

Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura

Carmen Yon Leau*

Instituto de Estudios Peruanos, Lima

Resumen

Este artículo busca analizar prácticas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes a partir de la sistematización de un proyecto para promover los derechos y la salud sexual y reproductiva en zonas rurales y periurbanas del Perú y de una investigación etnográfica con promotores juveniles que participaron de esta misma iniciativa. El estudio discute las teorías de cambio que subyacen a estas prácticas y sus condiciones de posibilidad, potencialidades y limitaciones. Asimismo, desde un acercamiento a los determinantes sociales de la salud en la vida cotidiana de los adolescentes, se propone una relectura de los enfoques participativos y de la relación Estado-sociedad civil en la responsabilidad e implementación de las denominadas buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: adolescentes; sexualidad; salud reproductiva; educación sexual; políticas públicas; Perú.

* Artículo remitido el 13 de enero y aprobado para su publicación el 31 de marzo de 2015. Carmen Yon Leau es doctora en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en Antropología Médica, por la Universidad de Columbia en Nueva York y socióloga por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Se desempeña como investigadora del Instituto de Estudios Peruanos y docente de la Maestría de Antropología de la PUCP. Se ha especializado en temas de salud, sexualidad, políticas públicas y programas de desarrollo. Es autora de diversas publicaciones sobre género, salud sexual y reproductiva, salud intercultural, sexualidades de adolescentes y desigualdades sociales. Correos electrónicos: cyon@iep.org.pe; carmenj.yon@pucp.edu.pe

Theories of Change and Good Practices in Sexual and Reproductive Health of Adolescents: A Reevaluation

Abstract

This article analyzes practices intended to improve the sexual and reproductive health of adolescents through the systematization of a project promoting sexual and reproductive health and rights in rural and peri-urban areas in Peru, as well as ethnographic research with youth-promoters who participated in this project. The study discusses the theories of change underlying these practices, their conditions of possibility, potentialities, and limitations. Using an approach based on the social determinants of health in the daily life of adolescents, a reevaluation is proposed of participative approaches and the state-civil society relationship with respect to the responsibility and implementation of so-called good practices in sexual and reproductive health.

Keywords: adolescents; sexuality; reproductive health; sex education; public policies; Peru.

Siglas usadas

| | |
|------------|---|
| CDJ | Centro de desarrollo juvenil |
| Demuna | Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente |
| GTZ | Cooperación Técnica Alemana |
| Minedu | Ministerio de Educación |
| Minsa | Ministerio de Salud |
| MMR | Movimiento Manuela Ramos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |
| ReproSalud | Salud Reproductiva en la Comunidad |
| SSR | Salud sexual y reproductiva |
| UGEL | Unidad de Gestión Educativa Local |
| Unfpa | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| VIH | Virus de inmunodeficiencia humana |
| Vraem | Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro |

INTRODUCCIÓN

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2008) llama la atención sobre la persistencia de la contradicción entre conocer las causas estructurales de los problemas de salud y optar por políticas o programas que finalmente se quedan en la superficie. Esta constatación resulta muy pertinente como punto de partida para analizar críticamente las intervenciones en salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes en nuestro país, como intentaré mostrar en este artículo. A partir del análisis de un proyecto de derechos y SSR con adolescentes peruanos, buscaré ilustrar que aun las buenas o mejores prácticas en SSR se han ido convirtiendo en lo que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud llama «prácticas habituales», aquellas que se siguen viendo como más factibles y realistas, pero terminan generando cambios muy limitados.

Abordar los determinantes sociales de la SSR requiere tanto de mejoras en el sistema sanitario y educativo como de transformaciones sociales e institucionales fuera de estos espacios. Diversas investigaciones locales sugieren que, si bien es indispensable el acceso a información y servicios de SSR, esto puede resultar insuficiente para prevenir riesgos sexuales debido a situaciones de violencia sexual o estructural, así como por la existencia de normas de género y otras estructuras socioculturales que favorecen la discriminación y el riesgo o dificultan la negociación y el rechazo de prácticas sexuales no deseadas (Quintana y Vásquez 1997; Yon 1998; Cáceres 1999; Pérez *et al.* 2003; Ramos 2006; Salazar *et al.* 2005, 2006; Girón 2009; Sandoval 2009; Mujica *et al.* 2013). Así mismo, hay suficiente evidencia en la literatura internacional respecto a que la SSR está asociada a las desigualdades sociales en los niveles de ingreso económico, al acceso a oportunidades educativas y de empleo, la violencia de género, la discriminación étnica y sexual, y el abuso y la explotación sexual, entre otros determinantes sociales (Farmer 1992; Farmer *et al.* 1996; Parker *et al.* 2000; Parker y Aggleton 2012; Aggleton *et al.* 2004; Pantélides 2004; Flórez 2005; OMS 2008; OPS 2010a, 2010b).

Sostengo que las buenas prácticas, en el contexto peruano, requieren incorporar sistemáticamente los diversos determinantes sociales de la SSR de los adolescentes y la responsabilidad concreta del Estado de trabajar en este cometido en un mediano y largo plazo. De lo contrario, como se mostrará en este artículo, las estrategias de empoderamiento y los enfoques de derechos, género o interculturalidad no tienen muchas posibilidades de sostenibilidad e impacto. Ello, sin dejar de reconocer sus innegables potenciales ventajas y logros emblemáticos, como la trayectoria pública de algunas promotoras de salud o líderes adolescentes. Lo que se busca no es desalentar las buenas prácticas ya reconocidas, sino aportar a una lectura crítica y contextualizada de los impactos de estrategias que per se

pueden calificarse como positivas, pero que poniéndolas en el marco de la vida cotidiana de los adolescentes revelan lo limitado de sus alcances cuando no están engarzadas a políticas sociales de salud, educación y otras que amplíen las oportunidades y mejoren las condiciones de vida de este sector desatendido de la población.

¿POR QUÉ ESTUDIAR BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

En términos generales, la noción de buenas prácticas busca recuperar experiencias que se consideran beneficiosas, sea por sus resultados positivos en un determinado contexto o por responder a principios y metodologías juzgados como apropiados según enfoques o parámetros consensuados (Proinapsa 2007). Siendo referentes valiosos para otras intervenciones semejantes, es necesario analizar tales prácticas con detenimiento en sus potencialidades y limitaciones en el mediano o largo plazo, para así tener una idea realista de su sostenibilidad, impacto e implicancias para los actores involucrados, tanto de la sociedad civil como del Estado.

Entre los años 2008 y 2009, los equipos del Ministerio de Salud (Minsa) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) seleccionaron cuatro buenas prácticas para la prevención del embarazo en la adolescencia en el Perú. Los criterios de selección fueron los propuestos por Family Care International¹ para la identificación de buenas prácticas en este tema: pertinencia, innovación, resultados positivos o impacto, sustentabilidad, incorporación de los enfoques de derechos humanos, género e inclusión social, y asociación con diversos actores o sectores (Minsa y Unfpa 2010: 19-21). Se trata de iniciativas ilustrativas de las buenas prácticas que se han venido implementando hasta ahora en el Perú en el terreno de la SSR de los adolescentes, ámbito en el que el Estado peruano ha hecho muy poco o se ha mantenido con una actitud inercial pese a preocupantes indicadores de SSR de los adolescentes (ver Mendoza y Subiría 2013; Minsa 2013)².

