

## ¿EXISTE UNA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS JÓVENES?

Una amplia variedad de leyes forman el telón de fondo de la política de salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Estados Unidos. Estos reglamentos y leyes forman un entorno de apoyo solamente esporádico para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

*El Título XIX de la Ley de Seguridad Social, Medicaid (1965)*, autorizó a los estados a usar fondos estatales y federales para dar cobertura de salud y servicios y suministros de planificación familiar a familias de bajos ingresos, incluidos los menores que tenían relaciones sexuales. Por ser un programa nacional y estatal que ayuda a cubrir costos médicos de personas con bajos ingresos, no se pueden usar fondos de Medicaid para pagar servicios de aborto, salvo en casos de violación, incesto o para salvar la vida de la mujer, aunque los estados pueden decidir pagar los servicios de aborto con sus propios fondos.

*El Título X de la Ley de Servicios de Salud Pública, Programa Nacional de Planificación Familiar (1970)*, canaliza fondos para una serie de organismos que prestan servicios de salud reproductiva, lo cual pone a la disposición de las adolescentes servicios de anticoncepción y ginecología confidenciales y subsidiados.<sup>251</sup> Una “regla de mordaza” promulgada por el Gobierno de Reagan en 1988 hubiera prohibido que en los programas del Título X se

**La feminización de la pobreza en Estados Unidos ha reforzado la atención que se presta a los embarazos tempranos fuera del matrimonio, en gran parte por la preocupación relativa a la carga que las madres jóvenes puedan imponer en el sistema de bienestar.**

hablara del aborto con las clientas, a menos que la vida o la salud de estas corriera peligro, pero las recusaciones de la corte impidieron su aplicación, y el Presidente Bill Clinton la revocó en 1993.

*El Título XX de la Ley de Servicios de Salud Pública, La Ley de Vida Familiar de los Adolescentes (AFLA) (1981)*, financia proyectos de demostración realizados por organismos de salud, sistemas escolares y otras instituciones que prestan servicios especialmente a los jóvenes. Se requiere que los proyectos presten servicios de salud integral y servicios sociales y de educación, que funcionen dentro de varios entornos y que incluyan programas de desarrollo de los jóvenes.<sup>252</sup> En años recientes, una parte de los programas del Título XX ha financiado “educación sobre abstinencia solamente”. La meta de la AFLA es promover la castidad, la autodisciplina y la adopción en los adolescentes, en vez de prestar servicios de anticoncepción.<sup>253</sup>

*El Título V de la Ley de Seguridad Social, Subvención en Bloque de Servicios de Salud Maternoinfantil (1981)*, procura mejorar la salud de las madres, los niños y los jóvenes mediante la coordinación de la atención y el desarrollo de la capacidad comunitaria. Estos fondos también pueden usarse para pagar servicios de planificación familiar. Esta ley ha sido enmendada varias veces desde su adopción en 1935, y se convirtió en subvenciones en bloque en 1981.<sup>254</sup> La Sección 510 del Título V, promulgada como parte de un esfuerzo mucho mayor para reformar el sistema de bienestar de Estados Unidos, establece un programa separado de educación de abstinencia aparte de las subvenciones en bloque, “para promover la abstinencia de actividad sexual, centrando la atención en los grupos que tienen más probabilidades de tener hijos fuera del matrimonio”. El Título V también apoya la elaboración de programas de educación de absti-

**La mezcla de políticas y a veces incluso las políticas contradictorias que rigen la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Estados Unidos denotan un interés activo limitado en cuanto las inquietudes sexuales de los jóvenes y opiniones fuertes de la sociedad sobre la necesidad de “proteger a los jóvenes” contra información que algunos consideran, erróneamente, que puede hacer que los jóvenes tengan una vida sexual temprana.**

nencia comunitarios para jóvenes de 12-18 años de edad, mediante el programa de Proyectos Especiales de Importancia Regional y Nacional (SPRANS). El SPRANS proporciona un modesto apoyo (\$40 millones en el año fiscal de 2002) a entidades públicas y privadas para la elaboración y puesta en práctica de dichos programas.

*La Ley de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo, Ley de Reforma de Bienestar (1996)*, reorganizó el sistema nacional de bienestar y también hizo gran hincapié en la reducción del número de embarazos fuera del matrimonio, especialmente en las adolescentes. Para recibir asistencia pública, los padres menores solteros deben terminar la escuela secundaria y vivir en entornos supervisados por adultos. Se fomentan el mantenimiento de los hijos y el establecimiento de la paternidad, pero las oportunidades de capacitación y educación superior son limitadas.<sup>255</sup>

*El Título XXI de la Ley de Seguridad Social, El Programa Estatal de Seguro de Salud de los Niños (CHIP), (1997)*, pone a la disposición de los estados \$40.000 millones para seguro médico de niños menores de 19 años de familias de bajos ingresos. Los estados sólo tienen que cumplir con requisitos federales mínimos y, como resultado de ello, aunque los servicios de salud reproductiva para los jóvenes se cubren en algunos estados, estos sólo incluyen la atención prenatal y los servicios de planificación familiar antes del embarazo en otros.<sup>256</sup>

Desde la decisión de 1973 de la Corte Suprema sobre *Roe v. Wade* que legalizó el aborto, las mujeres adultas

han tenido derecho a obtener servicios de aborto en el primer trimestre sin ninguna restricción. Sin embargo, las leyes de 35 estados exigen que las jóvenes obtengan consentimiento de uno o de ambos padres, o que estos sean notificados, antes de obtener servicios de aborto; 26 estados aplican estas medidas.<sup>257</sup> También se aplican períodos de espera y un sinnúmero de otras restricciones. Restricciones en materia de financiación también limitan el uso de fondos federales de Medicaid en servicios de aborto para mujeres de bajos ingresos.

### **¿QUÉ FACTORES CLAVE POSIBILITARON LA ELABORACIÓN DE ESTAS POLÍTICAS?**

La mezcla de políticas y a veces incluso las políticas contradictorias que rigen la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Estados Unidos denotan un interés activo limitado en cuanto las inquietudes sexuales de los jóvenes y opiniones fuertes de la sociedad sobre la necesidad de “proteger a los jóvenes” contra información que algunos consideran, erróneamente, que puede hacer que los jóvenes tengan una vida sexual temprana. En general, las políticas relativas a los jóvenes y la asignación de fondos para los jóvenes son conservadoras. El surgimiento de la derecha religiosa, el apoyo cada vez mayor de un programa legislativo conservador y la renuencia de Miembros del Congreso a oponerse a la educación sexual que fomenta la abstinencia solamente también han configurado el entorno de políticas en Estados Unidos. Veinte años de apoyo cada vez mayor dado a los “derechos de los estados” en el país han permitido la diferenciación en cada estado de objetivos y resultados. Por consiguiente, aunque hay un número considerable de leyes que guardan relación con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, a menudo se han visto perjudicadas por la falta de recursos y la poca atención que se ha prestado a la supervisión de la puesta en práctica.

Una señal que muestra la triste situación en Estados Unidos ha sido el hecho de que un gobierno conservador ha dejado de lado un informe nacional cuidadosamente elaborado sobre salud sexual y reproductiva. Escrito por el Director General de Sanidad David Satcher y titulado “Llamamiento a la acción para promover la salud sexual y



el comportamiento responsable”, fue publicado en julio de 2001, pero desapareció rápidamente.<sup>258</sup> Este documento reúne los datos y sienta las bases para un diálogo nacional sobre sexualidad y salud sexual, e indica cómo abordar estas cuestiones.

### ENFOQUE PRINCIPAL DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

El enfoque actual respecto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Estados Unidos es un enfoque médico y se basa en los problemas, al tiempo que menosprecia las necesidades y las capacidades de los jóvenes. Los programas, por una parte centrados especialmente en la atención y servicios médicos y, por otra, en la programación social para reducir los nacimientos fuera del matrimonio, están orientados predominantemente hacia las mujeres. La educación sexual se ofrece ampliamente en las escuelas, pero su contenido y estructura varían considerablemente según el entorno.

### RETOS Y RESPUESTAS

Las leyes que rigen los derechos de salud reproductiva y acceso de los jóvenes forman parte de una mezcla de disposiciones constitucionales, políticas federales, estatales y locales, y decisiones de la Corte Suprema. Las decisiones tomadas en distintos niveles no están bien coordinadas, y los choques entre ellas perjudican a los resultados de salud reproductiva de los jóvenes.<sup>259</sup>

Por ejemplo, aunque varias decisiones de la Corte Suprema limitan el poder de los estados para reglamentar o prohibir el aborto, casi todos los estados limitan la prestación de servicios de aborto de una manera u otra; lo cual hace que muchas jóvenes pospongan la obtención de servicios y que busquen otras soluciones más peligrosas.<sup>260</sup> Es posible que los estados impongan restricciones en el derecho a ciertos fondos. Las restricciones también pueden provenir de las inclinaciones de un gobernador en cuanto a la salud y los derechos reproductivos, que

#### RECUADRO 7

### Aspectos notables de la política de educación sexual

- Principios de 1900:** La educación sexual se inicia como un empeño para reforzar la restricción sexual y el carácter procreador de las relaciones sexuales.
- 1919** La Conferencia de la Casa Blanca sobre el Bienestar Infantil apoya la educación sexual en las escuelas públicas.
- 1920** El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. publica el Manual on Sex Education in High School (Manual de educación sexual en la escuela secundaria).
- Decenio de 1940** Las asociaciones nacionales piden un programa mejor y más progresista. Ahora, el programa mantiene un enfoque moralizador y promueve la información sobre sexualidad saludable, cuestiones reproductivas, sexualidad “normal” y “enfermedades venéreas”.
- Decenio de 1950** La Asociación Médica Estadounidense y la Asociación Nacional de Educación publican conjuntamente un programa sobre sexualidad centrado en la educación para la vida familiar.
- Decenio de 1960** Al Consejo de los Estados Unidos para la Información y Educación Sexuales (SIECUS) se le encomienda el objetivo de promover actitudes sexuales saludables y difundir información basada en los hechos. Los grupos de oposición comienzan a luchar encarnizadamente en el ámbito estatal y local contra la educación sexual en las escuelas.
- Principios del decenio de 1970** Veinte estados votan para restringir o abolir la educación sexual.
- Finales del decenio de 1970** Sólo tres estados y el Distrito de Columbia exigen la educación sexual.
- Mediados del decenio de 1980** El reconocimiento de que el VIH/SIDA se transmite por vía sexual cambia radicalmente el argumento contra la educación sexual. El Director General de Sanidad de EE.UU., C. Everett Koop, insta a que la educación sexual se imparta en las escuelas a partir del tercer grado. Los estados comienzan a exigir que se dé información sobre el VIH y otras ETS, y algunos estados imponen requisitos de educación sexual.
- 1988** Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ofrecen asistencia financiera y técnica a las instituciones pedagógicas estatales y locales, a las organizaciones nacionales y a otras instituciones para mejorar la enseñanza escolar relativa al VIH.
- 1996** En la reforma de la asistencia social se incluyen fondos federales para la educación sexual relacionada únicamente con la abstinencia.
- 1997** Diecinueve estados y el Distrito de Columbia promulgan leyes o establecen políticas que exigen a las escuelas impartir educación sexual, y 34 estados junto con el Distrito de Columbia ordenan la educación relativa al VIH/SIDA y otras ITS.
- 2001** El Director General de Sanidad de EE.UU., David Satcher, emite un “Llamado a la Acción” para promover la responsabilidad y educación sexuales como una de las mayores prioridades de salud pública. La declaración de Satcher, que constituye la aprobación de una educación sexual general, hace hincapié en el acceso pleno a información que sea apropiada desde el punto de vista cultural y de desarrollo.

**Generalmente, la mayoría de los planes no dan dicha información a los menores de 18 años de edad, con lo cual niegan efectivamente a los jóvenes el acceso a servicios cubiertos legalmente.**

habitualmente reflejan el programa electoral de un partido.<sup>261</sup> Así pues, aunque el aborto generalmente es legal en Estados Unidos, los políticos que se oponen a éste han limitado la información al respecto y el acceso mediante requisitos de consentimiento de los padres, prohibiciones relativas a asesoramiento y remisión, y restricciones complicadas en lo que respecta a la financiación, entre otras cosas.

