

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE MUJERES RURALES JÓVENES:

POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE DESARROLLO
EN AMÉRICA LATINA

Documentos de Trabajo del programa Nuevas Trenzas

■ Carmen Yon Leau

Documentos de Trabajo del programa Nuevas Trenzas, 13

Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes:
políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina

© IEP Instituto de Estudios Peruanos
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Telf: (51-1) 332-6194/424-4856
Correo-e: <publicaciones@iep.org.pe>
URL: <www.iep.org.pe>

© Nuevas Trenzas

Impreso en Perú
Primera edición en español: Lima, junio de 2013
Primera impresión
200 ejemplares

Diseño editorial: ErickRagas.com
Fotografía en contracarátula: Andrea Garcia (Culluchaca, Ayacucho, Perú)

Distribución Gratuita

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-08090

ISBN versión impresa
ISBN: 978-9972-51-407-4

ISBN versión digital
ISBN: 978-9972-51-408-1

Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina. Carmen Yon Leau. Lima, IEP; Nuevas Trenzas, 2013.
(Documento de Trabajo, 196. Serie Programa Nuevas Trenzas, 13)

1. MUJERES RURALES; 2. MUJERES JÓVENES; 3. POLÍTICAS PÚBLICAS; 4. PROGRAMAS DE DESARROLLO; 5. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS; 6. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; 7. EDUCACIÓN SEXUAL; 8. AMÉRICA LATINA; 9. PERÚ

WD/14.04.02/N/13

CONTENIDOS

Resumen ejecutivo.....	4
Introducción.....	6
1. Contexto	8
2. Tendencias generales de políticas y programas relacionados con la salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes.....	15
3. Estrategias y resultados de políticas y programas seleccionados	23
4. Conclusiones y discusión de aspectos críticos.....	41
5. Recomendaciones	48
Bibliografía.....	53

RESUMEN EJECUTIVO

4 ¿Qué podemos aprender de las políticas públicas y programas de desarrollo relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes de América Latina? ¿Qué papel vienen desempeñando los estados latinoamericanos y cuáles son las contribuciones de la sociedad civil y la cooperación internacional en estos temas? ¿Cómo se han vinculado las iniciativas en salud y derechos sexuales y reproductivos con políticas sociales más amplias, que buscan el empoderamiento de las mujeres, la reducción de la pobreza o la inclusión social? Estas son preguntas que guían el análisis de las tendencias generales de políticas, programas y proyectos que se incluyen en esta investigación, así como la selección de los casos que se estudiaron con mayor profundidad.

El presente estudio da cuenta de un reconocimiento aún incipiente de los contextos y las agendas específicas de las mujeres rurales jóvenes en las políticas públicas y programas de desarrollo que buscan promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la región. Las iniciativas analizadas muestran una diversidad de esfuerzos que se han realizado mayormente teniendo como protagonistas principales a las ONG locales, los movimientos y organizaciones sociales, así como a la cooperación internacional. Esta situación contrasta con un lento y escaso avance en la formulación e implementación efectiva de políticas públicas a cargo de los gobiernos. En este documento se revisan estrategias y lecciones aprendidas que contribuyen a repensar la relación entre Estado y sociedad civil en la implementación de intervenciones dirigidas a facilitar el acceso de las mujeres rurales jóvenes a la salud sexual y reproductiva. Así mismo,

se llama la atención sobre los contextos de posibilidad para la puesta en práctica de estrategias intersectoriales que aborden los condicionantes culturales, sociales y económicos que dificultan que las mujeres rurales jóvenes puedan tomar decisiones más autónomas e informadas sobre su sexualidad y capacidad reproductiva.

INTRODUCCIÓN

6

Las investigaciones de la primera etapa de Nuevas Trenzas muestran la importancia de los cambios que atraviesa el colectivo de mujeres rurales jóvenes -entre 14 y 35 años- en los seis países de América Latina estudiados (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Perú) (Asensio 2012). El nuevo escenario se caracteriza por un mayor acceso a la educación y a tecnologías de la información, así como por una mejora de los servicios básicos en las zonas rurales. Sin embargo, pese a estos cambios, continúan existiendo profundas inequidades derivadas de las brechas de género y lugar de residencia. Las mujeres rurales se comprometen a edades más tempranas que los hombres rurales y sus pares urbanas, así como empiezan a tener hijos a una edad considerablemente menor que éstas. Uno de los factores que influyen en esta situación es la persistencia de modelos de familia y relaciones sociales con fuertes sesgos de género, que limitan la autonomía de las mujeres rurales respecto a su cuerpo, su sexualidad y capacidad reproductiva (Asensio 2012: 30-32). Este documento pretende encarar una dimensión de esta problemática. El objetivo es realizar una revisión crítica de las principales políticas públicas, programas y proyectos de desarrollo que involucran al colectivo de mujeres rurales jóvenes de América Latina en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos.

En este texto se entiende por “políticas del cuerpo” a aquellas que se centran en el cuerpo, la sexualidad y la capacidad reproductiva de los sujetos. Se incluyen tanto las estrategias de educación disciplinaria del cuerpo individual y regulación de la población, como aquellas que parten de un marco emancipatorio y lo reconocen como sujeto portador de derechos. De este modo, se recupera la dimensión política

del cuerpo o el “cuerpo político” (Shepper Hugues y Lock 1997); es decir, el cuerpo como lugar de confrontación de poderes y contra-poderes (Foucault 1980). El campo de las políticas del cuerpo es bastante más amplio que lo que se pudo cubrir en esta consultoría. Me focalizaré en el ámbito de los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres rurales jóvenes, de acuerdo con la agenda planteada por el proyecto Nuevas Trenzas, pero también tomaré en cuenta otros aspectos de las políticas del cuerpo que tengan una vinculación directa o indirecta. En adelante, si bien consideraré las políticas del cuerpo como parte del marco conceptual mayor, me referiré explícitamente a los ámbitos específicos del estudio, como son los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres rurales jóvenes.

Para elaborar este informe se ha combinado la revisión documental con entrevistas a informantes clave. Además de realizar un balance general de las tendencias más importantes en América Latina, se han seleccionado casos concretos de políticas públicas, proyectos y programas de desarrollo para un mayor análisis. Estos casos han sido escogidos considerando su especial relevancia con respecto a enfoques, estrategias de trabajo, sostenibilidad y capacidad de articulación, además de su potencialidad para aportar a debates y aspectos críticos relacionados con el tema de la consultoría. Dos asuntos de particular interés, que surgieron al revisar las tendencias generales, son: la relación Estado/sociedad en la formulación e implementación de las intervenciones, y los nexos entre la salud sexual y reproductiva y las oportunidades de desarrollo de las mujeres jóvenes rurales. Finalmente, se ha contemplado la disponibilidad de información para documentar los casos, es decir, contar con sistematizaciones y evaluaciones o la posibilidad de realizar entrevistas a informantes clave. Cabe indicar, que la información disponible en cada caso fue heterogénea en cuanto a su extensión y profundidad. Asimismo, el alcance de las intervenciones presentadas, en cobertura y duración, es variado.

CONTEXTO

8

En las últimas dos décadas se ha dado una serie de avances en cuanto a acuerdos internacionales y políticas tanto en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como el del reconocimiento de los derechos y necesidades de pueblos indígenas. En ambos casos, se alude a la población joven y los cambios referidos han sido un marco favorable para que posteriormente se reconozca la necesidad de identificar las agendas particulares de las y los jóvenes en ambos conjuntos de la población (las mujeres y los pueblos indígenas). Sin embargo, encontramos muy pocas referencias a las mujeres rurales jóvenes, ya que este colectivo no ha sido abordado como un grupo específico de la población.

1.1 Consolidación de un marco internacional de referencia

Un hito de la mayor importancia para las políticas del cuerpo es la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994. La CIPD incluyó en sus acuerdos un nuevo lenguaje y enfoque con respecto al cuerpo de las mujeres y su salud sexual y reproductiva. Asimismo, la CIPD hizo hincapié en la necesidad de considerar a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, lo que se reafirmó en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) (Morlachetti 2007). A diferencia de los enfoques anteriores que enfatizaban la regulación y el control de la población para alcanzar cifras y objetivos demográficos, la CIPD subrayó la satisfacción de las necesidades de las personas e incluyó de modo definitivo la perspectiva de derechos humanos en los temas de población y desarrollo.

Además de referirse a los temas de población desde una perspectiva de sujetos de derecho, la CIPD legitimó el concepto de derechos reproductivos y resaltó el papel de los Estados en la garantía de estos derechos (Ferrer 2005).

La CIPD concluyó con la aprobación de un Programa de Acción de 20 años cuya estrategia enfatiza la interdependencia de las dinámicas de la población y el desarrollo, y en la cual los derechos de la mujer y su empoderamiento se establecieron como componentes indispensables del desarrollo social. Si bien no se llegó a un acuerdo sobre los derechos sexuales, sí se llegó a un consenso sobre la salud reproductiva y los derechos reproductivos, resultado de más de 25 años de experiencia con programas de población y de crecientes entendimientos internacionales sobre el desarrollo y los derechos humanos (UNFPA 2004). Además de la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres, la CIPD incluye un serie de acuerdos sobre aspectos centrales para lograr el real ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo, como la reducción de la pobreza y de las desigualdades socioeconómicas, generacionales y étnicas, la promoción de la salud y los derechos reproductivos, y la participación de los adolescentes, los adultos mayores, los pueblos indígenas y los migrantes, entre otros grupos de la población cuyos derechos sexuales y reproductivos son muchas veces negados.

De acuerdo con el reciente balance realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre los avances y desafíos de América Latina con respecto a los acuerdos de la CIPD, nuestra región es la que más ha avanzado en la suscripción de tratados internacionales de derechos humanos y cuenta con un importante desarrollo de marcos constitucionales, legales y de políticas públicas en materia de acceso universal a la salud sexual y reproductiva (CEPAL 2010b). Sin embargo, la puesta en práctica de estas normativas y lineamientos de política, especialmente en el caso de las mujeres rurales jóvenes, enfrenta aún una serie de obstáculos. Precisamente, en el Balance de Cairo + 15 realizado en el año 2009, se indica que entre los retos pendientes se encuentran la necesidad de visibilizar los intereses de los grupos específicos de población, como los jóvenes y los pueblos indígenas, siendo necesario que tengan mayores oportunidades para intervenir en los asuntos que les afectan (CEPAL 2010b).

En los últimos veinte años se ha avanzado también en cuanto a políticas y acuerdos internacionales que promueven el reconocimiento de los derechos de los pueblos y mujeres indígenas. En 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, que incluía las siguientes consideraciones: la necesidad de concebir la salud con un criterio holístico, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación y a la participación sistemática en la elaboración y la aplicación de políticas relativas a la salud y otras que les conciernen, el respeto por las culturas indígenas y su revitalización, y la reciprocidad

en las relaciones con otros grupos (OPS 2006). Esta iniciativa se evaluó en el marco del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1994–2004) promovido por las Naciones Unidas, mostrándose que la mayoría de los países de la región habían aprobado directivas legales como marco de política sobre los pueblos indígenas, pero que su impacto era significativamente limitado por la ausencia de medidas para enfrentar las grandes desigualdades sociales y económicas que afectan a estas poblaciones (OPS 2006). Se informó también que casi todos los países tienen unidades técnicas especializadas en asuntos sanitarios de los pueblos indígenas en sus ministerios de salud, pero muchas veces esas instancias no cuentan con el apoyo político, el personal o el presupuesto requerido para poner en práctica los compromisos asumidos con la cooperación técnica. A esto se suma la falta de capacitación intercultural de los trabajadores de salud y de los decisores políticos, la limitada participación de los pueblos indígenas en las decisiones políticas y económicas de alto nivel, la pobreza y otros condicionantes estructurales que afectan a los pueblos indígenas (OPS 2006; Nureña 2009). La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007 profundiza en la dimensión colectiva de estos derechos, incluyendo los sociales y económicos. Allí se indica que debe darse atención a los derechos y necesidades particulares de los jóvenes, entre otros grupos. Dados todos estos aspectos pendientes para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones indígenas, los organismos de Naciones Unidas han promovido el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 2005-2014.

Otro consenso histórico mundial son los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados en el 2000, que incluyen principios del Consenso de El Cairo y también, a iniciativa de la OPS, se han integrado líneas de acción que incorporan la perspectiva indígena. La atención a las necesidades de las mujeres y las niñas se considera fundamental para el progreso en todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dirigidos a guiar la política nacional y la inversión para alcanzar un bienestar global.

1.2 Involucramiento de movimientos sociales y de la sociedad civil

Las organizaciones sociales y representantes de mujeres y pueblos indígenas han tenido un papel crucial en los avances logrados internacionalmente tanto en el terreno de los derechos de las mujeres como de los pueblos indígenas.¹ Tanto el movimiento de mujeres como los movimientos indígenas, con sus particularidades y variantes, han ejercido diferentes formas de presión e influencia para visibilizar demandas específicas y las falencias de los Estados para responder a ellas. A su vez, los

1 Respecto de la participación de los movimientos de mujeres en el logro de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en su posterior monitoreo, véase por ejemplo, el estudio de Rosalind Petchesky (2003).

acuerdos logrados internacionalmente sobre los derechos de las mujeres y pueblos indígenas ha dinamizado la creación de espacios de articulación, intercambio y expresión de sus demandas a escala mundial. Esto ha favorecido que se visibilicen los retos y las agendas de ambos colectivos (de las mujeres y los pueblos indígenas), así como las necesidades particulares de grupos específicos dentro de estos. Así, en el marco del IV Encuentro Continental de Mujeres Indígenas de las Américas, realizado en Lima en agosto de 2004, se reivindicó el derecho de las mujeres indígenas a la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de salud intercultural y de derechos. Se recomendó la construcción de mecanismos de participación de las organizaciones de mujeres indígenas en el diseño, implementación y seguimiento de políticas públicas de salud sexual y reproductiva interculturales para superar la falta de acceso, calidad y buen trato en los servicios de salud, que contribuyen a los altos índices de mortalidad y morbilidad maternas en los pueblos indígenas de la región. Es a partir de estas recomendaciones, que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), impulsó un proyecto regional dirigido a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Este proyecto busca el fortalecimiento de las organizaciones de mujeres indígenas y el desarrollo de su capacidad de incidencia en políticas públicas del sector salud para lograr que los países de la región adopten políticas públicas efectivas, especialmente en el terreno de la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género (Foro Internacional de Mujeres Indígenas 2009).

11

En el IV Encuentro de Mujeres Indígenas también se planteó la necesidad de promover la comunicación intrageneracional y la realización de encuentros de jóvenes indígenas para favorecer su articulación y liderazgo, así como que tengan una voz propia sobre los temas que los afectan de manera específica. En el encuentro que sostuvieron en Lima en el 2012, los jóvenes indígenas firmaron una declaración en la que incluyeron una petición para que las políticas en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes sean pertinentes, con enfoque intercultural y metodología apropiada a las realidades de los pueblos indígenas, y para que la elaboración de los proyectos y programas cuenten con la participación activa de los adolescentes y jóvenes indígenas tanto del área urbana como rural. De modo más amplio, se instó a los gobiernos a asignar presupuesto suficiente para responder a las necesidades de los jóvenes indígenas, la revitalización de su identidad cultural, el acceso a oportunidades y proyectos de emprendimiento económico, garantizando mecanismos adecuados para su participación plena en los procesos de planeamiento, ejecución y evaluación.²

2 Declaración Política: Tejiendo la Articulación de la Juventud Indígena de América Latina, al término del Taller de Jóvenes Indígenas "Construyendo nuestro plan estratégico para la articulación en América Latina", Lima 20 de agosto de 2012.