Estas intervenciones son proyectos seminales, financiados por la cooperación internacional, y por ello suelen ser acotados en su cobertura y alcances. Aunque con diferentes énfasis, se trata de experiencias piloto que tienen en común buscar generar mejores

1. Para mayor detalle véase: Family Care International (2011).

2. Un ejemplo es el embarazo en la adolescencia. A nivel nacional, este se ha incrementado de 11,4% en 1991-1992 a 13,9% en 2013 y, en este último año, solo 33% de las madres adolescentes dijeron que querían el embarazo en ese momento. El promedio nacional oculta grandes desigualdades. La cifra de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas es mayor entre las mujeres con educación primaria (36%), las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24%), las que viven en los departamentos de la selva (24%) y las residentes del área rural (20%) (INEI 2014).

condiciones para que los adolescentes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (y, en este sentido, no se enfocan solo en los embarazos no deseados), incluyendo contar con una oferta de servicios de salud adecuada. Dos de estos proyectos fueron «Sistema de educación de pares en Pucallpa» y «Centros de desarrollo juvenil (CDJ): modelo de atención integral de salud para adolescentes. El CDJ Amigo de los Adolescentes (CDJ Faucett)», proyectos ejecutados desde el interior del Minsa en alianza con el sector Educación, con el apoyo de la Cooperación Técnica Alemana (GTZ). El tercer proyecto fue «Mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva para los adolescentes de 10 a 19 años en Lima-Perú», implementado por Médicos del Mundo (Francia), que también buscó lograr cambios en los servicios de salud, sensibilizando y capacitando a los equipos profesionales, promoviendo la instalación de espacios de atención diferenciada para adolescentes en los establecimientos de salud y legitimando los centros de adolescentes. El cuarto proyecto seleccionado fue «SserR Jóvenes. Ayudando a mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes de sectores rurales y periurbanos del Perú», ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos (MMR) en Ayacucho, Huancavelica, Lima y Ucayali (Minsa y Unfpa 2010: 14-15).

Por disponer de mayor y diversa información al respecto, en este artículo me referiré a una de estas buenas prácticas: el proyecto SserR Jóvenes (2007-2009), haciendo uso de estudios previos (Yon 2010, 2014). El análisis de este proyecto es útil para ejemplificar las complejidades de los contextos institucionales y sociales en que se implementan y configuran los resultados de iniciativas por la SSR de los adolescentes en nuestro país. Revisar críticamente este tipo de experiencias, más allá de sus particularidades, resulta especialmente relevante luego de la aprobación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, que involucra una serie de compromisos de las instituciones estatales para su ejecución así como recupera enfoques y estrategias implementados en las buenas prácticas ya mencionadas y en la literatura internacional (Minsa 2013).

A continuación, presentaré brevemente el marco conceptual del estudio etnográfico³ que realicé en Ayacucho (uno de los cuatro ámbitos del proyecto SserR Jóvenes), destacando las contribuciones de la antropología médica para no perder de vista las múltiples dimensiones que intervienen en la SSR de los adolescentes, inclusive el estudio de las estructuras sociales que dificultan sus posibilidades de poner en práctica nuevos aprendizajes sobre derechos y SSR. Luego detallaré la metodología del estudio, resaltando los aportes de la etnografía para hacer visibles los modos específicos en que operan condicionantes estructurales en la vida cotidiana de los adolescentes. Posteriormente, a la luz de los enfoques descritos,

3. Este estudio fue parte de mi tesis doctoral para la Universidad de Columbia, Nueva York.

reflexionaré sobre el modelo de cambio que propuso el proyecto estudiado, para lo que tomaré en cuenta las potencialidades y limitaciones de dos de sus ejes centrales: las estrategias participativas y las de empoderamiento de los adolescentes. Para ello, incluiré de manera complementaria algunos de los resultados de la sistematización del proyecto en sus cuatro ámbitos de trabajo, además del estudio etnográfico en Ayacucho. Finalmente, concluiré con algunas reflexiones para trascender las denominadas buenas prácticas en el ámbito de la SSR de los adolescentes.

LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

Mi acercamiento a la SSR de los adolescentes y las buenas prácticas en este terreno combina enfoques interpretativos y de la antropología médica crítica. Desde esta perspectiva, se recupera la subjetividad y la agencia de los adolescentes, así como se busca entender los contextos sociales y culturales más amplios que modelan y limitan su experiencia sexual, así como sus posibilidades de negociación en las interacciones sexuales.

La perspectiva interpretativa y fenomenológica de la antropología médica (Kleinman 1980, 1988; Good 1994) aporta a una comprensión de la salud que cuestiona una visión medicocéntrica y etnocéntrica de esta y parte de las experiencias cotidianas de los sujetos, las que se analizan tomando en cuenta su contexto histórico, social y cultural. Este enfoque nos ayuda a aproximarnos a las diferentes vivencias y marcos interpretativos de los adolescentes respecto a su sexualidad y SSR, incluyendo sus diversas fuentes de conocimiento sobre el cuerpo y la salud y sus nociones de riesgo y prevención, así como las jerarquías, formas de prestigio e identidad de género que pueden estar en juego en la construcción de significados sobre sus prácticas sexuales. Por su parte, la perspectiva crítica en antropología médica busca analizar las fuerzas estructurales que condicionan el estado de bienestar de la población y las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud (Baer *et al.* 2003). Desde esta aproximación a la salud sexual de los adolescentes, se propone dejar el énfasis en la conducta individual de riesgo y atender los contextos sociales, culturales y de la economía política que generan la vulnerabilidad de los individuos y grupos para quedar enfermos o estar desprotegidos de los riesgos sexuales (Parker 2001; Parker y Aggleton 2012).

Los aportes antes descritos dialogan con el concepto de determinantes sociales de la salud desarrollado en el campo de la salud pública –que alude a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen– y con los factores estructurales que configuran estas condiciones –es decir, la distribución del poder, el dinero y los recursos– (OMS 2008). El concepto de «determinantes» tiene una de sus bases en la perspectiva

socioecológica, que postula que las personas están insertas en entornos o sistemas interdependientes e interactivos, en los cuales se puede identificar determinantes más próximos o distantes (Bronfenbrenner 1993). Esta aproximación conceptual, como la de la antropología médica crítica, permite comprender las conductas sexuales de los adolescentes tomando en cuenta los diferentes niveles en que operan distintas influencias (por ejemplo, estructura macrosocial, factores intermediarios y posición social del individuo).

Cabe destacar que, lejos de proponer un análisis de causa-efecto entre las estructuras sociales y la salud y derechos sexuales de las personas, se plantea una lectura compleja del modo en que intervienen los denominados determinantes o condicionantes de la salud. Por ello, se contemplan las múltiples relaciones entre cultura y poder, así como entre la agencia de los sujetos y diversos procesos sociales vinculados con las desigualdades sociales, la discriminación y la violencia.