Existen contradicciones entre prioridades estatales y federales. Por ejemplo, el mandato de Medicaid *federal* estipula que las personas registradas que están en edad de procrear tienen acceso a servicios de planificación familiar, y sin embargo sólo una tercera parte de los programas de Medicaid *estatal* proporcionan habitualmente información sobre cobertura de anticoncepción. Generalmente,

la mayoría de los planes no dan dicha información a los menores de 18 años de edad, con lo cual niegan efectivamente a los jóvenes el acceso a *servicios cubiertos legalmente*.<sup>262</sup>

Alrededor de 1400 centros basados en escuelas en 45 estados y el Distrito de Columbia prestan servicios convenientes, confidenciales y de precios asequibles para los adolescentes.<sup>263</sup> No obstante, la mayoría de ellos dejan de lado cuestiones de salud reproductiva, incluidos la anticoncepción y el asesoramiento en materia de aborto, y la oposición por parte de la comunidad o del estado ha obligado a algunos dejar de ofrecer servicios de salud reproductiva. Es posible que la política escolar de distrito les impida proporcionar anticonceptivos en el lugar.<sup>264</sup>

Aproximadamente la mitad de los adolescentes que usan servicios de salud reproductiva los obtienen en clínicas públicas gratuitamente o a bajo costo. No obstante, muchos jóvenes no están recibiendo toda la variedad de servicios de atención de salud reproductiva que necesitan.<sup>265</sup> Sólo la mitad de los médicos notifican que dan asesoramiento a los adolescentes en cuestiones de salud reproductiva, y menos del 3 por ciento de ellos notifican que dan asesoramiento sobre las ITS o la infección por el VIH.<sup>266</sup> La vergüenza y la incomodidad respecto a la interacción con los médicos son consideraciones importantes para los adolescentes.

El miedo a la responsabilidad civil hace que algunos médicos estadounidenses no proporcionen atención e información completa. Aunque los médicos están protegidos legalmente, su preocupación en cuanto a la reacción de los padres a veces obstaculiza su relación con los pacientes jóvenes. La mayoría de los estados establecen la edad de 16 años como la edad de consentimiento, pero en algunos la edad de 13 años ya es edad de consentimiento. Sea lo que sea que un joven de esa edad o mayor confíe a un pediatra debe permanecer confidencial, y los médicos están protegidos contra la responsabilidad civil en virtud de cláusulas de confidencialidad. Si una persona de menor edad pide información o servicios de salud reproductiva, el pediatra, por ley, debe decirle al niño si se necesita permiso de los padres para hablar del tema.<sup>267</sup> Generalmente los pediatras fomentan la participación de los padres.



Sarah Reidy



Sarah Reidy



Margaret E. Greene



Sally Ethelston

Con frecuencia, los propios jóvenes no piden servicios de atención por miedo a que se informe a sus padres al respecto.<sup>268</sup> Otro obstáculo importante para el acceso de los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva es que a menudo los jóvenes no tienen seguro o hacen frente a otros obstáculos financieros. Los jóvenes sin seguro, de bajos ingresos y que forman parte de una minoría corren un riesgo particular de no obtener la atención de salud que necesitan, por razones financieras, lo cual pone de relieve la importancia del Título X y CHIP.

Las leyes estatales reconocen cada vez más la capacidad de los menores de tomar decisiones apropiadas acerca de su propia atención de salud, y sin embargo los menores no tienen autonomía plena cuando se trata del acceso a la atención confidencial.<sup>269</sup> Los debates sobre el consentimiento de los padres siguen planteándose en el ámbito del Congreso y de los estados, y las políticas estatales relativas a la autoridad de los menores respecto a las decisiones de salud se extienden hasta las pruebas de ITS/VIH, atención prenatal y servicios de parto, aborto y servicios de anticoncepción.<sup>270</sup> Sólo aproximadamente la mitad de los 50 estados conceden a los menores derecho explícito al consentimiento acerca de su propia atención de anticoncepción.<sup>271</sup>

Varias poblaciones de jóvenes hacen frente a barreras considerables para obtener información, atención y guía relativas a la salud sexual y reproductiva. Estas incluyen jóvenes que viven en zonas rurales subatendidas, el casi medio millón que vive con familias sustitutas, en hogares colectivos o en situaciones de vivienda residencial, y los jóvenes sin hogar y los que han huido de su hogar.<sup>272</sup> Estos jóvenes, que sobreviven al margen de los sistemas escolares y de atención de salud tradicionales, a menudo tienen antecedentes sexuales complejos, por ejemplo, tasas elevadas de abuso, embarazo e ITS/VIH.

El Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 prohíbe la discriminación en las escuelas por razón de género, estado civil, situación de embarazo o maternidad o paternidad, y exige que las ausencias a causa de parto se consideren como cualquier otro tipo de ausencia por “discapacidad temporal”, pero las normas sociales y culturales tienden a obligar a las adolescentes embarazadas y madres a abandonar la escuela, particularmente en los distritos

**Más del 90 por ciento de los estadounidenses apoyan la educación sexual en la escuela secundaria y 84 por ciento apoyan dicha educación en el primer ciclo de escuela secundaria. El 70 por ciento de los estadounidenses se oponen a la financiación federal de la educación de abstinencia solamente.**

escolares rurales y del sur, o a recurrir a otras soluciones de calidad académica inferior.<sup>273</sup> Incluso tal vez ni siquiera se informe a las jovencitas que tienen derecho a instrucción y cuidados infantiles en virtud del Título IX.

Más del 90 por ciento de los estadounidenses apoyan la educación sexual en la escuela secundaria y 84 por ciento apoyan dicha educación en el primer ciclo de escuela secundaria.<sup>274</sup> El 70 por ciento de los estadounidenses se oponen a la financiación federal de la educación de abstinencia solamente. Pero estas mayorías abrumadoras han estado subrepresentadas en el escenario nacional de la elaboración de políticas. Por consiguiente, el contenido de esos cursos resulta deficiente para un enfoque integral respecto al comportamiento sexual saludable.

Las políticas y los compromisos financieros respecto a la educación sexual han zigzagueado desordenadamente en los últimos años. No existe una ley nacional sobre educación sexual, aunque casi todos los estados exigen o fomentan algún tipo de educación sexual en el programa de estudios de las escuelas públicas, y hay una enorme variedad de un estado a otro (*véase el Recuadro 7*).<sup>275</sup> Incluso la exactitud médica de los materiales de educación sexual no es fiable y varía de una escuela a otra. Si bien es cierto que los jóvenes tienen a su disposición un enorme volumen de información—basta con ver cualquier revista para jovencitas—con frecuencia en la vida de los jóvenes no hay muchos padres, maestros ni personal de salud bien informados e imparciales, y la voz de los jóvenes no se oye en la cacofonía de voces que predicán acerca de la salud reproductiva de los jóvenes.

Entre algunas respuestas a estos retos figuran los esfuerzos para contar con la participación de los hombres jóvenes, el establecimiento de clínicas de salud basadas en



las escuelas y una labor programática y de políticas para abordar la gran variedad de necesidades en materia de desarrollo de los jóvenes. En gran medida, los hombres jóvenes permanecen fuera del sistema, y los pocos que buscan atención de salud reciben poca información o no reciben ninguna información de los proveedores sobre sexualidad o reproducción.<sup>276</sup> La preocupación acerca de las tasas de embarazo en la adolescencia y de los aumentos del número de hombres que tienen hijos fuera del matrimonio ha impulsado a organizaciones y grupos de promoción de la causa a establecer iniciativas estatales y locales para fomentar la paternidad responsable.<sup>277</sup>

Las clínicas de salud radicadas en las escuelas de enseñanza media y secundaria cada vez prestan más servicios que incluyen tratamiento de ITS (73 por ciento), asesoramiento relativo a la infección por el VIH/SIDA (77 por ciento) y servicios de diagnóstico como por ejemplo pruebas de embarazo (85 por ciento).<sup>278</sup> Los centros de salud *vinculados* a las escuelas constituyen una nueva estrategia para hacer frente a las restricciones que los padres y las juntas de las escuelas a menudo imponen en las clínicas de salud basadas en las escuelas, y tal vez ayuden a poner fin al estancamiento relativo a los servicios basados en las escuelas. Están situados fuera del establecimiento escolar, y sin embargo mantienen vínculos formales e informales con las escuelas; cada centro de salud vinculado a la escuela está representado en sus escuelas afiliadas mediante uno o más trabajadores sociales, de salud o de jóvenes.<sup>279</sup> Estos centros de salud prestan servicios médicos más integrales que incluyen atención de salud reproductiva, asesoramiento, servicios sociales diseñados para los adolescentes y, a veces, incluso asistencia pediátrica para los hijos de pacientes jóvenes.

La Ley de Educación de Vida Familiar, presentada ante el Congreso en diciembre de 2001, responde a muchas de las deficiencias de la educación sexual en las escuelas estadounidenses.<sup>280</sup> Define cuidadosamente los programas de vida familiar como, entre otras cosas, apropiados para las distintas edades y exactos desde el punto de vista médico, y que hacen hincapié en el valor de la abstinencia al tiempo que no deja de lado a los jóvenes que ya tienen una vida sexual activa.

La Ley de Estadounidenses más Jóvenes presentada recientemente ante el Congreso fortalecería la coordi-

nación y la evaluación de los servicios orientados hacia los jóvenes. Apoyada por más de 40 organizaciones nacionales, la legislación establecería la creación de una red en el ámbito nacional de servicios de apoyo para que los jóvenes tengan acceso a “las capacidades y el desarrollo de carácter que necesitan para estar plenamente preparados como adultos y ciudadanos eficientes.”<sup>281</sup> Los Programas de Desarrollo de los Jóvenes son un ejemplo del enfoque que podría surgir de esta amplia legislación. No centran su atención en poner fin al “comportamiento malo”, sino que más bien ofrecen a los jóvenes el apoyo que necesitan para ser adultos competentes que desempeñan bien su función.<sup>282</sup> Las evaluaciones de dichos Programas de Desarrollo indican que los programas multisectoriales que abordan las opciones de educación y empleo y que se relacionan con la vida de los jóvenes también reducen el número de embarazos tempranos.<sup>283</sup>

## LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

Con demasiada frecuencia, el razonamiento nacional acerca del desarrollo sexual y reproductivo de los jóvenes se ha reducido a hacer que eviten tener relaciones sexuales no matrimoniales. La sociedad estadounidense carece de una visión relativa a la gran variedad de capacidades, conocimientos y servicios que los jóvenes necesitan para vivir una vida sexual y reproductiva saludable y para su desarrollo general.

*Los educadores, investigadores, proveedores de atención de salud y promotores de la causa deben unir sus esfuerzos para el establecimiento de una Oficina Nacional de Política de los Jóvenes y la aprobación de la Ley de Estadounidenses más Jóvenes.* Esta ley podría establecer mecanismos para la coordinación de todos los sectores, supervisión y evaluación de programas y participación de los jóvenes en la formulación de políticas.

*Los órganos normativos y los promotores de la causa de los jóvenes deben llegar a un acuerdo sobre algunos principios básicos de salud pública que sirvan de base para la política de salud sexual y reproductiva de los jóvenes.* La legislación acertada

**La sociedad estadounidense carece de una visión relativa a la gran variedad de capacidades, conocimientos y servicios que los jóvenes necesitan para vivir una vida sexual y reproductiva saludable y para su desarrollo general.**

incluiría un lenguaje que exprese una visión compartida de lo que debe hacerse.

*Financiar educación sexual integral—no sólo de abstinencia—en el ámbito nacional, y supervisar su puesta en práctica.* La Ley de Educación para la Vida Familiar proporciona un marco excelente para el logro de este objetivo. Las directrices actuales no se supervisan cuidadosamente, y la controversia actual acerca de la educación sexual hace que ésta sea vulnerable a factores políticos. El gobierno federal debería incorporar la definición de la Asociación Médica Estadounidense relativa a la exactitud médica en todos los programas de educación sexual financiados por el gobierno federal.

*Las campañas para dar más visibilidad a los jóvenes deben hacer mucho uso de los medios de información, y abordar aspectos de la cultura popular que influyen directamente en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes.* Las campañas de los medios de información hasta la fecha han sido demasiado pequeñas para tener un efecto estatal o nacional.<sup>284</sup>

*Los legisladores estatales deben eliminar políticas que restringen los derechos de los menores a recibir servicios e información.* Todos los estados conceden a los menores el derecho al consentimiento relativo a servicios en materia de ITS, pero este derecho no siempre se extiende al uso de anticonceptivos o servicios de aborto.

