



Resolución Ministerial

Lima, 14 de FEBRERO del 2005

Visto el Oficio N° 0550-2005-DGPS/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona;

Que en ese sentido, el Ministerio de Salud en coordinación con diversas instituciones y organizaciones públicas y privadas vienen realizando un conjunto de intervenciones para la promoción, prevención y cuidado de la salud de los/las adolescentes tendientes a garantizar su desarrollo integral como condición básica para su inserción en la actividad productiva del país;

Que dentro de dicho contexto, la Dirección General de Salud de las Personas en concordancia con los Lineamientos de Política Sectorial 2002 - 2012 y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, ha elaborado el documento técnico: "LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES", que comprende un conjunto de acciones orientadas a precisar las prioridades del Estado en materia de salud de los/las adolescentes;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo previsto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;





SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento técnico: "LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES", que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que las direcciones regionales y direcciones de salud a nivel nacional sean las responsables de la difusión, implementación, ejecución y evaluación del cumplimiento del presente documento técnico.



Artículo 3°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones, la publicación del citado documento en la Página Web del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DEL PERU

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES



Índice

	Pag.
1. Presentación.	3
2. La salud de los/las adolescentes y la inversión pública	6
2.1. Modelo para la promoción y cuidado del desarrollo y salud de los/las adolescentes .	8
2.2. Lecciones aprendidas en salud de los/las adolescentes	10
a. En relación al diseño y gestión de intervenciones de salud para adolescentes.	10
b. En relación a la promoción de la salud y a la detección oportuna de condiciones de vulnerabilidad para los adolescentes y vigilancia frente a situaciones de inequidad y violación de sus derechos.	11
c. En relación a los servicios de salud para adolescentes.	12
d. En relación a los recursos humanos.	12
e. En relación a la participación de los/las adolescentes.	13
3. Situación de salud de los/las adolescentes en el Perú.	14
a. Adolescencia y pobreza en el Perú.	14
b. Las familias de los/las adolescentes.	15
c. De qué se enferman y mueren los/las adolescentes peruanos/as.	15
d. La violencia, un problema de salud pública.	16
e. ¿Qué características tiene la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes?	18
f. La educación de calidad, un factor de protección.	20
g. ¿Cómo es el acceso al empleo en los/las adolescentes peruanos/as?	21
4. Visión, Misión y Principios básicos de la Política de Salud de los/las Adolescentes.	22
4.1. Visión.	22
4.2. Misión.	22
4.3. Principios básicos para políticas de salud dirigidas a los/las Adolescentes.	22
5. Lineamientos de política en salud de los/las adolescentes.	24
Lineamiento 1	25
Lineamiento 2	25
Lineamiento 3	26
Lineamiento 4	28
6. Bibliografía.	30



1.- Presentación.-

El derecho a la salud es parte sustantiva de los derechos humanos y el Estado debe garantizarlo para todos los grupos poblacionales. Esta tarea cobra especial urgencia en salud de los/las adolescentes. Nuestro país tiene una deuda social con los/las adolescentes. Por ello, el Ministerio de Salud ha definido los siguientes lineamientos de política en salud del adolescente, los cuales se enmarcan en los diferentes compromisos internacionales asumidos por nuestro país, como: los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la renovación en el 2004 de los acuerdos de la Asamblea de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, la Convención Internacional de los Derechos del Niño y muy especialmente los Lineamientos de Política de Salud 2002 - 2012 y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002 - 2010.

Nuestra gestión tiene el firme compromiso de avanzar en equidad, eficacia, eficiencia, integralidad y sostenibilidad de los programas y acciones que, como sector y como parte del ámbito salud, le son inherentes. De allí que estos lineamientos de política están destinados no sólo a las acciones sectoriales, sino a la labor que como sector especializado cumplimos en relación a los diferentes sectores involucrados en la producción de salud.

Durante los últimos años el Ministerio de Salud, ESSALUD y diversas organizaciones no gubernamentales han desarrollado un intenso trabajo de promoción, prevención y cuidado de la salud de los adolescentes, logrando establecer algunos servicios diferenciados en el tercer, segundo y primer nivel de atención. En ellos, se han implementado diversas estrategias de trabajo con esta población, lo que hoy nos permite tener lecciones y un amplio grupo de recursos humanos de diferentes disciplinas, especializados en el área. Asimismo, se ha logrado nuclear y capacitar una amplia red de promotores educadores de pares, así como de adolescentes y jóvenes líderes en salud en varias localidades del país. Ellos/as vienen protagonizando diversas iniciativas de promoción, protección y cuidado de la salud.

Esta labor ha sido enriquecida con el aporte de las sociedades científicas y las universidades, que vienen aportando con la capacitación de recursos humanos en programas formales de post grado y en espacios de educación permanente a través de congresos, cursos de capacitación, debates temáticos especializados y premios a la investigación en el área. La cooperación internacional a través de Pathfinder Internacional, DFID, BID GTZ, USAID, UNFPA, Banco Mundial, CARE, OPS, ONUSIDA, Fundación Ford, UNICEF, IWHC, FAO, Fundación Kellogg, entre otros, han ayudado en forma decisiva a impulsar este proceso.

Ha llegado el momento de convertir lo aprendido de estas experiencias pilotos en políticas nacionales de salud de los/las Adolescentes. Estamos convencidos que la promoción y cuidado de la salud de los/las adolescentes es una de las inversiones públicas más importantes para el desarrollo del país, la gobernabilidad y la creación de generaciones de peruanos y peruanas saludables. Los y las adolescentes son el presente y el futuro de nuestro país. Si no invertimos en ellos/as, estaremos limitando el desarrollo pleno de sus capacidades físicas, psicológicas y sociales, con el consiguiente impacto en la calidad de capital humano, social y cultural que tendrá nuestro país hoy y mañana, pues lo que se vive y se hace en la adolescencia condiciona fuertemente el desarrollo humano posterior de cada individuo y de la sociedad.



Concebimos la Adolescencia como una de las etapas del desarrollo humano caracterizadas por el intenso cambio físico, psicológico y social que se inicia en la pubertad, entre los 10 y 12 años, se consolida entre los 13 y 14 años y culmina aproximadamente a los 19 años, con la obtención de las características físicas, biológicas y psicológicas de la juventud y la asunción de deberes y responsabilidades sociales y legales de esta etapa. Durante estos años cada persona, a partir de sus experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla, empieza un proceso de individuación y socialización secundaria, marcado por la transformación de sus cuerpos, la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva; la construcción de una identidad es un imperativo para ellos/as. Por ello invierten su tiempo en la búsqueda intensa de figuras identificatorias fuera del marco del hogar y las referencias familiares y en elaborar nuevas explicaciones del sentido de la vida, de sus vidas.

La exploración del mundo, la centralidad del grupo de amigos/as que construyen y con los cuales comparten estos difíciles procesos, los cambios constantes de humor, sentimientos y percepciones, los cambios en las relaciones con su familia inmediata, el enamoramiento, erotismo y el descubrimiento de sus capacidades y necesidades sexuales, la necesidad de encontrar su lugar en el mundo, constituyen características importantes de esta etapa.



Los/las adolescentes están a la búsqueda de valores e ideales que consideren coherentes con sus sensibilidades y con lo que el mundo les muestra, ellos/as prueban y adoptan hábitos, costumbres y formas de interrelacionarse con sus pares y el mundo social en conjunto. La adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales no sólo podrían cambiar el perfil epidemiológico del Perú, sino las formas en que somos y construimos patria.



Nuestro sector tiene parte de responsabilidad en promover y generar condiciones para promover y proteger la salud y el desarrollo de los/las adolescentes. La diversidad de nuestras experiencias en salud, muestran que los/las adolescentes que se exponen a espacios de participación, sin distinción de su condición social, sólo piden OPORTUNIDADES, APOYO, ASESORIA, SERVICIOS, ESPACIOS DE INTERCAMBIO. Cuando encuentran respuesta a estas necesidades, ellos/las se constituyen en los principales aliados del desarrollo y, en nuestro caso, aliados del Sector Salud. Su labor para detectar pares (personas de su misma edad) que viven en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, informarles sobre los servicios y bienes públicos posibles de utilizar y derivarlos, muestra que la alianza con los/las adolescentes es buena: beneficiosa para los/las adolescentes en riesgo y vulnerabilidad y sus familias, beneficiosa para los propios adolescentes que se constituyen en agentes sanitarios y figuras referenciales para sus pares, vale decir en líderes.



Invertir en la salud de los/las adolescentes, por tanto, no es sólo detectar los daños y curar las enfermedades que esta población tiene. Es **DESARROLLAR CAPACIDADES**, promover el capital humano y social que hemos cuidado y protegido en la infancia y construir agentes de cambio cultural en salud.



La salud pública tiene entre sus objetivos la generación y/o el restablecimiento de capacidades físicas, psíquicas y sociales, para ello, es necesario involucrar a la comunidad peruana en la protección y promoción de la salud de los/las adolescentes y a los/las mismos adolescentes como protagonistas del cambio.



Los/las adolescentes expuestos a riesgos y que viven en alta vulnerabilidad nos muestran los resultados del abandono y la negligencia social a través de las estadísticas de suicidios, de violencia sexual, familiar y social, las disfunciones psicológicas, los problemas de salud mental, las adicciones, la tuberculosis, los embarazos no deseados en adolescentes, los abortos, la muerte materna de adolescentes, la muerte infantil de hijos de madres adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y SIDA, la malnutrición, entre otras. Los/las adolescentes no son un problema, sus biografías y vidas, nos muestran los problemas del país.