Paralelamente, en el 2005 se aprobó la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, donde se reconoce el derecho de todos los jóvenes a gozar y disfrutar de todos los derechos humanos, se establece el compromiso de respetar y garantizar a los jóvenes el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (artículo 2) y se refrenda el principio de no discriminación basada en la raza, color, origen nacional, pertenencia a una minoría nacional, étnica o cultural, sexo, orientación sexual, lengua, religión, u otros factores (artículo 5). Los derechos reconocidos en este instrumento, incluidos aquellos relacionados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, requieren necesariamente de una contextualización para los jóvenes indígenas y rurales (ONU 2009).

1.3 Dificultades y resistencias

12

Los marcos institucionales descritos, favorables al ejercicio de derechos de las mujeres y pueblos indígenas, no han ido acompañados por cambios significativos en la disminución de las desigualdades sociales en los países de la región latinoamericana, salvo algunas excepciones, como las que se podrían relacionar con el mayor acceso a la educación y las tecnologías de información y comunicación (Asensio 2012). Persiste la discriminación de género en la distribución de las responsabilidades domésticas, las formas de control social que dificultan que las adolescentes y jóvenes tomen sus propias decisiones y puedan tener libertad de movimiento en espacios públicos; así como la desigualdad de oportunidades económicas, que se concentra en grupos específicos, como las mujeres, los niños, los habitantes rurales y los jóvenes (CEPAL y OPS 2011). Estas persistentes desigualdades sociales son los principales obstáculos para el ejercicio de los derechos y salud sexual y reproductiva de las mujeres rurales jóvenes, como lo sugieren los informes de balance de la CEPAL y la OPS sobre la salud de la juventud indígena en América Latina (2011) y el informe de evaluación de progresos y limitaciones del Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 de la CEPAL (2009). El impacto de la desigualdad social en el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva se asocia a indicadores como el mayor porcentaje de embarazos no planificados y mayores tasas de mortalidad entre las adolescentes y jóvenes de estratos pobres, quienes tienen un menor nivel educativo, viven en área rural o son indígenas (CEPAL 2010b; CEPAL y OPS 2011; OPS 2008).

Otra de las serias dificultades para implementar los acuerdos internacionales sobre derechos y salud sexual y reproductiva es la injerencia de las iglesias, y especialmente de la Iglesia católica, en las políticas de los Estados latinoamericanos relacionadas con estos temas. Esto se ha visto respaldado no solo por alianzas explícitas o implícitas de la jerarquía de la Iglesia católica con el poder político (Gonzales 2006; Esquivel 2004), sino por la aún significativa influencia social y cultural de la Iglesia católica en América Latina a través de su presencia en instituciones educativas, programas sociales, e

incluso como parte de movimientos sociales y cambios políticos en algunos países de Centro América.³ La población latinoamericana sigue siendo mayoritariamente católica, aunque ha habido un incremento de los evangélicos protestantes en las últimas décadas, especialmente en países centroamericanos como Guatemala y Honduras (Parker 2005). Debe indicarse, además, que en los distintos países latinoamericanos existen heterogeneidades y matices al interior de la Iglesia católica y una creciente diversidad de credos. Sin embargo, aquellas posiciones católicas más favorables a los derechos sexuales y reproductivos no son las que han logrado tener injerencia en las políticas públicas, aunque se expresan activamente en algunos movimientos contestatarios (como es el caso de Católicas por el Derecho a Decidir) o de modo silencioso, en la vida cotidiana y los conflictos internos de las creyentes (véanse por ejemplo: Gutierrez 2003; Mallimacci 2009).

Si bien todas las constituciones latinoamericanas admiten la libertad de conciencia y de culto, aspecto definitorio de la laicidad, el principio de separación entre el Estado y la Iglesia se establece solo formalmente y manteniendo privilegios para la Iglesia católica. Una de las consecuencias de la injerencia de la Iglesia católica en las políticas de los Estados de la región es la obstaculización de programas de educación sexual que incluyen el abordaje de temas como el placer sexual, la diversidad sexual y la difusión de la diversa gama de métodos anticonceptivos, así como el uso del preservativo entre adolescentes y jóvenes. También se han visto cuestionados u obstaculizados los servicios de salud sexual y reproductiva para los y las jóvenes, la confidencialidad en su acceso y consulta, y la anticoncepción de emergencia (CEPAL 2010b). En el caso peruano, por ejemplo, se retrocedió al penalizar las relaciones sexuales con adolescentes entre los 14 y 18 años con la Ley N° 28704 (Ley de la Indemnidad Sexual promulgada en marzo de 2006), por la cual todo acto sexual se consideraba como delito de violación sin importar que haya habido o no consentimiento. Aunque la intención de esta ley fue proteger a los adolescentes del grave problema de la explotación y violación sexual, con su aprobación se desconoció su derecho a decidir sobre sus relaciones sexuales, y se acrecentaron las barreras de acceso a los servicios de salud (Nagle y Chávez 2007; UNFPA et ál. 2010). Luego de casi siete años, en enero del 2013, la Ley de Indemnidad Sexual fue declarada inconstitucional, respondiéndose así positivamente a la demanda interpuesta por más de diez mil ciudadanos, no sin la persistente oposición y rechazo de la jerarquía de la Iglesia católica y diversos grupos conservadores.

3 En Nicaragua, El Salvador y otros países centroamericanos, importantes sectores de la Iglesia católica tuvieron un destacado papel por su apuesta por la iglesia de los pobres y su activa vinculación con organizaciones de base y movimientos sociales en las décadas de 1960 a 1980 (Henríquez 1988; López Vigil 1993; Ruiz Castro 2003; Richard 1984).

La polémica sobre la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes suele atrapar a los Estados latinoamericanos en discusiones sobre los valores morales católicos, distrayendo los esfuerzos que serían necesarios para pensar en políticas interculturales de salud pública que respondan a las necesidades y perspectivas de las mujeres rurales jóvenes. La injerencia de las iglesias se produce en alianza con fuerzas políticas conservadoras nacionales y transnacionales, las que estuvieron muy activas durante las conferencias de El Cairo y Beijing a mediados de los 90 y posteriormente. Muchas veces, los representantes de la iglesia católica y los grupos conservadores se valen de discursos biomédicos para justificar decisiones de Estado relativas a la salud pública (Parker, et ál. 2008). Asimismo, la ayuda internacional en temas de salud sexual y reproductiva también ha implicado condicionamientos morales con base en la religión e ideologías políticas conservadoras, como es el caso de la política de ayuda de Estados Unidos, mediante la Ley de la Mordaza y el Plan de Emergencia del Presidente para Ayuda contra el SIDA (PEPFAR). La Ley de la Mordaza o *Gag Rule* colocó como requisito que los grupos que recibían fondos para planificación familiar firmen una cláusula comprometiéndose a no tocar el tema del aborto en ninguno de sus programas. En el caso del PEPFAR, quienes recibían los fondos fueron solicitados de poner énfasis en la abstinencia antes que el uso del condón en programas preventivos y a firmar un compromiso anti-prostitución que implicaba no incluir en sus programas a trabajadoras/es sexuales y sus defensoras/es (Petchesky 2008:18-19).

14

Terrabona, Matagalpa, Nicaragua. | Fotografía: Eddy Narvaez.



TENDENCIAS GENERALES DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE MUJERES RURALES JÓVENES

En este documento resaltaré tres tendencias generales que se observan en las políticas públicas y los programas o proyectos de desarrollo relacionados con la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes en América Latina. El marco temporal tomado como referencia tiene como punto de partida 1995, ya que es a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en 1994 que se impulsan una serie de políticas y programas en los temas mencionados.

15

2.1 Políticas y programas pocas veces diseñados para responder a las agendas específicas de mujeres rurales jóvenes

En primer lugar, las políticas públicas y programas de desarrollo pocas veces han sido diseñados para responder a las agendas específicas de mujeres rurales jóvenes. Estos lineamientos e intervenciones las incluyen, la mayoría de las veces, como parte de sectores de la población más amplios, como mujeres, como indígenas o como jóvenes. En el primer caso, los mayores esfuerzos de las dos últimas décadas han estado concentrados en la salud materno-infantil, respondiendo a la necesidad de disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil en las zonas rurales, las que se han mantenido notablemente más altas que las de los promedios nacionales de los países de la región. Las principales estrategias han sido el control prenatal, el parto institucionalizado, así como el control perinatal y del niño sano. En la década del 2000, estos programas de salud pública administrados por los servicios de salud estatales, han estado

ligados en muchos de nuestros países a programas de transferencias condicionadas⁴ dirigidos a la reducción de pobreza en zonas rurales y en áreas del ámbito urbano donde se concentra la pobreza. Estos programas usan como incentivo la entrega de dinero u otra asistencia material para que las familias pobres utilicen la oferta pública de servicios de salud y educación, en tanto ello permitiría la acumulación de capital humano, el desarrollo de capacidades y atacarían las causas de la reproducción de la pobreza (Villatoro 2007).

Así mismo, están los programas de planificación familiar tanto relacionados a la disminución de la mortalidad materna, como a propósitos demográficos y de reducción de la pobreza, como es el caso de las campañas de anticoncepción quirúrgica durante el gobierno de Fujimori en Perú, las que se concentraron principalmente en las zonas rurales y se realizaron en las campañas de planificación familiar de 1996 y 1997 (Defensoría del Pueblo del Perú 1998 y 1999; Tamayo 1999). También se reporta la creación de clínicas con servicios ginecológicos y la formación de redes de promotoras de salud especializadas en salud materna e infantil, entre otros temas. Con excepciones⁵, la mayoría de estos programas de salud han diseñado sus intervenciones como si las mujeres rurales fueran un conjunto relativamente homogéneo de madres o potenciales madres. En mucha menor medida, se cuentan las iniciativas que se enfocan en las mujeres indígenas como tales o como parte de un grupo étnico particular. En este caso, se ha buscado abordar problemáticas específicas de estos sectores de la población, incluyendo las diversas formas de desigualdad y discriminación que enfrentan, así como aspectos de su salud sexual y reproductiva.

16

De otra parte, a la actualidad, en la mayor parte de países de la región se han formulado políticas y programas nacionales de educación sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes, y en menor medida se han emprendido esfuerzos para la puesta en marcha de servicios de salud diferenciados para adolescentes. Sin embargo, la implementación ha sido mayormente deficiente, incompleta o ha carecido de presupuesto (CEPAL 2010b, CLADEM 2010). Mientras tanto, los proyectos o programas de desarrollo han tratado de dinamizar y dar cumplimiento a los acuerdos internacionales en materia de educación sexual a través de experiencias piloto, vigilancia o apoyo a los ministerios de educación, teniendo el límite temporal y de cobertura que suelen tener las intervenciones impulsadas por la cooperación para el desarrollo. Con estas carencias y lentos avances en el ámbito de las políticas dirigidas a jóvenes, ha habido aun menos oportunidades de que se diseñen estrategias específicas o adecuadas a

4 Los programas de transferencias condicionadas se iniciaron a mediados de los años 90 en Brasil y México y luego, durante la década del 2000 se extendieron a otros países de la región (Villatoro 2007).

5 Un ejemplo, es la clínica de la asociación civil de mujeres Xochitl Acatl en un municipio nicaragüense.

las zonas rurales y grupos indígenas, que en muchos de los países latinoamericanos se concentran en las zonas rurales. También, se ha incluido a las jóvenes rurales e indígenas en los programas nacionales para prevenir y denunciar la violencia contra las mujeres, los que al igual que los programas dirigidos a jóvenes han tenido muchas limitaciones para su efectiva implementación y no han logrado abordar las mayores dificultades de las mujeres rurales e indígenas para acceder a la justicia en situaciones de violencia (Rioseco 2005; Montaña 2009).

Finalmente, se han implementado iniciativas que destacan por su enfoque integral y emancipatorio de los temas de salud y derechos sexuales y reproductivos. Estas han sido la excepción a la norma y enfrentan una serie de retos por el carácter estructural y la diversidad de las problemáticas que abordan, o por ser intervenciones muy cortas y aisladas para los cambios sociales que suponían. Se trata principalmente de proyectos para promover el empoderamiento de las mujeres en determinadas localidades urbanas y rurales, tanto por parte de ONG como del Estado. El empoderamiento se ha visto en sus diversas dimensiones, incluyendo la económica, las habilidades sociales, la autoestima y el desarrollo de la autoconsciencia de la subordinación de las mujeres. Dentro de estos proyectos se ha incluido a mujeres jóvenes, en algunos casos son programas o áreas de trabajo que promueven procesos de reflexión y educación de mujeres jóvenes sobre roles de género, expectativas de vida, capacitación técnica, generación de autoconfianza y capacidad para tomar decisiones en diversos temas, como los de las relaciones de pareja y la sexualidad. Para mayor ejemplo, haremos referencia más detallada a algunas de estas iniciativas en la siguiente sección de este texto.

17

Para la realización de este documento nos hemos enfocado en la revisión de aquellas políticas y programas que aluden más directamente a jóvenes rurales en sus objetivos y estrategias, aunque no necesariamente se dirijan sólo a ellas. Por ello, no estamos analizando, por ejemplo, políticas y programas de salud materna sobre las que existen una serie de iniciativas que buscan la interculturalidad. Estas iniciativas incluyen a las jóvenes rurales en tanto madres, pero han sido diseñadas pensando en las mujeres rurales en general y hemos optado por analizar cómo se abordan las necesidades particulares de las mujeres rurales jóvenes. En el proceso, hemos incluido también proyectos de desarrollo, ya que estos son los que más directamente se han dirigido al colectivo de nuestro interés.

2.2 Discursos y estrategias “globalizados”

Podemos hablar de discursos y estrategias globalizados sobre la salud sexual y reproductiva que se pueden apreciar especialmente en programas y proyectos de desarrollo de las ONG que involucran al colectivo de mujeres rurales jóvenes. Si bien

hay variantes en el énfasis y la interpretación de algunos conceptos y enfoques, se suele aludir al lenguaje y marco de derechos sexuales y reproductivos, así como a la equidad de género, a los derechos de los pueblos indígenas y la interculturalidad. También hay patrones comunes en el tipo de estrategias utilizadas en diferentes países latinoamericanos en el trabajo sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Dentro de estas se encuentran: la educación sexual de pares para incrementar conocimientos; la auto-reflexión y la participación social como formas de lograr un mayor “empoderamiento” (entendido como incremento de autoestima y autoconfianza, desarrollo de habilidades sociales, etc.). Así mismo, hay un involucramiento progresivo de hombres jóvenes y parejas en las iniciativas de desarrollo, bajo un entendimiento del género que cada vez es más relacional, o por razones prácticas (para evitar la oposición de los hombres). Otra estrategia que suele contemplarse en las iniciativas de desarrollo se denomina de “incidencia”, la que busca sensibilizar y persuadir a autoridades e instituciones estatales y de la sociedad para que incluyan la agenda de salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes. Finalmente, se promueve la reflexión sobre igualdad de oportunidades y proyectos de vida, aunque, salvo excepciones (que mostraremos en la siguiente sección), estas intervenciones se articulan escasamente con cambios en condiciones estructurales que permitan su materialización.