INVESTIGANDO SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS EN CONTEXTO

Este artículo se basa en un estudio etnográfico con adolescentes que participaron de un proyecto de SSR durante dieciocho meses en barrios periféricos de Ayacucho, periodo que duró mi trabajo de campo y me permitió conocer a profundidad sus posibilidades reales de poner en práctica en su vida cotidiana lo aprendido respecto a su salud y derechos sexuales y reproductivos. Tal investigación me ayudó a complementar y analizar críticamente los resultados de una sistematización que realicé previamente sobre este mismo proyecto en sus cuatro ámbitos de intervención (zonas rurales y periurbanas de Ayacucho, Huancavelica, Ucayali y Lima).

Pese a sus notables ventajas para estudiar el impacto de las intervenciones sociales en la vida de sus participantes, la etnografía ha sido pocas veces usada como metodología de evaluación de políticas o programas⁴. Esta propuesta metodológica va más allá de la «foto» sobre un antes y un después de la intervención o de la aplicación «rápida» de técnicas cualitativas. La etnografía requiere del uso intensivo de la observación participante y otros métodos por investigadores entrenados, como parte de un proceso de inmersión en el mundo social y cultural de los participantes del estudio. Ello, con el fin de comprender lo que las

4. Una excepción es la evaluación etnográfica de medio término del proyecto «Salud reproductiva en la comunidad (ReproSalud)», realizada por Jeanine Anderson en el año 2002 (no publicada). Otros ejemplos son los estudios cualitativos sobre la implementación y efectos del programa de transferencias condicionadas Juntos. Dentro de estos, podemos mencionar las investigaciones de Norma Correa y Terry Roopnaraine (*Pueblos indígenas y programas de transferencias condicionadas* [2014]) y de Ludwig Huber, Patricia Zárate y colegas (*Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas. Estudio de caso de seis distritos rurales del Perú* [2009]), entre otras.

personas consideran significativo y contextualizar sus prácticas en el marco de sus experiencias cotidianas. Este tipo de aproximación a la realidad ofrece importantes ventajas para estudiar culturas o estructuras de poder locales y transnacionales en sus manifestaciones concretas y en lugares, discursos y prácticas específicos (Burawoy *et al.* 2000). Así mismo, permite examinar las complejas interacciones entre ciertos condicionantes sociales de la SSR (como la desigualdad social o la pobreza) y los significados culturales (por ejemplo, sobre la sexualidad masculina o femenina) que intervienen tanto en la experiencia y ejercicio de la sexualidad de los adolescentes como en la formulación e implementación de políticas y programas de SSR dirigidos a estos.

En este estudio, se tomaron en cuenta diversos métodos etnográficos, incluyendo: observación participante, entrevistas en profundidad y entrevistas a informantes clave, además de la investigación de archivo. La observación participante se realizó en espacios públicos donde interactúan los adolescentes (por ejemplo, calles, fiestas, bares y otros lugares de diversión), pero también en sus escuelas y en otros espacios a los que fue posible acceder. Además, se observaron reuniones de coordinación, sesiones educativas, ensayos teatrales, preparación de comparsas y otras actividades del programa en las que participaron las y los adolescentes. En el contexto de la observación participante, se sostuvieron numerosas conversaciones informales individuales y grupales. La observación participante permitió conocer prácticas contextualizadas y específicas a través de las cuales los discursos sobre la sexualidad y los derechos de los adolescentes son materializados, cuestionados o negociados por los diferentes participantes involucrados en el programa, incluyendo a los adolescentes. Así mismo, entrevisté a informantes clave (maestros, madres y padres de familia, proveedores de salud, promotoras de ONG y responsable de la Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente [Demuna], entre otros) y a cuarenta adolescentes de quince a diecinueve años (veinte mujeres y veinte hombres), entre promotores juveniles y participantes de actividades sobre SSR promovidas por ellos. Los nombres de los entrevistados y otros datos que podrían permitir identificarlos han sido cambiados u omitidos para mantener la confidencialidad de esta información. Los primeros doce meses del trabajo de campo coincidieron con la implementación del programa de SSR en mención y los restantes fueron posteriores al término de la intervención.

La etnografía permitió iluminar diferentes situaciones de vulnerabilidad social y sexual de los adolescentes en ámbitos de su vida que fueron poco abordados por el proyecto, como las que surgieron en sus espacios laborales y lugares prohibidos de diversión. Tanto el diagnóstico participativo (autodiagnóstico) como las otras metodologías de trabajo con los adolescentes buscaron reflejar sus propios puntos de vista y enfrentar sus reales dificultades para prevenir riesgos y abusos sexuales. Sin embargo, el tipo de relaciones de pareja (por ejemplo, relaciones temporales, como «agarres» o «vacilones»), espacios

y dinámicas que se ocultan a los adultos (como la botella borracha, las tabernas o los prostibares) fueron menos mencionados o estuvieron ausentes en los diagnósticos y las actividades de las intervenciones comunitarias. Esto se debería a que, pese a la existencia de mayor horizontalidad en las relaciones con la ONG, no dejó de ser una relación entre adultos y adolescentes, en la cual estos se autocensuran o autoprotegen, dejando a la luz solo aquello que se considera «normal» o «permitido» en el mundo adulto. Así mismo, el abuso sexual de familiares y otros adultos, mencionado en los autodiagnósticos y talleres de capacitación como un problema de otros adolescentes, se reveló en la etnografía como un grave problema en las trayectorias de vida de algunas de las participantes.

TEORÍAS DE CAMBIO Y BUENAS PRÁCTICAS⁵

El proyecto que aquí se analiza tenía como propósito que las y los adolescentes de zonas afectadas por la pobreza y exclusión social «ejercen sus derechos sexuales y reproductivos como parte de su ciudadanía». Las estrategias para lograrlo apuntaron tanto a expandir capacidades individuales y colectivas de los adolescentes como a favorecer contextos institucionales, políticos y culturales para el ejercicio de estos derechos, lo que aportaría a que las intervenciones del proyecto puedan ser más sostenibles. Tales estrategias, inspiradas en la experiencia previa del MMR con mujeres de ámbitos rurales y periurbanos, buscaron fortalecer la demanda y mejorar la oferta de los servicios de SSR de acuerdo a necesidades y perspectivas de las y los propios adolescentes. El nuevo reto fue construir una estrategia de intervención que, respetando contextos culturales específicos, les diera protagonismo a chicas y chicos en temas que se siguen considerando tabú en su entorno, como la sexualidad y los derechos de los adolescentes a información y servicios en SSR.

El componente central del proyecto fue la «intervención comunitaria participativa» y tuvo como principales protagonistas a los y las adolescentes. Se formaron promotores y líderes juveniles y se apoyaron acciones comunitarias en SSR, las que contribuirían a su empoderamiento y a convertirlos en agentes de cambio. Como lo indica el documento de formulación del proyecto: «Se trata de recuperar y valorar las diferentes visiones y necesidades expresadas por las/los propios adolescentes y jóvenes, así como su capacidad de cambiar y producir cambios en sus pares; y convertirse en movilizados y gestores de iniciativas locales (subproyectos) para la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva» (MMR 2006: 5).