No hemos logrado todavía erradicar comportamientos que atentan contra los derechos humanos de los/las adolescentes, en especial de aquellos que viven en condición de pobreza y pobreza extrema, como: a) la violencia sexual e institucional, b) abuso y explotación sexual y laboral c) el maltrato, la estigmatización racial y la discriminación, d) inicio temprano y la permisividad en el consumo de alcohol y drogas, e) la captación y enrolamiento en acciones terroristas y vandálicas, f) la falta de reconocimiento e inclusión de sus organizaciones en los procesos participativos.

Nuestro sector abre la puerta grande a uno de los grupos poblacionales que por su propio proceso bio - psicológico y social anida la mayor creatividad, flexibilidad, capacidad de aprendizaje, liderazgo y potencialidad de cambio cultural y social en salud. Vale decir, a una de las poblaciones eje del desarrollo sostenible de nuestro país en términos de presente y futuro.

Estos lineamientos de política vienen a delimitar las prioridades del Estado en materia de salud de los/las adolescentes. Para ello hemos realizado una profunda revisión técnica de los avances en el área de salud de los/las adolescentes, aunada a un proceso de escucha de la voz de los/las adolescentes, sus necesidades, intereses y demandas, así como la de los oferentes de servicios, representantes de la población organizada, instituciones y profesionales especializados en el área. Con ellos y ellas, hemos consensuado estos lineamientos de política.

El equipo del Ministerio de Salud pone a su disposición el presente documento para orientar las acciones de normatividad y elaboración de protocolos, así como de planeamiento, implementación, monitoreo y evaluación en el área; en el nivel nacional, regional y local, con la certeza que nos permitirá avanzar en el camino de hacer realidad el derecho a la salud para todos y todas en el Perú.

Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

2. La salud de los/las adolescentes y la inversión pública.-

La adolescencia constituye uno de los períodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Se inicia con los cambios biológicos y físicos de la pubertad, etapa en la que "se modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y a los demás. El cuerpo crece, aumenta su resistencia y se producen en él cambios que agudizan las diferencias entre los sexos; la capacidad para el pensamiento abstracto y la empatía pasan a primer término; y surgen nuevas relaciones sociales entre los jóvenes, así como entre jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia. Esas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no sólo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente. A medida que las influencias exteriores a la familia empiezan a adquirir importancia, las decisiones que adoptan los jóvenes y las relaciones que forman influyen cada vez más en su salud y en su desarrollo físico y psicosocial. Lo que hagan en esa época les afectará durante toda la vida y tendrá consecuencias para sus vástagos. La adolescencia es una época en la que se necesitan nuevas competencias y conocimientos"¹.



En términos de grupo etéreo y para efectos de la planificación de acciones, esta etapa se ubica entre los 10 y 19 años, reconociéndose dos subetapas claramente diferenciadas en su interior: 10 a 14 años, adolescencia temprana y 15 a 19 años, adolescencia propiamente dicha. Estas dos subetapas marcan dinámicas, necesidades y capacidades diferenciadas, frente a las que el Estado debe tener también una oferta diferenciada.



Cuando en la adolescencia el individuo cuenta con oportunidades para su desarrollo y se esfuerza por hacer "realidad su potencial físico, intelectual, emocional, espiritual, social y artístico, contribuirá enormemente al progreso social. (...). El destino de los jóvenes depende de ellos mismos, de su entorno y del apoyo y las oportunidades que les proporcionen los adultos"².



Los/las adolescentes tienen una gran capacidad potencial para influir en procesos de cambio cultural en salud, pues es un estadio crucial del desarrollo humano, en el que la persona busca y asume ideales, poniendo en cuestión la ideología, actitudes y prácticas de su familia y entorno inmediato. Asimismo, la persona asume y fija pautas de comportamiento y hábitos de vida en correspondencia con las figuras de referencia (líderes, ídolos) a las que él y su entorno les dan más valor y con quienes logra identificarse y en función de los grupos de pertenencia en que participa.

Por ello, es necesario que la sociedad esté en condiciones de ofrecer a los/las adolescentes, no solo figuras de referencia y grupos de pertenencia saludables, sino oportunidades para el ejercicio pleno de sus derechos, pues éstos constituyen factores claves para la producción social de la salud, las condiciones de vulnerabilidad y la enfermedad.



¹ OMS. Programación para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Informe de un grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre programación para la Salud de los Adolescentes. Ginebra 1999.

² Ídem.

Los especialistas señalan que los/las adolescentes tienen necesidades específicas, que aún con sus diferencias culturales, económicas, sociales, están presentes en todos ellos. Tales necesidades podrían resumirse en:

- Necesidad de ideales, de ídolos con los que identificarse.
- Necesidad de espacios propios y diversos para el ejercicio de creatividad y autonomía.
- Necesidad de ser escuchado, respetado, aceptado como una persona inteligente y con derechos.
- Necesidad de consejería, información y orientación³.

De acuerdo a las capacidades y necesidades de los/las adolescentes, el objetivo central de una estrategia de Acción en Salud de los/las adolescentes es desarrollar políticas de salud formativas y que promuevan entornos y procesos tendientes a incentivar a esta población y a la comunidad toda a participar y hacerse co-responsable de su protección social y de la promoción y cuidado de su salud.

Lo señalado permite definir el área de salud de los/las adolescentes, como uno de los espacios de ampliación de valor público orientado a garantizar los derechos y deberes de esta población, respondiendo a sus necesidades y reconociendo sus capacidades. Sólo cuando los derechos humanos de los/las adolescentes son conocidos por ellos mismos y garantizados por la sociedad, ellos/las tendrán condiciones para desarrollar todas sus capacidades.

Esta constatación coloca como eje del interés de los lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, la responsabilidad del Estado y de la ciudadanía toda en el desarrollo pleno de capacidades para la vida y la salud, superando con ello el paradigma tradicional que limita la acción sanitaria a la prevención de enfermedad y muerte, y señala que dado que los/las adolescentes se enferman poco y tienen baja mortalidad, no son un grupo prioritario de atención.

El Ministerio de Salud está comprometido con transformar el modelo de atención que actualmente responde básicamente a problemas físicos y biológicos y escasamente orientado a la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria, menos aún a atender y promover las necesidades de salud psicosocial y mental, además de las de información, consejería y cuidado que la salud sexual y reproductiva que los/las adolescentes demandan. Por ello, promover y cuidar la salud de los/las adolescentes nos remite a la necesidad de producir cambios sustantivos en la gestión pública de los servicios de salud y de la acción sanitaria multisectorial.

Este compromiso supone producir cambios sustantivos en el sistema en el mediano y largo plazo, en varias áreas: a) reorienta el presupuesto y la acción pública en función de las necesidades y capacidades de esta población, b) introducir cambios que permitan capacitar y desarrollar habilidades en los recursos humanos del sector, usar mejor la infraestructura pública con que se cuenta, e c) incorporar a los/las adolescentes como interlocutores válidos de este proceso.

³ La Rosa Liliann. Institucionalidad de las políticas sociales para los adolescentes y jóvenes. En: Políticas de Juventudes: por la igualdad de oportunidades. SPAJ. Banco Mundial. Julio 2001.

En esta perspectiva el Ministerio de Salud se encuentra implementando el modelo de atención integral de salud que incorpora lo sectorial como lo multisectorial, lo cual se fundamenta en la necesidad de maximizar la utilización de los recursos, para dar respuesta a situaciones complejas e interrelacionadas que afectan la salud de los/las adolescentes.

En términos de economía de la salud, la inversión en los/las adolescentes es de bajo costo y altísima rentabilidad. Sus problemas de salud están relacionados con los comportamientos, desinformación o mala información, negligencia, maltrato y abandono, más que con problemas físicos y biológicos propiamente dichos.

El Ministerio de Salud tiene el mandato directo sobre el sector salud y responsabilidad de rectoría y promoción de acciones multisectoriales con los diferentes actores del Estado y la sociedad que participan activamente en la producción de los determinantes de la salud. Estos lineamientos tienen como destinatario ambos espacios, de allí que el objetivo o misión final que nos planteamos es aportar a la salud y el desarrollo de los/las adolescentes como bien se expresa en el Modelo para promover el Desarrollo Juvenil elaborado por la OPS⁴, que guarda estrecha relación con el Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud.

2.1. Modelo para la promoción y cuidado del desarrollo y salud de los/las adolescentes

El modelo considera a los adolescentes como sujetos de derecho. Incorpora a las familias como un eje central que funciona como un determinante de su salud. A ella se agregan otros actores del entorno como sus redes sociales de referencia, principalmente pares adolescentes y otras formas de interrelación que condicionan su participación plena en la sociedad y la política, tales como el empleo y la generación de ingresos, el acceso a servicios de salud, educación, justicia y al ejercicio de derechos ciudadanos.

Esta perspectiva holística da cuenta de los diferentes espacios que se interrelacionan para producir el estado de salud y nos esquematiza los diferentes actores con los que tendríamos que planear y coordinar las intervenciones para generar ambientes saludables que favorezcan el desarrollo y la salud de los/las adolescentes.

⁴Russell Jill and Xavier Solórzano con la colaboración de Matilde Maddaleno y Rosalía Rodríguez. Políticas de Adolescentes y jóvenes. Las experiencias de Colombia, República Dominicana y Nicaragua. OPS. Washington DC 2001.