- 18 La existencia de un discurso que tiende a ser común, se debería en parte a la fuerza política que han ido ganando los consensos logrados en el ámbito internacional, que a su vez han sido parte de los enfoques defendidos por los movimientos de mujeres (especialmente, en el caso del enfoque de género y de los derechos humanos vinculados a la salud y la sexualidad) y los movimientos indígenas (particularmente, en lo que respecta a la interculturalidad). Otro factor importante es que estos consensos guían la misión y estrategias de trabajo del UNFPA y otros organismos internacionales que apoyan financiera y técnicamente la mayor parte de las iniciativas tanto del Estado como de la sociedad civil en los temas de salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Es más, las estrategias de trabajo del UNFPA (como de otros organismos internacionales), favorecen un accionar concertado y de alianzas de los gobiernos y la sociedad civil, así como la consolidación y reproducción de prácticas exitosas. Adicionalmente, dentro de sus acciones en diferentes países latinoamericanos, el UNFPA y otras agencias internacionales incluyen el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones estatales en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos para que brinden servicios de alta calidad y amigables a los jóvenes. Con este fin, el UNFPA viene promoviendo la incorporación de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en los servicios de salud públicos y en la implementación de los programas de educación sexual.

2.3 Participación inercial de los Estados en implementación de políticas y protagonismo de organismos internacionales y ONG locales

Los gobiernos latinoamericanos han firmado acuerdos que los comprometen a trabajar por la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, e incluso han aprobado políticas y diseñado programas de educación sexual, prevención de embarazos tempranos y el VIH entre los jóvenes. Sin embargo, en la mayoría de casos estos programas se imparten de manera inadecuada o incompleta y enfrentan numerosos obstáculos para su real puesta en práctica en las escuelas o servicios de salud (CEPAL, 2010b). La sola posibilidad de que el acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva se convierta en políticas públicas dirigidas a jóvenes, ha generado polémicas y cuestionamientos políticos y culturales con base en la religión y la moral, pero muchas veces fraseadas en discursos de derechos y salud pública (Chávez y Cisneros 2004; Petchesky 2008; Cáceres et ál. 2008). Esto ha hecho que, en la práctica, los programas y proyectos existentes que logran efectivamente implementarse en zonas rurales e incluso, ser evaluados como “buenas prácticas” por los organismos internacionales, hayan sido principalmente diseñados y ejecutados por ONG y organizaciones locales de base (de mujeres, grupos indígenas o jóvenes) con el apoyo de agencias de desarrollo. En el mejor de los casos, estas iniciativas han logrado alianzas con Estado, o se han implementado proyectos piloto que pretenden sean continuados por Estado a escala nacional. En este contexto, podemos decir que son los proyectos impulsados por la sociedad civil con fondos de la cooperación internacional los que han abierto trucha en acceso a educación sexual y servicios de salud para las jóvenes en zonas rurales, mientras que en la mayoría de gobiernos ha habido una respuesta inercial.

Los programas nacionales estatales de educación sexual son un ejemplo bastante común del incumplimiento de los gobiernos de la región de los compromisos internacionales asumidos para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Ello, pese a la relevancia que se les reconoce y la aprobación de políticas al respecto. A 14 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, donde se estableció como una de las prioridades la educación sexual de los jóvenes, los gobiernos latinoamericanos firmaron una declaración donde específicamente se comprometían a impulsarla, dados los pocos avances realizados, la prevalencia de altas tasas de embarazos tempranos y los avances del VIH entre los jóvenes de la región. Así en agosto de 2008, los ministros de educación y de salud de treinta países de Latinoamérica y el Caribe aprobaron, en el marco del XVII Congreso Internacional de SIDA, la Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación”, y se comprometieron a implementar y fortalecer las estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, incluyendo la pre-

vención del VIH y SIDA y las infecciones de transmisión sexual, con el propósito de reducir para 2015 en un 75 por ciento la brecha en el número de escuelas que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad y en un 50 por ciento la de los adolescentes y jóvenes que carecen de cobertura para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Para garantizar que esto se realizara se establecieron compromisos concretos relativos al diseño del plan de estudios y la formación de docentes:

«Actualizar antes de fin de 2010 los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, en colaboración con los ministerios de salud. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica disponible avalada por los organismos internacionales competentes en la materia y en consulta con expertos reconocidos. Asimismo, se tomará en cuenta a la sociedad civil y a las comunidades, incluyendo a las niñas y los niños, adolescentes, jóvenes, al personal docente, y a las familias.» (Acuerdo 3.4)

«Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacitación de los maestros en activo. Para el año 2015, todos los programas de formación y actualización magisterial bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación habrán incorporado los contenidos del nuevo currículo de educación integral en sexualidad.» (Acuerdo 3.5)

20 Sin embargo, los avances han sido insuficientes en el tema de educación sexual debido, en gran medida, a obstáculos políticos y culturales para lograrlo, incluyendo la influencia de la Iglesia católica y los grupos conservadores (UNFPA-DEMISEX, Informe de Relatoría, 2010). El análisis realizado por Francisco Vidal (2010) sobre los programas de educación sexual en ocho países de América Latina es revelador al respecto. Este autor observa que un aspecto común en Perú, Chile y México (con excepción del Distrito Federal) es que se aborda la educación sexual como un tema transversal al currículum, lo que en la práctica, no asegura que el tema sea tratado. Estos programas mencionan los métodos anticonceptivos, pero al insistir en los aspectos más espirituales de la sexualidad, la importancia de la familia y la necesidad de retardar el inicio de la actividad sexual, parecen sólo apostar por la abstinencia como método anticonceptivo para los adolescentes. Tampoco se desarrolla el tema de la diversidad sexual de manera explícita. De modo similar, en El Salvador, el currículo educativo incluye información sobre los criterios de la OMS para elegir métodos anticonceptivos, pero en sus contenidos el foco está puesto en la abstinencia con diversos objetivos e indicadores de logro. En este caso, destaca Vidal, se mencionan las “diferencias individuales en la sexualidad”, donde se incorpora la homosexualidad y la heterosexualidad, pero sus indicadores de logro apuntan más bien a la aceptación de la homosexualidad en tanto ser humano, pero no en tanto sujeto de derechos. En Costa Rica también se insiste en los aspectos espirituales de la sexualidad y “no descuidar la formación de las conciencias sobre los preceptos morales y religiosos”. De otra parte, los programas

de educación sexual de Colombia (Programa de Educación de la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía), Argentina (Programa Nacional de Educación Sexual Integral), Brasil (Programa Brasil sin Homofobia) y México DF (Programa Tu Futuro en Libertad) incorporan la enseñanza de los métodos anticonceptivos y del condón y además hacen referencia explícita al tema de la diversidad sexual. En este sentido, concluye el autor, se acercan más a las concepciones de educación sexual integral descritas en la declaración de ministros latinoamericanos en 2008 y por la UNESCO (2009), que promueven una educación sexual laica, basada en evidencia científica y respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Además, este mismo grupo de países poseen legislaciones sobre educación sexual obligatoria, dentro de sus programas de educación sexual (Vidal 2010: 98-99). Sin embargo, la existencia de programas que se acercan en su formulación a la educación sexual integral, no significa que estos se estén poniendo en práctica siguiendo fielmente este enfoque y de manera extendida, incluyendo la cobertura de las áreas rurales. Así, por ejemplo, un informe colectivo de organizaciones argentinas dedicadas a la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, indica que si bien en Argentina la Ley que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral fue sancionada en 2006, los avances son muy escasos y el programa está muy lejos de universalizarse, debido a una serie de dificultades, como el lento avance de la capacitación de los docentes, la dificultad para afianzar el enfoque de género y derechos, la falta de compromiso de los docentes y directivos de las escuelas, la interferencia de organizaciones conservadoras en la elaboración de los materiales educativos en algunas provincias, entre otras dificultades (Asociación por los Derechos Civiles et ál. 2012).

21

La falta de voluntad política y la insuficiente prioridad que los gobiernos dan a la salud sexual y reproductiva se expresa muy concretamente en los presupuestos asignados a estos temas, especialmente en países como Perú y Chile que han experimentado un mayor crecimiento económico en la región. América Latina y el Caribe invirtió 2.586 millones de dólares en 2009 en este ámbito, pero según las estimaciones actualizadas por el UNFPA, la región debería haber invertido 6.366 millones de dólares en el mismo año para el logro de los compromisos básicos asumidos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (UNFPA 2009a y 2009b, citado por CEPAL 2010b).

En diferentes países latinoamericanos, los organismos internacionales, las ONG locales y organizaciones o miembros de la población (líderes o promotores), han asumido una serie de intervenciones en ámbitos en los que los estados han tenido escasa participación. Así, por ejemplo, han contribuido a la formación de docentes y sensibilización de proveedores de salud en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, financian talleres de capacitación y elaboración de

materiales de apoyo por parte de especialistas de ONG y otros sectores, así como realizan directamente labores de información y educación sexual para jóvenes. Sin embargo, ello tiene una serie de limitaciones en tanto que no llega convertirse en política pública. Si los programas de educación sexual y otros dirigidos a los adolescentes y jóvenes sufren de una serie de obstáculos para su implementación debido a la pasividad de los gobiernos y la oposición de los sectores conservadores, puede preverse que el impacto negativo sería mayor en las zonas rurales. Ello, porque en las zonas rurales el acceso se dificulta, las intervenciones son más costosas y requieren cambios diversos y profundos para lograr resultados. Pese a estas dificultades, se han realizado algunos programas y proyectos en zonas rurales cuyas estrategias o resultados merecen destacarse por sus potenciales impactos y las lecciones aprendidas que pueden sugerir, especialmente sobre las formas de participación y cooperación de actores e instituciones del Estado y la sociedad. A continuación presentaremos algunos de estos casos.



ESTRATEGIAS Y RESULTADOS DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS SELECCIONADOS

En este acápite presentaré y analizaré estrategias de políticas públicas y programas de desarrollo que se han implementado con mujeres jóvenes rurales en países de América Latina y el Caribe sobre las que se tiene información (principalmente sistematizaciones y evaluaciones) que sugiere resultados de proceso o impacto positivos, o da cuenta de aspectos críticos que requieren ser debatidos. Haré uso principalmente de los casos seleccionados sobre los que se ha profundizado, para ejemplificar tanto aspectos positivos como problemáticos, pero también mencionaré otros casos similares sobre los que existe información disponible. Ciertamente, estas políticas y proyectos surgen, fracasan o tienen éxito, y adquieren características particulares, en realidades específicas. Sin embargo, con variantes, este tipo de intervenciones se han puesto en práctica (y podría evaluarse su pertinencia) en diferentes contextos latinoamericanos. Se trata de abstraer algunos aspectos clave para identificar problemas o potencialidades de estas intervenciones, más allá de los contextos particulares de cada país, ya que en este caso el foco son los aspectos críticos de las intervenciones en salud sexual y reproductiva. Por supuesto, eso no significa que se trata de mostrar una suerte de plantillas que calzarán en cualquier contexto latinoamericano.

23

3.1 Educación sexual integral comunitaria (Paraguay)

La educación sexual integral con un enfoque de derechos humanos y con sustento en evidencia científica, es esencial para que las mujeres rurales jóvenes puedan tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y prevenir embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, el abuso sexual, así como en general,

puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Así lo muestra la evidencia internacional y ha sido reconocido por las directrices de educación en sexualidad de de la UNESCO (UNESCO 2012).

La educación sexual integral comunitaria es una estrategia usada por el proyecto “Educación sexual para jóvenes, varones y mujeres del área rural” de Paraguay implementado por la ONG Centro de Capacitación y Tecnología Campesina (CECTEC) con el apoyo de UNFPA. El proyecto se desarrolló en el período de 1995-1998 en diez⁶ de los 17 departamentos de Paraguay, ubicados en la región de mayor concentración de la población (región oriental) de este país. Se capacitó a 5.713 jóvenes hombres y mujeres del área rural de bajos ingresos, teniendo especial énfasis en aquellos excluidos de la educación formal, estimándose que estos compartieron sus conocimientos y experiencias con al menos veinte personas de su familia y comunidad (UNFPA 2005: 51).

Esta es una de las pocas intervenciones dirigidas y pensadas específica y exclusivamente para trabajar con jóvenes rurales en temas de educación sexual en América Latina. Como nos lo recuerda un ex-funcionario de UNFPA, se trató también de un proyecto pionero en Paraguay, en un momento en que era reciente la aprobación de una nueva Constitución Política (1992) donde se separaba el Estado de la iglesia católica (y las iglesias, en general) y por primera vez se garantizaba el derecho a la planificación familiar: “Hasta entonces, en el área rural, y sobre todo en el ámbito juvenil, no era fácil ni era costumbre expandir la educación sexual” (Hugo Oddone, Representante Auxiliar de UNFPA-Paraguay en el momento de la implementación del proyecto de CECTEC).

El referido proyecto de educación sexual fue llevado a cabo por una ONG con gran experiencia de trabajo en el ámbito rural paraguayo y con un interés específico en los jóvenes, la cual se propone: “desarrollar con los y las jóvenes campesino/as y sus familias, acciones en el ámbito de educación, capacitación, producción y organización que sean capaces de modificar la práctica social y las alternativas laborales de los y las mismos/as” (CECTEC s/f: 5). Se apuesta principalmente por una educación sexual comunitaria, la que se define como integral y se funda en la reflexión y la adaptación del lenguaje y metodología a la realidad rural local⁷.

6 En la Zona Norte se implementó en los departamentos de: Concepción, San Pedro Caaguazú, Guaira, Cordillera, Caazapa y en la Zona Sur, en: Central, Neembucu, Misiones, Itapua, y Alto Paraná (UNFPA 2005).

7 Un antecedente de este tipo de proyecto en salud sexual y reproductiva focalizado en zonas rurales, aunque con características algo diferentes (por los temas incluidos y agentes de intervención), son los proyectos de Integración de Educación en Población en Programas para la Juventud Rural en Países de Pocos Ingresos. Estos proyectos involucraron países de América Latina como Perú, Bolivia y Colombia, pero se quedaron en la fase piloto. Otros proyectos se han desarrollado principalmente

Una base importante para ello fue la realización de una investigación previa sobre género y sexualidad entre jóvenes rurales, así como la elaboración de una serie de materiales educativos⁸ que se han seguido reproduciendo posteriormente para su uso en diversas áreas rurales de Paraguay. Otro elemento de la propuesta de educación sexual de CECTEC, común a otros proyectos realizados con jóvenes en zonas urbanas y rurales, es la apuesta por la educación de pares en salud sexual y reproductiva a través de relaciones horizontales. Se motivó a las y los jóvenes capacitados para que compartan sus reflexiones y aprendizajes con sus pares, así como con miembros de su familia y comunidad. Un tercer elemento que distingue a la experiencia de educación sexual de CECTEC es un proceso de capacitación que combina la auto-reflexión y el descubrimiento personal, con la promoción de cambios en las relaciones interpersonales del entorno juvenil, proyectándose a la familia y a la comunidad y a las relaciones de género que se establecen entre hombres y mujeres. Las condiciones de posibilidad estuvieron dadas por el involucramiento de diferentes organizaciones rurales (v.g. organizaciones de base, grupos juveniles y comités de agricultores) e instituciones sociales (v.g. cooperativas, pastoral social, parroquias y centros de salud) en el proceso de capacitación y desarrollo del proyecto de educación sexual, lo que sería el elemento definitorio del carácter comunitario de esta iniciativa. Se firmaron convenios para capacitar en educación sexual a una persona de cada organización o institución, de modo que pudieran realizar la capacitación de las y los jóvenes de su comunidad; pero sobretudo, “se trató de una alianza estratégica para incorporar la temática, los materiales educativos, la metodología y la capacitación en educación sexual en esa organización o institución, para que cuando termine el proyecto quede en esas zonas para seguir trabajando con otros jóvenes varones y mujeres” (Ada Rosa Martínez, Coordinadora del proyecto de CECTEC). La experiencia recogida en este proyecto fue continuada por CECTEC en el proyecto “Educación sexual para parejas jóvenes del área rural” (1999-2004), donde se incluyó como capacitadores a gran parte de las personas que habían sido capacitadas en el anterior.

en zonas urbanas y han incluido las zonas rurales más bien de modo complementario o marginal, debido a dificultades de acceso, el impacto de la violencia política, la dispersión de la población, los costos de la intervención, entre otras razones.