5. Parte de los contenidos de este acápite, específicamente los referidos a las estrategias y resultados del proyecto SserR Jóvenes, han sido desarrollados en una sistematización realizada por la autora para el Movimiento Manuela Ramos (Yon 2010).

El proyecto buscó empoderar a los y las adolescentes facilitándoles recursos y oportunidades para ampliar sus conocimientos y enfoques sobre su sexualidad y derechos, así como para lograr que su voz y protagonismo sean reconocidos. En lo específico, se les ofreció: espacios de reflexión y presentación de sus propias propuestas, nuevos conocimientos y técnicas, recursos económicos y asesoría profesional para llevar a cabo sus proyectos (por ejemplo, comunicación radial por y para adolescentes). La formación de promotores juveniles se dio conjuntamente con un proceso colectivo de diagnóstico, formulación, implementación y evaluación de proyectos comunitarios. Una vez elaborado el proyecto para la intervención («subproyecto»), se constituyó un comité de gestión que, además de contar con representantes de los promotores juveniles, invitaba a un integrante del sector Salud y a otro del sector Educación. Complementariamente, se planteó una estrategia de mejora de los servicios de SSR tanto a través de acciones concertadas (alianzas) como de vigilancia, impulsadas por la sociedad civil.

Un segundo componente del proyecto tenía como objetivo que adolescentes y jóvenes puedan contar con servicios adecuados a sus necesidades y perspectivas, así como contribuir a la sostenibilidad de los mismos. Con este fin, se propuso fortalecer las capacidades de proveedores de salud y profesores de instituciones educativas y promover servicios diferenciados para adolescentes y jóvenes en SSR. Para ello, se desarrollaron talleres de sensibilización y capacitación de docentes y prestadores de salud de los distritos de intervención. Además, se apoyó la creación de servicios diferenciados para adolescentes.

El tercer componente de la intervención se proponía generar condiciones políticas y culturales favorables para la incorporación de la temática de la SSR en la agenda de discusión y en las decisiones políticas, así como para la participación de adolescentes y jóvenes como ciudadanos activos de la comunidad. Para lograrlo, se impartieron talleres de sensibilización a padres y madres de familia, líderes y autoridades locales. Además, se organizaron campañas locales y regionales de comunicación y educación dirigidas a adolescentes y jóvenes con el fin de crear corrientes favorables a los derechos sexuales y reproductivos a nivel local y de ampliar la audiencia para los mensajes educativos dirigidos a los adolescentes; también, se llevaron a cabo encuentros entre líderes juveniles y las más altas autoridades de salud y educación a fin de que adolescentes y jóvenes pudieran presentar sus demandas; así mismo, se buscaron alianzas intergeneracionales entre líderes juveniles, autoridades y líderes sociales para promover un trabajo de incidencia y vigilancia a favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.

Estas estrategias de intervención y los actores involucrados no tuvieron la misma prioridad ni asignación de recursos en el proyecto. Tal diferente peso dado a los componentes del mismo se debía no solo a los enfoques y lógica de intervención (que le dan un protagonismo

principal a los proyectos comunitarios liderados por adolescentes, como agentes de cambio), sino a lo que realísticamente se pensó que era posible que rinda mayores frutos durante la intervención con los recursos disponibles. Se habría evaluado que en los tres años del proyecto no era posible transformar servicios públicos de salud y educación o asegurar cambios políticos y culturales de mayor envergadura en las instituciones del Estado y la sociedad civil, mientras que el trabajo con los adolescentes sería una inversión con mejores pronósticos en el corto y mediano plazo.

De este modo, si bien la teoría de cambio que subyace al proyecto proponía transformaciones en la oferta y demanda de los servicios de SSR para adolescentes, desde su formulación se asumió apoyar más a uno de los componentes. En la práctica, esto llevó a que la mayor concentración del esfuerzo estuviera en la demanda, la cual no solo se vio como un conjunto de usuarios, sino de ciudadanos y ciudadanas activos, con voces y agendas propias. Es decir, se apostó por un cambio que se apoyaba principalmente en las transformaciones que el proyecto pudiera lograr en los adolescentes y en los cambios que estos a su vez pudieran realizar con sus pares, aunque con la ayuda suplementaria de lo que se lograra en los otros dos componentes del proyecto, es decir, cambios en la oferta de servicios de salud y educación sexual y en otras políticas públicas más amplias.

A continuación, me propongo hacer una suerte de balance de los beneficios y los costos o limitaciones de esta estrategia de intervención para alcanzar el propósito que se planteó: contribuir a que los adolescentes y jóvenes afectados por la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Para ello, tomo en cuenta dos aspectos interrelacionados que subyacen a la formulación del proyecto y condicionan sus resultados, como sería el caso de otros proyectos similares implementados en el Perú. El primer aspecto es la falta de implementación de políticas públicas y programas sostenidos para mejorar la SSR de los adolescentes, especialmente de aquellos en situación de pobreza y exclusión social. El segundo es la apuesta por la participación (vinculada al empoderamiento) de las y los adolescentes como principal mecanismo de búsqueda de equidad o inclusión en salud y de fortalecimiento de ciudadanía de los adolescentes en el terreno de la SSR.

LAS ONG NO PUEDEN REEMPLAZAR A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS (O CUANDO EL ESTADO ESTÁ AUSENTE)

El trabajo del MMR por los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes se realizó de manera casi solitaria y «contra la corriente» en los lugares donde se implementó el proyecto SserR Jóvenes, siendo reconocido por docentes y adolescentes entrevistados como el principal referente de capacitación y orientación en estos temas. Esta situación ocurre en un marco legal e institucional que podemos calificar como adverso a los dere-

chos sexuales y reproductivos de los adolescentes por la vigencia de la «Ley de indemnidad sexual» (actualmente ya derogada), que ponía en cuestión la capacidad y el derecho de los adolescentes a tomar decisiones sobre su vida sexual, así como por la falta de mecanismos y recursos para la implementación de programas de educación sexual y servicios de SSR diferenciados para adolescentes, a pesar de su reconocimiento formal en la normatividad y políticas públicas peruanas⁶.

Durante el periodo en que se desarrolló la intervención (2006–2009) y se realizó este estudio (julio de 2008 a enero de 2010), tanto el Ministerio de Educación (Minedu) como el Minsa incluían los enfoques de género y derechos humanos en sus lineamientos de política relacionados con la SSR de los adolescentes⁷, pese a una serie de vaivenes vinculados a la intervención de la jerarquía de la Iglesia católica (Arias y Bazán 2006; Chávez y Cisneros 2004). Sin embargo, la existencia de estos lineamientos no significaba que se estuvieran implementando y monitoreando, especialmente en el caso del sector Educación, por lo que mucho de lo que los docentes opinaban o hacían dependía de sus propios criterios personales o de los del director de cada institución educativa.