Ambiente:

hogar, vecindario, comunidad, escuela, organizaciones, agentes de salud, medios de comunicación

Empleos y generación de ingresos

Seguridad económica y financiera

Participación social y política. Redes de abogacía.

Políticas integrales. Empoderamiento Juvenil

Educación, desarrollo de habilidades para la vida y Ética.

Servicios de protección, promoción, consejería. Educación para la salud.

FAMILIAS

Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes

Derechos y ciudadanía

Competencias

Salud y Bienestar

Justicia

PROGRAMACION

Para promover el desarrollo sano, satisfacer necesidades y adquirir competencias

Para prevenir problemas de salud y cuidar la salud.

Intervenciones:

- Creación de un entorno seguro y de apoyo.
- Adquisición de competencias.
- Servicios de Salud.
- Suministro de información.
- Orientación y consejería.



El Modelo incluye un esquema que divide la programación de las acciones en salud del adolescente en dos etapas : 1era.- Dirigida a promover el desarrollo sano, satisfacer necesidades y adquirir competencias, la cual tiene un carácter multisectorial . 2da.- Está referida a prevenir y cuidar la salud, que constituye responsabilidad intra - sectorial.

En ambos espacios de acción, la prioridad es proteger a todos los/las adolescentes, con énfasis en los/las que viven en situación de vulnerabilidad y promover su vida y su salud. En este marco, la inequidad social, étnica y de género constituyen indicadores claves para definir prioridades y estrategias de acción.

2.2.- Lecciones aprendidas en salud de los/las adolescentes

A continuación hacemos un recuento de las lecciones aprendidas, para la programación de las acciones en salud de los/las adolescentes, de forma tal de orientar la elaboración de las estrategias y actividades adecuadas a cada localidad y región en que se deben implementar nuestros lineamientos⁵:

a.- En relación al diseño y gestión de intervenciones de salud para adolescentes

- La forma en que está diseñado el sistema de salud tiene implicancias sobre los/las adolescentes en cuanto al acceso y la calidad de los servicios que requieran.

⁵ Arana María Teresa, Calle María del Carmen, Arana Marco, editores. Promoción y Cuidado de la Salud de Adolescentes y Jóvenes: Haciendo realidad el Derecho a la Salud. OPS, GTZ. Lima 2004.

Banco Mundial. Trinidad and Tobago. Youth And Social Development. An Integrated approach for Social Inclusion. June 2000.

Barker Gary, Fontes Miguel. Revisión y Análisis de la Experiencia internacional con programas dirigidos a los jóvenes en riesgo. Grupo de Desarrollo Humano. Región de América Latina y El Caribe. Banco Mundial USA, Julio 1996.

Burt Martha. ¿Porqué debemos invertir en el Adolescente?. OPS, KELLOGG. Washington D.C. 1995.

Carrasco Mery. Editora. Salud de los Adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad. MINSA, SPAJ, PROMUDEH, Congreso de la República del Perú. Lima 2002.

Cortazar Juan Carlos, La Rosa Liliana, Ventura Sandro, Cabeza Carlos, Ordoñez Dwight. Políticas de Juventudes Por la igualdad de oportunidades. SPAJ, BANCO MUNDIAL. Lima 2001.

FNUAP. Estado Mundial de la Población 2004. El consenso de Cairo diez años después: Población, Salud Reproductiva y Acciones Mundiales para Eliminar la Pobreza. USA 2004.

GTZ. Centros de Desarrollo Juvenil - CIDs. Proyecto Salud Integral del Adolescente y Prevención del VIH/SIDA. Lima 2004.

Gogna Mónica - coordinadora. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires, 2001.

La Rosa Huertas Liliana. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Fundación Ford Lima, Perú 2002.

La Rosa Huertas Liliana. Modelos de Atención de salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú. GTZ, MINSA, 2002.

La Rosa Huertas Liliana. Servicio Diferenciado, Servicio diferente. Gestión de la atención de salud de los/las adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. MINSA, Fundación Ford, SPAJ. 2001.

La Rosa Huertas Liliana. Reforma Sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de los/las adolescentes en la región. OPS Washington, Fundación Kellogg. USA 2001.

Miranda María. Editora. Políticas de Juventudes II. SPAJ. Agosto 2001.

YouthNet. Lente Joven. La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes. Número 2, USA Octubre 2002.

UNICEF, ONUSIDA, OMS. Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial. Julio 2002.

PROMUDEH, SPAJ, Congreso del Perú. Fundación Ford. Lima 2002.

- Es necesario lograr consistencia entre los criterios que utilizan las instituciones públicas para la clasificación y recolección de información de este grupo etéreo, así como para la gestión de bienes y servicios, la normatividad, financiamiento y evaluación. Para ello, se debe diferenciar por sexo y por subetapas de la adolescencia: 10 - 14 años y 15 a 19 años.
- La gestión de políticas de salud y desarrollo para adolescentes tiene que incorporar el enfoque de género, derechos humanos, ser intercultural, multidisciplinaria, intersectorial, multisectorial e integral.
- El diseño de las intervenciones debe evitar la estigmatización y la discriminación; así como facilitar la producción de capital social.
- En relación con la salud reproductiva, se han logrado descensos importantes en el embarazo no deseado usando una estrategia que incorpora: promover el dialogo abierto y fluido sobre la sexualidad al interior de las familias y las escuelas, ampliar el acceso a información con relación a la salud reproductiva y opciones anticonceptivas; y, ampliar el acceso a los insumos y métodos anticonceptivos.
- Las metodologías participativas y creativas como escuelas y municipios saludables, el desarrollo del arte y los deportes además de constituir un fin en sí mismos, son estrategias exitosas para convocar adolescentes de toda condición.
- Los espacios de diálogo democráticos de adolescentes con jóvenes y adultos son claves para favorecer el desarrollo de programas.
- Debe existir un paquete de prestaciones básicas universales para adolescentes, las cuales deben estar aseguradas por el Estado y las aseguradoras existentes en el medio. Asimismo, todo adolescente detectado en situación de vulnerabilidad deberá contar con un paquete de prestaciones de salud gratuitas, que le permitan su pronto cuidado, recuperación y/o integración social.
- Es necesario que la gestión administrativa y financiera sea flexible, de tal forma que responda a las necesidades reales de los/las adolescentes y jóvenes de acuerdo a sus condiciones de vulnerabilidad y exclusión.

b.- En relación a la promoción de la salud y a la detección oportuna de condiciones de vulnerabilidad para los adolescentes y vigilancia frente a situaciones de inequidad y violación de sus derechos

- Se debe generar una gestión intra y multisectorial de forma tal que integre las acciones en una red de programas para lograr: 1) integralidad entre la promoción y el cuidado de la salud; y, 2) establecer mecanismos rápidos de detección, referencia y contrarreferencia comunitaria.
- Está probado que la estrategia de adultos acompañantes o asesores juveniles individuales designados para dedicarse específicamente a un número no mayor de siete a ocho adolescentes por mentor, con una concentración mínima de cuatro encuentros por semana, es exitosa.
- Los subsidios directos a jefas de hogar en situación de pobreza y exclusión social, siempre que están asociados a: 1. incentivos para la permanencia de los/las adolescentes en la escuela, 2. la capacitación para el autocuidado de la salud, 3. la participación en organizaciones y, 4. acceso al cuidado integral de la salud; son exitosos en mejorar la salud y las condiciones de vida de esta población.



c.- En relación a los servicios de salud para adolescentes

- Los servicios de salud deben ser instalados en diversos espacios sociales: colegios, barrio, clubes deportivos, centros de salud, comisarías. Asimismo deben garantizar la confidencialidad de la consulta, establecer un trato respetuoso y abierto a los intereses y preocupaciones de los/las adolescentes, tener flexibilidad para acoger al adolescente que demanda atención solo o en compañía de otros pares, tener alta capacidad resolutoria y tener un costo adecuado a las posibilidades reales de la población.
- Toda atención a adolescentes debe ser diferenciada* e integral, centrada en atender las necesidades de salud psicosocial y mental, información y consejería en afectividad y sexualidad, salud reproductiva y salud física.
- Los servicios para adolescentes ubicados en servicios de salud, como Centros de Salud, Hospitales e Institutos, deben ser diferenciados, vale decir, tener infraestructura básica para la atención con puerta de entrada independiente del servicio general, funcionar en horarios adecuados a las posibilidades de la población adolescente.
- Existen limitaciones en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Ellos/las necesitan atención específica dados los profundos cambios que en esta esfera se están produciendo en su vida y los tabúes, creencias y mitos que operan desde la cultura hegemónica sancionando el interés y ejercicio sexual de los/las adolescentes. Por ello, es necesario evitar toda posibilidad de "oportunidad perdida" en la atención, de modo que, todo servicio para adolescentes, debe estar preparado para proveer no sólo información, consejería y detección oportuna de problemas, sino insumos anticonceptivos.
- Es necesaria la inclusión de los grupos de pares, familias, escuelas y comunidades en los procesos de protección y promoción de la salud como red de sostén de las intervenciones.
- Debe incluirse la co - gestión o participación activa de los/las adolescentes en el diseño, implementación y evaluación de las políticas y programas para ellos y ellas.

d.- En relación a los recursos humanos

- El recurso humano es clave en el trabajo con los/las adolescentes.
- Los recursos humanos que trabajen con adolescentes deben estar entrenados y tener vocación de trabajo con esta población. Conocer el idioma, códigos culturales y procesos sociales de la zona en que trabajan. Asimismo, es importante que estos recursos establezcan una red de acción con los adultos acompañantes (o asesores comunitarios) entrenados para acompañar y dar seguimiento a adolescentes en riesgo y con los asesores juveniles y adultos capacitados para apoyar organizaciones de adolescentes.