*Integrar servicios de salud reproductiva en la pediatría para que los pediatras puedan adoptar una función más activa en el apoyo de la vida sexual y reproductiva de sus pacientes jóvenes.* Disminuir los límites impuestos en la capacidad de los médicos de hablar libremente con sus pacientes, e informarles acerca de lo que realmente son los límites; el temor a represalias legales interfiere con la capacidad de los médicos de guiar

**Los jóvenes de este país necesitan políticas que dan prioridad a las metas de salud pública y desarrollo, y no a la ideología política.**

y apoyar a los jóvenes. Hacer que el personal médico se sienta más cómodo al tratar temas de salud sexual y reproductiva mediante la capacitación en escuelas y en el trabajo debe ser una prioridad de la labor clínica para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

***Proporcionar supervisión firme de políticas federales cuando se ponen en práctica localmente.***

Las políticas estatales y escolares sobre la salud sexual y reproductiva varían considerablemente. Una Oficina de Política de los Jóvenes coordinadora y comités en el ámbito estatal que incluyan juntas de educación, salud y trabajo, podrían ayudar a guiar y supervisar los estados en lo relativo a la aplicación y la evaluación de programas.

***Aumentar los programas de desarrollo y salud de calidad para los jóvenes que no asisten a la escuela.***

Los programas no gubernamentales de capacitación en el

trabajo, las asociaciones públicas y privadas y el sistema de bienestar mismo ofrecen oportunidades que pueden permitir comunicarse con los jóvenes de una forma integral.

***Proporcionar información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados para las distintas edades a todos, incluidos los niños varones y los hombres jóvenes.*** Las iniciativas existentes de paternidad procuran reforzar las funciones de apoyo que desempeñan los hombres jóvenes, pero a menudo no satisfacen sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

Las políticas que guardan relación con la salud reproductiva de los jóvenes en Estados Unidos carecen de la visión más amplia del Programa de Acción de la CIPD en el desarrollo de los jóvenes. Los jóvenes de este país necesitan políticas que dan prioridad a las metas de salud pública y desarrollo, y no a la ideología política. Tales esfuerzos requerirán una planificación multisectorial, cambios de la forma en que la información y los servicios de salud se proporcionan a los jóvenes, y apoyo adicional para las funciones que desempeñan la familia y la comunidad en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes.

# 9



## Conclusiones:

### NECESIDADES, CIFRAS Y COMPROMISOS NACIONALES

**Si se ofrece a los jóvenes la información, las oportunidades y las aptitudes adecuadas, ellos las utilizarán y las aprovecharán a lo largo de su vida.**

A menudo los jóvenes son invisibles para los órganos normativos—y su salud sexual y reproductiva se dejan de lado—porque en general parecen gozar de buena salud, porque abordar la sexualidad puede ser incómodo y porque muchos, si no todos, los jóvenes no pueden votar ni influir de otra manera en dichos órganos normativos. El presente informe demuestra que es esencial aumentar la visibilidad de las personas de 10 a 24 años de edad y la prioridad que se concede a sus necesidades tan reales.

Los jóvenes expresan, con todo derecho, frustración cuando se les dice que son incapaces de tomar decisiones por sí mismos—al tiempo que no se les proporcionan los instrumentos de salud y de desarrollo que necesitan para hacerlo. Esta profecía que se cumple a sí misma y el hincapié que ésta hace en el control por parte de los adultos indican una imagen que se tiene de los jóvenes como seres que no son del todo humanos y que no merecen derechos importantes. La salud y el éxito que los adultos desean que los jóvenes tengan es lo que los jóvenes también desean para ellos mismos a lo largo de su vida. Si se ofrece a los jóvenes la información, las oportunidades y las aptitudes adecuadas, ellos las utilizarán y las aprovecharán a lo largo de su vida.

Para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes se debe ir más allá de la transmisión de *información* y llegar a la transmisión de *capacidad*: la

capacidad de los jóvenes de adoptar responsabilidades en cuanto a su salud, sus relaciones y sus funciones en la vida comunitaria. Esto debe proporcionarse junto con la expectativa de que van a desempeñar una función eficaz. Al proporcionarles una amplia serie de aptitudes, información y recursos, podemos facilitar a los jóvenes tomar decisiones fundamentadas y positivas—y promover la causa—por sí mismos y en nombre de sus coetáneos. Debemos pensar en los jóvenes como personas que cada vez son más competentes y tienen más capacidades para tomar innumerables decisiones cuando los padres y otros adultos no estén presentes.

La existencia de 1.700 millones de jóvenes de 10 a 24 años de edad, con otros 1.200 millones de 9 años y menos que les siguen, pone de relieve la necesidad de contar con políticas que fomenten las capacidades de los jóvenes. La generación más numerosa de la historia de la humanidad necesita de todo el apoyo a medida que sus jóvenes llegan a la edad adulta. Los compromisos del gobierno respecto a la educación, la salud y el empleo son esenciales para el desarrollo individual y nacional. Los gobiernos de la mayoría de los países del mundo han llegado a un acuerdo en cuanto a la Convención sobre los Derechos del Niño, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y la Plataforma de Acción de Beijing. ¿Ahora qué harán por sus jóvenes?

## ¿QUÉ SE DEBE HACER?

Los gobiernos deben apoyar opciones saludables para la vida sexual y reproductiva de los jóvenes. En lugares tan diversos como Uganda y los Países Bajos, los gobiernos han empezado a trabajar resueltamente en el campo de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes porque entienden muy claramente el mandato urgente de salud pública de hacerlo.

***El primer paso que deben dar los encargados de formular políticas para establecer una política para los jóvenes debe ser sentar principios básicos de salud pública y desarrollo social; por ejemplo, la necesidad de proporcionar información válida de manera imparcial.*** Estos principios y el marco que estos establecen para la política de los jóvenes ayudan a configurar un enfoque del país respecto a los jóvenes y la salud. Como lo demuestran las experiencias de cada país, estos principios pueden servir para informar a los órganos normativos que apoyan la vida sexual y reproductiva saludable de los jóvenes, y pueden facilitar la puesta en práctica en un plano local sin supervisión excesiva. Los medios de información pueden desempeñar una función importante en la difusión de estos mensajes de salud pública y en la educación del público.

***Los promotores de la causa deben priorizar leyes especiales para dirigir sus esfuerzos.*** En casi todos los entornos, la primera prioridad consiste en fomentar y financiar la educación sexual y de aptitudes para la vida, de alta calidad y en el ámbito nacional, desde las etapas iniciales. Los maestros y los proveedores de atención de salud deben recibir los conocimientos y las aptitudes que necesitan para comunicarse cómodamente con los jóvenes sobre temas de salud sexual y reproductiva. La segunda prioridad consiste en adaptar los servicios y las normas a las necesidades especiales de los jóvenes. El mayor peligro para la salud que plantea el aborto en condiciones de riesgo para los jóvenes de muchos entornos reta a los países a reconsiderar el estado del aborto si éste es ilegal, y a ampliar el acceso a servicios sin riesgo si éste es legal. La tercera prioridad se centra en fortalecer las leyes que establecen la eliminación de la discriminación y el abuso sexual. Con frecuencia, a las adolescentes embarazadas se les niega el derecho a seguir recibiendo educación; garantizar la educación de las adolescentes embarazadas constituye una inversión en muchas vidas y en muchos futuros, y contribuye a la salud pública y familiar.

***Reducir el matrimonio temprano debe ir a la cabeza y ser el centro del programa de políticas.*** El matrimonio temprano es un signo de la baja condición de las niñas y de las mujeres en la sociedad, y puede violar sus derechos humanos.<sup>285</sup> Las leyes relativas a la edad mínima de matrimonio son importantes para la promoción de la igualdad entre los géneros y la salud de las mujeres. En los lugares donde estas leyes existen, los líderes gubernamentales y comunitarios deben darlas a conocer y aplicarlas.

***Las políticas deben ir más allá del sector de la salud en cuanto al apoyo de la vida reproductiva de los jóvenes.*** El concepto de salud sexual y reproductiva que se ha centrado fuertemente en el control de la fecundidad tiene poco que ver con la vida de los jóvenes. Ha surgido un consenso acerca de la necesidad de ir más allá de las necesidades individuales de los jóvenes y abordar las condiciones familiares, comunitarias, culturales y económicas que limitan sus opciones de salud y de su vida. Un enfoque estrictamente centrado en la salud en lo relativo a la vida reproductiva de los jóvenes tiende a conducir a actividades estrechamente programáticas y no al enfoque amplio del desarrollo de los jóvenes que se necesita. La política de desarrollo de los jóvenes requiere una sede institucional y la autoridad para resolver debates acerca de estrategias y la asignación de recursos, coordinar actividades en todos los sectores y evaluar el cumplimiento con los protocolos orientados hacia los jóvenes por parte de los sectores de salud, educación, empleo y de otra índole.

***Reducir las desigualdades entre los géneros que exponen a los jóvenes a riesgos sexuales y reproductivos es clave para toda estrategia dirigida hacia la mejora del bienestar y la salud de los jóvenes.*** Las jovencitas son víctimas de coacción sexual, excisión sexual femenina, abortos mal hechos, embarazos peligrosos e ITS, en gran parte debido a desigualdades entre los géneros que condicionan sus encuentros sexuales. Las expectativas acerca de la hombría obliga a los muchachos a experimentar y “ganar puntos”, lo cual los lleva a correr más riesgo sexual. Y sin embargo, las políticas de salud sexual y reproductiva tienden a centrar la atención en los aspectos biológicos de la salud reproductiva y a dejar de lado estos aspectos sociales.

***Establecer compromisos y objetivos financieros entre las metas en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.*** Se necesita un estudio extenso de la inver-



## Participación de los padres—Esperanzas y realidades

Los padres y las familias ejercen influencias cruciales en las actitudes y el comportamiento sexual de los jóvenes. Al comunicarse con sus hijos, los padres pueden transmitir los valores que ayudan a los jóvenes a negociar su vida sexual y reproductiva. Sin embargo, muchos padres no están bien informados ellos mismos y temen hablar sobre sexo porque puede ser incómodo y contribuir a un comportamiento sexual indeseado. Los hijos mismos pueden desalentar a los padres a hablar sobre sexo, puesto que ellos también se sienten incómodos al abordar el tema con su madre o su padre. Los hijos mayores, en especial, suelen decir con insistencia “Ya sé todo eso”.

Sin embargo, los padres tienen el deber de hallar la forma de entablar esa conversación tan difícil con sus hijos, de la misma forma en que les han enseñado a no jugar con fuego ni a lanzarse frente a un vehículo en movimiento. Por consiguiente, algunas de las medidas más importantes que los padres pueden adoptar son las de informarse mejor sobre la salud reproductiva, facilitar la comunicación abierta, franca y continua sobre la sexualidad, y alentar a sus hijos a concentrarse en la planificación de su futuro.

Los padres también deben desempeñar una función constante en la configuración de la política pública para beneficiar en la mejor forma posible a los jóvenes. Los padres, en calidad de defensores, pueden fomentar la concienciación e influir en la política adoptando las siguientes medidas:

- ser votantes informados;
- instar a los órganos normativos a reconocer la importancia de la salud reproductiva de los jóvenes;
- aprovechar o establecer redes de apoyo para promover la causa y aplicar políticas acertadas;
- entablar un diálogo en sus comunidades acerca de la salud sexual y reproductiva con líderes religiosos locales, los medios de información y otros miembros de la comunidad; y
- trabajar en otras coaliciones que centran su atención en el desarrollo de los jóvenes más ampliamente.

Los jóvenes de la mayoría de las sociedades reciben mensajes ambiguos de los padres y de la comunidad en general acerca de la sexualidad y la salud reproductiva;

esta ambigüedad puede obstaculizar el desarrollo de una sexualidad saludable y responsable. En unos cuantos entornos excepcionales, se expresan en el campo privado y público mensajes coherentes y actitudes motivadas por la salud sobre la sexualidad, lo cual refuerza los valores prácticos necesarios para negociar respecto a las actividades sexuales y reproductivas saludables. Estos diferentes enfoques están arraigados en creencias contradictorias acerca de la sexualidad de los adolescentes y de su capacidad de tomar decisiones responsables.

Los padres desempeñan una función importante no sólo en impartir conocimientos biológicos a sus hijos sobre la reproducción, sino también en el desarrollo del amor propio, la seguridad en sí mismos y la capacidad de negociar las relaciones sexuales. Al escuchar las preguntas y las inquietudes de los hijos, al tiempo que expresan sus propios valores, los padres pueden desarrollar la capacidad de los jóvenes de hacer frente a las exigencias sociales relativas a la sexualidad; sin embargo, pocos padres cuentan con información exacta sobre la salud sexual o las realidades del comportamiento sexual de los adolescentes.