- 8 Desde la perspectiva de una educación sexual integral, los materiales educativos incluyeron una diversidad de temas relacionados con la sexualidad de los jóvenes: el entorno comunitario y la identidad, la autoestima, la comunicación con los padres, las desigualdades y la equidad de género, el conocimiento del cuerpo, el autocuidado, la prevención de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, así como la construcción de proyectos de vida de los jóvenes. Cada unidad educativa constaba de un cuadernillo para jóvenes y una guía para capacitadores, y al final de cada unidad, se incluían actividades a ser compartidas en el interior de la familia o con los amigos y luego, retomadas en la siguiente unidad.

De acuerdo a la sistematización coordinada por UNFPA, para las coordinadoras del proyecto, la integralidad de la educación sexual alude a un enfoque interdisciplinario que además de aspectos biológicos incluye dimensiones sociales y psicológicas, haciendo especial referencia a lo emocional. Los jóvenes entrevistados a propósito del proyecto de CECTEC resaltaron como centrales los temas de autoestima, género y comunicación familiar. Los capacitadores destacaron que el proyecto se haya adaptado al mundo de los jóvenes y haya hecho uso del idioma local, pero “evalúan como un obstáculo el uso del término “educación sexual” en la identificación del proyecto, que es introducido al mundo público en un momento en que el tema de la sexualidad no estaba instalado y podía herir el sentimiento de pudor de los campesinos/as” (UNFPA 2005: 54).

26

Además de responder a los acuerdos de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), el planteamiento de CECTEC sobre la educación sexual se acerca a las orientaciones que actualmente impulsa la UNESCO con respecto a la educación en sexualidad como una herramienta esencial para prevenir el VIH en el mundo. Las directrices de la UNESCO publicadas en 2009, se sustentan en un marco de derechos humanos y una serie de evidencias empíricas acerca de la eficacia e importancia de una educación integral en sexualidad para que los niños y jóvenes puedan tomar decisiones informadas sobre su vida. Plantean que la educación sexual es una acción formativa presente en todo el proceso educativo que tiene como finalidad principal que la población de estudiantes logre aprendizajes significativos para el ejercicio de una sexualidad saludable, placentera y responsable. Estos aprendizajes se ubican tanto en el ámbito de los conocimientos, como de las competencias y valores con base en los derechos humanos y el respeto mutuo. Estas directrices de la UNESCO, si bien se centran en las escuelas, recomiendan el involucramiento de líderes comunitarios y religiosos de tal modo que se facilite la adecuación cultural de la educación sexual a cada realidad local con el involucramiento activo de sus miembros, lo que justamente ha sido una forma de trabajo de CECTEC.

El trabajo educativo arriba descrito —que combina conocimiento científico sobre temas de salud sexual y reproductiva, involucramiento comunitario, auto-reflexión sobre desigualdades de género, el entorno y los proyectos de vida— plantea una diferencia significativa respecto de las tradicionales estrategias de salud pública que asumen que el cambio de comportamientos sexuales (y en general, de los comportamientos) depende principalmente de las percepciones de riesgo y los conocimientos de los individuos⁹. El proyecto de CECTEC es un ejemplo de las intervenciones dirigidas a

9 Las limitaciones de estas intervenciones han sido ampliamente analizadas (ver, por ejemplo: Ayres 2001; Parker 2001).

jóvenes en temas de sexualidad que proponen como base del cambio no sólo el nivel de conocimientos de los individuos sobre la prevención de los embarazos tempranos y el VIH/SIDA, sino también transformaciones en la subjetividad de los jóvenes y su entorno sobre sus derechos, responsabilidades y relaciones interpersonales, incluyendo las de género e intergeneracionales. El involucramiento del entorno, familia, organizaciones e instituciones locales sería además la base para la continuidad y sostenibilidad del proyecto.

Esta estrategia de educación sexual es similar a la de otros proyectos que han trabajado con jóvenes rurales en América Latina, como los proyectos “Ayudando a Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las/os Jóvenes Rurales y Peri-urbanos del Perú” (Sserr Jóvenes) y “Salud Reproductiva en la Comunidad” (ReproSalud) en el Perú, los proyectos del centro de mujeres Xochilt-Acatl y la segunda etapa de las Casas de la Juventud de AMUNIC en Nicaragua, el “Proyecto H” en México y Nicaragua, entre otros. Una diferencia, de mayor o menor grado, con estos proyectos, parece ser el énfasis de CECTEC en la participación de las diversas organizaciones e instituciones rurales existentes en la educación sexual, incluyendo las religiosas y de carácter productivo. Ello, tal como se muestra en los informes de sistematización y evaluación de CECTEC, ha contribuido a la cobertura, sostenibilidad y replicabilidad de los proyectos de salud sexual y reproductiva de jóvenes en medios rurales paraguayos. Este involucramiento comunitario desde un inicio del proyecto fue fundamental, pues como se indica en el informe de evaluación, en algunos lugares hubo una fuerte oposición de algunos miembros de la iglesia católica, pero esto se logró superar debido a un trabajo con otros miembros de la misma. Siempre queda el reto, sin embargo, de que los cambios no se den al mismo ritmo en diferentes miembros y organizaciones de la comunidad.

27

Una pregunta que puede surgir sobre la estrategia de trabajo de CECTEC es si la educación sexual debería de impulsarse desde dentro o fuera del sistema educativo, o quizá en ambos niveles. Para esta ONG su principal prioridad y audiencia no fueron los jóvenes que acudían a la escuela, aunque estos no se excluyeron. Esta era una manera de responder al objetivo de llegar a las y los jóvenes rurales, de menores ingresos y menores niveles educativos, donde se encuentran las tasas de embarazo temprano más elevadas. Ello, en un contexto donde las tasas de deserción escolar debido a razones económicas eran altas y el nivel de escolarización en la secundaria no alcanzaba a alrededor del 40 por ciento de adolescentes hombres y mujeres. La sistematización de la experiencia (UNFPA 2005) sugiere incluir tanto a los y las jóvenes dentro como fuera del sistema escolar en el diseño de los programas de educación sexual, de acuerdo con las posibilidades existentes de acceder a la población objetivo. Una consideración adicional a tomarse en cuenta es la calidad del sistema educativo público en diversos países latinoamericanos y la influencia de la Iglesia católica en las políticas públicas

(como en las escuelas privadas). Ello, podría dificultar significativamente la implementación de la educación sexual integral, tal como la plantea la UNESCO, con un enfoque de derechos humanos, respeto a la diversidad sexual y con base en información científica. De modo más amplio, cabe preguntarse si la educación sexual comunitaria en las zonas rurales puede ser una alternativa a los constantes obstáculos para contar con políticas públicas al respecto en América Latina; si en algunas situaciones sería más eficaz concentrar esfuerzos en realizar labores de incidencia en el ámbito de las instituciones de la sociedad y no tanto del Estado.

Entre los retos mayores que destaca el proyecto de CECTEC está la falta de servicios de salud que apoyen el trabajo de educación sexual que impulsan ONG, otras instituciones locales u organizaciones de la comunidad. Esto sugiere la necesidad de incluir en el diseño de programas de educación sexual las necesarias articulaciones con el sector salud y otros sectores relacionados. También, plantea el desafío de trabajar paralelamente con similar énfasis en cambios tanto de los jóvenes rurales y las organizaciones de su comunidad, como de las instituciones públicas de salud y otras. Ciertamente, no es suficiente la existencia de instancias de coordinación. El proyecto de CECTEC tuvo un Comité Consultivo Coordinador que involucraba a personal de los Ministerios de Salud y Educación y Culto (que a su vez administraban otros proyectos de UNFPA). Sin embargo, como la propia sistematización del proyecto sugiere, de acuerdo con las características del sistema de salud en las áreas rurales, se requeriría paralelamente todo un componente de intervención en este sector. Dentro de las reformas necesarias, se pueden incluir: el desarrollo de servicios para adolescentes y jóvenes en el primer nivel de atención, la provisión de insumos básicos y el fortalecimiento de competencias en los profesionales sobre derechos reproductivos de las y los jóvenes, incluyendo la garantía de confidencialidad (UNFPA 2005).

28

3.2 La institucionalización de un programa de derechos y salud sexual y reproductiva para adolescentes en los gobiernos locales (Nicaragua)

Resulta muy alentador recuperar la experiencia de Las Casas Municipales de Adolescentes y Jóvenes de Nicaragua por sus contribuciones a dos aspectos críticos de las políticas y programas en salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y las jóvenes rurales, en particular: el poco involucramiento de las instancias de gobierno en su implementación y las dificultades para la sostenibilidad de los proyectos de desarrollo que se apoyan en la incidencia en políticas públicas.

Las Casas Municipales son promovidas desde 1999 como parte del proyecto "*Derechos y salud sexual y reproductiva para adolescentes*" ejecutado por la Asociación de Municipios de Nicaragua (AMUNIC), con la asistencia técnica y financiera el

UNFPA. AMUNIC se define como una organización gremial de carácter pluralista que apoya a los gobiernos locales en diferentes labores orientadas al desarrollo de su municipio. Las contrapartes locales eran los gobiernos municipales, que luego asumieron hacerse cargo del objetivo del proyecto, de ofrecer un espacio democrático de aprendizaje a los jóvenes administrado por ellos mismos y donde se pudieran profundizar temas de salud sexual y reproductiva, participación ciudadana y empoderamiento. Las Casas Municipales dejaron de ser una estrategia más y se convirtieron en un eje articulador de las otras estrategias para trabajar los temas mencionados. Allí se desarrollaron acciones de información y educación para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, así como se apoyó la profundización de servicios diferenciados para adolescentes, entre otras actividades (Romero 2004). A inicios de 2013, estas Casas Municipales están trabajando activamente en 43 municipios que llegan a zonas urbanas y rurales y representan un tercio del total de municipios del país (página web de AMUNIC). El Programa Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en Adolescentes y Jóvenes en Nicaragua, denominado también Voz Joven (2008-2012), se asienta sobre la experiencia de las Casas y busca ampliarlas y fortalecerlas, así como realizar actividades de comunicación, educación e incidencia en temas de salud sexual y reproductiva. En este programa se incluyen las metodologías del “Proyecto H y M”, que se originaron en Brasil y ya han sido probadas en otras zonas de Nicaragua previamente.

29

Las Casas Municipales de Nicaragua son un caso de especial utilidad para analizar la relación estado-sociedad y procesos de descentralización política en el terreno de la salud y los derechos de adolescentes y jóvenes. La experiencia de las Casas Municipales contrasta con muchas otras cuya relación con las instituciones públicas es débil o sólo coyuntural, estando el principal peso en el trabajo de las ONG y la población. En este sentido, resulta significativo que (tanto en la propuesta de las Casas Municipales como de Voz Joven) se vinculen procesos de construcción de ciudadanía y democracia, con la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Los procesos que permitieron que los gobiernos municipales hagan suya la responsabilidad de las Casas Municipales involucraron el desarrollo de capacidades para trabajar en los temas de salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. A la par, fue importante la implementación de un marco legal e institucional que favoreció la incorporación del tema del desarrollo de los jóvenes entre las prioridades y responsabilidades de los municipios. Si bien es cierto que estos procesos se ubican en un contexto político particular, esta experiencia nicaragüense nos muestra una ruta de trabajo conjunto de municipios, organizaciones de jóvenes, otras instituciones gubernamentales (como los servicios de salud públicos) y ONG que trasciende un proyecto particular, y empieza a desarrollarse como parte de las tareas de los gobiernos locales.

Para ello, fueron cruciales las estrategias dirigidas a crear las condiciones de posibilidad para la sostenibilidad institucional, social y financiera de las Casas Municipales de Adolescentes y Jóvenes (Lindo y Vanderschaeghe 2004; Romero 2004).

Las condiciones de sostenibilidad institucional fueron labradas a lo largo de un progresivo proceso de apropiación del tema del desarrollo de los adolescentes y jóvenes por parte de los gobiernos locales. En este proceso intervino tanto el trabajo de sensibilización y capacitación facilitado por AMUNIC; como una serie de cambios en el marco político e institucional nicaragüense que favorecen la descentralización, el desarrollo integral de la juventud y la participación ciudadana¹⁰. Rosa Romero de AMUNIC, entrevistada para elaborar este documento, lo describe de este modo:

“En el año 1998, cuando nosotros comenzamos todo este proceso no existía un marco legal para la juventud, solamente contábamos con el Código de la Niñez y la Adolescencia. En el año 2000 ya se formuló la ley para el desarrollo integral de la juventud. En Nicaragua se considera joven desde los 19 hasta los 30 años cumplidos. Esta ley nos dio como un marco para continuar con nuestro trabajo ya teniendo un marco jurídico. En la ley se establece que cada municipalidad debe de tener una oficina para la atención de juventudes. En el caso de los municipios que tienen la casa municipal, la casa funciona como oficina, pero va más allá, involucra acciones para que adolescentes y jóvenes puedan participar, organizarse a través de diferentes redes que hay en las casas. Además, la ley dice que debe de haber en cada una de las municipalidades, una persona que funja como técnico de juventud, algo que nosotros ya veníamos haciendo. Entonces, la ley vino a apoyarnos legalmente de un trabajo que ya se venía haciendo y darle todo ese esquema del marco jurídico pare el respaldo”.

30

Las condiciones para la sostenibilidad social se han apoyado en el establecimiento y fortalecimiento de organizaciones juveniles capaces de planificar, implementar y evaluar sus planes de trabajo, así como en el trabajo multisectorial iniciado durante el proyecto. Para ello, fue importante tanto el proceso de formación y empoderamiento de las y los jóvenes como la creación de redes y coordinadoras juveniles de grupos y organizaciones de jóvenes de diferentes municipios. También se constituyeron o fortalecieron los comités locales multisectoriales de apoyo a la adolescencia, formados por representantes de los sectores gubernamentales y no gubernamentales, y de los adolescentes y jóvenes. Entre otras cosas, estos comités, con el apoyo de un equipo técnico, tenían como misión participar del diagnóstico de la situación de los adolescentes en el ámbito de su municipio para identificar las principales líneas de intervención, el monitoreo y evaluación del trabajo de los municipios, y velar por que la participación de los adolescentes sea activa y protagónica (Romero 2004).

10 Parte de este marco institucional favorable fueron la Política Nacional de Población y su Plan de Acción aprobados en 1996, la Ley de Municipios de 1988, la Ley y Política para el Desarrollo Integral de la Juventud de 2001 y la Ley de Participación Ciudadana de 2003 (Lindo y Vanderschaeghe 2004).

Además, contribuyeron a la sostenibilidad social e institucional de las Casas Municipales la creación de una red de promotores adultos (padres, madres, maestros) y la preparación de materiales de educación y comunicación dirigidos a adultos clave (padres y madres, docentes, religiosos, líderes comunitarios), lo que facilitó un mayor apoyo y menor oposición por parte de algunos sectores de la iglesia y del Ministerio de Educación, especialmente. Otro aspecto importante es la puesta en práctica de una serie de estrategias de trabajo coordinadas con el sector salud (creación de servicios integrales, amigables y diferenciados para adolescentes, capacitación del personal de salud en una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, registro de casos atendidos que facilite el monitoreo del trabajo de los municipios), dentro de una perspectiva multisectorial que permitió cubrir tanto una mejora en la demanda como en la oferta de los servicios de salud. Esta es una lección aprendida sobre una estrategia necesaria y que resulta condición para el impacto y sostenibilidad de proyectos o programas de educación sexual. Como hemos visto, en la experiencia paraguaya de CECTEC, focalizarse principalmente en la educación sexual, por más exitosa que esta sea, es insuficiente mientras que la oferta de los servicios de salud continua siendo limitada o poco adecuada para atender a las y los adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

La sostenibilidad financiera se ha buscado establecer mediante la asignación de un presupuesto por parte de los municipios a los planes locales de juventud aprobados en incorporados en los planes de desarrollo municipal. Sin embargo, dado que este sería un presupuesto mínimo debido a la escasez de recursos en la muchos de los municipios, se ha apoyado el desarrollo de capacidades de los adolescentes y jóvenes para gestionar y desarrollar pequeños proyectos de generación de ingresos, así como propuestas de “micro-emprededurismo” que faciliten la autosostenibilidad de las Casas Municipales de Adolescentes y Jóvenes desde la perspectiva juvenil, así como la alianza con la empresa privada y otros proyectos en aquellos municipios donde ha sido posible (Chantal Pallais, Oficial de Adolescentes y Jóvenes de UNFPA).