* Denominamos "atención diferenciada" a la que está orientada a responder a las necesidades específicas de esta población, por tanto cuenta con instrumentos específicos de evaluación, detección de riesgo y daño, flujo de atención, referencia, etc. Cuando se trata de problemas, los/las adolescentes no tienen dificultades para ser derivados a servicios especializados cuando lo requieren (tuberculosis, diabetes, oftalmología, obesidad, etc), ni es necesario crear un "minihospital" para adolescentes.

- La educación permanente a través de la supervisión educativa, la asistencia a congresos y eventos de capacitación e intercambio, así como la evaluación con incentivos al desempeño impulsan la ampliación de valor público de los programas.

e.- En relación a la participación de los/las adolescentes

- Toda estrategia de acción debe incluir y promover la participación en los servicios y la difusión de los derechos humanos sin discriminación alguna.
- La participación efectiva de los/las adolescentes debe incluir la inversión en un proceso sostenido de empoderamiento, que incluye acciones de información, capacitación, análisis y toma de decisiones.
- Los/las adolescentes voluntarios son más exitosos y se sostienen en el tiempo si constituyen organizaciones de pares estableciendo una relación autónoma de los servicios.
- Es necesario reconocer e implementar acuerdos con organizaciones de los/las adolescentes para administrar con responsabilidad bienes públicos, bajo la mediación de acuerdos formales en atención a un plan de trabajo.
- La inversión en procesos de reconocimiento y premiación de adolescentes voluntarios y líderes, refuerza el éxito del trabajo.
- La participación de adolescentes en redes locales, regionales y nacionales, amplía sus habilidades y capacidades de ejercicio democrático de sus funciones ciudadanas.



3. Situación de salud de los/las adolescentes en el Perú

El 20.9 % de la población peruana es adolescente, vale decir, que 5'749,220 hombres y mujeres tienen entre 10 y 19 años (INEI 2004). En su interior se diferencian dos grupos con necesidades y procesos distintos: 10-14 años y 15 a 19 años.

a) Adolescencia y pobreza en el Perú

El 66.9% de adolescentes de 10 a 14 años y el 56.6% de los que tienen entre 15 y 19 años, vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Si examinamos la pobreza por grupos de edad y miramos lo que sucede con los/las adolescentes y jóvenes, encontramos:

Tabla N° 1.- ¿Cuántos adolescentes viven en pobreza y pobreza extrema por grupos de edad en el Perú: 2001?

Grupos de edad	Población en pobreza extrema 2001	Población en pobreza 2001 (incluye la pobreza extrema)
Total nacional	24.4	54.8
0-4	33.4	66.3
5-9	35.2	68
10-14	33.7	66.9
15-19	23.3	56.6
20-24	16.2	47
25-29	17.1	46.2
30-34	20.4	50.5
35-39	22.0	51.7
40-44	19.3	47.8
45-49	20.4	47.2
50-54	18.9	46.1
55-59	17.5	42.7
60-64	18.2	41.4
65-69	16.8	42
70-74	17.6	42.2
75-79	15.4	40.4
80 y más	19.3	42.5

Fuente: INEI - ENAHO IV Trimestre 2001.

Del total de grupos etáreos, los adolescentes de 10 a 14 años son el segundo grupo más golpeado por la pobreza y pobreza extrema en el Perú, siendo los niños de 5 a 9 años el primer grupo. Los/las adolescentes jefes de hogares experimentan mayor pobreza extrema que los de otros segmentos poblacionales. Según ENDES 1996, el 46.3 % de menores de 20 años que son jefes de hogares, viven en condiciones de pobreza..

La pobreza constituye por sí misma un factor de riesgo, sin que ello sea determinante de comportamientos riesgosos. Sin embargo, su sola existencia marca una orientación de prioridad de política.

b) Las familias de los/las adolescentes

El 21.3% de los hogares urbanos está presidido por una mujer; los reportes de investigaciones locales indican que en este tipo de hogares, los/las adolescentes y jóvenes colaboran más intensamente en sostener el hogar, tanto en términos económicos como de apoyo en los quehaceres cotidianos.

Tabla N° 2: ¿Cómo son los hogares de los/las adolescentes?

Característica	Area urbana	Área rural	Total
Jefe de hogar Hombre	78.7	83.7	80.5
Jefe de hogar Mujer	21.3	16.3	19.5
Total	100.0	100.0	100.0
Menores de 15 años que no viven con ninguno de sus padres biológicos	9%	7%	8%

Fuente: ENDES 2000

Es importante notar que el 9% de menores de 15 años del área urbana, no viven con ninguno de sus padres biológicos y están en condiciones de adoptados, ahijados u acogidos. Sólo el 70.5% de los/las adolescentes viven con ambos padres, 7.6% es huérfano de alguno de ellos y 8% no vive con ninguno de ellos, a pesar que el 7% los tiene vivos.

Uno de los rostros más graves que tiene la violación de los derechos humanos de adolescentes en nuestro país es la explotación laboral de esta población, especialmente cuando viven en condición de adoptados, ahijados o acogidos, los cuales difícilmente reciben una remuneración por su trabajo, no asisten a la escuela y son maltratados/as. Estas personas crecen sin protección, orientación, afecto y sin la mínima conciencia de derechos humanos.

c) ¿De qué se enferman y mueren los/las adolescentes peruanos/as?

Según los registros del MINSA, la principal causa de hospitalización de adolescentes está relacionada con atención de embarazos, partos y puerperio, seguida por traumatismos, envenenamientos, neumonía, tuberculosis y apendicitis.

La misma fuente señala que los/las adolescentes se caracterizan por mayor involucramiento en conductas que amenazan su salud. El inicio de estas conductas es cada vez más precoz; algunos están involucrados en múltiples conductas de riesgo y este fenómeno afecta a todos los niveles socioeconómicos. La edad de inicio del tabaquismo es los 12 años y la prevalencia de vida es de 60.5%, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es 12 años y la prevalencia de vida es de 87.2%. La edad de inicio de drogas ilegales está alrededor de los 12 años y al final de la adolescencia: 4.6% de consumo previo de marihuana, 2.6% de pasta básica y 2.9% de cocaína, siendo más frecuente entre los hombres.

En términos de mortalidad, la primera causa está relacionada con accidentes, suicidios y violencias. Según la encuesta realizada por Acción por los Niños, entre 402 menores

peruanos de 11 a 17 años, el 42.9% de los jóvenes entrevistados de diversas condiciones económicas de la Gran Lima, plantean que el hecho de no sentirse queridos por sus padres como la razón suficiente para el suicidio. Las decepciones con las parejas, aparecen como móvil para el acto en el 11.1% de los encuestados⁷. De otro lado, según el Ministerio Público (2001)⁸, dos de cada cinco muertes violentas en el área urbana son producto de accidentes de tránsito (42.44%) y del total de muertes violentas, el 15.08% son homicidios. Vale decir, los/las adolescentes peruanos/as están muriendo por causas relacionadas con comportamientos de riesgo. La mayor parte de accidentes son prevenibles, al igual que los suicidios y las violencias.

De otro lado, en relación a las causas maternas de muerte, según Ferrando "ha aumentado el porcentaje de adolescentes que muere por causas maternas respecto al total de casos". En el 2001, del total de muertes maternas, el 11.1% sucedió en adolescentes, para el 2003, del total de muertes maternas, el 15.7% fueron adolescentes.⁹

En relación a la mortalidad de hijos de madres adolescentes, es importante señalar que es 26% mayor que la general¹⁰. Esto se explica porque la mayor parte de adolescentes pobres que se convierten en madres, no cuentan con preparación para la crianza de sus hijos, ni con una red afectiva y social que apoye y nutra el cumplimiento del rol materno que le toca asumir tempranamente.

En relación al SIDA, es importante relevar que la Oficina General de Epidemiología (OGE) señala que, para Agosto de 2004, hay 15,042 casos reportados en el Perú, de ellos, el 70% tienen entre 20 y 39 años de edad, vale decir que considerando el período de latencia prolongado para el VIH, un importante porcentaje de estas personas contrajeron la enfermedad en la adolescencia o juventud.

d) La violencia, un problema de salud pública

Según el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación¹¹, la cifra más probable de víctimas fatales del conflicto armado que vivió el Perú entre 1980 y 2000 es de 69,280 personas (en un intervalo de confianza al 95% cuyos límites inferior y superior es de 61,007 y 77,552 víctimas). Estas cifras superan el número de pérdidas humanas sufridas por el Perú en todas las guerras externas y guerras civiles ocurridas en sus 182 años de vida independiente y abarcó una proporción mayor del territorio nacional que cualquier otro conflicto.

La violencia política ha dejado serias secuelas para la vida del país, que afectan de especial manera a los/las adolescentes y jóvenes pobres que vivieron directamente esta dura historia o fueron producto de ella. La orfandad, el desarraigo, la indiferencia y la falta de protección del Estado han marcado la vida de estas generaciones que han crecido con miedo y sin atención especializada.

⁷ Bonfim Evandro. Crisis familiar crea tendencia suicida entre los jóvenes. ADITAL. Perú

⁸ MINSa. Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Lima, Perú 2004.

⁹ Ferrando Delicia. El Aborto Clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. Fundación Ford. Pathfinder Fund, Flora Tristán. Pina ppt. Lima Mayo 2004.

¹⁰ La Rosa Huertas Liliana. Modelos de Atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú. GTZ, MINSa Perú. 2002.