En un diagnóstico realizado por el propio Minedu en el año 2006 (Gutiérrez 2007), se encontró que el 60% de tutores consideraban no estar capacitados para abordar contenidos de educación sexual, mencionando que no se sentían cómodos al hablar del tema, no sabían cómo tratarlo con estudiantes de diversas edades, les daba vergüenza o se sentían inseguros. Así mismo, más de 50% de tutores indicaron que no tenían materiales de apoyo ni tiempo adecuado para realizar sesiones de tutoría que incluyeran temas de educación sexual (Minedu 2008: 16). En el momento de realizar mi trabajo de campo, los lineamientos

6. Este reconocimiento ha sido influenciado por los acuerdos de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo Cairo 1994, donde se logró una correlación positiva de fuerzas a favor de los derechos reproductivos, lo que permitió que ONG feministas, movimientos de mujeres y otras organizaciones de la sociedad civil colocaran varios puntos de su agenda sobre la salud y los derechos de los adolescentes en la conferencia (Chávez y Cisneros 2004; Petchesky 2003).

7. En el año 2005, el Minedu aprobó la incorporación de la educación sexual como tema del Área de Prevención Psicopedagógica dentro de la Tutoría y Orientación Educativa y como parte de los contenidos básicos de diversas áreas curriculares. Luego, en el año 2006, se inició un piloto de educación sexual integral en 68 instituciones educativas del nivel de educación primaria y secundaria en cinco ciudades del país. En abril de 2008, la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa aprobó los *Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral*, donde se propone que esta se debe guiar por los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad (Minedu 2008). Por su parte, el Minsa aprobó en el año 2005 los *Lineamientos de política de salud de los adolescentes*, siendo el primero de ellos: «[El] acceso universal de los adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con 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» (Minsa 2005: 42).

para una educación sexual integral aprobados por el Minedu (2008) eran desconocidos por la mayoría de docentes de los colegios de Ayacucho, como sucedió también en Huancavelica y Ucayali. La educación sexual era vista como externa a la institución educativa y se identificaba principalmente con la agenda de la ONG que abogaba por su implementación en escuelas públicas. Muchos de los profesores se enteraron de su existencia en los talleres de sensibilización y capacitación realizados por la ONG, que fueron organizados en coordinación con las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL). Es más, la propuesta de la ONG de brindar información completa sobre la prevención de embarazos no deseados y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) generó resistencias en directores y docentes, con algunas excepciones. Ellos apelaron a la necesidad de «educar en valores» (asociados con los valores religiosos y el control de la sexualidad) y promover la abstinencia como principales formas de prevenir los embarazos de las adolescentes. La mayor oposición se dio para abordar temas como el uso del condón y los métodos anticonceptivos. El principal argumento de los docentes fue que brindar estos contenidos a adolescentes conllevaría el riesgo de fomentar la promiscuidad y la iniciación sexual. A la vez, se pudo apreciar que parte del rechazo al trabajo con la ONG se relacionaba con la vergüenza e incomodidad de varios de los docentes para hablar de temas de sexualidad.

A diferencia de lo sucedido en el sector Educación, los profesionales del sector Salud tuvieron mayor claridad sobre su competencia y responsabilidad en el tema de la SSR de los adolescentes. Incluso se encontró un discurso favorable a los enfoques de género y derechos entre los funcionarios de las direcciones regionales y el personal responsable de los servicios. Sin embargo, en diversos servicios de salud de las cuatro zonas de intervención, lejos de brindarse atención desde una perspectiva de derechos humanos, como se menciona en los *Lineamientos de política de salud de los adolescentes*, se presentaron casos de maltrato de chicas que acudieron cuando estaban embarazadas, así como de resistencia a brindar preservativos u otros métodos anticonceptivos a adolescentes por considerar que aún no debían tener relaciones sexuales. A las limitaciones de formación y desarrollo de competencias del personal de salud, se sumaron otras relativas a los planes regionales de salud y a los recursos asignados para trabajar en la SSR de adolescentes y jóvenes. Varios proveedores de salud manifestaron enfrentar una serie de dificultades para realizar labor preventiva debido a que la SSR de este grupo etario no era una prioridad ni contaba con personal y presupuesto en su centro de salud, siendo el desabastecimiento de métodos anticonceptivos un punto crítico. Cabe señalar que, a diferencia del Gobierno Regional de Ucayali, los de Ayacucho y Huancavelica no incluían dentro de sus prioridades la salud sexual de los adolescentes, sino que estaban principalmente enfocados en la desnutrición infantil y la mortalidad materna.

CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA (REAL) DE POLÍTICAS Y SERVICIOS PÚBLICOS EN EDUCACIÓN SEXUAL Y SALUD PARA ADOLESCENTES

La falta de implementación de políticas de salud y educación dirigidas a mejorar la SSR de los adolescentes tuvo importantes consecuencias para el trabajo de la ONG tanto en los logros que finalmente alcanzó con docentes y proveedores de salud como en su trabajo con los adolescentes, como se muestra a continuación.

Fragilidad de los logros con instituciones públicas

Pese a todo, la ONG logró aliados claves en las instituciones educativas y servicios de salud, cuya visión y actitud relacionada a la sexualidad de los adolescentes cambió o fue más positiva desde un inicio. Se pudo observar una situación más favorable en el caso de Ucayali, donde el número de casos de personas viviendo con VIH y la labor constante que viene realizando la sociedad civil con apoyo de las agencias de desarrollo habrían contribuido a que se incluya el tema de la SSR en la agenda de prioridades del gobierno regional. En Ayacucho, Huancavelica y Lima, los logros en instituciones públicas dependieron fundamentalmente del compromiso individual de algunas personas, lo que aportó a su fragilidad. Los pocos docentes comprometidos con un abordaje científico de la sexualidad quedaron en una posición solitaria y vulnerable, dependiendo en gran medida de la continuidad del apoyo de los directores de las instituciones educativas y de los cambios constantes de los docentes contratados. Los maestros, al igual que los funcionarios de las UGEL, coincidieron en que era necesario seguir contando con el apoyo de instancias como la ONG para el proceso de sensibilización y capacitación del conjunto de sus colegas. Si bien reconocieron que esta tarea correspondía al Estado, expresaron que tenían pocas expectativas de que se concretara por el vacío que había en este tema hasta el momento. En cuanto al sector Salud, el funcionamiento de los servicios diferenciados fue afectado por la carencia de personal especializado y exclusivamente dedicado al trabajo con adolescentes, lo que tuvo a la base la falta de un presupuesto asignado para el trabajo en salud del adolescente.

La ciudadanía de 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 al.* 2003; Pérez y Rodríguez 1996). Así mismo, se han observado sus beneficios como una forma de aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales, capacidades de liderazgo y formas de reconocimiento social (La Porta *et al.* 2000; Romero 2004). Los promotores juveniles entrevistados destacaron al respecto, además de nuevos conocimientos y destrezas para desenvolverse en público, el mayor reconocimiento social de sus pares y algunos adultos. Varios promotores y promotoras lo vieron como un entrenamiento para ser líderes y otros como un modo de ganar experiencia para futuras oportunidades laborales o políticas.