El apoyo a la salud y los derechos reproductivos de los jóvenes, al tiempo que se respetan las inquietudes de los padres, sigue siendo uno de los retos políticos más grandes que afrontan los encargados de formular políticas. A veces, el deseo de los padres de conocer o controlar el comportamiento sexual de un hijo tal vez no sea lo que más le conviene a éste. En efecto, la mayoría de los proveedores de servicios de salud reproductiva para los jóvenes consideran que la confidencialidad es un aspecto necesario en su relación con los jóvenes, aunque también animan a los jóvenes a ser receptivos y francos con sus padres.

### Fuentes:

Strategic Planning Work Group. 1999. A Community Strategic Plan for Preventing Teen Pregnancies and Sexually Transmitted Diseases. Charlottesville, VA: The Council on Adolescent Pregnancy Prevention, septiembre.

SIECUS. Community Action Kit. Puede obtenerse en <http://www.siecus.org/advocacy/kits0002.html>. Internet; se obtuvo acceso el 26 septiembre 2001.

**“¿Les importaremos por lo que somos ahora,  
y no sólo por lo que seremos cuando  
lleguemos a la edad adulta?”**

sión global en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes, incluidas las prioridades de los gobiernos, el sector privado y los donantes. Dicho análisis, aunque difícil de realizar, pondría a prueba el compromiso con los problemas de los jóvenes en reuniones mundiales y en la elaboración y puesta en práctica de políticas. Los mecanismos de contabilidad a menudo no hacen un seguimiento de los fondos gastados en grupos particulares de la población, ni en sectores múltiples. Por ejemplo, una clínica sólo para jóvenes podría reconocerse fácilmente como parte de un programa de salud reproductiva de los jóvenes; pero un programa escolar que enseña amor propio tal vez no se vea como algo que contribuye a una mejor salud reproductiva.

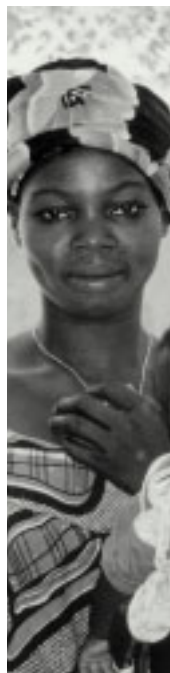
*Las políticas y los programas deben contar con la participación de los padres, los líderes religiosos y otros adultos de la comunidad para promover la causa de los jóvenes y proporcionarles lo que necesi-*



Zohra Rasekh



Barbara Horlbeck



Terri Bartlett

*tan.* Los gobiernos deben cerciorarse de que las opiniones de los padres se forman basándose en un entendimiento sólido de lo que está en juego, y no en temores nada realistas de lo que podría estarlo. La participación de los padres debe centrarse en la forma en que las familias y las comunidades pueden empoderar a los jóvenes. Los padres constituyen el pilar de las redes sociales de los jóvenes y el capital social. Como ciudadanos, tienen una función importante que desempeñar en el refuerzo y el mantenimiento del compromiso relativo a las políticas para los jóvenes. Las instituciones religiosas suelen desempeñar funciones importantes en el desarrollo en las comunidades, e influyen en las normas sociales. Se debe animar a los grupos de las iglesias a mejorar los servicios que prestan a los jóvenes y aprovechar grupos de jóvenes que a menudo han tenido éxito para difundir información y ofrecer otras posibilidades para las interacciones sociales de los jóvenes.

*Lograr que las ONG den apoyo esencial para las iniciativas gubernamentales en materia de salud y los jóvenes, y que amplíen su labor al respecto.* En los países donde el gobierno da buena acogida a la participación de la sociedad civil en el debate nacional y la labor programática, las ONG han desempeñado una función vivificadora en las actividades de salud reproductiva de los jóvenes. La respuesta a las necesidades de los jóvenes no está a cargo del gobierno solamente; las comunidades, los padres, las iglesias y la sociedad civil deben unir sus esfuerzos para beneficiar a los jóvenes. Las ONG, incluidos los grupos de promoción de la causa de la mujer, tienen una función importante que desempeñar en la promoción con el gobierno y el público, y en la configuración de la puesta en práctica de las políticas de salud reproductiva de los jóvenes.

En 15 años—menos de una sola generación—el grupo de 1.700 millones de personas de 10 a 24 años de edad habrá llegado a la edad adulta. Gran parte del proyecto básico para apoyar la vida sexual y reproductiva de los jóvenes se estableció en el visionario Programa de Acción que los países del mundo crearon en la CIPD de 1994. Ocho años más tarde, esas mismas naciones deben responder a la pregunta que los jóvenes de todo el mundo han hecho a las personas mayores: “¿Les importaremos por lo que somos ahora, y no sólo por lo que seremos cuando lleguemos a la edad adulta?” Nuestra respuesta debe ser: “Sí, cumpliremos la promesa que hicimos en El Cairo, cumpliremos nuestros compromisos y abordaremos sus necesidades, *en esta generación*”.

## PROMOCIÓN DE POLÍTICAS PARA LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES

### **Determinar las áreas clave para la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.**

- Recopilar y analizar información a fin de establecer prioridades de los campos de acción.

### **Aportar información al debate sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. La buena información puede atraer aliados inesperados al establecer un punto de confluencia respecto a los hechos.**

- Emplear la información relativa a los jóvenes como instrumento para movilizar a la gente en apoyo de los programas de salud sexual y reproductiva.
- Determinar los miembros de la comunidad que especialmente deben tener esta información.

### **Movilizar a su comunidad.**

- Clasificar los problemas a nivel local.
- Describir los retos y los problemas locales de los jóvenes a los miembros de la comunidad.

### **Determinar cuáles son los grupos de presión importantes en los que hay que centrar la atención.**

- Buscar puntos de confluencia respecto a objetivos de salud pública y desarrollo social.
- Determinar, educar y sensibilizar a grupos sociales clave—padres, maestros, personajes religiosos, líderes tradicionales, políticos, personas de edad—acerca de las necesidades de salud y desarrollo de los jóvenes.
- Reunirse en etapas tempranas y frecuentemente con personas que no están de acuerdo con usted. Usted debe trabajar con ellos también.
- Estar de acuerdo con no estar de acuerdo. Si se puede llegar a un acuerdo en cuanto a principios subyacentes, a menudo se pueden idear enfoques especiales.

### **Hacer participar a los jóvenes, que son los que mejor promueven su propio bienestar.**

- Hacer participar continuamente a los jóvenes en la evaluación de prioridades, diseño, planificación y evaluación.
- Fomentar asociaciones entre adultos y jóvenes.
- Trabajar con los jóvenes para combatir estereotipos relativos al comportamiento y las tendencias sexuales de los jóvenes.
- Movilizar a los jóvenes para que voten.

### **Evaluar lo que su organización o institución puede hacer.**

- Evaluar el compromiso de su propia organización en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes: ¿En qué forma la promoción de la causa y el establecimiento de redes servirán de beneficio para su trabajo en favor de los jóvenes mediante?
- Avaluar su capacidad de trabajar con otras organizaciones. Desarrollar esa capacidad si es necesario.

### **Establecer redes y alianzas estratégicas.**

- Determinar y reunir una amplia gama de organizaciones interesadas en el bienestar de los jóvenes.
- ¿Con qué organizaciones se puede colaborar para mejorar la salud reproductiva de los jóvenes? ¿Los grupos de mujeres? ¿Grupos de desarrollo de los jóvenes?
- Trabajar con otros para elaborar estrategias a fin de aumentar y mantener la atención que se presta a los jóvenes.
- Buscar asistencia exterior proveniente de donantes, organismos internacionales y otras organizaciones que trabajan en un plano local o nacional.
- Estar dispuesto a llegar a fórmulas conciliatorias.
- Es posible que el resultado no sea exactamente lo que se deseaba, pero tal vez ayude a los jóvenes.

**Fuentes:** Esta lista de verificación se basa en nuestro propio análisis y en la labor de las siguientes organizaciones: Focus on Young Adults, The Futures Group International, la Organización Panamericana de la Salud, The Panos Institute, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud.

## APÉNDICE 1

### ENTREVISTAS Y CONVERSACIONES

Muchas de las ideas más interesantes de este informe fueron presentadas por todas las personas que tan amablemente aceptaron ser entrevistadas o hablar de los temas con los autores.

**Ghana:** Yaa Amekudzi, Centre for the Development of People; Staffan I. Lindberg, Ghana Parliamentary Caucus on Population and Development, Parliamentarians for Global Action; Alex Banful, Mabel Tsibu-Nyarko, Ghana Social Marketing Foundation; Emmanuel Avevor, Ebenezer Malcom, Myra Togobo, Ghana United Nations Students and Youth Association; Wisdom Mensah, International Needs; Gloria Nikoi, former Minister of Foreign Affairs; Jamila Abdullah, Ali Al-Hassan, Joseph Ankrah, Ahmad Dau, Baba Issa, Kasim Larri and others, Muslim Family Counselling Services; National Council on Women and Development; Richard Turkson, National Population Council; Honorable Alban S.K. Bagbin, Honorable Grace Coleman, Honorable Osei-Adjei, Honorable Theresa A. Tagoe, Parliament of Ghana; Matthew Ashun, Audrey Augustus, Salorme Azumah, Abraham Nyako, Mr. Yankey, Planned Parenthood Association of Ghana; John S. Nabilah Wulugunaba, Population Impact Project, University of Ghana, Legon; Rejoice Nutakor, Ministry of Health of Ghana; Amon Nikoi, former Director of State Bank of Ghana; Benedicta Ababio, The Futures Group Policy Project; Moses Mukasa, FNUAP; Urban Aid, a clinic of the Salvation Army Esther Owusu, Young Women's Christian Association of Ghana.

**India:** Sudhansh Malhotra, Adolescent Section, Ministry of Health and Family Welfare; Arundhati Mishra, CEDPA; O.P. Yadav, Family Planning Association of India; Manmohan Sharma, Indian Association of Parliamentarians on Population and Development; Ravi Narayan, Indian

Committee of Youth Organizations, and Youth & Family Planning Programme Council; P.L. Joshi, National AIDS Control Organization (NACO); J.L. Pandey, National Population Education Project, National Council of Educational Research and Training (NCERT); Dr. Rachana, Naveen Sangwan, KM Sathyanarayana, The Futures Group Policy Project; Gunjan Sharma, The Naz Project (India) Trust; Saroj Pachauri, KG Santhya, Anjali Widge, The Population Council; Sunita Arora, Sharmila Ghosh Neogi, The Population Foundation of India; Sumita Taneja, Sudha Tewari, Parivar Seva Sanstha; Radhika Chandiramani, Tarshi—Talking About Reproductive and Sexual Health Issues; Dinesh Agarwal and Mridula Seth, FNUAP

**Irán:** Ms. Moofeedi, Ms. Qasimi, Association of Muslim Women Lawyers; Tom Greene, Consultant; Amir Hussein Barmaki, Mojgan Darbi, Hassan Mohtashami, Pedram Moosavi, Hooria Milani Shamshiri, Zakia Shirafkan, Nijan Yasrebi, FPAIRI; Ms. Shams, Green Outlook; Hossein Malek Afzali Ardakani, M.T. Cheroghchi Bashi, Mansour Safaie Farahani, Hameed Setayesh, MOHME; Mehdi Sedghazar, Shaid Jafari Health Center; Khadeja Neizary, Women's Center for Support of Social Activities, Ministry of Education; Tahereh Taherian, Women's Sports Federation of the Islamic Republic of Iran; Sharareh Amirkhalili, Monire Basire, M. Mosleh-Uddin, FNUAP; Mandana Askarinasab, UNICEF.