31

El proyecto de las Casas Municipales de Adolescentes habría ido más allá de esta experiencia concreta y su continuidad. Un resultado destacado en la sistematización de la experiencia es la incorporación de una visión de la gestión municipal que incorpora lo social, y particularmente la atención de los derechos de los y las adolescentes y jóvenes, tanto por parte de los gobiernos locales como de la población (Lindo y Vanderschaeghe 2004).

Otro aspecto positivo que se puede resaltar de las Casas Municipales son sus potencialidades para integrar diferentes demandas y problemáticas juveniles, además de las vinculadas a la salud sexual y reproductiva (Lindo y Vanderschaeghe 2004). Permiten visualizar la importancia de un espacio propio e inclusivo para jóvenes como

referente, generador y articulador de intervenciones con jóvenes que puede incorporar diferentes dimensiones de su vida y buscar sinergias entre distintas formas de intervención, como la recreación, el aprendizaje, la educación de pares, la participación ciudadana y organización. También se muestra el aporte fundamental del trabajo multisectorial e intergeneracional para consolidar espacios y relaciones sociales donde se reconocen los derechos y el protagonismo de los jóvenes, especialmente en lo referido a su salud y derechos sexuales y reproductivos

En lo que se refiere a los retos y limitaciones de la experiencia de las Casas Municipales, están aquellos relacionados a la propuesta metodológica inicial para lograr cambios de comportamiento en los y las jóvenes, la misma que suponía cambios a partir de la información y enfatizaba en riesgos (Entrevista a integrante de AMUNIC). Ello hizo que los mayores efectos quedaran en los conocimientos y no necesariamente se tradujeran en la práctica. Otra dificultad, fue que se planificó menos tiempo del necesario para abordar aspectos socioculturales en las intervenciones, lo que haría que los resultados sean aun insatisfactorios con respecto a la apropiación de estilos de vida saludables (Romero 2004: 17). Es por ello que en la actual fase de continuidad del proyecto de AMUNIC (programa Voz Joven), se busca el desarrollo de competencias mediante planes educativos con metodologías vivenciales y lúdicas, así como se promueve el empoderamiento y enfatiza en el enfoque de género a través de herramientas de auto-aprendizaje. A decir de la Coordinadora de Voz Joven, "los testimonios de adolescentes y jóvenes sobre el desarrollo de esta nueva estrategia educativa son alentadores ya que refieren que haber participado en estos procesos ha implicado cambios importantes en sus vidas." (Lucía Medina, Coordinadora Nacional del "Programa Voz Joven").

32

Acerca de las particularidades de los resultados y las limitaciones de las Casas Municipales en las zonas rurales, no hemos logrado una mayor profundización debido a que la información disponible no suele hacer una diferenciación entre zonas urbanas y rurales. No obstante, se aclara que una parte importante de los ámbitos territoriales de los municipios involucrados en las intervenciones son rurales, por lo que las sistematizaciones disponibles, estarían incluyendo a los jóvenes rurales en la identificación tanto de resultados como de lecciones aprendidas. En la entrevista que tuvimos con una integrante de AMUNIC se indica que dentro de los retos particulares para trabajar en zonas rurales están: las mayores dificultades económicas de los municipios para llegar a zonas rurales más alejadas, mayores restricciones sociales para la participación de mujeres rurales cuando hay necesidad de desplazarse lejos de sus hogares, una mayor oposición de los padres de familia y la iglesia católica¹¹, y la alta movilidad de los

11 Esta dificultad se logró enfrentar trabajando primero con estos actores (padres de familia e iglesia),

jóvenes rurales (migración por trabajo o estudios) que dificulta su continuidad y consolidación como líderes en las organizaciones de jóvenes rurales. Para asegurar el protagonismo de los jóvenes rurales en las redes y coordinadoras, se planteó que éstos tengan representación en cabeceras municipales y en algunos casos, se ha promovido la organización rural y la participación de los jóvenes rurales en espacios compartidos con los urbanos (Chantal Pallais, Oficial de Adolescentes y Jóvenes de UNFPA).

3.3 Empoderamiento, equidad de género y programas multisectoriales (El Salvador y Guatemala)

Algunas iniciativas impulsadas por diferentes agencias de las Naciones Unidas en El Salvador (Instituto CISALVA 2007), ONG internacionales como el Population Council en Guatemala (Catino et ál. 2011) o asociaciones locales de mujeres en Nicaragua (Cuadra y Montenegro 2002), han puesto su principal énfasis en lo que se ha denominado el empoderamiento de las niñas y adolescentes. El empoderamiento se ha entendido de manera general como la expansión de la capacidad de poder decidir y de poder hacer, o el incremento del poder de las mujeres sobre recursos y decisiones que afectan su vida, así como se le ha asociado a la mayor autoconfianza y autonomía.

Estos proyectos y programas de empoderamiento ponen en práctica una serie de acuerdos internacionales (v.g., los compromisos de la CIPD, Beijing y los Objetivos del Milenio) para enfrentar las desigualdades de género desde niñez y la adolescencia por los impactos que luego estos tienen en la vida y oportunidades de las mujeres. El supuesto básico que vincula estas intervenciones con el tema de este documento es que las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y la posibilidad de ejercer derechos en este ámbito, están interrelacionadas con necesidades y derechos sociales y económicos a los que se puedan acceder desde la niñez y adolescencia. Acorde con esta lectura, estos proyectos o programas traen la propuesta de un trabajo inter-sectorial y estrategias que buscan ser lo más integrales posibles acerca de los diversos ámbitos en que se producen las inequidades que afectan a las mujeres desde temprana edad.

Mencionaremos aquí tres experiencias a modo de ejemplo. La primera es el *Programa interagencial de empoderamiento de mujeres adolescentes en El Salvador* (PIEMA) para mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres entre 10 y 19 años. Las otras dos se realizan con mujeres indígenas en Guatemala. Una de ellas es el programa *Abriendo oportunidades* que busca ayudar a niñas indígenas de 8 a 18 años a afrontar exitosamente las transiciones de la adolescencia. La otra experiencia es la

de manera que se les logró involucrar en la intervención a partir de puntos comunes de interés como la mortalidad materna y el embarazo de adolescentes.

de la Defensoría de mujeres indígenas en Guatemala (DEMI), que se constituye en una instancia pública para enfrentar la violencia de género que afecta a las mujeres indígenas y promover sus derechos.

El Programa Interagencial de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes en El Salvador (PIEMA) se ejecutó entre 2003 y 2006. Fue creado a instancias del grupo interagencial de género de las Naciones Unidas: UNICEF, UNFPA, PNUD, OPS/OMS y FAO y consistió en un abordaje integral de las necesidades de las mujeres adolescentes de zonas rurales y urbano marginales de 13 municipios ubicados en 6 departamentos¹² de El Salvador. Acorde con esta perspectiva, el objetivo general fue bastante amplio: “Contribuir a brindar respuestas integrales a las necesidades, intereses y demandas de las adolescentes en general, y de aquellas de las áreas rurales y urbano-marginales en particular, tomando en cuenta aspectos culturales, sociales, políticos y económicos e involucrando a diversos actores a través de una perspectiva de género y de derechos humanos” (Instituto CISALVA 2007). Los resultados tempranos del programa generados a partir del empoderamiento, se evidenciarían en procesos de participación, habilidades empresariales e iniciativas productivas, prevención de la violencia de género, habilidades para la vida, atención en salud integral y la salud sexual y reproductiva para adolescentes y estrategias de información, educación y comunicación con énfasis en salud sexual y reproductiva (Op. Cit.).

34

Las intervenciones fueron formuladas de acuerdo con la ventaja comparativa y experticia de cada agencia: en el caso de UNICEF, educación y acción para la adecuación del marco legal, institucional y de políticas públicas nacionales y locales, a favor de las adolescentes; UNFPA, provisión de servicios de educación y salud sexual y reproductiva a las adolescentes; PNUD, prevención de la violencia de género hacia las adolescentes a escala local; OPS/OMS, promoción, prevención y atención diferenciada de los servicios de salud integral a las adolescencias y FAO, habilitación para generar ingresos y desarrollo rural. Como parte de los socios gubernamentales nacionales fueron considerados: La Secretaría Nacional de la Familia (SNF), el Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (ISPM), el Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación, Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales y el Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria y Forestal (CENTA). Adicionalmente, el PIEMA involucró a ONGs, municipios, organizaciones comunitarias y organizaciones juveniles en la planificación y ejecución de actividades locales.

Entre otros aportes del PIEMA dirigidos a crear contextos favorables para el empoderamiento de las adolescentes, pueden citarse: la construcción de herramientas

12 Los departamentos de Usulután, San Vicente, Sonsonate, Ahuachapan, San Salvador y La Libertad.

técnicas para la incorporación de la perspectiva de género en las políticas municipales, el fortalecimiento de instituciones locales y organizaciones comunitarias en la prevención y atención de la violencia de género. Así mismo, se diseñó la estrategia institucional del Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria y Forestal (CENTA) para la atención de la juventud rural con énfasis en las mujeres adolescentes. Se crearon microempresas agrícolas, pecuarias, de panificación y agroindustrias (once en total) las cuales fueron gerenciadas por 120 mujeres adolescentes. Se apoyó el equipamiento de unidades de atención en salud para adolescentes, de ONG y alcaldías en educación y servicios en salud sexual y reproductiva. Se elaboró y diseminó material comunicacional fortaleciendo una imagen positiva de las adolescentes. Se capacitó al personal del Ministerio de Salud, además de a padres y madres de adolescentes en educación sexual y reproductiva, violencia de género y otros temas relacionados con el empoderamiento de las mujeres. A decir del Ministerio de Salud, el trabajo coordinado con UNFPA y OPS le permitió ampliar su cobertura en la atención integral de la salud de las y los adolescentes, y evitó la duplicación de esfuerzos por parte de estas dos agencias de Naciones Unidas (Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador S/f).

La primera lección aprendida de este programa interagencial es que el empoderamiento de las adolescentes requiere un horizonte de mediano y largo plazo que permita un trabajo sistemático de transformación de las estructuras que mantienen su subordinación y discriminación. También, se confirma que las y los adolescentes tienen diferentes necesidades y expectativas, por lo que se requiere intervenciones específicas para asegurar la equidad de género en el acceso a la toma de decisiones, recursos y beneficios. Además, se resalta la importancia del trabajo coordinado y comprometido de las agencias con instituciones gubernamentales y no gubernamentales para asegurar la sostenibilidad de las intervenciones. De igual modo, el PIEMA mostró la necesidad de crear oportunidades para la participación de las adolescentes que no tienen acceso a la educación formal y al empleo, siendo la implementación de proyectos productivos una oportunidad para trazarse y alcanzar proyectos de vida (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador S/f: 27, traducción propia).

Cabe indicar que si bien el proyecto se focalizó en las adolescentes mujeres, también se trabajó con adolescentes hombres y padres y madres de familia, pero con menor intensidad. A decir de una oficial de la OPS, esto fue una limitación y a la vez también otra lección aprendida, pues se evidenció que el trabajo sostenido y en profundidad con los padres de familia es un componente necesario en los proyectos que buscan el empoderamiento de las adolescentes debido a las relaciones de dependencia existentes entre las adolescentes y sus padres, además de los mensajes contrarios al empoderamiento que puedan darle a sus hijas.

El PIEMA es muy importante por su propuesta de trabajo interagencial, intersectorial e interinstitucional y los enfoques con que se planteó la intervención en su

conjunto (empoderamiento con énfasis en el acceso a derechos y una conciencia de género), así como por constituir uno de los primeros esfuerzos de este tipo en América Latina. Sin embargo, de acuerdo con la evaluación de proceso y los resultados tempranos¹³, hubo dificultades para lograr el objetivo trazado ya que no todas las agencias habrían podido participar como se esperaba: “De acuerdo con los resultados obtenidos, no es posible estimar que el desarrollo del programa haya permitido el empoderamiento y fortalecimiento del rol de mujeres adolescentes, en la promoción de sus derechos y desarrollo humano de mujeres adolescentes de zonas marginales y urbano-marginales de El Salvador teniendo en cuenta que el empoderamiento es un proceso progresivo que solo es posible a través de acciones a nivel individual, institucional y de acceso a servicios y bienes; aspectos no abordados por todas las agencias o al menos no identificados a partir de la reconstrucción de las intervenciones. No obstante, se reconocen algunos avances frente a las capacidades asumidas por las mujeres intervenidas para asumir un papel en sus relaciones cercanas, y en el fomento de la organización o fortalecimiento de lazos en el nivel local para dar respuesta a necesidades sentidas.” (Instituto CISALVA, 2007: 1)

36 Como ya se indica en la anterior cita, esto no quiere decir que el programa no mostró resultados, pero en varios casos no se observan diferencias notorias respecto a las mujeres que no participaron del programa¹⁴ o los avances se juzgan insuficientes. A la vez, es importante decir que la evaluación muestra que hay una brecha en la percepción de empoderamiento de las propias adolescentes y el equipo que directamente trabajó con ellas, versus las mediciones realizadas por las evaluadoras. Ello nos habla sobre los retos para evaluar cuantitativa y cualitativamente un proceso complejo y multidimensional como es el empoderamiento, especialmente en el caso de las mujeres rurales jóvenes que enfrentan múltiples formas de subordinación y exclusión.

De acuerdo con la evaluación, podríamos decir que una de las principales dificultades del PIEMA -un programa abarcador y con una diversidad de componentes y actores involucrados- para lograr los resultados esperados estaría relacionada con los retos propios de consolidar un trabajo interagencial e intersectorial. El trabajo interagencial e intersectorial, por ser un proceso nuevo, requirió un periodo de ajustes y aprendizajes de las agencias (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador S/f) que habría que tomar en cuenta en el diseño y metas de futuros programas que

13 La evaluación del PIEMA estuvo a cargo de Instituto CISALVA de la Universidad del Valle-Colombia y fue realizada en el año 2007.

14 Dado que no se contaba con una línea de base de todos los componentes del proyecto, el diseño de la evaluación de resultados tempranos consistió en un estudio transversal que comparó mujeres que participaron de la intervención y aquellas que no lo hicieron, para lo cual se aseguró que se tratara de grupos comparables (Instituto CISALVA 2007).

sigan similar estrategia¹⁵. Por ejemplo, asuntos como los diferentes tiempos en que se desembolsan los presupuestos y deben ejecutarse, no habrían permitido siempre la sinergia que suponía una actuación simultánea de los cinco componentes de intervención del programa interagencial. A esto se suma, lo que sugiere una lección aprendida del PIEMA: contemplar objetivos y metas más acordes a los tiempos y alcances de los programas en un ámbito que requiere cambios estructurales y complejos, como es el empoderamiento de las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social. Estas dificultades no invalidan los aportes del PIEMA en al menos dos aspectos fundamentales para pensar el trabajo en el tema de este informe: la elaboración de propuestas integradoras que articulan el empoderamiento de las jóvenes rurales con su salud y derechos sexuales y reproductivos; y consiguientemente, la necesidad de consolidar estrategias de trabajo intersectoriales e interagenciales que permitan las sinergias necesarias para hacer frente a las diversas dimensiones sociales y culturales que condicionan el bienestar y el ejercicio de los derechos de estas mujeres.