Sin embargo, la sociedad tripartita entre Estado, sociedad civil y cooperación internacional para ejecutar políticas públicas puede ser inequitativa además de ineficiente cuando la mayor parte del peso de la implementación de las mismas recae en la ONG y el trabajo voluntario de los adolescentes en su rol de promotores en SSR. Los proyectos elaborados y ejecutados por los adolescentes se realizaron formalmente en alianza con los sectores Salud y Educación. Esta articulación fue promovida por la ONG con el fin de que se cumplieran los lineamientos aprobados en materia de salud y educación sexual de los adolescentes y de que se sentaran las bases para la sostenibilidad del trabajo de los promotores. Sin embargo, salvo excepciones, estos acuerdos no implicaron mayor compromiso por parte de las instituciones del Estado que ofrecer apoyo puntual a algunas actividades coordinadas con su sector. En la práctica, continuó un modelo de trabajo en el que la responsabilidad del trabajo comunitario y educativo recaía en la ONG y los promotores juveniles, lo que no solo resultó poco sostenible sino problemático respecto a cómo entender la participación ciudadana y las responsabilidades que corresponden al Estado en el tema de la SSR de los adolescentes.

Dinámicas de empoderamiento y desempoderamiento de los adolescentes

Dado que el tema de la sexualidad de los adolescentes sigue siendo un campo de prohibiciones y polémicas, la falta de compromisos efectivos y de cambios institucionales en los sectores Salud y Educación contribuyó a una paradójica dinámica de creación simultánea de oportunidades de fortalecimiento y de situaciones de vulnerabilidad para los adolescentes.

Como he referido en la sistematización del proyecto SserR Jóvenes, este amplió la agencia cultural y política de las y los adolescentes al generar la oportunidad para que participen de la creación de significados sobre la sexualidad adolescente, así como al propiciar espacios y brindar respaldo para que chicos y chicas puedan cuestionar discursos y relaciones sociales que desconocen su capacidad de decidir y proponer. Como parte de las iniciativas comunitarias (subproyectos), los adolescentes se expresaron a través de formas y lenguajes de su preferencia, tales como juegos, personajes y símbolos de culturas juveniles, manifestaciones culturales locales y medios masivos de comunicación. También, cuestionaron públicamente mitos y tabúes que afectan la vivencia de su sexualidad (sobre la masturbación, la virginidad o el uso de condón) e introdujeron significados e imágenes favorables al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. De otra parte, muchos promotores juveniles fueron víctimas de críticas y sanciones por sus nuevas ideas y conocimientos, tanto en sus instituciones educativas como en sus casas. La promoción del uso del condón para una doble protección –del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual–, así como la demostración de su correcto uso por parte de los promotores y promotoras juveniles, generó rechazo y controversias por asociarse con el incentivo de relaciones sexuales. A varios de los adolescentes les pusieron más de un obstáculo para obtener un

preservativo en los servicios de salud, donde la idea principal era tratar de convencerlos de no tener relaciones sexuales. Las burlas y los apelativos de sus pares fueron también otra forma de sanción social.

Una aproximación relacional a la agencia, en su interdependencia dinámica de las estructuras sociales (Ortner 1996), nos ayuda a tener una perspectiva más realista de lo que los promotores juveniles podrían lograr en el corto plazo con estos nuevos aprendizajes y capacidades en contextos adversos. Tal aproximación visibiliza, también, las serias consecuencias de que el Estado y las instancias de formación profesional no se hagan cargo de cambios indispensables que ni la ONG ni los promotores juveniles podían lograr, como es la formación de los profesionales de educación y salud en temas de sexualidad y SSR de adolescentes. Por último, es pertinente recordar la distinción que hace Muller (1983) sobre dos modos de entender la participación en salud, diferenciación que facilita una visión crítica de las conexiones entre participación comunitaria y empoderamiento. Este autor distingue entre la participación directa, entendida como movilización de recursos comunitarios (recursos humanos, dinero, materiales y capacidades creativas) para llevar a cabo programas de salud, y la participación social, que define como el incremento del control de las personas sobre los determinantes de la salud. El fin último sería, entonces, la participación social, mientras que la participación directa debería ser solo una estrategia que permita mayor participación social (Reyes 1989: 8-9). La participación (directa) de los promotores juveniles se convertiría en social en la medida en que incremente su poder para participar del diseño y evaluación de las políticas de SSR y para que ellos sean tomados en cuenta en la agenda más amplia de las políticas sociales que inciden en sus condiciones de vida y en el ejercicio de sus derechos.

CONOCIMIENTOS Y DERECHOS EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL: POR QUÉ ES INDISPENSABLE ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La mayoría de promotores y promotoras juveniles se convirtieron en educadores de pares y defensores de los derechos sexuales y reproductivos en contextos de vulnerabilidad social y represión de la sexualidad de los adolescentes, tanto en ámbitos urbanos como rurales, aunque con sus propias particularidades y variantes. Estos escenarios están configurados por las limitadas oportunidades educativas y laborales de ellos y sus familias, por las relaciones de poder y las inequidades sociales (por ejemplo, entre adultos y adolescentes, profesores y alumnos, hombres y mujeres, etc.), así como por la influencia de las Iglesias (católica o evangélica) en el abordaje de la educación sexual por parte de las familias y las instituciones educativas.

Chicos y chicas reconocieron haber obtenido, por primera vez, información científica completa sobre métodos anticonceptivos, la píldora del día siguiente y el preservativo. Usando su propio lenguaje, estos adolescentes promovieron la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos en talleres educativos con sus pares, en un programa de radio y en pósters y folletos que distribuyeron en festivales de danza y eventos recreativos. Incluso, algunos de ellos estuvieron en la capacidad de presentar sólidos argumentos en debates con sus profesores. Así mismo, los adolescentes reconocieron una serie de ventajas y aprendizajes del proyecto para su vida cotidiana, especialmente las adolescentes mujeres, para quienes fue más difícil que para los varones manejar el tema de la vergüenza de hablar sobre temas considerados tabú o sucios debido al mayor control y sanción social de la sexualidad femenina. Para varias de ellas el proceso resultó, efectivamente, liberador. Así lo explica una de ellas, Dulia:

No sabía, como nadie me habla sobre romance... y hablamos sobre las mujeres, de sus cuerpos, conociendo nuestro cuerpo, primero de eso. Allí, entonces... ¡qué vergüenza! Hablaba de la vagina, ¡qué vergüenza!, había varones. Pero creo que fue una bonita experiencia, porque en la vida me cambió mucho... ¡Ay, no sabes! ¡Ahora me puedo hasta mirar todo mi cuerpo y ya no me da vergüenza!

El concepto de machismo, que ya venía siendo usado antes del proyecto, a juzgar por los diagnósticos participativos, se convirtió en una especie de herramienta legitimada por la ONG para criticar tanto las situaciones de desigualdad e injusticia entre hombres y mujeres, como los privilegios o presunta superioridad de los varones respecto de las mujeres. Durante el desarrollo de las actividades de los proyectos comunitarios, observé que se usaba esta categoría para llamar la atención entre mujeres y hombres sobre la forma en que se dividían las tareas organizativas y de logística, así como para notar que se reproducían estereotipos de género en apodos o bromas que se hacían entre los promotores. «Saber» o «saber más» sobre temas de género y sexualidad, o anticonceptivos, estaría posicionando de mejor modo a algunas promotoras frente a su pareja, siempre que pudieran manejar el conflicto o la desconfianza inicial.