**Malí:** Ibrahima Kotié Diakité, Samba Touré, Fadima Drave Traoré, Association Malienne pour la Promotion et Protection de la Famille (AMPPF); Dr. Osmane, Fatimata Traoré, Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP); Hadja Assa Diallo Soumaré, Comité d'Action Pour Les Droits de l'Enfant et de la Femme; Issa Sidibe, CEDPA; Abdoukadri Zeinou,

## APÉNDICE 1

Cabinet de Recherche Action pour le Développement Endogène (CRADE); Suleymane Dolo, Modibo Maiga, Mariam Kassambara Sow, Groupe Pivot/Santé Population; Houleymata Diarra, Arkea Dupre, Dandara Kanté, Suzanne Reier, René Rovira, Rachel Stoler, JSI/PDY—Programme Démissènya Yiriwali; Sidiki Kone, Projet Promotion des Jeunes, Sports et Santé, Sogoniko; Susan McLucas, Sahel Initiative Troisième Millénaire; Lynn Lederer, Save the Children; Yacine Diallo, PNUD; Rokia Traoré Ly, Boubacar Monzon Traoré, FNUAP; Mohammad Diarra, Salif Koulibaly, Aida Lô, Ursula Nadolny, United States Agency for International Development.

**México:** Gabriela Rodríguez, Afluentes; Maria Antonieta Alcalde, Balance; Daniel González, Eduardo Liendro, Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias; Lydia Alpizar, ELIGE; Beatriz Cabazos, Foro de Población; Susan Pick, IMIFAP; Jesús García, Esmeralda Ponce de Leon, Araceli Prieto Alvarez, Instituto Mexicano de la Juventud; Ana Luisa Liguori, John D. and Catherine T. MacArthur Foundation; Alejandro Brito, Letra S; Simon Javier García Moreno, Rosalva Segura Nolasco, Programa Estatal de la Mujer, Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Participación Ciudadana, Gobierno del Estado de Veracruz; José Alberto Elizalde Bonilla, Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes; Pilar Denegri, Protección a la Infancia; José Luis Navarro P., Riesgos Sociales en la Infancia, Sistema Nacional—Desarrollo Integral de la Familia; Olivia Aguilar, Carmen Flores, Benno de Keijzer, Emma Reyes, Salud y Género; Araceli González Saavedra, Claudia Pena Cabrera, Xochiquetzal.

**Los Países Bajos:** Barbara Huberman, Advocates for Youth; Doortje Braeken, Catalyst Project, IPPF Western Hemisphere Region; Bart Wijnberg, Ministry of Health, Welfare and Sport; Sarah Maso, Jo Reinders, Netherlands Institute for Social Sexological Research (NISSO); Annette Van Den Berg, World Population Foundation.

**Estados Unidos:** Glenda Partee, Donna Walker James, American Youth Policy Forum; Wendy Wolfe, Center for Assessment and Policy Development; Douglas Kirby, ETR Associates; Susan Moskosky, DHHS; Linda Juszcak, Division of Adolescent Medicine, North Shore University Hospital; Patrick Sheeran, Office of Adolescent Pregnancy Programs; Smita Pamar, Bill Smith, SIECUS; Alexandra Ashbrook, Teen Parents and the Law Program, Street Law Inc.; Cynthia Dailard, Heather Boonstra, The Alan Guttmacher Institute; Hilandia Neuta-Rendon, Women's Educational Equity Act, Equity Resource Center.

## APÉNDICE 2

### ACRÓNIMOS Y DEFINICIONES

<b>APM</b>	Asociación de Padres y Maestros (Irán)
<b>CHIP</b>	Programa de Seguro de Salud para los Niños (EE.UU.), también llamado SCHIP
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994)
<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población (México)
<b>DIF</b>	Desarrollo Integral de la Familia (México)
<b>DYAS</b>	Departamento de la Juventud y Deportes (India)
<b>ESF</b>	Excisión Sexual Femenina
<b>ETS</b>	Enfermedad de transmisión sexual
<b>FNUAP</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>FPAIRI</b>	Asociación de Planificación Familiar de la República Islámica de Irán
<b>GSMF</b>	Fundación de Mercadeo Social de Ghana
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano de Seguro Social
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México)
<b>IMJ</b>	Instituto Mexicano de la Juventud
<b>ITS</b>	Infección de transmisión sexual
<b>Medicaid</b>	Programa nacional y estatal que ayuda a cubrir costos médicos para las personas de bajos ingresos (EE.UU.)
<b>MSEM</b>	Ministerio de Salud y Educación Médica (Irán)
<b>NVSH</b>	Asociación Holandesa para la Reforma Sexual
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>PPAG</b>	Asociación de Planificación de la Familia de Ghana
<b>SCHIP</b>	Programa de Seguro de Salud para los Niños (EE.UU.), también llamado CHIP
<b>Sharia</b>	Ley islámica
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>VIH/SIDA</b>	virus de la inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>YDP</b>	Programa de Desarrollo de la Juventud

REFERENCIAS

- 1 Bruce, J. 2001. "Recognizing Adolescent Diversity in Policy and Programs: Highlighting Neglected Issues." Presentación al Population Council, 24 de enero.
- 2 Bruce, J, y BS Mensch. 1999. "Taking Back Young Lives: Policy Issues for Adolescent Girls in the Developing World," *JAMWA* 54(3), 153-155.
- 3 Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). 1999. *A Time Between: Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People*. New York: FNUAP.
- 4 De Bruyn, Maria. 1999. "Young Lives at Risk: Adolescents and Sexual Health." *Panos Media Briefing* 35 (July). Puede obtenerse en [http://www.oneworld.org/panos/briefing/young\\_lives\\_at\\_risk.htm](http://www.oneworld.org/panos/briefing/young_lives_at_risk.htm); Internet; se obtuvo acceso el 5 de noviembre 2001.
- 5 Bruce, J, y BS Mensch. 1999. "Taking Back Young Lives." *Énfasis added*.
- 6 Morell, Virginia. 1995. "Attacking the Causes of 'Silent' Infertility." *Science* 269. 11 August.
- 7 Naciones Unidas, Division de la población. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision, vol. II, Sex and Age Distribution of the World Population*. New York: Naciones Unidas.
- 8 Mensch, BS, J Bruce y ME Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council; The Alan Guttmacher Institute (AGI). 1998. *Into A New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: AGI.
- 9 Mensch, B, J Bruce y M Greene. 1998. *The Uncharted Passage*.
- 10 Bledsoe, CH, y Barney Cohen. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Academy Press.
- 11 UNICEF. 2001. "Early Marriage, Child Spouses." *Innocenti Digest* 7. Florence, Italy: UNICEF.
- 12 McCauley, AP, y C Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults." *Population Reports*. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University.
- 13 Mensch, B, J Bruce, y M Greene. 1998. *The Uncharted Passage*.
- 14 Panis, CW, LA Lillard y DM Upchurch. 1995. "Implications of Family Formation for Educational Attainment among Young Women" [ponencia inédita]. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco (6-8 de abril): 23.
- 15 McCauley, AP y C Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults."
- 16 ONUSIDA. Noticia de prensa. 1997. "Sexual Health Education Does Lead to Safer Sexual Behaviour-UNAIDS Review." 22 de octubre.
- 17 Heise, L, M Ellsberg y M Gottemoeller. 1999. *Ending Violence against Women*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- 18 Rivers, K, y P Aggleton. 1999. "Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic." *Panos Briefing* 35 (July). Puede obtenerse en <http://www.undp.org/hiv/publications/gender/adolesce.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 16 de abril 2001; Weiss, E, D Whelan, y G Gupta. 1996. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW).
- 19 *Ibid.*, 155.
- 20 de Bruyn, M. 1999. "Intersecting Health Risk: Adolescent Unwanted Pregnancy, Unsafe Abortion and Aids." *Initiatives in Reproductive Health Policy* 3: 4-5; AGI. 1999. *Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: AGI.
- 21 Westoff, C. 2000. "The Substitution of Contraception for Abortion in Kazakhstan in the 1990s." *DHS Analytical Studies* 1. Calverton, MD: Macro International (December).
- 22 AGI. 1999. *Sharing Responsibility*; de Bruyn, M. 1999. "Intersecting Health Risk."
- 23 McCauley, AP, y C Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults."
- 24 AGI. 1999. *Sharing Responsibility*.
- 25 Mensch, BS, J Bruce y M Greene. 1998. *The Uncharted Passage*.
- 26 Amnesty International. 1998. "Female Genital Mutilation." Puede obtenerse en <http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 5 de noviembre 2001.
- 27 FNUAP. 2000. *Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change*. New York: FNUAP, 15.
- 28 Senderowitz, J. 1995. "Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood." *World Bank Discussion Paper* 272. Washington, DC: Banco Mundial.
- 29 ONUSIDA. 1999. *Young People and HIV/AIDS*. Geneva: ONUSIDA.
- 30 ONUSIDA. 1999. *Facts and Figures: 1999 World AIDS Campaign*. Geneva: ONUSIDA.
- 31 Ericksen, K y T Brunette. 1996. "Patterns and Predictors of Infertility among African Women: A Cross-National Survey of Twenty-seven Nations." *Social Science and Medicine* 42(2).
- 32 Luke, N. 2001. "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence on Prevalence and Implications for Negotiation of Safe Sexual Practices for Adolescent Girls" [ponencia inédita]. Prepared for the International Center for Research on Women as part of the AIDSMark Project (26 de septiembre); ONUSIDA. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS epidemic: June 2000*. Geneva: ONUSIDA.
- 33 Agence France Press. 2001. "More than 10 million 15-to-24 year-olds living with HIV/AIDS: UNICEF." Geneva (12 de junio).
- 34 FNUAP. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, le Cairo, de 5 a 13 de septiembre de 1994*. Párrafo 7.48.
- 35 Hughes, J, y AP McCauley. 1995. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programs for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 29(2): 233-245.
- 36 National Population Council, Ministry of Health. 1994. *National Population Policy (Revised Edition, 1994)*. Accra, Ghana: Government of Ghana.
- 37 Ministry of Health. 1996. *National Reproductive Health Service Policy and Standards*. Accra, Ghana: Ministry of Health (April).
- 38 Center for Reproductive Law and Policy (CRLP). 1997. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, Anglophone Africa*. New York: CRLP.
- 39 US Department of State, Bureau of African Affairs. 1998. *Background Note: Ghana*. Puede obtenerse en <http://www.state.gov/r/pa/bgn/index.cfm?docid=2860#people>; Internet; se obtuvo acceso el 31 de julio de 2001.
- 40 National AIDS/STD Control Programme, Ministry of Health. 1999. *HIV/AIDS in Ghana: Background, Projections, Impacts, Interventions*. Accra, Ghana: Ministry of Health.
- 41 *Ibid.*
- 42 Reproductive and Child Health Unit. 2001. "Brief on Adolescent Health Programme in Ghana." Accra, Ghana: Ministry of Health.
- 43 Fayorsey, C. 1995. *Adolescent Reproductive Health Issues in Ghana*. Legon, Ghana: Sociology Department, University of Ghana; Population Impact Project, University of Ghana. 1995. *Adolescent Fertility and Reproductive Health in Ghana*. Legon, Ghana: Population Impact Project, University of Ghana (December).
- 44 CRLP. 1997. *Women of the World*.
- 45 National Population Council. 1996. *Draft Adolescent Reproductive Health Policy*. Accra, Ghana: Government of Ghana.
- 46 Entrevista con representantes de Planned Parenthood Association of Ghana, Accra, Ghana, marzo de 2001.