El programa *Abriendo oportunidades* se inicia en el año 2004 y es ejecutado por el Population Council con fondos de Bill y Melinda Gates Foundation y otras fundaciones socias, como The Andrew W. Mellon Foundation y The William and Flora Hewlett Foundation. Se lleva a cabo en más de 40 comunidades rurales de seis regiones de Guatemala y ha llegado a más de 3.500 niñas entre 8 y 18 años, con proyección a seguir expandiéndose (Catino et ál. 2011). Este programa busca acortar las brechas que separan a las niñas indígenas de Guatemala del resto de la población infantil y adolescente en cuanto a acceso a servicios de salud, educación y oportunidades para superarse. Para ello se realizan una serie de actividades que combinan la creación de una red social, la disponibilidad de lugares seguros para reunirse, el aprendizaje de nuevas habilidades, el intercambio con pares y adultos, y el acceso a modelos positivos y alternativos (OPS 2010). Entre los temas y habilidades que se desarrollan, están la salud sexual-reproductiva y los derechos de la mujer, el auto-estima, la comunicación y la negociación. Cada comunidad tiene un club y cada club tiene una lideresa seleccionada por Population Council para ser capacitada y replicar los temas con las niñas de su propia comunidad. Cada lideresa tiene una mentora, así construyendo redes sociales y de apoyo para cada club. También el programa ofrece pasantías de un año para mujeres jóvenes con instituciones sociales como la Defensoría de la Mujer Indígena, el Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la Mujer y Child Aid.

15 Si bien el proyecto se inició en el 2003, la mayoría de las instituciones contrapartes que realizaron el trabajo directamente con las adolescentes se sumaron durante el 2004 y es en el 2005 que se podría hablar de una consolidación del carácter intersectorial e interagencial del programa (Ministerio de Salud Pública y Apoyo Social, s/f).

Los resultados se muestran alentadores según una reciente evaluación del programa *Abriendo oportunidades*, aunque como también se ha expresado, es difícil realizar una evaluación de procesos de empoderamiento que se suelen dar en el mediano y largo plazo. Así, por ejemplo, la totalidad de las niñas líderes del programa había completado el sexto grado, comparado con el 81,5 por ciento de las niñas que lo habían completado a escala nacional; el 97 por ciento de las niñas líderes del programa no tuvieron hijos durante el ciclo del programa, comparado con el promedio de 78,2 por ciento de niñas de esa edad (15 a 19) a escala nacional (Segeplan 2010); el 94 por ciento de las niñas líderes de *Abriendo oportunidades* dijeron tener más autonomía y sentirse más cómodas cuando expresan sus opiniones. Además, muchas de las jóvenes capacitadoras mejoran su autoestima, fortalecen habilidades que luego les son útiles para seguir estudiando y trabajando en empleos del sector público y privado, y se convierten en jóvenes indígenas líderes promotoras del cambio comunitario (Catino et ál. 2011).

38

Un aspecto importante de la estrategia del programa es la continuidad de su trabajo con las niñas graduadas y con las jóvenes capacitadoras. Las graduadas han sido contratadas como supervisoras de la ampliación del programa. Así mismo, se trabaja con el sector público y socios locales de las ONG para capacitar a las jóvenes líderes en el abordaje de la violencia en su comunidad, y ayudar a niñas y jóvenes mujeres a mantenerse a salvo y enfrentar situaciones de violencia. Las jóvenes líderes son ubicadas como capacitadoras o practicantes en empresas proveedoras de servicios que abordan la violencia de género en las comunidades rurales, realizan una “búsqueda de seguridad” con las niñas para comprender dónde, cuándo y con quién se sienten seguras e inseguras; y diseñan conjuntamente estrategias para mitigar los riesgos (Op. Cit). Esta ha sido una manera de encontrar sinergias entre la necesidad de trabajar contra la violencia de género que afecta especialmente a niñas y mujeres indígenas en Guatemala, seguir abriendo oportunidades a jóvenes formadas por el programa y crear formas de trabajo conjunto con instituciones públicas y privadas en el tema de la violencia de género y el empoderamiento de las mujeres jóvenes indígenas.

Otro ejemplo de un esfuerzo que expresa la necesidad de enfrentar las desigualdades entrecruzadas de género y etnia en Guatemala es la creación de *La Defensoría de la Mujeres Indígenas (DEMI)*, que incluye a mujeres indígenas tanto rurales como urbanas. Se trata de una instancia pública para enfrentar la violencia de género y promover los derechos de las mujeres indígenas que surge en 1999 a partir de una demanda de mujeres indígenas y como parte de los Acuerdos de Paz en Guatemala. Estas mujeres, tanto en el campo como la ciudad, han sido las más afectadas por las consecuencias de 36 años de conflicto armado interno, así como de las desigualdades de género y la discriminación y racismo, enfrentando altos índices de violencia en su

vida cotidiana y falta de acceso a la justicia (DEMI 2012). La DEMI depende de Presidencia de la República y un elemento distintivo importante es que las organizaciones indígenas de mujeres son parte de Junta Coordinadora. Su trabajo se organiza en cuatro frentes: atención integral a casos de violencia y discriminación contra mujeres indígenas; incidencia política mediante la promoción de políticas públicas para prevención, defensa y erradicación de todas las formas de violencia y discriminación contra la mujer indígena; formación y comunicación para fortalecer capacidades de las mujeres indígenas para el ejercicio de sus derechos y consolidación institucional de la DEMI. El ámbito de trabajo es nacional y cuenta con una sede central y once sedes regionales.

La DEMI brinda atención y/o asesoría social, jurídica y psicológica a mujeres indígenas violentadas en sus derechos poniendo en práctica modelos de atención que toman en cuenta los elementos culturales de los pueblos indígenas, tales como el idioma materno, la espiritualidad y sus propias formas de organización. Además del apoyo de especialistas, se cuenta con un programa de grupos de autoayuda en que las mujeres que han sufrido violencia intercambian sus experiencias y buscan formas de apoyarse mutuamente. Así mismo, como parte de una abordaje comunitario que involucra el entorno de las mujeres violentadas, se llevan a cabo procesos de reflexión, diagnóstico e información con líderes y autoridades comunitarias y usuarias de la DEMI, a fin de que se apoye a las mujeres en la ruta de la denuncia y se conozca las atribuciones de cada institución u organizaciones que velan por los derechos de las mujeres indígenas. Este tipo de atención integral de los casos de violencia, según los informes de la DEMI, habría logrado que las mujeres indígenas se sientan más empoderadas para exigir sus derechos, hayan podido restablecer su situación jurídica y mejorado su situación emocional, lo que les ha permitido elevar su autoestima (DEMI 2012). Aunque no contamos con datos de evaluación, más allá de los informes producidos anualmente por la DEMI, el diseño y experiencia de intervención que puede verse en detalle en sus informes es bastante sugerente para otros países de la región. La DEMI, pese a las dificultades que enfrenta, estaría poniendo en práctica una serie de políticas reconocidas por los gobiernos latinoamericanos como necesarias para enfrentar la violencia contra las mujeres, pero que en muchos casos no se han logrado implementar de acuerdo con lo propuesto por carecer de apoyo político, financiamiento, implementación y sostenibilidad (Montaño 2009; Rioseco 2005).

En lo que se refiere a su influencia en políticas públicas, la DEMI ha sido parte de la evaluación de políticas nacionales de promoción y desarrollo integral de las mujeres junto al órgano de gobierno encargado (Secretaría Presidencial de la Mujer). Ha impulsado la construcción colectiva de una agenda articulada de mujeres indígenas, que ha permitido actualizar las políticas de la mujer vigentes en Guatemala. También ha contribuido para la política de atención al migrante desde la agenda de las mujeres

indígenas, en la tipificación del acoso sexual y la protección de las trabajadoras del hogar y en la formulación de la ley marco de violencia contra la mujer. En el ámbito de formación y comunicación, se han constituido grupos de promotoras de los derechos indígenas y se ha elaborado un plan de formación integral con lineamientos metodológicos adecuados a cada grupo. (DEMI 2010).

La DEMI ha enfrentado una serie de retos y dificultades presupuestarias (que limitan la atención integral de los casos por no contar con suficiente personal) y de otra naturaleza, que hicieron necesario incluir una línea de trabajo de consolidación. Sin embargo, esta experiencia, con todas sus particularidades (historia de violencia política, étnica y de género en Guatemala, procesos políticos que permiten su surgimiento, características del movimiento de mujeres indígenas que respalda la DEMI, entre otras), no deja de ser especialmente relevante por ser una de las pocas iniciativas de la región apoyadas por el Estado, que involucra directamente a organizaciones de mujeres indígenas, y que finalmente logra colocar parte de su agenda como parte del marco institucional del Estado y las políticas públicas. Ciertamente, se trata de un esfuerzo tripartito (como ya es la tendencia en la región) de cooperación internacional, organizaciones de mujeres indígenas y gobierno, pero en este caso, el compromiso del gobierno se ha traducido en instancias y actividades concretas de participación y actuación que recogen las demandas de las mujeres indígenas acerca de sus derechos en diferentes ámbitos.

40

En este caso, se sugieren además diversos temas que requieren más exploración, destacando las implicancias de considerar la identidad étnica como eje de articulación de las mujeres rurales para definir políticas públicas y ponerlas en marcha (considerando el contexto específico de Guatemala, pero explorando su relevancia para otros países latinoamericanos). Así mismo, sería importante conocer mejor los niveles de liderazgo e incorporación de las agendas de mujeres indígenas jóvenes en organizaciones y procesos que agrupan a las mujeres indígenas como colectivo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE ASPECTOS CRÍTICOS

Las experiencias descritas muestran la diversidad de esfuerzos que se realizan en torno a las políticas del cuerpo en las zonas rurales de América Latina, así como las dificultades que encuentran en su implementación. Para concluir el estudio quiero resaltar una serie de temas críticos de discusión, que considero deben ser tomados en cuenta para avanzar en el camino trazado desde mediados de los años noventa en el terreno de los derechos y la salud sexual y reproductiva en El Cairo.

41

4.1 Falta de reconocimiento de las mujeres rurales jóvenes como colectivo diferente y heterogéneo

La identificación de las agendas particulares de las mujeres rurales jóvenes es aún muy incipiente en cuanto a políticas, programas y proyectos de desarrollo relacionados con su salud y derechos sexuales y reproductivos. Ello podría tener que ver con que, en general, aun se conoce poco sobre los cambios y permanencias en las áreas rurales durante las últimas décadas, y su impacto en las relaciones de género y otros ámbitos de la vida de hombres y mujeres rurales jóvenes. Así, por ejemplo, las intervenciones existentes escasamente abordan temas como la migración temporal rural-urbana-rural de hombres y mujeres jóvenes, el impacto particular de las industrias extractivas en la salud y la vida de las mujeres y hombres rurales jóvenes, la trata de niñas, adolescentes y jóvenes rurales (Chiarotti 2003, Mujica 2012), las diferencias inter-generacionales y los contrastes entre las expectativas, capacidades y oportunidades de las mujeres rurales jóvenes (Asensio 2012), la coexistencia de viejos y nuevos discursos e influencias y sus efectos en la vulnerabilidad social y sexual de las mujeres

rurales jóvenes, o el impacto del cuestionamiento de normas de protección comunal en la mayor vulnerabilidad social de las jóvenes (Oliart 2008), la presencia de una oferta más amplia de fuentes de información y referentes de identidad cultural, instituciones y mensajes, entre otros.

Las políticas existentes de más larga data e inversión por parte de los gobiernos latinoamericanos incluyen a las mujeres rurales jóvenes en el amplio conjunto de las mujeres en edad fértil con necesidades de salud materno-infantil, dentro de las que se incluye la planificación familiar. Las intervenciones dirigidas a jóvenes son más nuevas y escasas, tienen menos presupuesto y una serie de limitaciones para su implementación efectiva. Por ello, se ha trabajado menos aun las particularidades y necesidades de colectivos específicos de jóvenes, como las mujeres rurales o indígenas jóvenes en contextos donde contrastan cambios intergeneracionales en acceso a oportunidades y recursos (ej. mayor acceso a la educación formal y a las tecnologías de información) y permanencias de viejas formas de exclusión (ej. pobreza, normas de género excluyentes, discriminación étnica).

4.2 Quién debe y quién puede responsabilizarse las políticas y programas

42

Si bien hay avances significativos en el marco institucional y legal de los gobiernos latinoamericanos para abordar la salud sexual y reproductiva, hay un lento y escaso avance en la formulación e implementación efectiva de políticas públicas. Salvo excepciones, la educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes no tienen prioridad en políticas públicas en la región. Una expresión clara de ello son los montos del presupuesto de los gobiernos que se asignan a estas intervenciones respecto de otras. En la práctica, a juzgar por sus impulsores y fuentes de financiamiento, las intervenciones en salud y derechos sexuales y reproductivos se han convertido –en muchos casos– en una “tarea” de las ONG y las organizaciones de la comunidad, auspiciada técnica y financieramente por organismos internacionales. Aun en el caso de una participación más directa de instancias de gobierno en políticas y programas para jóvenes, con una responsabilidad asumida e inversión constante de presupuesto (como sería el caso de los municipios nicaragüenses), hay un rol protagónico que han jugado la sociedad civil y los organismos internacionales en facilitar las condiciones de posibilidad para que estos gobiernos asuman un papel en el empoderamiento y desarrollo de los jóvenes, incluyendo el ámbito de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Así, las agencias internacionales, las ONG y organizaciones sociales locales son las que han abierto trocha para empezar a intervenir en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos con mujeres rurales jóvenes y en el mejor de los casos, han logrado facilitar una mayor intervención de los gobiernos en este ámbito. El hecho

que las ONG y organizaciones locales de mujeres y jóvenes se hayan convertido en las principales impulsoras de políticas o implementadoras de programas o proyectos, puede verse como una ventaja. Ello, debido a las deficiencias del sistema educativo y de salud estatal en varios de los países latinoamericanos, así como a la influencia de la jerarquía de la Iglesia católica en las políticas públicas de la mayoría de los estados de la región. Sin embargo, la pasividad o limitaciones de las intervenciones de los gobiernos tendría como una de sus consecuencias el poco avance realizado en las zonas rurales en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos. Pese al esforzado y pionero trabajo de las ONG, organizaciones de mujeres y agencias internacionales, la lógica y modalidad de su intervención no permite, en la mayoría de casos, implementar programas o hacerse cargo de políticas, sino ejecutar proyectos con una cobertura y durante un tiempo limitados, aunque estos alcancen resultados destacados tanto en el diseño de intervenciones adecuadas cultural y socialmente, como en el impacto que pudieran lograr en un cierto ámbito geográfico

Es necesario enfatizar que si bien este comentario también puede ser aplicable a la realidad de las jóvenes de zonas urbanas, la situación se torna más crítica en las áreas rurales. Esto último, a consecuencia del mayor costo de intervenir en las zonas más alejadas donde usualmente no tienen presencia las ONG locales, y la necesidad de una serie de cambios estructurales simultáneos para que los programas de salud y derechos sexuales y reproductivos tengan éxito, más aún en temas que requieren cambios culturales, sociales y políticos que retan jerarquías sociales y morales sostenidas por instituciones de gran influencia en muchas zonas rurales, como son las iglesias. Una implicancia de ello es que los proyectos de desarrollo en las zonas rurales no lleguen necesariamente a las mujeres más pobres o con la misma intensidad y frecuencia que en las zonas a las que alcanza la cobertura de las ONG o las organizaciones sociales involucradas.