¹¹ Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. Lima, Perú 2003.

De otro lado, las estadísticas nos muestran que la violencia doméstica y sexual tiene dimensiones alarmantes: "en el Perú sólo entre enero y septiembre del año 2003, los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, registraron 1,814 denuncias de violencia sexual, de las cuales 1,714 (94%) correspondieron a mujeres, mientras que en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público se registraron durante todo el 2003, 14,063 delitos de violación de la libertad sexual, 78% (11,018) de los mismos en contra de mujeres. A partir de estos datos oficiales, y sin contar a las miles de mujeres que sufren este tipo de violación a sus derechos y no se atreven a denunciarla, se puede afirmar que en el Perú se producen 30 violaciones diarias, vale decir, que más de una mujer es violada por hora" ...El 76% (3,809) del total de víctimas mujeres afectadas por violencia sexual que acudieron al Instituto de Medicina Legal en el primer semestre del 2003, tenían entre 6 y 17 años de edad¹².

En relación a la violencia doméstica, Anicama¹³ señala que uno de cada tres limeños maltrata psicológicamente a sus hijos (36.2%) y dos de cada cuatro o cinco lo hace físicamente (43.2%). Las conductas violentas también se extienden a la escuela, donde algunos profesores imparten castigos físicos a adolescentes o ejercen violencia verbal.

Finalmente, otra expresión de la violencia que afecta directamente a los/las adolescentes, son las pandillas o grupos de adolescentes y jóvenes que establecen relaciones de lealtad y reciprocidad, tienen jerarquías y compiten por el control de los grupos y espacios geográficos, muchas veces esa competencia está mediada por la ingesta de alcohol y drogas y los enfrentamientos se dan con armas blancas. Según el Ministerio del Interior¹⁴ a través de la creación de Juntas Vecinales de Protección a la comunidad, sólo en su primer año de actuación en Lima identificaron 384 pandillas en la zona central y los barrios periféricos.

El ejercicio de la violencia está instalado como práctica social extendida. Los y las adolescentes están aprendiendo que ésta es una forma de resolución de los conflictos y es un mecanismo de ejercicio de autoridad. Los efectos de la violencia sobre la salud afectiva y mental del individuo y las comunidades son de largo plazo, algunas evidencias son: la poca autoestima, las dificultades de aprendizaje, la falta de habilidades y competencias para resolver los problemas y conflictos a través del diálogo, la distorsión del ejercicio de autoridad y la búsqueda continua de protección a través de figuras fuertes y violentas.

¹² Violencia sexual. Manuela Ramos. 2004. www.manuela.org.pe/violen_sex.asp

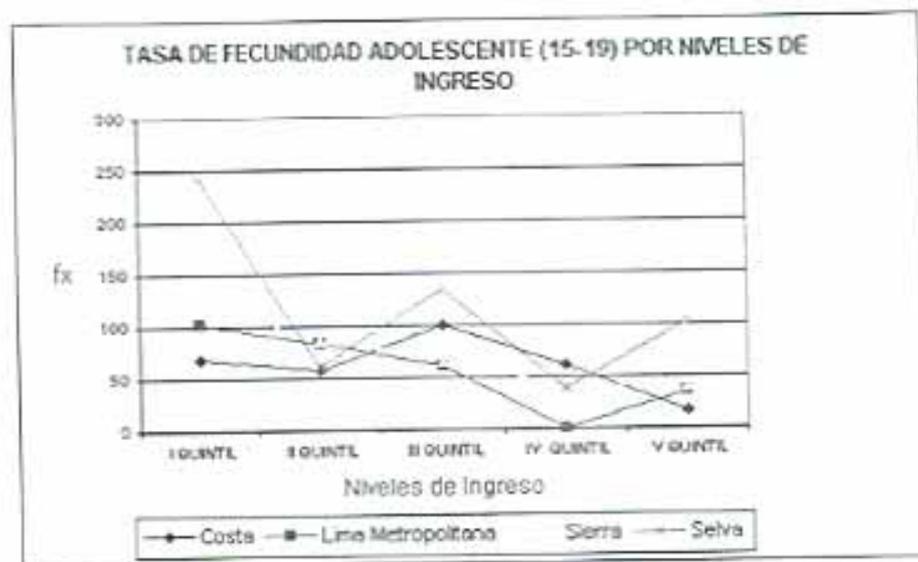
¹³ Anicama. Violencia en la Familia en Lima y en el Callao. I Encuesta de Hogares. Ediciones del Congreso del Perú, 2000. Citado en: Lineamientos de Salud Mental. Ministerio de Salud. Lima, Perú 2004.

¹⁴ Lama Abraham. Ciudades de América Latina. Perú. Organización ciudadana contra la violencia urbana. IPS 2000.

e) ¿Qué características tiene la salud sexual y reproductiva de los adolescentes?

Si bien la tasa de fecundidad adolescente esta en descenso, este descenso no es homogéneo.

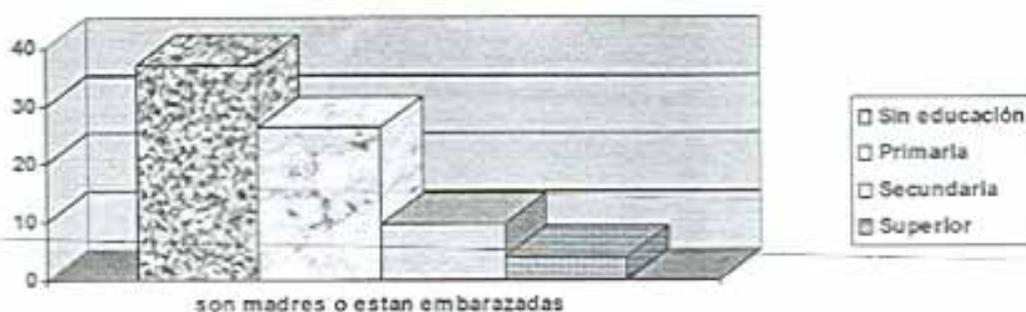
Según la tasa de fecundidad por niveles de ingreso, las adolescentes pobres presentan altas tasas -en comparación con las menos pobres. En el I Quintil, la tasa de 113 por mil casi triplica a la de las menos pobres (V Quintil), que es de 44 por mil. Similar situación se encuentra en los diferentes contextos geográficos del país, destacando la tasa de fecundidad en las adolescentes en situación de pobreza que residen en la Selva, -casi 1 nacimiento al año por cada 4 adolescentes-, con relación a aquellas que viven en el resto del país. Las madres adolescentes se encuentran mayoritariamente en los dos quintiles más pobres,



Según la ENDES 2000, 13% de todas las adolescentes (10 a 19 años) ya son madres o están embarazadas. Sin embargo, es importante reconocer que el 55 % de estos embarazos no fueron deseados.

A mayor educación existen menores tasas de embarazo en la adolescencia, esto puede explicarse porque estas adolescentes tienen acceso a más información en sexualidad y a métodos anticonceptivos, pero además éstas adolescentes tienen perspectivas de mejores condiciones de vida y desarrollo. La educación de calidad, es un factor de protección para adolescentes, es la segunda oportunidad de integración adecuada al mundo adulto, especialmente si la familia no cumple su rol de protección e integración social.

Grafico N° 1-Embarazo en la adolescencia por nivel educativo.



Fuente: ENDES 2000

Si consideramos que la mayor parte de embarazos en la adolescencia se producen sin deseárselo, esto conlleva a un alto número de abortos inducidos o clandestinos. Sólo en el

2003 fueron atendidas 4,247 adolescentes con cuadros de abortos complicados en los establecimientos del Ministerio de Salud¹⁵, para un total de 41,993 abortos complicados. Asimismo, la situación de adolescentes pobres con un/a hijo/a se traduce en el establecimiento prematuro de roles de adulto, sin mayor preparación y condiciones materiales, es factible entender las razones por las que la mayor parte de estas adolescentes terminan su vida reproductiva con familias grandes, no desarrollará todas sus capacidades, tendrá dificultades para culminar sus estudios básicos, se empleará en cualquier condición, lo que redundará en la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Un factor de riesgo para las vidas de las adolescentes madres y la de sus niños/as, es el intervalo de tiempo que esperan entre un embarazo y el próximo. Las adolescentes madres son las que esperan menor tiempo para un próximo embarazo, a diferencia de las mujeres de los otros grupos étnicos, esto se relaciona, entre otras cosas, con la ausencia de programas específicos que les permitan posponer embarazos.

El uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes del país es de 43%¹⁶, siendo los métodos tradicionales los más usados. Dentro del grupo de adolescentes que no usaban ningún método, ante la pregunta del motivo por el cual no hacían uso de la anticoncepción, el 4,7% de ellas manifestó desconocerlos, el 2,4% tener miedo a los efectos colaterales, mientras que el 2,0% reportó problemas de salud. Casi todos los motivos mencionados por las entrevistadas, indican que en el país todavía existen ciertas barreras culturales y falta de información que explican que las adolescentes a pesar de ser sexualmente activas no utilicen ningún método anticonceptivo. Entre las adolescentes solteras, a pesar de que una de cada 10 tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, solo el 32,1% usa métodos anticonceptivos.

¹⁵ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. 2003.

¹⁶ INEI, ENAHO 1998.

USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES, 1998

Métodos	(%)
Cualquier Método	43,0
Modernos	10,0
Tradicionales	33
No Usan	57,0
FUENTE: INEI, ENAHO 1998	

Por otro lado, la "demanda insatisfecha de planificación familiar", de las adolescentes unidas es de 23%, a diferencia del 11.3% de las mujeres de 20-24 años (ENDES 2000).

f) La educación de calidad, un factor de protección

Según el Ministerio de Educación, para el 2001, el 91,5% de la población de 6 a 11 años asiste a educación primaria y el 65,6% de la población de 12 a 16 años asiste a la secundaria. Lo que equivale a decir que el 34,4 % de adolescentes que deberían asistir a la escuela secundaria no lo hacen. Según la ENAHO 2002-IV, este porcentaje ha bajado a 32,6%.

El derecho a la educación básica es central para el desarrollo de habilidades y capacidades que aseguren a la persona el acceso al empleo y a la educación superior en buenas condiciones. Cuando un adolescente está fuera de la escuela, está en condición de riesgo. Esta situación en el Perú, involucra al 18,4% de mujeres que viven en pobreza y pobreza extrema y al 15% de varones de la misma condición. Los pobres y sobre todo las mujeres constituyen el grupo en mayor riesgo según este marcador (ENNIV 2000).

De otro lado, el atraso escolar, vale decir, la diferencia entre la edad y el nivel educativo correspondiente (que dan cuenta del éxito escolar), parecen ser también marcadores de riesgo: a mayor atraso escolar, menor éxito, más problemas y posibilidades de abandono de la escuela.

El éxito escolar y las posibilidades de creer que hay un futuro promisorio a través de la educación que pueden percibir los/las adolescentes rurales, es mínimo. Los/las adolescentes rurales, muestran mayor atraso escolar que los urbanos¹⁷.

¹⁷ Vésquez Enrique, Mendizabal Enrique, Edit. ¿Los niños... primero?. El gasto público social focalizado en niños y niñas en el Perú 1990 - 2000. Universidad del Pacífico, Centro de Investigación. Save the Children. Suecia. Perú. Noviembre 2002.

Los datos nos muestran que es necesario, para el país, diseñar y fortalecer políticas y programas que incentiven y logren la permanencia de los/las adolescentes en la escuela, con especial énfasis en las mujeres adolescentes rurales.

g) ¿Cómo es el acceso al empleo en los/las adolescentes peruanos/as?

La PEA juvenil está constituida por cerca de un millón cuatrocientos mil personas, de ellos, sólo el 39.4% está adecuadamente empleado y, acumulando los que tienen empleos parciales o eventuales y los que son remunerados por debajo del mínimo legal (sub-empleados), tenemos un 50.4%, de manera que los que declaran estar desempleados alcanzan el 10.3%, proporción superior a la del desempleo total en el país (8 a 9%).

Los adolescentes son los que en menor proporción tienen empleo adecuado, 33.4%, contra 37.1% de los jóvenes y 45.3% de los jóvenes adultos, lo cual indica una menor disposición a contratar, en esa condición, a personas en ese rango de edad. En cambio, los adolescentes registran las mayores tasas en las categorías de subempleo y de desempleo¹⁸.

Según Bardales, "las condiciones en que trabaja una parte importante de adolescentes son de explotación o por lo menos de grave deterioro, incluyendo actividades riesgosas que ponen en peligro su salud (lavaderos de oro, minería, prostitución, relleno sanitario, etc.) o integridad (pornografía, mendicidad, etc.)...En el país la prostitución de adolescentes es frecuente y se da tanto en calles específicas de ciudades y burdeles clandestinos, pero de manera más importantes en centros de diversión (karaoques, video pubs, pinballs, discotecas, clubes nocturnos, etc.), tanto en hombres como en mujeres entre los 13 y 18 años, e inclusive desde los 10 años"¹⁹.

El espacio de trabajo constituye para los/las adolescentes pobres, un lugar de socialización secundaria, el cual muchas veces compite y anula el espacio educativo. Son necesarias políticas de salud que vigilen la situación de salud ocupacional de esta población, detecte el riesgo, genere una red de protección y cuide la salud individual y comunitaria en éste ámbito.

La promoción de la salud debe incluir como una de sus acciones la inclusión del control social para la detección oportuna, denuncia y protección inmediata de todo y toda adolescente que ve vulnerados sus derechos a través de la explotación y abuso laboral o sexual.

¹⁸ Vega Centeno Máximo, Velazco Jackeline. Empleo, desempleo y capacitación de jóvenes en ciudades secundarias en el Perú. OIT Lima 1999.

¹⁹ Bardales del Aguila Carlos. Análisis de situación de Salud de los y las Adolescentes. GTZ - MINSA. 2002.

4.- Visión, Misión y Principios Básicos de la Política de Salud de los/las Adolescentes

4.1.-Visión

Los y las adolescentes ejercen sus derechos y responsabilidades ciudadanas en salud y tienen igualdad de oportunidades para lograr el desarrollo individual y bienestar físico, mental y emocional, así como para participar democráticamente en la producción de la salud y el desarrollo del país.

4.2.-Misión

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal y social de las y los adolescentes, promoviendo espacios y estilos de vida saludable y garantizando la atención integral de salud, proponiendo y conduciendo políticas, programas y procesos.

4.3.-Principios básicos para políticas de salud dirigidas a los/las adolescentes

En el marco de los Programas y Acuerdos Internacionales que nuestro Estado ha suscrito en materia de derechos humanos, infancia, población, mujer, desarrollo y de la Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, los principios básicos que orientan las políticas de salud de los/las adolescentes son los siguientes:

a) Derechos humanos y ciudadanía

Los/las adolescentes tienen los mismos derechos y libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión o diferencia de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Tienen derecho a la vida, la libertad, la seguridad personal; a estos derechos, se suman los explicitados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño y del Adolescente. Según Ríos, refiriéndose a los/las adolescentes señala: *"además de los derechos inherentes a la persona humana, el niño y adolescente gozan de los derechos específicos relacionados con el proceso de su desarrollo"*²⁰.

Todo/a adolescente es ciudadano/a con deberes y derechos plenos, exceptuando el derecho a elegir y ser elegido para ser autoridad pública ante de los 18 años. El Estado y la ciudadanía toda tienen que respetar sus derechos humanos, que incluye los derechos reproductivos.

El Ministerio de Salud asegura, a través de sus acciones, la protección, información, promoción y el ejercicio de los derechos de esta población en relación a salud.

Las familias, comunidad, escuela, los medios de comunicación y toda la sociedad deben proteger los derechos de los/las adolescentes y denunciar toda forma de violencia, discriminación, abuso y explotación, negligencia y maltrato. Así como

²⁰ Ríos, Mario. Como garantizar los derechos humanos de los/las adolescente desde la Salud Públicas?. Conceptos básicos, avances, problemas y retos para el Perú. En: Salud de los/las adolescentes. Inversión Social para cerrar brechas de inequidad. Carrasco Mery, editora. SPAJ, MINSA, PROMUDEH, Congreso de la Republica, Fundación Ford. Lima, 2002

promover una cultura democrática de respeto a sus derechos, participación e inclusión en la creación de consensos sociales que aseguren su vida y salud integral.

b) Equidad social

La equidad social es principio y fin de la acción del Estado Peruano, que implica: 1) acciones que aseguren el acceso universal, 2) acciones que cierren las brechas entre ricos y pobres, entre incluidos y excluidos del bienestar social, de forma tal de asegurar "igualdad de oportunidades".

c) Equidad de género

La equidad de género es un principio y fin prioritario, implicando la búsqueda de la igualdad de condiciones y oportunidades entre hombres y mujeres y la eliminación de toda forma de discriminación y violencia, así como la promoción de derechos y deberes.

d) Equidad generacional

La equidad generacional implica que sin consideraciones de edad todo individuo tiene los mismos derechos y oportunidades en cuanto al acceso a la información y servicios. En este sentido, los/las adolescentes de todos los grupos sociales han sido históricamente uno de los grupos del ciclo de vida menos atendidos, promovidos, estudiados y entendidos desde la Salud Pública.

e) Reconocimiento y respeto a la diversidad cultural

El Perú es un país caracterizado por la diversidad cultural, la cual debe ser respetada, de tal modo que la identidad y valores de cada cultura en la que viven los y las adolescentes, deber ser tomados en cuenta para el diseño, planeamiento e implementación de las políticas de salud así como de cada uno de los servidores del sector.

Este principio señala que es necesario desarrollar competencias y capacidades para la interacción entre saberes y prácticas en salud, asumiendo que ellas son productos culturales, contruidos y basados en interrelaciones humanas. La no discriminación y la eliminación de toda forma de exclusión, es eje de la acción sanitaria intercultural.

Los/las adolescentes tienen también un capital cultural que es necesario valorar y enriquecer, sus representantes y representaciones culturales deben ser incluidos desde el inicio en toda política o programa destinado a ellos/ellas.



5. LINEAMIENTOS DE POLITICA EN SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES.-

Objetivos.-

- Garantizar los derechos humanos de los/las adolescentes en salud, incluidos los sexuales y reproductivos.
- Disminuir las condiciones de vulnerabilidad.
- Disminuir las brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud; y, por tanto, disminuir la mortalidad y morbilidad de adolescentes.
- Optimizar o continuar la inversión efectuada en la niñez, a fin de garantizar el desarrollo del capital social y humano de las futuras generaciones.
- Promover una cultura de paz y vida saludable entre los adolescentes que permita la erradicación de la violencia doméstica, sexual y social contra y desde los y las adolescentes.
- Reducir la pobreza e inequidad social a través de la protección y promoción del capital humano, social y cultural de los/las adolescentes.