## REFERENCIAS

- 47 Luke, N. 1998. *Reproductive Health Case Study: Ghana*. Washington, DC: The Policy Project, The Futures Group International; National Population Council. 1996. *Draft: Government of Ghana: Adolescent Reproductive Health Policy*.
- 48 Hardee, K. y otros. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. Washington, DC: The Policy Project; Luke, N. 1998. *Reproductive Health Case Study*.
- 49 Honorable Osei-Adjei, Miembro del Parlamento, República de Ghana. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Accra, Ghana, 21 de marzo.
- 50 Ampomah, K. 1996. "Draft: Proceedings of the Adolescent Reproductive Health Summit" [ponencia inédita]. Accra, Ghana: National Population Council, Ministry of Health.
- 51 Reproductive and Child Health Unit. 2001. "Brief on Adolescent Health Programme."
- 52 National Population Council. 1996. *Draft Adolescent Reproductive Health Policy*.
- 53 Ministry of Health, República de Ghana. 1996. *National Reproductive Health Service Policy and Standards*.
- 54 Luke, N. 1998. *Reproductive Health Case Study*.
- 55 National AIDS/STD Control Programme (NACP). 1996. "Draft Policy Document on HIV/AIDS." Accra, Ghana: NACP.
- 56 NACP. 1999. *HIV/AIDS in Ghana: Background, Projections, Impacts, Interventions*. Accra, Ghana: Ministry of Health.
- 57 Mr. Francis Yankey, Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG). 2001. Entrevista celebrada por el autor. Accra, Ghana, 20 de marzo.
- 58 Futures Group International. 2001. "Social Marketing Campaigns." Puede obtenerse en [www.ftgi.com/Adols1.asp](http://www.ftgi.com/Adols1.asp); Internet; acceso obtenido el 2 de agosto de 2001.
- 59 Banful, Alex, Ghana Social Marketing Foundation. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Accra, Ghana, 13 de marzo.
- 60 Population Reference Bureau (PRB). 2000. 2000 World Population Data Sheet. Puede obtenerse en [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org) o [www.prb.org](http://www.prb.org); Internet.
- 61 US Department of State, Bureau of African Affairs. 1998. Background Note: Ghana.
- 62 Notas de la entrevista de CEDEP, Accra, Ghana, marzo de 2001.
- 63 Hardee, K. y otros. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies*.
- 64 CRLP. 1997. *Women of the World*.
- 65 *Ibid.*
- 66 *Ibid.*, 47.
- 67 Honorable Osei-Adjei, Miembro del Parlamento, República de Ghana. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Accra, Ghana, 21 de marzo.
- 68 Honorable Grace Coleman, Miembro del Parlamento, República de Ghana. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Accra, Ghana, 21 de marzo.
- 69 Honorable Osei-Adjei, Miembro del Parlamento, República de Ghana. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Accra, Ghana, 21 de marzo.
- 70 Nabila, JS, C Fayorsey y M Pappoe. 1996. *Adolescent Reproductive Health Needs: Ghana Country Assessment, Key Findings Report*. Accra, Ghana: Population Impact Project, 4-5.
- 71 Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. 2000. *National Population Policy 2000*. New Delhi, India: Government of India, 35.
- 72 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health: Experience of Community-Based Programmes," 261-311. En S. Pachauri (ed.) *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi, India: Population Council, 302; Anand, A. 1999. "Let's Talk About Sex." *People and the Planet* 8(1), 4.
- 73 Ganatra, B, SS Hirve. 2000. "Induced Abortions: Decision Making, Provider Choice and Morbidity Experience in Rural Adolescents" [documento inédito]. Preparado para la International Conference on Adolescent Reproductive Health, IRR/OMS, Mumbai, India (1-4 de noviembre).
- 74 Measham, AR y RA Heaver. 1996. *India's Family Welfare Program: Moving to a Reproductive and Child Health Approach*. Washington, DC: Banco Mundial, 21.
- 75 CRLP. 1995. *Women of the World: Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives*. New York: CRLP.
- 76 Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. 2000. *National Population Policy 2000*, 8.
- 77 Malhotra, S, Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. 2001. Entrevista celebrada por el autor. New Delhi, India, 8 de mayo.
- 78 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*. New Delhi: HarperCollins, 45.
- 79 Chaturvedi, YN, Secretary, Department of Family Welfare, Government of India. 1999. Statement to the Commission on Population and Development, que actuó en calidad de Preparatory Committee for the Special Session of the General Assembly, New York, Párr. 19; Ezhimalai, D, Minister of State for Health and Family Welfare, Government of India. 1999. Statement at the Twenty-first Special Session of the General Assembly on Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action on the International Conference on Population and Development. New York, Párr. 12.
- 80 Singh, S. "Youth: A Resource for Today and Tomorrow," 235-259. En S. Pachauri (ed.) 1999. *Implementing A Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi, India: Population Council, 250.
- 81 *Ibid.*, 239.
- 82 Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de Naciones Unidas. 1999-2001. "Country Profiles on the Situation of Youth." Puede obtenerse en <http://esa.un.org/socdev/unyin/country4.asp?countrycode=In>; Internet; se obtuvo acceso el 14 de junio de 2001; Urivi Vikram Charitable Trust. "National Policy for Young Adults: Advocacy Document" [ponencia inédita]. New Delhi, India: UVCT, 36.
- 83 Ministry of Youth Affairs and Sports, Government of India. 2000. *Background Note for the Consideration of Working Group on Youth Affairs and Sports for Formulation of X Five Year Plan (2002-2007) for the Ministry of Youth Affairs and Sports*. New Delhi, India: Government of India, 1.
- 84 Para más información sobre Nehru Yuvak Kendra Sangathan, véase <http://www.nyks-india.org/genesis.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 6 de agosto de 2001.
- 85 Department of Youth Affairs and Sports, Government of India. 1997. *Annual Report 1997*. New Delhi: Government of India; Ministry of Youth Affairs and Sports. 2000. *Background Note*.
- 86 Ministry of Youth Affairs and Sports. 2000. *Draft: National Youth Policy*. New Delhi, India: Government of India.
- 87 Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh. 2000. *Madhya Pradesh Population Policy*. Bhopal, Madhya Pradesh: Government of Madhya Pradesh, 16.
- 88 Department of Family Welfare, Government of Uttar Pradesh. 2000. *Uttar Pradesh Population Policy*. Lucknow, Uttar Pradesh: Government of Uttar Pradesh, 9.
- 89 Department of Family Welfare, Government of Rajasthan. 1999. *Population Policy of Rajasthan*. Jaipur, Rajasthan: Government of Rajasthan.
- 90 Government of India. 2000. *National Population Policy*, 14.
- 91 Greene, M. 1996. *Watering the Neighbour's Garden*, 24-25.
- 92 National Institute of Public Cooperation and Child Development (NIPCCD). 2000. *Adolescent Girls' Scheme: An Evaluation*. New Delhi, India: NIPCCD.
- 93 Pandey, JL, National Council of Educational Research and Training (NCERT). 2001. Entrevista celebrada por el autor. New Delhi, India, 8 de mayo.
- 94 Agarwal, D, FNUAP. 2001. Entrevista celebrada por el autor. New Delhi, India, 9 de mayo.
- 95 Singh, S. 1999. "Youth: A Resource for Today and Tomorrow"; National AIDS Control Organisation. 2000. *Combating HIV/AIDS in India 1999-2000*. New Delhi, India: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 45.
- 96 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*, 99.
- 97 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health," 281.
- 98 Véase, por ejemplo, National Population Education Project. "Adolescence Education: Knowledge Base," En Pandey, J, SB Yadav, y KK Sadhu (eds.) 1999. *Adolescence Education in Schools, Part II*. New Delhi, India: NCERT, 35.
- 99 Para más información sobre Healthy Adolescent Project in India, véase Bharat Scouts and Guides Website. Puede obtenerse en <http://www.tbsgi.org/HAPI.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 17 de diciembre de 2001.
- 100 Santhya, GK, The Population Council. 2001. Entrevista celebrada por el autor. New Delhi, India, 7 de mayo.



## REFERENCIAS

- 101 Visaria, L, S Jejeebhoy y T Merrick. 1999. "Comment: From Family Planning to Reproductive Health: Challenges Facing India." *International Family Planning Perspectives*, 25 Supplement (January): S44.
- 102 Yadav, SB y KK Sadhu. 1994. "Status of Adolescence Education in the School Curricula," en *Adolescence Education: Report of the National Seminar*. New Delhi, India: National Population Education Project, National Council of Educational Research and Training, 33-38.
- 103 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*, 45.
- 104 *Ibid.*, 92.
- 105 PNUD, FNUAP. 1997. "United Nations Population Fund Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director, Assistance to the Government of India." New York: Naciones Unidas, 5.
- 106 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*, 45.
- 107 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health," 283.
- 108 Santhya, GK, The Population Council. 2001. Entrevista celebrada por el autor. New Delhi, India, 7 de mayo.
- 109 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*.
- 110 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health," 300.
- 111 Hakimian H. 2000. "Population Dynamics in Post-Revolutionary Iran: A Re-examination of Evidence." in P Alizadeh (ed.) 2000. *The Economy of Iran: Dilemmas of an Islamic State*. London: I B Tauris.
- 112 Population Reference Bureau (PRB). 2000. *2000 World Population Data Sheet: Iran Demographic Highlights*. Washington, DC: PRB.
- 113 UNESCO. 1997. *Demographic Profile of Adolescents in Asia and Pacific*. Bangkok, Thailand: UNESCO.
- 114 Mehryar, AH, y otros. 2000. "Repression and Revival of the Family Planning Program and its Impact on the Fertility Levels and Demographic Transition in the Islamic Republic of Iran" [ponencia inédita]. Prepared for the 7th Annual Conference of the Economic Research Forum, Amman, Jordan (de 26 a 29 octubre).
- 115 Wright, R. 2000. *The Last Great Revolution: Turmoil and Transformation in Iran*. New York: Alfred A Knopf.
- 116 Hakimian, H. 2000. "Population Dynamics in Post-Revolutionary Iran: A Re-examination of Evidence," in P Alizadeh (ed.) 2000. *The Economy of Iran*.
- 117 Mehryar y otros. 2000. "Repression and Revival."
- 118 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment: The Islamic Republic of Iran*. Tehran, Iran: FNUAP; Musleh-Uddin, PM and M Bassir. 2001. *Fertility Trends in Post Revolutionary Iran*. Tehran, Iran: FNUAP.
- 119 Mohtashami, H, Global Population Council. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 5 de mayo.
- 120 Murphy, C. 1992. "Iran Promoting Birth Control in Policy Switch." *The Washington Post* (8 mayo).
- 121 MacFarquhar, N. 1996. "With Iran Population Boom, Vasectomy Receives Blessing." *New York Times* (8 septiembre).
- 122 Statistical Centre of Iran. 1999. "Table 1.4 Average Annual Growth Rate of Population, by Urban/Rural Areas: 1956-1996." *Population Indicators of Iran, 1956-96*. Tehran, Iran: Statistical Centre of Iran, 6.
- 123 Aghajanian, Akbar. 1995. "A New Direction in Population Policy and Family Planning in the Islamic Republic of Iran." *Asia Pacific Journal* 10, 1.
- 124 Malek-Afzali, H, Ministry of Health and Medical Education. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 14 de mayo.
- 125 Cheroghchi, B. Ministry of Health and Medical Education. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 7 de mayo.
- 126 UNESCO. 1997. *Demographic Profile*.
- 127 Milani, H, Family Planning Association Islamic Republic of Iran. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 7 de mayo.
- 128 *Ibid.*
- 129 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment*.
- 130 FPAIRI, IPPF. 2000. "A Guide on Reproductive Health for Newly Married Couples." Tehran, Iran: FPAIRI.
- 131 Wright, R. 2000. *The Last Great Revolution*.
- 132 FNUAP. 1999. *Annual Report on the Islamic Republic of Iran*. Tehran: FNUAP.
- 133 Malek-Afzali, H, Ministry of Health and Medical Education. 2001.
- 134 Naizary, M, Ministry of Education. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 5 de mayo.
- 135 Mohtashami, H, Global Population Council. 2001. Comunicación privada. Email. 23 de diciembre.
- 136 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment*.
- 137 Population Education Project, Ministry of Education. (n.d.) *Health of Adolescent Girls*. Ministry of Education, Islamic Republic of Iran y FNUAP.
- 138 FNUAP, IPPF, y FPAIRI. 2001. "Pubertal Health of Boys." Tehran, Iran: FPAIRI.
- 139 FPAIRI, IPPF, (n.d.) "A Guide on Reproductive Health for Newly Married Couples"; FPAIRI. (n.d.) *Marriage Guide on Reproductive Health*. Tehran, Iran: FPAIRI and IPPF.
- 140 Cheroghchi, B, Ministry of Health and Medical Education. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 7 de mayo.
- 141 Family Health Department, Under Secretary for Public Health, MOHME, Islamic Republic of Iran y FNUAP. 1998. *Country Report on Population, Reproductive Health and Family Planning Program in the Islamic Republic of Iran*. Tehran, Iran: MOHME y FNUAP (February).
- 142 Askarinasab, M, UNICEF. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Tehran, Iran, 7 de mayo.
- 143 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment*.
- 144 Tremayne, S, Oxford University. 2001. Comunicación privada. Email. 5 de octubre.
- 145 Ministry of Health and Medical Education (MOHME). 2001. *Health Situation and Trends in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: MOHME.
- 146 Malek-Afzali, H, Ministry of Health and Medical Education. 2001.
- 147 Wright, R. 2000. *The Last Great Revolution*.
- 148 Seligman, B, L Weiss, y S Pacque Margolis. 2000. *Mali Youth Profile*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults.
- 149 Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. 1996. *Enquête Démographique et de Santé 1995-1996*. Calverton, MD: Macro International.
- 150 Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPF). 1998. *Plan National d'Eradication de l'Excision a l'Horizon 2007*. Bamako, MALI: MPF.
- 151 FNUAP. 1998. *The State of World Population*. New York: FNUAP, 70.
- 152 Ministère de la Santé, République du Mali. 1998. *Plan Decennal de Développement Sanitaire et Social, 1998-2007*. Bamako, Mali: Ministère de la Santé, 37; CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives: Francophone Africa*. New York: CRLP.
- 153 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction*. Bamako, Mali: Ministère de la Santé, 26.
- 154 *Ibid.*
- 155 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. 1995. *Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population*. Bamako, Mali: Ministère de la Santé; CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 156 *Ibid.*; Women's Environment and Development Organization (WEDO). 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years After the International Conference on Population and Development*. New York: WEDO.
- 157 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 158 CRLP, Association of Jurists of Mali. 1999. *Reproductive Rights of Young Girls and Adolescents in Mali*. New York: CRLP.
- 159 Stoler, R, John Snow, Inc (JSI). 2001. Entrevista celebrada por el autor. Bamako, Mali, 29 de marzo.
- 160 *Ibid.*; Ministry of Economy, Planning and Integration. 1991. *Declaration of National Policy on Population in Mali*. Bamako, Mali: Ministry of Economy, Planning and Integration.
- 161 UNICEF. 1997. *Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes au Mali*. New York: UNICEF (July).
- 162 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.