Estas son algunas expresiones de un proceso complejo de empoderamiento de las adolescentes en temas de SSR, el cual tiene que ver con lo que ellas piensan y saben, pero también con sus relaciones sociales y los recursos y formas de negociación con los que cuentan. La aplicación de los nuevos aprendizajes por parte de las promotoras y otras participantes encuentra sus mayores escollos en las situaciones de vulnerabilidad social que son parte de su vida cotidiana, lo que incrementa la probabilidad de abuso sexual y el riesgo de tener un embarazo no deseado o adquirir una infección de transmisión sexual.

En estos contextos, los nuevos conocimientos, enfoques y acceso a instituciones de salud u otras se vieron notablemente disminuidos, si no anulados, como recursos u opciones reales para prevenir el abuso y los riesgos sexuales.

A lo largo de mi trabajo de campo, pude distinguir al menos tres tipos de situaciones críticas en las que la vulnerabilidad social acrecienta la vulnerabilidad sexual de los adolescentes, las que he desarrollado más ampliamente en otra publicación (Yon 2014). En primer lugar, se encuentran las situaciones de abuso sexual en el hogar por parte de familiares, las que se configuran y ocultan por las relaciones de poder organizadas en torno al género y la edad. Estas no solo limitan la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones, sino que alientan sus temores y restringen la capacidad de sus madres para apoyar a sus hijas o velar por ellas frente al abuso de sus parejas. Así, las adolescentes entrevistadas sabían muy bien cómo y dónde denunciar a los agresores sexuales, dada su participación en los talleres de la ONG y la información que en algunos casos les dieron en su colegio, pero esta no fue considerada como una real «opción». Dentro de las principales razones para no denunciar estaba no perder uno de los escasos apoyos o activos sociales con que ellas y sus familias cuentan para acceder a recursos materiales que necesitan cotidianamente y constituyen formas de protección frente a amenazas externas o soporte en caso de emergencias. Además, ellas temen ser estigmatizadas y avergonzadas después de denunciar el abuso sexual.

En segundo lugar, en el ámbito laboral también se observaron situaciones de vulnerabilidad social asociadas a riesgos sexuales y otros: el trabajo doméstico en el caso de adolescentes mujeres y el trabajo temporal en el cultivo de la hoja de coca en el caso de adolescentes hombres. En caso de las adolescentes, se presentaron situaciones de acoso y abuso sexual facilitados por las precarias condiciones laborales en que se realiza el trabajo doméstico, así como por las desigualdades que se «justifican» socialmente por la discriminación étnica hacia quienes lo ejercen y el bajo estatus que se le asigna a esta labor. Las adolescentes trabajadoras del hogar también sabían cómo y dónde denunciar, pero no consideraron esta posibilidad por juzgar que ello no tendría resultados por su posición subordinada en las jerarquías de etnia y clase social, pudiendo incluso ser más humilladas por ello. Sin embargo, fueron capaces de, finalmente, denunciar a sus agresores sexuales frente a sus empleadoras (aunque no legalmente) y de escapar definitivamente de ellos. A diferencia de lo observado en los casos de abuso sexual en el hogar, estas chicas pudieron hablar con menor temor y vergüenza de la agresión sufrida. Ello tendría que ver con una menor estigmatización del abuso cometido por un extraño y con una relación de menor dependencia tanto económica como emocional respecto al agresor, pues ellas veían su empleo como algo temporal que podían dejar si se trataba de escapar del abuso sexual. En el caso de los adolescentes varones, se trata de riesgos sexuales (por el uso poco consistente del condón) vinculados a la organización de una creciente oferta de venta de alcohol y comercio

sexual en las zonas de producción de coca ubicadas en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem). Allí, laboran niños, adolescentes y jóvenes que habitan en esta zona, pero también aquellos que migran estacionalmente de barrios periféricos de Ayacucho y otros lugares aledaños (ver Unicef 2006; García *et al.* 2008). Para los entrevistados, ir al «prostibar» semanalmente era algo que se les planteó prácticamente como «inevitable» estando en el Vraem. Se alude a las pocas opciones para distraerse y disiparse luego de la jornada de trabajo, la lejanía de familiares y amigos, la disponibilidad de dinero, la oferta de trabajadoras sexuales en los bares a los que concurren, la presión de sus pares y lo que denominan «la propia naturaleza masculina», asociada a una mayor dificultad para frenar el deseo sexual. Como expresión de las desigualdades de género en el terreno de la sexualidad, a diferencia de las situaciones de abuso que mayormente enfrentan las adolescentes en sus hogares y trabajos, las situaciones de vulnerabilidad sexual para los chicos en las zonas de producción de coca implican a la vez el ejercicio de su agencia sexual. Aunque se da una presión del grupo alentada por patrones hegemónicos de masculinidad, los chicos son activos en su decisión (se ve como una oportunidad sexual) y tienen un mayor margen de acción para escapar de relaciones sexuales no deseadas o hacer uso del preservativo, si lo desearan.

En tercer lugar, se encuentran situaciones de vulnerabilidad sexual en lugares de diversión o encuentro entre pares. Estas surgen por las dinámicas que se dan en tales espacios sociales (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol), pero también por normas parentales de género que demarcan ámbitos de riesgo social para las adolescentes (ser descubiertas, juzgadas y sancionadas) y tienden, paradójicamente, a eclipsar riesgos de otro tipo, como los sexuales y de seguridad. Así, las desigualdades de género que estructuran la división de los espacios sociales permitidos o prohibidos para los adolescentes y las normas sociales sobre su sexualidad incrementan la vulnerabilidad frente a riesgos sociales y sexuales de las chicas, aun de las más informadas, como son las promotoras juveniles, que también deben regirse por las prescripciones y sanciones de sus familiares, aunque las consideren machistas.

La noción de derechos está ausente de la vida de los y las adolescentes, más allá de lo aprendido en el proyecto y el uso de este lenguaje en actividades públicas o educativas. En general, sus oportunidades y recursos no han sido alcanzados (ni vistos) como derechos, sino como el resultado de riesgos o sacrificios personales o familiares. Varias situaciones de vulnerabilidad sexual que enfrentan los adolescentes en espacios de trabajo y entretenimiento se generan en procesos paradójicos donde hay una tensión entre buscar incrementar activos o ejercer agencia –lográndolo, a veces– y correr riesgos significativos que directa o indirectamente se encuentran asociados a estas oportunidades. El resultado que se obtiene de esta tensión es variable, incluyendo consecuencias para su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Aun más, situaciones de vulnerabilidad social y sexual pueden ser invisibi-

lizadas, aceptadas o nunca confrontadas por asumir que son las únicas oportunidades de tener mayor autonomía, ser reconocidos como iguales o lograr aspiraciones que surgen de estereotipos globalizados de género y ciudadanía. Estas formas «modernas» o prestigiosas de ser adolescente implican invertir en ciertas presentaciones del cuerpo y obtener bienes que le den valor, prestigio e identidad, como ropa de moda, aparatos electrónicos, motos y otros objetos que simbolizan diferentes culturas juveniles a las que el adolescente ha conocido por sus pares o en internet (Yon 2014).