Ámbito de implementación.-

Estos lineamientos están dirigidos a todo el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado. Asimismo, todo gobierno regional y local tiene la obligación de aplicarlos adecuándolos a sus realidades, de tal forma de garantizar los derechos ciudadanos de los/las adolescentes.



Los/las adolescentes, sus familias, sus comunidades y la sociedad civil tienen el derecho a participar en su adecuación, aplicación y monitoreo.

Población prioritaria de las Políticas de Salud del Adolescente.-

Los lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes buscan proteger, promover y cuidar la salud de todo el grupo poblacional. Sin embargo, prioriza sus acciones en las y los adolescentes que por razones étnicas, físicas, culturales, económicas y sociales, viven en condiciones de pobreza, exclusión y/o vulnerabilidad, experimentan limitaciones para lograr el desarrollo integral de sus capacidades y el ejercicio de sus derechos ciudadanos, aumentando con ello el riesgo de enfermar y morir.



Lineamientos de Política de Salud del Adolescente.-

Lineamiento 1.- Acceso universal de los/las adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva; prevención y atención de violencia basada en género, familiar, sexual, social y la relacionada con las secuelas de la violencia política.

Acciones.-

- Garantizar el marco legal y normativo que permita el ejercicio del derecho a la salud de los/las adolescentes.
- Implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada desde los sistemas de aseguramiento público y privado, incluyendo prestaciones que respondan a las necesidades de los/las adolescentes, en especial aquellas relacionadas a su salud sexual y reproductiva, eliminando aquellas barreras que obstaculizan su afiliación y/o atentan contra la confidencialidad.
- Implementar y fortalecer los servicios diferenciados de calidad para los/las adolescentes a nivel nacional, considerando la oferta fija y la móvil.
- Promover y garantizar los mecanismos que eliminen cualquier forma de discriminación por edad, raza, situación social, orientación sexual y adscripción cultural.
- Asignar recursos financieros, humanos y de infraestructura en todos los niveles de gobierno: nacional, regional y local necesarios para el desarrollo y salud integral del adolescente.
- Capacitar y certificar a los profesionales en salud de adolescentes por niveles de atención.
- Invertir en la generación del conocimiento para la toma de decisiones en los temas de acceso a servicios, promoción de determinantes sociales y culturales que potencien su desarrollo, la reducción de vulnerabilidades, entre otros.
- Promover intervenciones que contribuyan al cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales.

Lineamiento 2.- Promoción de entornos saludables para adolescentes con énfasis en redes de oportunidades y de protección social de la vida y la salud de los/las adolescentes.

Acciones.-

- Promover entornos saludables que influyan sobre los principales determinantes sociales de la salud de los/las adolescentes: familia, estilos de vida, trabajo, género, cultura entre otros.
- Apoyar y fortalecer la preservación de las familias como unidades básicas de apoyo para el desarrollo integral de los/las adolescentes.
- Promover ambientes favorables para la salud de los/las adolescentes en las instituciones educativas, municipios y comunidades.
- Promover la gestión de políticas públicas saludables a nivel nacional, regional y local.
- Establecer redes de oportunidades y protección social de base comunitaria que favorezcan el desarrollo integral de los/las adolescentes.

- Generar programas intergeneracionales que sirvan de apoyo a los/las adolescentes en riesgo y vulnerabilidad para lograr su integración social en espacios formales e informales.
- Implementar casas abiertas y hogares alternativos con participación de voluntarios comunitarios, destinados a albergar adolescentes que viven en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, cumplen servicio comunitario o están privados de su libertad por faltas leves.
- Implementar programas de apoyo alimentario en las escuelas ubicadas en zonas de pobreza y pobreza extrema, incluyendo a los/las adolescentes y favoreciendo prácticas de higiene e información sobre nutrición saludable.

Lineamiento 3.- Alianza con los diferentes sectores para la promoción de estilos de vida saludables, prevención y cuidado de la salud de los y las adolescentes.

Acciones.-

Con el Sector Educación a fin de promover la escolaridad, mejorar el nivel educativo de los/las adolescentes y de desarrollar acciones de salud escolar, educación sexual, consejería, detección temprana y derivación oportuna de adolescentes a los servicios de salud

- Promover y apoyar la implementación de un programa nacional de docentes acompañantes capacitados para asesorar organizaciones de adolescentes y fortalecer el vínculo Salud- Educación.
- Promover el fortalecimiento de los programas de Educación Sexual y Habilidades para la Vida.
- Fortalecer y promover la instalación de municipios y defensorías escolares y asociaciones de estudiantes secundarios, e involucrarlos en la red local de protección y promoción de la salud de adolescentes.
- Fortalecer las capacidades de las facultades universitarias vinculadas a la formación de profesionales de salud y educación, para incluir en su plan de formación, por lo menos un curso obligatorio sobre Salud y Desarrollo de los/las Adolescentes y uno de metodología de trabajo con esta población.
- Fortalecer las acciones necesarias para lograr la continuidad escolar evitando la repitencia, ausentismo y deserción escolar.

Con el Sector Trabajo para la erradicación de toda forma de trabajo que viola los derechos humanos, limita el desarrollo de las capacidades y pone en riesgo la salud y la vida de las y los adolescentes.

- Promover la responsabilidad social del empresariado para erradicar la explotación laboral de los/las adolescentes, prevenir el impacto negativo en los aspectos sociales, ambientales y de salud que su proceso productivo pueda generar.
- Involucrar al empresariado y la comunidad en la vigilancia y cumplimiento del marco legal encargado de proteger de la explotación y de abuso laboral salvaguardando los derechos de los adolescentes.

Con los medios de comunicación a fin de: a) favorecer el respeto de los derechos ciudadanos, la valoración, promoción y reforzamiento de las capacidades de las y los adolescentes; b) promover el compromiso de esta población con el desarrollo del país y, c) favorecer la eliminación de mitos y tabúes que operan en contra de su salud integral.

- Promover figuras referenciales y de identificación positivas para adolescentes.
- Implementar mecanismos de reconocimiento a los medios que promuevan la salud y derechos de esta población.
- Promover el compromiso de los medios de comunicación en el cumplimiento de los lineamientos de salud y desarrollo de los y las adolescentes.
- Comprometer a los medios de comunicación para que propicien espacios dirigidos por adolescentes tendientes al desarrollo de la identidad nacional y el establecimiento de relaciones de respeto e inclusión de la diversidad.



Con la Defensoría del Pueblo, para fortalecer los mecanismos de vigilancia en el cumplimiento de las leyes y programas que protegen y promueven la salud y bienestar de los/las adolescentes.

- Promover la creación de una oficina de Adolescencia en la Defensoría de la República, encargada de vigilar el respeto a los derechos de adolescentes en los servicios públicos y privados del país y en las entidades comunitarias.
- Apoyar las acciones para el cumplimiento del marco legal y el control social que sancione drásticamente y oportunamente la explotación y abuso laboral y sexual ejercido contra adolescentes.

Con los gobiernos regionales y locales, para la asignación de presupuesto, la utilización de la infraestructura pública en cogestión con las organizaciones de adolescentes; la implementación y fortalecimiento de DEMUNAS (Defensorías Municipales del Niño y Adolescente) en todos los distritos del país y la instalación de albergues y lugares de acogida y protección para adolescentes que viven en situación de riesgo y vulnerabilidad.

- Normar que todos los niveles de gobierno (nacional, regional y local) destinen presupuesto público a financiar acciones directas de promoción y cuidado de acuerdo con la realidad su población adolescente.
- Desarrollo de protocolos e instrumentos de acción multisectorial, para la labor comunitaria con y de adolescentes y jóvenes.
- Desarrollo de programas alternativos, flexibles y especializados que impulsen y acompañen a adolescentes hasta lograr su inserción en el sistema de educación formal.
- Fortalecer y crear Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente en todos los distritos, provincias y regiones del país. Difundir su acción de detección, protección y derivación de adolescentes en riesgo y vulnerabilidad y articularla a la red de protección social, local, regional y nacional.
- Promover la Estrategia de Educadores de Pares y Promotores Juveniles de Salud capacitados para la promoción de la salud de adolescentes, y detección oportuna, referencia y seguimiento de adolescentes en riesgo.
- Promover la implementación del programa Puertas Abiertas a los/las Adolescentes. Este incluirá:



- a) Censo y evaluación de infraestructura pública sub-utilizada a nivel local, regional y nacional.
- b) Establecer acuerdos de gestión entre instituciones que cuentan con infraestructura pública y organizaciones de adolescentes que cuenten con asesores y promotores, para la administración y uso de la infraestructura pública en beneficio de adolescentes (práctica deportiva, artística, reuniones de voluntarios, clubes y organizaciones, etc), en base a un plan de acción concertado.
- Recuperación de espacios urbanos para la recreación y deporte en beneficio de los/las adolescentes y en acuerdo con instituciones regionales y locales, según corresponda.

Con las organizaciones de base.- Con las organizaciones sociales de base para que incluyan a las/las adolescentes en situación de vulnerabilidad y exclusión social para ser beneficiarios directos de apoyo alimentario, bienes y servicios.