## REFERENCIAS

- 163 ONUSIDA. "Table of Country-specific HIV/AIDS Estimates and Data." Puede obtenerse en [http://www.unaids.org/epidemic\\_update/report/index.html#table](http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html#table); Internet; se obtuvo acceso el 30 de mayo 2001.
- 164 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 165 Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. 1996. *Enquête Démographique et de Santé 1995-1996*.
- 166 Seligman, B, USAID. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Washington, DC, 7 de agosto.
- 167 Stoler, R, JSI. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Bamako, Mali, 29 de marzo.
- 168 Gorsline-Flamm, E. 2000. *Mali's Young Adult Reproductive Health Inventory (YARH): Workshop Report, Bamako, Mali*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults; Marikani, L. and Castle Consultants. 2000. *Report 2: Educators' Activities, Efficacy and Impact: Qualitative Evidence from a Survey of 148 Peer Educators*. Informe preparado para CEDPA. Washington, DC: CEDPA (November).
- 169 Diallo, H. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Bamako, Mali, 28 de marzo.
- 170 FNUAP. 2000. *Jeunes, Sports et Santé*. Bamako, Mali: FNUAP; FNUAP. 2000. Reproductive Health Program in Mali. Bamako, Mali: FNUAP.
- 171 Stewart, L, FOCUS on Young Adults. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Washington, DC, 24 de septiembre.
- 172 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction*, 26; Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Procedures des Services de Santé de la Reproduction*.
- 173 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes*, 26.
- 174 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Procedures des Services*.
- 175 Stoler, R, JSI. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Bamako, Mali, 29 de marzo.
- 176 Gorsline-Flamm, E. 2000. *Mali's Young Adult Reproductive Health Inventory*.
- 177 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 178 Dawit, S. 1998. "Needs Assessment," 12-13.
- 179 Letter reproduced in Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes des Services*, 102; McLucas, S, Sahel Initiative Troisième Millénaire. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Bamako, Mali, 30 de marzo.
- 180 Dawit, S. 1998. "Needs Assessment," 13.
- 181 Debay, M y B Seligman. 1998. *Draft: Mali Youth Assessment Report*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults.
- 182 Consejo Nacional de Población (CONAPO). "Indicadores Sociodemográficos." Puede obtenerse en <http://www.conapo.gob.mx/indicaso/index.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 7 de junio 2001.
- 183 Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. 2000. "Evaluación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes." Mexico City, Mexico: Secretaría de Salud (noviembre).
- 184 *Ibid*, 9.
- 185 CONAPO. "Ley General de Población y Reglamento, Artículo 19." Puede obtenerse en <http://www.conapo.gob.mx/polpobla/reglamento1.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 7 de junio 2001.
- 186 Montes, SG. 1999. "Las Organizaciones No Gubernamentales Mexicanas y la Salud Reproductiva." Mexico, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- 187 Rodríguez-García, R y otros. 1999. *The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO), W.K. Kellogg Foundation.
- 188 CRLP, DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. 1997. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, Latin America and the Caribbean*. New York: CRLP.
- 189 IMSS. "Seguridad y Solidaridad Social." <http://www.imss.gob.mx/IMSS/ofDirector/discursos/2001/01.htm> Internet; se obtuvo acceso el 19 de diciembre 2001.
- 190 IMSS. 2001. <http://www.imss.gob.mx/IMSS/default.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 19 de diciembre; Cabral Soto, J. 2000. "Una Perspectiva del Estado: Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el Medio Rural" [ponencia inédita]. Presented at "Trabajando con Hombres Jóvenes: Salud, Sexualidad, Género y Prevención de Violencia." Queretaro, Mexico (marzo).
- 191 Espinosa, G, L Paz Paredes y V Rodríguez. 1999. *Salud Sexual y Reproductiva en México: Los Programas, Los Procesos, Los Recursos Financieros*. Mexico City, Mexico: Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población (marzo).
- 192 IMIFAP. 1993. "First National Poll About Sexuality Education." Report presented to Prospect Hill, Moriah and Merck Foundations; Mexfam. "Encuesta Para el Programa 'Gente Joven' de Mexfam: Informe de Resultados." Puede obtenerse en <http://www.mexfam.org.mx/pathfind/sld052.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 5 de junio 2001.
- 193 Pick, S, IMIFAP. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Mexico City, Mexico, el 19 de abril.
- 194 CRLP, DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. 2001. *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan Sus Vidas Reproductivas, America Latina y el Caribe, Suplemento 2000*. New York: CRLP.
- 195 Pick, S, IMIFAP. 2001.
- 196 Union Nacional de Padres de Familia. "Derechos Ignorados." <http://www.familia.com.mx/correoestrategico-017.htm>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.
- 197 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>; Internet; se obtuvo acceso el 19 de diciembre 2001.
- 198 Mexfam. "Gente Joven Program." Puede obtenerse en [http://www.mexfam.org.mx/gj\\_intro\\_i.htm](http://www.mexfam.org.mx/gj_intro_i.htm); Internet; se obtuvo acceso el 4 de junio 2001.
- 199 Fronjosá Aguilar, CF, A Mercado Gurrola, y HM Villaseñor Hernández (eds.) 2000. "Memoria, Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales." Tlaxcala, Mexico: Instituto Mexicano de la Juventud (13-17 de agosto).
- 200 Union Nacional de Padres de Familia A.C. UNPF. Puede obtenerse en <http://www.familia.com.mx/articulosUG-002.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 5 de junio 2001.
- 201 Pick, S, IMIFAP. 2001.
- 202 Cruz, A. 2000. "Rechaza la Ley Antiaborto 63% de Guanajuatenses: Encuesta." *La Jornada*. Mexico City, 26 de agosto.
- 203 Ravelo, R. 2001. "Es Abascal el que Necesita Leer a Ciceron y Educarse: Fuentes." *La Jornada*. Mexico City, 18 abril: 8.
- 204 Damián, GE. 1999. *Avances y Retos de la Salud Reproductiva en Mexico: Discurso, Financiamiento y Praxis*. Mexico City, Mexico: Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 47.
- 205 Pick, S, IMIFAP. 2001.
- 206 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Comisión Nacional de la Mujer, DIF-DF, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (n.d.). *Guía de Orientación Jurídica para Madres y Padres Adolescentes*. Mexico City, Mexico: DIF. Puede obtenerse en [http://www.unicef.org/mexico/programas/Guia\\_Orientacion.PDF](http://www.unicef.org/mexico/programas/Guia_Orientacion.PDF); Internet; se obtuvo acceso el 5 de diciembre 2001; Rodríguez Ramirez, G y BM Hernandez. 2000. *Manual de Capacitación de Sexualidad e Infecciones de Transmisión Sexual para Jóvenes Campesinas y Campesinos*. Mexico City, Mexico: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.
- 207 González Butrón, MA. 2000. *Las Mujeres Mexicanas en el Tercer Milenio*. Morelia, Michoacan, Mexico: Coordinación Nacional de Mujeres de Organizaciones Civiles Por un Milenio Feminista, 206.
- 208 Fernandez Ham, P y DE Avila Garcia. 1999. "Análisis Comparativo Entre Jóvenes Rurales y Urbanos: Una Relación Indisoluble." *Revista de Estudios sobre Juventud, Nueva Epoca* 3(9): 8-23.
- 209 Stern, C. 1995. "Embarazo Adolescente: Significado e Implicaciones para Distintos Sectores Sociales." *Demos: Carta Demográfica sobre México* 8: 11-12.
- 210 Venguer, T y otros. 2001. "Si yo estoy bien, mi familia también." Report presented to Smith Kline and Beecham; Venguer, T y otros. 2001. "Si yo estoy bien, mi familia también." Series of promotional and educational materials for rural and indigenous areas. Mexico City, Mexico: Editorial IDEAME.
- 211 González Butrón, MA. 2000. *Las Mujeres Mexicanas en el Tercer Milenio*, 214.