43

4.3 Las ventajas del trabajo de pares y las trampas del voluntariado: ¿cuáles son las desventajas de “ciudadanizar” las políticas públicas?

Metodológicamente, la estrategia de educación de pares, contemplando los aspectos necesarios de formación y monitoreo permanente, ha demostrado su eficacia (Sánchez et ál. 2003; Pérez y Rodríguez 1996) e incluso su carácter empoderador. Particularmente, el trabajo de pares de las y los jóvenes en zonas urbanas y rurales, ha demostrado ser una forma de aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales, capacidades de liderazgo y formas de reconocimiento social (v.g., La Porta et ál. 2000; Romero 2004; Yon 2010).

Sin embargo, la sociedad tripartita entre Estado, sociedad civil y cooperación internacional para ejecutar políticas públicas puede ser muy perversa además de ineficiente, cuando la mayor parte del peso de la implementación de las mismas recae en el trabajo voluntario de los jóvenes y mujeres pobres bajo la idea de la participación social o el empoderamiento. Lo que requiere ser evaluado en su complejidad, son los límites y “trampas” del trabajo voluntario de las y los jóvenes en situación de pobreza en un contexto en que son los principales agentes multiplicadores de proyectos de educación sexual de pares y otros, ya que este recae principalmente en la sociedad y no cuenta con el apoyo de las instituciones responsables de las políticas públicas. En este contexto específico, el trabajo de pares se convierte, en la práctica, en el principal sino único pilar de la expansión de la intervención. El trabajo voluntario de los jóvenes u otros miembros de la población puede transformarse en el sustituto parcial del trabajo y responsabilidad que corresponde a programas y políticas públicas. Este trabajo juvenil voluntario no sólo no puede sustituir las políticas públicas debido a su menor alcance (tiempo y recursos son acotados, cuando se terminan los proyectos quedan sin un soporte institucional para gastos mínimos de movilidad y materiales, entre otras), sino que tampoco le corresponde reemplazar ni subsidiar al Estado. Así mismo, existe el riesgo de reducir la participación ciudadana de las y los jóvenes al trabajo voluntario para implementar actividades de capacitación y promoción social con sus pares, dejando de lado otras dimensiones, como por ejemplo, las relativas a transformaciones en su entorno social, la vigilancia ciudadana o la exigencia de sus derechos y mayores oportunidades.

4.4 Necesidad de trabajar con los adultos como condición de posibilidad y sostenibilidad de las intervenciones

Los proyectos/programas de salud y derechos sexuales y reproductivos dirigidos a jóvenes rurales requieren planificar un trabajo sostenido con los adultos de su entorno, especialmente con aquellos con los que tienen alguna relación de dependencia, como padres y madres y maestros; así como con adultos que tienen influencia en la vida de la comunidad, como líderes de las iglesias, líderes de organizaciones sociales y autoridades locales. Esta es una lección aprendida de diversos proyectos dirigidos a jóvenes mencionados en este informe (ej. *Educación sexual comunitaria* de CECTEC-Paraguay, *Casas Municipales* de AMUNIC- Nicaragua y *Programa Interagencial de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes* – El Salvador), la mayoría de los cuales han sido implementados tanto en el ámbito rural como urbano. Esta lección sería aun más importante de tomarse en cuenta en las zonas rurales, debido a que el control social de las jóvenes sería mayor, al igual que la influencia de las iglesias en la regulación moral y social de la población.

Si bien el trabajo con los adultos y las instituciones que éstos lideran encarecen los costos y alargan los cronogramas de las intervenciones dirigidas a jóvenes, se ha demostrado que es una condición de posibilidad de las mismas, así como su carácter facilitador de los impactos esperados de los proyectos o programas, y de sus sostenibilidad. Esto es especialmente cierto si se espera que las intervenciones empoderen a los adolescentes y jóvenes, y les den protagonismo en las decisiones de los programas y ejecución de las mismas. Los adultos requieren ser sensibilizados y capacitados tanto en materia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes, como de relaciones intergeneracionales y de género más democráticas. De lo contrario, intervenciones que buscan empoderar pueden terminar siendo desempoderantes, generando un mayor control o sanciones por parte de los adultos con los que los jóvenes tienen alguna relación de dependencia o autoridad (Yon 2010).

4.5 La educación sexual requiere ir más allá de la información y apuntar a cambios en la subjetividad (modos de pensar en el ámbito de la sexualidad), las capacidades y empoderamiento de las personas

La literatura que muestra los límites de una educación sexual basada sólo en nuevos conocimientos es cada vez más contundente, mientras que el consenso es mayor sobre la necesidad indispensable de incidir en las culturas sexuales y las estructuras de opresión y desigualdad (Aggleton et ál. 2004; Parker 2002; Parker et al. 2000; Farmer et ál. 1996; Farmer 2005). Las lecciones aprendidas de los diversos proyectos y programas a los que tuvimos acceso tienden a seguir esta misma línea: no hablan sólo de conocimientos y actitudes individuales, aluden también a valores democráticos, de respeto al otro y a la incorporación de una perspectiva de género y derechos humanos; es decir, se trata de cambiar el marco de interpretación de la sexualidad y de las relaciones interpersonales. A la vez, se enfatiza en el desarrollo de competencias o capacidades para poner en práctica la manera de ver el propio cuerpo, tomar decisiones y relacionarse con otras personas en el ámbito sexual. Ligado a ello, se relievra, en mayor o menor medida, el impacto de las desigualdades sociales (como las de género y etnia) y el acceso a oportunidades en la salud sexual y reproductiva de las mujeres rurales jóvenes o indígenas, así como en sus posibilidades para ejercer sus derechos en estos ámbitos. Esto ha implicado la reformulación de metodologías educativas centradas sólo en el incremento de conocimientos. Ahora se incluyen metodologías vivenciales, de reflexión y autoconsciencia, así como se busca articular el aprendizaje de nuevos enfoques, valores y conocimientos, con procesos de empoderamiento de las jóvenes.

4.6 Intersectorialidad: potencialidades y retos

Los proyectos, programas y políticas revisados muestran que la educación sexual es un componente indispensable pero no suficiente para lograr que los jóvenes y en especial las mujeres rurales jóvenes, puedan prevenir riesgos sexuales y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Sea en los diagnósticos previos o resultados de las intervenciones analizadas, se evidencia la necesidad de trabajar de manera coordinada y paralela en varios frentes, incluyendo el acceso a servicios de salud adecuados (Proyecto de Educación sexual comunitaria de CECTEC-Paraguay), la prevención y enfrentamiento de la violencia de género y otras formas de violencia estructural que afectan a las mujeres rurales e indígenas (*Defensoría de la Mujer Indígena y Programa Abriendo Oportunidades-Guatemala*), así como en general, los procesos de ampliación de oportunidades y de “empoderamiento” de las mujeres rurales jóvenes. La propuesta de trabajo interagencial e intersectorial del PIEMA de El Salvador sugiere posibles caminos para lograr intervenciones más integrales que buscan complementariedades entre las agencias de cooperación y entre estas y las instituciones encargadas de políticas sociales; así como los retos que superar en cuanto a obstáculos para lograr sinergias entre distintas agencias y ámbitos de intervención. El modelo de intervención de la *Defensoría de la Mujer Indígena* de Guatemala ofrece una propuesta bastante completa para enfrentar la violencia de género y la discriminación étnica, mediante servicios de atención integral culturalmente adecuados, campañas de prevención y difusión de los derechos de las mujeres indígenas, así como políticas sociales más amplias, que en buena cuenta, buscan enfrentar la violencia familiar y sexual también en el frente de las diversas formas de violencia estructural que enfrentan las mujeres indígenas.

46

Esta estrategia no está exenta de retos. En las experiencias revisadas se revelan como dimensiones particularmente críticas las siguientes:

- La necesidad de mejorar la oferta de los servicios de salud, que pueda responder a la diversidad cultural en salud y la creación o fortalecimiento de una demanda de jóvenes rurales informadas y dispuestas a reclamar sus derechos. De lo contrario, ello puede mediar significativamente el impacto de procesos educativos orientados a la prevención de riesgos sexuales, el empoderamiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes.
- La urgencia de abordar los determinantes socio-económicos de la salud sexual y reproductiva, incluyendo las desigualdades económicas y las inequidades de género, inter-generacionales y étnicas, y no sólo factores individuales como el incremento de conocimientos. Los proyectos y programas no pueden “dar” o incrementar” el poder (si entendemos el poder como relación social) a través

de conocimientos, talleres de autoconsciencia y participación social. Incrementar el poder de las jóvenes rurales demanda cambios relacionados con la redistribución de recursos y oportunidades, así como del reconocimiento social de sus valores e identidad culturales.

- La necesidad de armonizar formas de intervención y funcionamiento de las diferentes agencias y en general, instituciones involucradas en programas que buscan lograr las sinergias necesarias para realizar programas intersectoriales o interagenciales dirigidos al empoderamiento de las mujeres, los adolescentes y jóvenes.
- Se requiere afinar las formas de monitoreo y evaluación de programas que buscan el empoderamiento de las mujeres, identificando indicadores de proceso y resultados adecuados y que hagan posible evaluar avances en el corto y mediano plazo, sabiendo que se trata de procesos complejos y de largo aliento.



RECOMENDACIONES

5.1 Políticas y programas adecuados a contextos, potencialidades y necesidades específicas de las mujeres rurales jóvenes

48

- Establecer una relación más estrecha entre investigación, políticas y programas de desarrollo en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes. Esto es indispensable para diseñar intervenciones que respondan a los cambios de diferente orden que se vienen dando en las áreas rurales latinoamericanas, y especialmente en el colectivo de mujeres rurales jóvenes. Ello permitirá aprovechar las nuevas oportunidades existentes, así como responder de manera más efectiva y adecuada a las necesidades y agendas de las mujeres rurales jóvenes, dejando así de incluirlas en las intervenciones como parte de un mismo conjunto homogéneo y estático de la población.
- Se requiere desarrollar investigación que profundice sobre problemáticas diferenciadas de mujeres rurales jóvenes, incluyendo los siguientes temas sobre los que ya hay algunos estudios pero se observa una menor atención:
 - » Implicancias para la salud y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las brechas intergeneracionales y la coexistencia de distintas normas e identidades de género en las zonas rurales
 - » Interculturalidad en salud más allá de los procesos de atención del parto
 - » Significados sobre la sexualidad, maternidad y embarazos tempranos, y su articulación con los proyectos de vida

- » Salud y formas de inclusión y exclusión social de jóvenes rurales embarazadas y las que ya son madres
- » Salud sexual y reproductiva de las jóvenes que migran temporalmente
- » Identidades de jóvenes y representación en movimientos indígenas y grupos de mujeres
- » Trata de mujeres adolescentes y jóvenes

5.2 Relaciones entre el Estado, los organismos internacionales y los “socios” locales

- Tanto los funcionarios de la cooperación internacional como de las instituciones estatales requieren evaluar los límites e inequidades de la “ciudadanización” de las políticas públicas. Es indispensable diferenciar procesos de empoderamiento y participación social de los jóvenes y las mujeres pobres, de las responsabilidades de los programas y políticas sociales que buscan su inclusión. Estas últimas deben contemplar el acceso a educación, servicios y oportunidades concretas que faciliten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y mujeres.
- En este sentido, se hace necesario repensar el contenido y rol que se le da a la participación social de las mujeres y los jóvenes en políticas públicas, programas y proyectos de desarrollo. Así, por ejemplo, se requiere fortalecer el protagonismo y ciudadanía de las mujeres rurales jóvenes en la formulación de programas y políticas públicas, teniendo cuidado de no reducir su papel a implementadoras de los mismos. El proceso de elaboración de una agenda articulada de las mujeres indígenas de Guatemala para ser difundida en las últimas elecciones presidenciales de este país, o los diversos encuentros y esfuerzos de articulación de mujeres indígenas jóvenes de la región para discutir problemáticas específicas y propuestas sobre sus comunidades, serían algunos ejemplos de estos procesos
- Continuar con los destacados esfuerzos de vigilancia ciudadana y alianzas de la cooperación internacional, la sociedad civil y sectores de los gobiernos, para que los Estados latinoamericanos cumplan con sus responsabilidades en el ámbito de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, y especialmente de las mujeres rurales jóvenes. Dentro de estas responsabilidades, una fundamental es el compromiso de los gobiernos de implementar la educación sexual integral, tal como se define por la UNESCO en sus directrices internacionales: con un enfoque de derechos humanos y con sustento en evidencia científica. La educación sexual debe ser demandada a los gobiernos latinoamericanos

como parte de las políticas sociales básicas para mejorar las condiciones de vida y oportunidades de desarrollo de las mujeres rurales jóvenes.

5.3 Condiciones de posibilidad y estrategias para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos

- Se requiere planificar estrategias específicas orientadas a la creación de “condiciones de posibilidad” de las intervenciones que buscan promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, y especialmente de las mujeres. Esta etapa preparatoria, además de permitir la implementación de los proyectos o programas, resulta crucial para sentar las bases de la sostenibilidad institucional y social de los mismos. Esta es una lección aprendida de las Casas Municipales juveniles de Nicaragua, que tuvieron una fase inicial de creación de un entorno favorable, el que permitió que los municipios se responsabilizaran de las Casas y que los adolescentes pudieran ser reconocidos como protagonistas y obtuvieran el apoyo necesario de adultos e instituciones de su entorno. Ello se revela como necesario en contextos culturales y políticos (como los vistos en la mayoría de países de la región), en que los temas relacionados con la sexualidad de las mujeres y los jóvenes siguen creando controversias que inmovilizan políticas públicas y dificultan la implementación y sostenibilidad de proyectos de desarrollo. Debemos resaltar que como parte de las condiciones de posibilidad arriba aludidas, hace falta desarrollar no sólo formas de trabajo específicas con los jóvenes, sino también con los adultos (v.g., padres, maestros y proveedores de salud), buscando en ambos casos mejores condiciones para un diálogo intergeneracional. Particularmente, es necesario estar muy atentos a las diferentes formas de relaciones de poder y jerarquías sociales y culturales que se reproducen entre las/os jóvenes y los adultos, incluyendo a los adultos de su entorno como a los adultos responsables de las intervenciones en salud sexual y reproductiva. Estas situaciones pueden convertirse en oportunidades para discutir y poner en práctica enfoques de interculturalidad, equidad de género y democracia inter-generacional (Yon 2010). Por ello, se recomienda un permanente trabajo de sensibilización y capacitación de los equipos que facilitan las intervenciones y herramientas de monitoreo y evaluación que tomen en cuenta estos aspectos.
- Igualmente, es recomendable contar desde un inicio con una estrategia de trabajo con las iglesias, dada la recurrencia de la oposición de algunos sectores de las mismas cada vez que se implementan políticas o proyectos relacionados con la sexualidad de los jóvenes. Resultaría particularmente útil sistematizar y difundir las experiencias de comunicación, acuerdo, negociación y alianza con las iglesias y otras instituciones inicialmente opuestas al trabajo

en salud sexual y reproductiva con jóvenes en zonas rurales. Tanto CECTEC en Paraguay como AMUNIC en Nicaragua, han referido sendos ejemplos, que pueden sugerir cómo replantear y hacer más efectivas las llamadas estrategias de incidencia.