- Incluir en sus censos locales la detección de población adolescente en situación de riesgo y vulnerabilidad, priorizando las madres adolescentes, las familias encabezadas por adolescentes, los/las adolescentes que sufren violencia en todas sus formas, los que viven en la calle o trabajan en la calle, los que no asisten a la escuela, los que trabajan en situación de riesgo.
- Capacitar a los miembros de las organizaciones de base en relación a los derechos de los/las adolescentes, sus necesidades, problemas más frecuentes y mecanismos para impulsar su desarrollo integral; así como la oferta pública existente para proteger a los/las adolescentes en situación de riesgo que sean detectados a nivel comunitario.
- Fomentar la formación, desarrollo y articulación de redes de las organizaciones sociales de base con los gobiernos locales y los servicios de salud para brindar apoyo y protección de los /las adolescentes.
- Priorizar como beneficiarios del apoyo alimentario y los bienes y servicios que administren las organizaciones sociales a los y las adolescentes jefes de hogar, las adolescentes madres.
- Promover la participación de adolescentes en el trabajo de voluntariado a nivel comunitario con las organizaciones sociales de base.



Lineamiento 4.-

Desarrollo de capacidades para el empoderamiento de los/las adolescentes que garanticen el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos

Acciones.-

- Implementar un registro público de organizaciones de adolescentes a nivel nacional, regional y local, de forma tal de involucrarlos en las acciones que favorezcan su desarrollo y requieren de su participación como contraparte legítima.
- Establecer un sistema de capacitación, incentivos y reconocimiento institucional al desempeño para promotores juveniles educadores de pares, que apoyen el desarrollo de servicios diferenciados o la atención diferenciada para



adolescentes, en la perspectiva de fortalecer el capital social y cultural en el área.

- Promover la asignación de recursos financieros para la constitución de redes de organizaciones de adolescentes involucrados en promover la salud y el desarrollo de los/las adolescentes, a nivel nacional, regional y local.
- Definir a nivel de gobierno nacional, regional y local de una cuota política que garantice la participación de adolescentes en los espacios que definen políticas que los involucran: Consejo Nacional de Salud, CLAS, escuelas, direcciones de adolescencia y juventud de los municipios y regiones, Consejos de Participación de la Juventud.
- Promover y apoyar la implementación de foros y/o congresos juveniles locales, regionales y nacionales entre otros, a fin de establecer compromisos institucionales y sectoriales entre los diferentes actores sociales, rendir cuentas públicas y mejorar los sistemas de gestión de la participación, así como los de seguimiento y evaluación de las acciones en salud del adolescente.



6.- Bibliografía

- Alarcón G. ¿Cómo desconectar la transmisión intergeneracional de la pobreza? El caso de las madres adolescentes en el Perú. INEI/CIDE 2002.
- Aliaga Chávez M. Factores de riesgo, características y tendencias de la Salud Materno - Infantil en madres de 15-19 y 25-29 años. INEI/CIDE. 2002.
- Alva J, Vargas L. Piensa en ell@s. Calidad de atención en Servicios de Salud para Adolescentes. FNUAP, CMP Flora Tristán. Lima 2001.
- Anicama. Violencia en la Familia en Lima y Callao. I Encuesta de Hogares. Ediciones del Congreso del Perú 2000. Citado en: Lineamientos de Salud Mental. Ministerio de Salud. Lima, Perú 2004.
- Arana MT, Calle MC, Arana M (Edit.) Promoción y Cuidado de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. Haciendo Realidad el Derecho a la Salud. OPS, GTZ, SPAJ. Lima, 2004.
- Arias R, Aramburú CE. Uno empieza a alucinar. Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los Servicios de Salud: Lima, Cuzco, Iquitos. Redess Jóvenes. Lima, 2000.
- Banco Mundial. Trinidad and Tobago Youth and Social Development. An Integrated Approach for Social Inclusion. June, 2000
- Bardález C. Análisis de la situación de Salud de los y las Adolescentes. GTZ-MINSA. 2002.
- Barker G, Fontes M. Revisión y Análisis de la Experiencia internacional con programas dirigidos a jóvenes en riesgo. Grupo de Desarrollo Humano. Región de América Latina y El Caribe. Banco Mundial. USA, Julio 1996.
- Bonfim E. Crisis familiar crea tendencia suicida entre los jóvenes. ADITAL, Perú, 2004.
- Burt M. ¿Porqué debemos invertir en el adolescente?. OPS. Kellogg's Foundation, Washington D.C. 1998,
- Buvinic M. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Washington D.C. Julio 1998.
- Cáceres C, Fernández P. La Epidemia de VIH/SIDA en el Perú: Algunas cuestiones Acerca de los jóvenes. En: Arana MT, Calle MC, Arana M (Edit.) Promoción y Cuidado de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. Haciendo Realidad el Derecho a la Salud. OPS, GTZ, SPAJ. Lima 2004.
- Calle MC. Mortalidad Materna. En: Salud de l@s adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad. Carrasco Turín Mery, editora. SPAJ, Fundación Ford, MINSA, PROMUDEH, Congreso del Perú. Lima, Perú. Agosto 2002.
- Carrasco M (Edit.) Salud de l@s Adolescentes. Inversión Social para cerrar brechas de inequidad. SPAJ, MINSA, PROMUDEH, Congreso del Perú, Fundación Ford. Agosto 2002.
- CEPAL. Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL. Santiago de Chile, 10 y 11 de Marzo de 2004.
- Comisión de la Verdad y la Reconciliación. Informe Final. Lima, Perú. 2003.
- Cortázar JC, La Rosa L, Venturo S, Cabezado C, Ordoñez D. Políticas de Juventudes. Por la Igualdad de Oportunidades. SPAJ, Banco Mundial. Lima 2001.
- Evangelista E. Las Políticas Sociales en el Desarrollo Local: Aproximaciones a la Construcción de la Política Juvenil en la Ciudad de México 1998-2000. Dirección

de Programas para la Juventud del Gobierno de la ciudad de México. UNAM. s/f.

- Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. Pathfinder International, Flora Tristán. Lima. Mayo 2004.
- UNFPA. Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. ICPD +10. 2004.
- Gogna M. Coordinadora. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México y San Pablo. Buenos Aires, 2001.
- GTZ. Centros de Desarrollo Juvenil –CDJs. Proyecto Salud Integral del adolescente y prevención del VIH-SIDA. S/f.
- Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las mujeres en el Perú. CMP Flora Tristán, OMS, UPCH. 2002.
- La Rosa L. Reforma Sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de adolescentes en la Región. Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana. Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción. OPS. Kellogg Foundation. ASDI. Marzo 2001.
- La Rosa L. Institucionalidad de las políticas sociales para los adolescentes y jóvenes. En: Políticas de Juventudes: por la igualdad de oportunidades. SPAJ. Banco Mundial. Julio 2001.
- La Rosa L. Modelos de Atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú. GTZ. MINSA, SPAJ. Agosto 2002.
- La Rosa L. Políticas de Promoción de la Salud y Capital social. Fundación Ford. Agosto 2002.
- La Rosa L. Servicio Diferenciado, Servicio Diferente. Gestión de la atención de salud de adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. MINSA, SPAJ, Fundación Ford, IIE. Lima 2001.
- La Rosa L. Gestión del Conocimiento en Salud Integral de la Adolescencia. El apoyo de la Cooperación Alemana al Desarrollo. Estrategias de empoderamiento, movilización comunitaria y fortalecimiento institucional. Proyecto TESAIRA. Asunción, Paraguay 2004.
- Miranda M (Edit.). Políticas de Juventudes II. SPAJ. Agosto 2001.
- Manuela Ramos. Violencia Familiar. Lima, Perú. 2004.
- MINDES. Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer. 2002 - 2007. Lima, 2003.
- MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006. Perú, 2001.
- MINSA. Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la población de 10 a 19 años. Documento de Trabajo. Lima, Perú. 2004.
- MINSA. Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Lima, Perú 2004.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF. Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una Oportunidad en un momento crucial. 2002.
- OMS. Programación para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Informe de un grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre programación para la Salud de los Adolescentes. Ginebra 1999.
- OPS. La Salud Integral del Adolescente y del Joven. 1995.
- Ragúz M. Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil: Condicionantes Sociodemográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones. INEI. Diciembre 2002.



- Ríos M. ¿Cómo garantizar los Derechos Humanos de los/las adolescentes desde Salud Pública?. Conceptos básicos, avances, problemas y retos para el Perú. En: Salud de l@s adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad. Carrasco Turín Mery, editora. SPAJ, Fundación Ford, MINSA, PROMUDEH, Congreso del Perú. Lima, Perú. Agosto 2002.
- Russell J, Solórzano X, con la colaboración de Maddaleno M. y Rodríguez R. Políticas para Adolescentes y jóvenes. Las experiencias de Colombia, República Dominicana y Nicaragua. OPS. Washington D.C. 2001.
- UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2004. USA 2004.
- UNICEF, ONUSIDA, OMS. Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial. Julio 2002.
- Universidad de Washington en St. Louis. Voluntariado Juvenil y servicio cívico en América Latina y El Caribe: Una posible estrategia del desarrollo económico y social. Marzo 2004.
- Vásquez E, Mendizabal E (Edit.) ¿Los niños... primero? El gasto público social focalizado en niños y niñas en el Perú. 1990-2000. Universidad del Pacífico. Save the Children. Lima, Nov. 2002.
- Vega Centeno M, Velazco J. Empleo, desempleo y capacitación de jóvenes en ciudades secundarias en el Perú. OIT Lima 1999.
- Villena I. Anticoncepción de emergencia. En: Salud de l@s Adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad. Carrasco Turín Mery. SPAJ, MINSA, PROMUDEH, Congreso del Perú, Fundación Ford. Lima, Perú. Agosto 2002.
- Youthnet. Lente Joven en Salud Reproductiva y VIH/SIDA. USA 2002.