## REFERENCIAS

- 212 Herrera Carnevale, C. 2000. *Experiencias Viables de Colaboración entre ONG de Mujeres e Instancias Gubernamentales en Mexico*. Mexico City, Mexico: Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 43.
- 213 Rodríguez, G. 2000. "El Aborto: Encuesta en Guanajuato." *Demos: Carta Demografica sobre Mexico* 13: 37-38.
- 214 Instituto Mexicano de la Juventud. 2001. *Encuesta Nacional de Juventud 2000 (Resultados Preliminares)*. Mexico City, Mexico: Instituto Mexicano de la Juventud.
- 215 Damián, GE. 1999. Avances y Retos, 18-19.
- 216 Naciones Unidas, División de Población. 2001. *World Population Prospects*.
- 217 Ketting, E. 1983. "Contraception and Fertility in the Netherlands." *Family Planning Perspectives* 15: 19-25.
- 218 Reinders, J, NISSO. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Washington, DC, 9 de octubre.
- 219 Du Bio-Reymond, M. y otros (eds.). 1995. *Childhood and Youth in Germany and The Netherlands: Transition and Coping of Adolescents*. Berlin, New York: Walter De Gruyter & Co.
- 220 Ketting, E. 1998. "The Family Planning And Sexual Health Revolution in The Netherlands." Utrecht, The Netherlands: Netherlands Institute of Social Sexological Research (NISSO).
- 221 Para más información, véase el trabajo de Nel Draijer y otros.
- 222 Reinders, J, NISSO. 2001.
- 223 Ketting E. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- 224 Naciones Unidas, División de Población. 2001. *World Population Prospects*.
- 225 Reinders, J, NISSO. 2001. Comunicación privada. Email. Washington, DC, 23 de agosto.
- 226 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR). 1959. *Declaration Of The Rights Of The Child*. Proclaimed By General Assembly Resolution 1386(XIV): ACNUR.
- 227 International Center of the Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW). 2001. *Youth Participation in The Netherlands*. Puede obtenerse en <http://www.nizw.nl/fr-zoek1.htm>; Internet; se obtuvo acceso el octubre de 2001.
- 228 Du Bio-Reymond, M y otros (eds.). 1995. *Childhood and Youth; Rademakers, J. 1999. Cross-Cultural Differences in Adolescent Sexual Behavior and Attitudes to Contraception*. Utrecht, The Netherlands: NISSO; Rademakers, J. 1999. *Cross-Cultural Differences in Adolescent Sexual Behavior and Attitudes to Contraception*. Utrecht, The Netherlands: NISSO.
- 229 Poelman, J, Reinders, J. 2000. "AIDS as Impetus for Sex Education." *STD Bulletin*. 20(4/98). Utrecht, the Netherlands Foundation for STD Control, January, 16-21.
- 230 AIDS Fonds. 2001. " Stichting AIDS Fonds." Puede obtenerse en <http://www.aidsfonds.nl>; Internet; se obtuvo acceso el 16 de octubre 2001.
- 231 Stichting soa-bestrijding. 2001. "The Stichting soa-bestrijding." Puede obtenerse en <http://www.soa.nl>; Internet; se obtuvo acceso el 16 de octubre 2001.
- 232 David, HP y J Rademakers. 1996. "Lessons from the Dutch Abortion Experience." *Studies in Family Planning* 27: 341-343.
- 233 Wijnberg, B, The Ministry of Health, Welfare and Sport. 2001. Entrevista celebrada por el autor. The Hague, The Netherlands, 1 de mayo.
- 234 Reinders, J, NISSO. 2001. Comunicación privada. Email. Washington, DC, 9 de octubre.
- 235 Hermans and Adelmund, Dutch Ministry of Education, Culture and Science, Information Department. 2000. "Giving Institutions Room to Deliver Quality." Puede obtenerse en <http://www.minocw.nl/english/p20000711.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 13 de diciembre 2001.
- 236 Ketting, E. 1994. "Is the Dutch Abortion Rate Really That Low?" *Planned Parenthood in Europe* 23(3): 29-32. Utrecht, The Netherlands: NISSO.
- 237 Reinders, J. 2001.
- 238 Trussell, J. 1998. "Contraceptive Technology Conference Coverage: Why Is Teen Pregnancy Rate in The Netherlands So Low?" *Contraceptive Technology Update* (May). Princeton: Office of Population Research, Princeton University.
- 239 Berne, L y B Huberman. 1999. *European Approaches to Adolescent Sexual Behavior & Responsibility*. Washington, DC: Advocates for Youth.
- 240 Reinders, J, NISSO. 2001. Comunicación privada. Email. Washington, DC, 4 de diciembre.
- 241 Trussell, J. 1998. "Contraceptive Technology Conference Coverage."
- 242 Reinders, J, NISSO. 2001. Comunicación privada. 4 de diciembre.
- 243 Trussell, J. 1998. "Contraceptive Technology Conference Coverage."
- 244 Reinders, J, NISSO. 2001. Comunicación privada. Email. 4 de diciembre.
- 245 The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2001. *Halfway There: A Prescription for Continued Progress in Preventing Teen Pregnancy*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- 246 Youth Development Directions Project. 2000. *Youth Development: Issues, Challenges and Directions*. "Introduction and Overview." Philadelphia, PA: Public/Private Ventures, 10.
- 247 Ozer, EM y otros. 1998. *America's Adolescents: Are They Healthy?* San Francisco: University of California, San Francisco, National Adolescent Health Information, 12.
- 248 Ozer, EM y otros. 1998. *America's Adolescents*, 38; Dailard, Cynthia with Rachel Benson Gold. 2000. *Fulfilling the Promise: Public Policy and US Family Planning Clinics*. New York: The Alan Guttmacher Institute (AGI), 10.
- 249 US Census Bureau. 2000. *Resident Population Estimates of the United States by Age and Sex: April 1, 1990 to July 1, 1999 with Short-Term Projection to November 1, 2000*. Washington, DC: Population Estimates Program, Population Division, US Census Bureau.
- 250 Darroch, JE y S Singh. 1999. "Why is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use." *AGI Occasional Report 1* (December); National Abortion and Reproductive Rights Action League (NARAL) Fact Sheet. 2001. "Online Newsroom: The Need for Comprehensive Sexuality Education." Puede obtenerse en [http://www.naral.org/mediareources/fact/sexed.html#N\\_11\\_](http://www.naral.org/mediareources/fact/sexed.html#N_11_); Internet; se obtuvo acceso el 15 de mayo 2001.
- 251 Gold, RB. 2001. "Title X: Three Decades of Accomplishment." *The Guttmacher Report on Public Policy* 4(1) (February), 6.
- 252 Office of Adolescent Pregnancy Programs. 2001. Puede obtenerse en <http://www.hhs.gov/opa/titlexx/oapp.html>; Internet; se obtuvo acceso el 4 de junio 2001.
- 253 Saul, R. 1998. "Whatever Happened to the Adolescent Family Life Act?" *The Guttmacher Report on Public Policy* 1(2) (April).
- 254 Title V of the Social Security Act became a block grant as part of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989 (OBRA '89), PL 97-35.
- 255 Bernstein, J y M Greenberg. 2001. "Reforming Welfare Reform." *The American Prospect* 12(1), 1-15 January.
- 256 Gold, RB. 2000. "Adolescent Care Standards and State CHIP Efforts." *Issues in Brief*, 2000 Series (1). New York: AGI, 1.
- 257 CRLP. 1995. *Women of the World: Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives*. New York: CRLP, 36-37.
- 258 Satcher, D. 2001. "The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior." Washington, DC: Department of Health and Human Services. Puede obtenerse en <http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.htm>.
- 259 Lieberman, D y J Feerman. 1999. "Legal Issues in the Reproductive Health Care of Adolescents." *Journal of the American Medical Women's Association* 54(3).
- 260 American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. 1996. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion" [Policy Statement]. *Pediatrics* 97(5): 746-751.
- 261 NARAL. 1999. *Who Decides? A State-by-State Review of Abortion and Reproductive Rights*. Washington, DC: NARAL, vii.
- 262 Gold, RB y A Sonfield. 2001. "Reproductive Health Services for Adolescents under the State Children's Health Insurance Program." *Family Planning Perspectives* 33(1).
- 263 Center for Health and Health Care in Schools. "School-Based Health Centers: Results from a 50-State Survey, School Year 1999-2000." Puede obtenerse en <http://www.healthinschools.org/sbhcs/survey2000.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 2 de mayo 2001.

## REFERENCIAS

- 264 Fothergill, K y B Orlick. 1997. "The School-Linked Health Center: A Promising Model of Community-Based Care for Adolescents." *Issues at a Glance*. Advocates for Youth, Support Center for School-Based & School-Linked Health Care. Puede obtenerse en [www.advocatesforyouth.org/publications/iag/SLHC\\_MDL.HTM](http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/SLHC_MDL.HTM); Internet; se obtuvo acceso el 2 de mayo 2001; National Assembly on School-Based Health Care News Release. 2000. "School-Based Health Centers Play an Increasingly Important Role in Children's Health, National Survey Shows", 11 de agosto. Puede obtenerse en <http://nasbhc.org/censusnews.html>; Internet; se obtuvo acceso el 6 de junio 2001; National Assembly on School-Based Health Care. 2000. *Creating Access to Care for Children and Youth: School-Based Health Center Census 1998-1999*. Washington, DC: NASBHC.
- 265 Dailard, Cynthia con Rachel Benson Gold. 2000. *Fulfilling the Promise: Public Policy and US Family Planning Clinics*. New York: AGI, 16.
- 266 Gold, Rachel Benson. 2000. "Adolescent Care Standards," 2.
- 267 Hurley, T, American Academy of Pediatrics. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Washington, DC, 4 de octubre.
- 268 The Commonwealth Fund. 1997. *The Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls: Facts on Access to Health Care*. Puede obtenerse en <http://www.cmf.org/programs/women/acesfact.asp>; Internet; se obtuvo acceso el 24 de abril 2001.
- 269 Medenwald, J. 1998. "Legal Issues and School-Based and School-Linked Health Centers." *Issues at a Glance*. Advocates for Youth. Puede obtenerse en [www.advocatesforyouth.org/publications/iag/SBHCSLHC.HTM](http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/SBHCSLHC.HTM); Internet; se obtuvo acceso el 2 de mayo 2001.
- 270 Boonstra, H y E Nash. 2000. "Minors and the Right to Consent to Health Care." *The Guttmacher Report on Public Policy* 3(4).
- 271 *Ibid.*
- 272 Yawn, BP y RA Yawn. 1993. "Adolescent Pregnancies in Rural America: A Review of the Literature and Strategies for Primary Prevention." *Family and Community Health* 16: 36-45; eijoo, AN and AP Taylor. 2000. *Measuring Up: Assessing State Policies to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health, An Assessment of Policies in All 50 States* 1(3). Washington, DC: Advocates for Youth, xii-xiii.
- 273 Wolf, WC. 2000. "Using Title IX to Protect the Rights of Pregnant and Parenting Teens." *PPFY Network Newsletter: Pregnancy Prevention for Youth* (March).
- 274 NARAL Online Newsroom. 2000. "House Approves Additional \$50 Million for Abstinence-Only Programs Bush Supports Efforts to Censor Critical Information to Teens." 14 de junio. Puede obtenerse en [http://www.naral.org/mediareources/press/pr061400\\_abstinence.html](http://www.naral.org/mediareources/press/pr061400_abstinence.html); Internet; se obtuvo acceso el 3 de mayo 2001.
- 275 CRLP. 1995. *Women of the World*, 38-39; Donovan, P. 1998. "School-Based Sexuality Education: The Issues and Challenges." *Family Planning Perspectives* 30(4): 188-193.
- 276 Porter, LE y L Ku. 2000. "Use of Reproductive Health Services among Young Men, 1995" *Journal of Adolescent Health* 27 (3): 186-194.
- 277 Sonenstein, FL (ed.) 2000. *Young Men's Sexual and Reproductive Health Toward a National Strategy: Framework and Recommendations*. Washington, DC: The Urban Institute, 14; Bernard, SN y JK Knitzer. 1999. *Map and Track State Initiatives to Encourage Responsible Fatherhood*. New York: National Center for Children in Poverty.
- 278 National Assembly on School-Based Health Care. 2000. "School-Based Health Centers"; National Assembly on School-Based Health Care. 2000. *Creating Access*.
- 279 Juszczak, L, Division of Adolescent Medicine, North Shore University Hospital. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Washington, DC, 24 de julio.
- 280 H.R. 3469. Puede obtenerse en <http://thomas.loc.gov>. Internet; se obtuvo acceso el 21 de diciembre 2001.
- 281 National Youth Development Information Center, National Collaboration for Youth. "The Younger Americans Act Fact Sheet." Puede obtenerse en <http://www.nydic.org/nydic/YAA.html>; Internet; se obtuvo acceso el 5 de junio 2001.
- 282 Partee, G, American Youth Policy Forum. 2001. Entrevista celebrada por el autor. Washington, DC, 4de mayo.
- 283 Kirby, D y K Coyle. 1997. "Youth Development Programs." *Children and Youth Services Review* 19(5/6): 437-54 [journal on-line]. Puede obtenerse en <http://www.aei.org/sw/swkirbycoyle2.htm>; Internet; se obtuvo acceso el 3 de mayo 2001.
- 284 Sawhill, I. 2001. "What Can Be Done to Reduce Teen Pregnancy and Out-of-Wedlock Births?" *Welfare Reform and Beyond Policy Brief 8* (October). Washington, DC: The Brookings Institution.
- 285 UNICEF. 2001. *Early Marriage, Child Spouses. Innocenti Digest 7*. Florence, Italy: UNICEF.





## CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

**Constance Spahn, Presidenta**

**Victoria P. Sant, Primera Vicepresidenta**

**William H. Draper, III, Segundo Vicepresidente**

**Robin Chandler Duke, Presidenta Emérita**

**Scott M. Spangler, Tesorero**

**Phyllis Tilson Piotrow, Secretaria**

**William H. Draper, Jr., Presidente Honorario**  
(1965-1974)

**Amy Coen, Presidenta de PAI**

**Vincent Anku**

**Vicki-Ann E. Assevero**

**Harriet Babbitt**

**Kenneth H. Bacon**

**Anthony C. Beilenson**

**Pouru P. Bhiwandi**

**Marnie Dawson Carr**

**William Clark, Jr.**

**Melissa Draper**

**Bill Green**

**Kaval Gulhati**

**Jonathan Lash**

**Yolonda Richardson**

**Barbara Roberts**

**Allan Rosenfield**

**Fred T. Sai**

**Isabel V. Sawhill**

**Timothy L. Towell**

**Joseph C. Wheeler**

**William D. Zabel**

## CONSEJO DE ASESORAMIENTO

**Joseph D. Tydings, Presidente**

**C. Payne Lucas, Vicepresidente**

**Robert Fearey, Secretario**

**Norman E. Borlaug**

**Sharon L. Camp**

**A.W. Clausen**

**Barber B. Conable**

**Julia J. Henderson**

**Lawrence R. Kegan**

**Robert S. McNamara**

**Wendy B. Morgan**

**Thomas H. Roberts, Jr.**

**Nafis Sadik**

**Elmer Boyd Staats**

Equipo de Publicaciones: Sally Ethelston, Brian Hewitt, Julie Witherell

Diseño: Hasten Design Studio, Washington, DC

Imprenta: Image Graphics Incorporated

Fotografía: Página de cobertura © Jim Daniels

Impreso con papel reciclado con tintas de soya



Population Action  
INTERNATIONAL

1300 19th Street, NW, Second Floor

Washington, DC 20036 USA

[www.populationaction.org](http://www.populationaction.org)