- Un reto de largo plazo que se requiere asumir es desarrollar una cultura laica e instituciones democráticas y plurales, como una de las “condiciones de posibilidad” estructurales para garantizar políticas públicas en salud y educación que sean favorables a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes. Ello, debido a la histórica intervención de la jerarquía de la iglesia católica y otros grupos conservadores en las políticas públicas relacionadas con la sexualidad, contraviniendo o ignorando la laicidad de los Estados, los consensos internacionales y las directrices de organismos de Naciones Unidas con base en evidencias científicas. En este sentido, es fundamental trabajar por una cultura laica en diferentes ámbitos en los que se re-produce una cultura sobre el cuerpo y la sexualidad que favorece la imposición de las creencias religiosas propias por sobre la pluralidad de pensamiento, la evidencia científica y los derechos reconocidos constitucionalmente. Entre estos ámbitos se incluyen las instituciones políticas, las instituciones educativas (especialmente, en aquellas donde se forman profesionales de salud y educación), las instituciones de salud, entre otros espacios. Además, esta es una oportunidad para vincular los esfuerzos por construir una cultura democrática en la región con los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, y en particular de las jóvenes rurales.

51

5.4 Condicionantes estructurales e intersectorialidad

- Establecer una mayor articulación entre políticas y programas sociales que permita influir en los condicionantes estructurales de la salud y facilitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes. Algunas áreas estratégicas han sido abordadas parcialmente por algunos de los programas descritos y requieren tomarse en cuenta por su impacto en las capacidades de las mujeres rurales jóvenes para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Destacamos las siguientes:
 - » Formas efectivas de prevenir y hacer frente a la violencia de género, especialmente la violencia sexual y la violencia familiar
 - » Oportunidades para que las mujeres rurales jóvenes adquieran mayor autonomía económica o emprendan proyectos productivos
 - » Becas de estudios y pasantías para las jóvenes rurales o indígenas
 - » Programas de educación sexual que llegan a la población que no asiste a las escuelas

- » Campañas para evitar la deserción escolar o discriminación de las adolescentes embarazadas en las escuelas, tomando en cuenta tanto las dimensiones culturales e institucionales como económicas que intervienen en el abandono de la escuela cuando las jóvenes quedan embarazadas en las zonas rurales.
- Evaluar el impacto de programas que buscan reducir la pobreza en las mujeres rurales jóvenes que son madres, ya que estas suelen ser un grupo de interés prioritario para los programas de erradicación de la pobreza y formación de capital humano. Estudios cualitativos han revelado que uno de los factores que median las consecuencias de la maternidad temprana es el apoyo que reciben las mujeres en la etapa siguiente a la misma (Alcázar y Lovatón 2006). Igualmente, es importante evaluar el impacto específico de estos programas en la salud sexual y reproductiva las mujeres rurales jóvenes, y en general, en su capacidad para tomar decisiones sobre su sexualidad y otros aspectos de su vida. Sería relevante, por ejemplo, evaluar en el mediano plazo estos impactos en el caso de los programas de transferencias condicionadas (PTMC) dirigidos a mujeres que son madres y a sus hijos menores. Estos programas de transferencias condicionadas son una experiencia extendida en diversos países de América Latina que busca desarrollar las capacidades de la población en situación de pobreza y atacar las causas de la reproducción de la misma, y como se ha demostrado, la maternidad temprana está asociada a la transmisión intergeneracional de la pobreza. ¿Son estos programas de transferencias condicionadas eficaces para disminuir los efectos de la maternidad temprana? ¿Han tenido algún impacto en una mayor autonomía de las mujeres rurales jóvenes para que puedan tomar decisiones sobre su sexualidad? ¿Cuáles son los impactos diferenciados que se pueden apreciar en las mujeres rurales jóvenes con respecto a las mujeres adultas que participaron de los programas de transferencias condicionadas? Incluir este tipo de preguntas en la evaluación de estos programas para la reducción de la pobreza, podría ayudar a mejorar sus estrategias en un ámbito decisivo para frenar la transmisión intergeneracional de la pobreza y aportar al fortalecimiento del capital humano, como es el de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

AGGLETON Peter, CHASE Elaine y Kim RIVERS, *HIV/AIDS prevention and care among especially vulnerable young people: a framework for action*. Geneva: OMS. 2004.

ASENSIO, Raúl H., *Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes en América Latina. Resultados preliminares del Programa Nuevas Trenzas*. Documentos de Trabajo del Programa Nuevas Trenzas, n.º1. Lima: IEP. 2012.

ALCÁZAR, Lorena y Rodrigo LOBATÓN, *Consecuencias socioeconómicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?* Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo. 2006

ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES et ál., *Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal Argentina. Sesión 14. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos [recurso electrónico]*. Última fecha de consulta: 20 febrero 2013. Disponible en <<http://feim.org.ar/pdf/EPU-DSYR.pdf>>. 2012.

AYRES, José Ricardo, "Sujeito, Intersubjetividade e Praticas de Saúde". *Ciência e Saúde Coletiva*. 6(1): 63-73. 2001.

CÁCERES, Carlos, et ál., "Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas". En Richard Parker et ál. *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*. México: Fundación Arco Iris por el Respeto a la Diversidad Sexual. 2008.

CATINO, Jennifer et ál., *Preparación de las niñas mayas para mejorar su calidad de vida*. Guatemala: Population Council. 2011.

CEPAL. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. 2007.

CEPAL. *Reunión internacional sobre buenas prácticas de políticas públicas para el observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. 2010a.

CEPAL. *América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009*. Santiago de Chile: CEPAL. 2010b.

CEPAL y OPS. *Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general*. Santiago de Chile: CEPAL. 2011.

CLADEM. *Educación Sexual: Sistematización sobre la educación de la sexualidad en América Latina*. Lima: CLADEM. 2010.

CUADRA, Elvira y Sofía MONTENEGRO, *Las claves del empoderamiento. Sistematización de diez años de experiencias de la organización de mujeres Xochilt Acalt*. Managua: Xochilt Acalt. 2002.

54 CHÁVEZ, Susana y Rosa CISNEROS, *Cuando los Fundamentalismos se Apoderan de las Políticas Públicas*. Lima: CMP Flora Tristán. 2004.

CHIAROTTI, Susana, *Trata de Mujeres: Conexiones y Desconexiones entre Género, Migración y Derechos Humanos*. Serie Población y Desarrollo No 39. Santiago de Chile: CEPAL. 2003.

DEFENSORÍA DE LA MUJER INDÍGENA (DEMI). *Primer informe sustancial*. Guatemala: Presidencia de la República. 2010.

DEFENSORÍA DE LA MUJER INDÍGENA (DEMI). *Informe Sustancial 2011*. Guatemala: Presidencia de la República. 2012.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL PERÚ. *Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, los casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Informe Defensorial, n.º 7. 1998.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL PERÚ. *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II: casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Informe Defensorial n.º 27. 1999.

ESQUIVEL, Juan Cruz, *Detrás de los muros: la Iglesia Católica en tiempos de Alfonsín y Menem (1983-1999)*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes. 2004.

FARMER, Paul, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press. 2005.

FARMER, Paul, CONNORS, Margaret, y Jannie SIMMONS, *Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press. 1996.

FERRER, Marcela. *La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional*. Santiago de Chile: CEPAL. 2005.

FORO INTERNACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS-FIMI. Documentos Conceptuales. Ampliación del Análisis de la Aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing+15 en el 2009 y El Impacto de la Crisis Económica en la Vida de las Mujeres Indígenas. Nueva York, FIMI-International Indigenous Women's Forum, IIFW. 2009.

FOUCAULT, Marcela, *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI. 1980.

GONZÁLES, Edgar, *Cruces y sombras: Perfiles del Conservadurismo en América Latina*. Asociación por el Derecho a Decidir. 2006.

GUTIÉRREZ, María Alicia, "Silencios y susurros: la cuestión de la anticoncepción y el aborto". *Revista Jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico* 38. 2003.

HENRÍQUEZ, Pedro, *El Salvador: Iglesia Profética y Cambio Social*. San José: DEI. 1988.

INSTITUTO CISALVA-UNIVERSIDAD DEL VALLE (Colombia). *Evaluación del Programa Interagencial de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes*. El Salvador. OPS, FAO, UNFPA, UNICEF, PNUD. 2007.

LA PORTA, D., et ál. *Manual Encuentros Significativos entre Adolescentes y Adultos: La Educación entre Pares, una Apuesta porque las Adolescentes sean Protagonistas de su Salud Sexual y Reproductiva*. Lima: Instituto de Educación y Salud. 2000.

LINDO, Patricia y Mieke VANDERSCHAEGHE, *Casas Municipales de Adolescentes. Sistematización. Sin adolescentes no hay municipio. La visión del Gobierno Local*. Managua: UNFPA. 2004.

LÓPEZ VIGIL, María, *La realidad de la Iglesia de los Pobres en Nicaragua. Dando razón de nuestra esperanza*. Managua: Ediciones Nicaragua. 1993.

MALLIMACI, Fortunato, "Cuentapropismo religioso: creer sin ataduras. El nuevo mapa religioso en la Argentina urbana". En A. Esquivel Ameigeiras y J. P. Esquivel Martín

(Eds.), *Religión, política y sociedad. Pujas y transformaciones en la historia argentina reciente*. Buenos Aires: Prometeo - UNGS. 2009.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR. S/f. Case Study: Intersectorial experience in the empowerment of adolescent girls. Final report [recurso electrónico]. Última fecha de consulta: 15 enero 2013. Disponible en: www.who.int/social_determinants/resources/isa_adolescent_girls_slv.pdf.

MONTAÑO, Sonia, *¡Ni una más! Del dicho al hecho: ¿Cuánto falta por recorrer?* Santiago de Chile: CEPAL. 2009.

MORLACHETTI, Alejandro, "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos". En: *Notas de Población*, n.º 85. Santiago de Chile: CEPAL. 2007.

MUJICA, Jaris, *Microeconomías de la explotación sexual y de la trata de niñas y adolescentes en la Amazonía peruana - Los aserraderos y puertos fluviales de Pucallpa*. Lima: PROMSEX. 2012.

NAGLE, Jennifer y Susana CHÁVEZ, *De la Protección a la Amenaza: consecuencias de una ley que ignora los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes*. Lima: PROMSEX. 2007.

56

NUREÑA, César, "Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical". En *Revista Panamericana de Salud Pública* 26: 4, p. 368–376. 2009.

OLIART, Patricia. "Temas para la investigación y la reflexión en torno a la sexualidad adolescente en el Perú rural". En María Emma Mannarelli, et ál. *Desarrollo rural y sexualidad. Reflexiones comparativas*. Lima: Fondo Editorial, pp. 41-71. 2008.

ONU. *La violencia contra niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas*. ONU. 2006.

OPS. *La salud de los pueblos indígenas de las Américas*. 138ª sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006. 2006.

OPS. *Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para el logro de los objetivos del milenio*. Washington, D.C: OPS. 2010.

PARKER, Cristán, "¿América Latina ya no es Católica? Pluralismo cultural y religioso creciente". En *América Latina Hoy* 41: 35-56. 2005.

PARKER, Richard, "Evolution in HIV/AIDS Prevention, Intervention and Strategies". En *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 35(2):155-65. 2001.

PARKER, Richard, "The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health". En *American Journal of Public Health* 92(3): 343-346. 2002.

PARKER, Richard, Delia EASTON y Charles KLEIN, Structural Barriers and Facilitators in HIV Prevention: A Review of International Research". En *AIDS* 14 (Suppl. 1): S22-S32. 2000.

PARKER, Richard, et ál., *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*. México: Fundación Arcoiris por el Respeto a la Diversidad Sexual. 2008.

PÉREZ, R. y RODRÍGUEZ, J. "Educación en sexualidad y prevención del SIDA: La importancia de la intervención a nivel comunitario". En *Última década* 4: 123-139. 1996.

PETCHESKY, Rosalind, *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London: Zed Books. 2003.

PETCHESKY, Rosalind, "Políticas de derechos sexuales a través de países y culturas: marcos conceptuales y campos minados". En Parker, Richard, et ál. (Eds.). *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*. 2008.

RICHARD, Pablo y Guillermo MELÉNDEZ, *La iglesia de los pobres en America Central*. San José, Costa Rica: DEI. 1984.

RIOSECO ORTEGA, Luz, *Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe*. Serie Mujer y Desarrollo n.º 75. Santiago de Chile: CEPAL. 2005.

ROMERO, Rafael, *Casas Municipales de Adolescentes. Sistematización. Adentrándonos en la experiencia. Un abordaje eficaz para el trabajo con adolescentes*. Managua: UNFPA. 2004.

RUIZ CASTRO, Jerjes, "Conducta Política del Cristianismo en Nicaragua", En *Ética y Política*. Managua: Fundación Friedrich Ebert y Centro Interuniversitario de Estudios Latinoamericanos y Caribeños (CIELAC). 2003.

SÁNCHEZ, Sixto, et ál., "Comparación de la Educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, percepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes". En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 20 (4): 206-210. 2003.

SCHEPER Nancy y Margaret LOCK, "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work". En: *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1):6-41. 1987.

SEGEPLAN. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*, 2009. Guatemala: Segeplan. 2010.

TAMAYO, Giulia, *Nada personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima: CLADEM. 1999.

UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*. París:UNESCO. 2009.

UNESCO. *Programas escolares de educación sexual. Análisis de los costos y la relación costo-eficacia en seis países. ONU para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Francia. 2012*.

UNFPA. *Estado de la población mundial 2004*. Nueva York: UNFPA. 2004.

UNFPA. *Cuatro estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes en contextos de pobreza*. México: UNPFA-Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005.

UNFPA. *Latin America and the Caribbean Financial Resource Flows and Revised Cost Estimates for Population Activities*. 2009a.

58 UNFPA. *Revised Cost Estimates for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Methodological Report*. 2009b.

UNFPA-DEMISEX. *Informe de Relatoría, 2010*. 2010.

UNFPA, MOVIMIENTO MANUELA RAMOS y PROMSEX. *Situación, barreras legales y alternativas frente a la penalización de las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes de 14 a 18 años de edad*. Lima. 2010.

VIDAL, Francisco, "Educación sexual y diversidad en los programas educativos de América Latina". En Revista electrónica *Diálogos Educativos* 20 (10). Disponible en: <http://www.umce.cl/~dialogos/n20_2010/vidal.swf>. Consulta: 26 Noviembre 2012. 2010.

VILLATORO, Pablo, *Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras*. CEPAL: Chile. 2007.

YON, Carmen, "*Para prevenir, para decidir... saber es un derecho*": *El largo camino de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el Perú*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. 2010.

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE

TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA

PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA

TAREAGRAFICA@TAREAGRAFICA.COM

WWW.TAREAGRAFICA.COM

TELÉF: 332-3229 FAX: 424-1582



DOCUMENTOS DE TRABAJO DEL PROGRAMA NUEVAS TRENZAS

Nuevas Trenzas es un programa regional que busca generar y difundir conocimiento sobre quiénes son hoy en día las mujeres rurales jóvenes. Nos interesa conocer la evolución reciente de este colectivo, clave para las dinámicas del mundo rural, sus aspiraciones y expectativas, aquello que las conecta y aquello que las diferencia de sus madres y abuelas, los problemas y oportunidades que encaran y los retos que deben enfrentar para salir de situaciones de estancamiento y pobreza y acceder a una vida digna.

Carmen Yon Leau es graduada en Sociología por la Pontificia Universidad Católica del Perú, Máster y candidata al Doctorado en Ciencias Sociomédicas (especialidad de Antropología Médica) por la Universidad de Columbia, Nueva York. Actualmente es investigadora del Instituto de Estudios Peruanos (IEP). Tiene más de quince años de experiencia en el campo de la investigación social en temas de género, interculturalidad, sexualidad y salud en zonas rurales y urbanas de Perú.