Aplicar el discurso de los derechos sexuales y reproductivos en las situaciones de vulnerabilidad descritas implicaría un nivel de autonomía, agencia individual y apoyo social e institucional que los adolescentes realmente no poseen. De allí que tan importante como trabajar en procesos de empoderamiento individual, que incluso han implicado cuestionar relaciones de inequidad de género e intergeneracionales, es enfrentar concretamente los condicionantes sociales que configuran sus oportunidades y riesgos e influyen en sus elecciones y formas de prevención o afrontamiento. De lo contrario, los límites de estas intervenciones pueden preverse desde su formulación.

A MODO DE CONCLUSIÓN: TRASCENDER LAS (ACTUALES) BUENAS PRÁCTICAS

Este artículo muestra las potencialidades y limitaciones de un proyecto de SSR que en términos generales está en consonancia con los criterios del Minsa (2013) y la literatura internacional sobre las buenas prácticas. Dicho proyecto asumió el reto de incidir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes de menores recursos económicos en ámbitos rurales y urbanos, tomando en cuenta las inequidades intergeneracionales y de género desde un enfoque de equidad de género e interculturalidad. Como en otras experiencias latinoamericanas similares (Romero 2004), no se buscó solo incrementar conocimientos, sino que se promovió el ejercicio de valores democráticos, de respeto al otro y de equidad de género e intergeneracional; es decir, se propuso cambiar el marco de interpretación de la sexualidad y de las relaciones interpersonales. A la vez, se enfatizó cuestiones como el desarrollo de competencias o capacidades para poner en práctica una nueva manera de ver el propio cuerpo, la toma de decisiones y las interacciones sexuales. Finalmente, se buscó generar procesos de empoderamiento y reconocimiento de la voz y agendas de los adolescentes a través de proyectos comunitarios. Pese a los costos para los participantes del limitado apoyo de adultos de su entorno (padres y madres de familia, profesores y proveedores de salud), se lograron desarrollar formas de agencia que permitieron a un grupo de adolescentes ver sus cuerpos sin vergüenza, hablar públicamente de sexualidad y demandar educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos, así como cuestionar jerarquías de género y edad que atraviesan el conjunto de la sociedad. Cierta-

mente, esto matiza o complejiza la hipótesis sostenida por varios antropólogos del desarrollo, quienes señalan que categorías y estrategias de desarrollo que parecen ser liberadoras, como el empoderamiento y la participación social, pueden tender, finalmente, a soslayar las estructuras de poder que operan a nivel macro al concentrarse en el micronivel de la democracia participativa (Porter 1997; Cooke y Kothari 2001; Edelman y Haugerud 2005).

Sin embargo, las estrategias de intervención implementadas (proyectos comunitarios participativos, talleres de capacitación y sensibilización de operadores de salud y educación, alianzas estratégicas intergeneracionales y encuentros con tomadores de decisiones) tuvieron un impacto limitado por falta de capacidad para transformar contextos institucionales y sociales poco favorables o adversos a los derechos y la SSR de los adolescentes. Como era previsible, las intervenciones de tres años de una ONG no podrían lograr estos cambios a nivel del contexto político y de los determinantes estructurales de la salud. No obstante, resulta necesario diseñar estrategias de empoderamiento que no se centren solo en aspectos subjetivos y en el desarrollo de habilidades sociales de los adolescentes. Ellas tendrían que responder también a los probados vínculos entre la SSR y la falta de oportunidades para los adolescentes en situaciones de mayor desigualdad social y, especialmente, para las adolescentes mujeres. Desde esta perspectiva, se han destacado políticas y programas estatales que muestran el efecto positivo de prolongar el tiempo de las adolescentes en la escuela para la postergación del embarazo (Banco Mundial 2012; Mendoza y Subiría 2013). Se trata del programa estatal de transferencias condicionadas Subsidio Educativo en Colombia (Cortés *et al.* 2011) y de la reforma nacional de educación que extendió el horario escolar en Chile (Berthelon y Kruger 2011). Habría que agregar que se requiere contar con una oferta educativa de buena calidad, especialmente en los ámbitos de mayor pobreza, para que esta pueda motivar legítimamente a las adolescentes y ser parte de sus planes de vida (Näslund-Hadley y Manzano 2011).

Esta no pretende ser la evaluación crítica de una buena práctica per se, sino un análisis de las condiciones de posibilidad para que esta u otras similares alcancen los resultados esperados y sean sostenibles en el contexto peruano, particularmente en ámbitos rurales y periurbanos del país, que es donde se desarrolló el proyecto analizado en este artículo. Dos aspectos que marcaron el proceso y los resultados de esta intervención fueron claramente las situaciones de vulnerabilidad social de las adolescentes y la ausencia de políticas públicas. Estas últimas, como recuerda la OMS (2008), son el modo de enfrentar los determinantes sociales de la salud que deben asumir los gobiernos dejando intervenciones de corto plazo que no llegan a trascender la superficie de los problemas.

La aceptación de la influencia de la Iglesia católica en las políticas públicas por parte de nuestros gobernantes y funcionarios (en diferentes niveles del aparato público) sería una

de las razones de los vaivenes –y muchas veces de la inercia– del Estado peruano frente al tema de la SSR de los adolescentes (Chávez y Cisneros 2004). Lo cierto es que no se ha evidenciado voluntad política para garantizar la formación de funcionarios y operadores del sector público en este tema, ni se ha asignado presupuesto suficiente para implementar, monitorear y evaluar el programa de educación sexual y los servicios de salud diferenciados. Afortunadamente, varios de estos determinantes se incluyen en el *Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021*, liderado por el Minsa y elaborado con el apoyo del Unfpa.

Desde este punto de vista, no parece que el problema principal radique actualmente en identificar y probar buenas prácticas o formas de intervención exitosas, sino en que el Estado cumpla con los acuerdos internacionales respecto a la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, como los que corresponden a la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (2010). Como bien se ha reconocido (Minsa 2013), la capacidad de respuesta de las instituciones gubernamentales también constituye un determinante de la salud (McLeroy *et al.* 1988). Concretamente, esto implica que el Estado peruano asuma su responsabilidad en la implementación tanto de políticas que faciliten el acceso a educación sexual científica y servicios de SSR para los adolescentes, así como de políticas multisectoriales para disminuir la pobreza y las inequidades de género en el acceso a la educación y a mejores ingresos y para frenar las relaciones intergeneracionales abusivas o violentas entre padres e hijos –y, en general, entre adultos y menores–, la homofobia y la violencia de género en sus diferentes expresiones, lo mismo que la explotación laboral y sexual de adolescentes. Los proyectos de organizaciones comunitarias, ONG y la cooperación internacional no pueden reemplazar a las políticas públicas, pero sí pueden contribuir a propiciar su cumplimiento, así como a mejorar su diseño, implementación y evaluación; ello, como parte de un abordaje multisectorial y a partir de la experticia y lecciones aprendidas en la problemática que nos ocupa. Igualmente, se hace necesario el fortalecimiento de redes de organizaciones y líderes juveniles y adultos interesados en la salud y los derechos de las y los adolescentes⁸, que en conjunto puedan continuar haciendo contrapeso a las posiciones conservadoras y ser parte de una ciudadanía activa y vigilante en estos temas.

8. Como ha sido, por ejemplo, el caso de la Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí podemos!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGLETON, Peter; Elaine CHASE y Kim RIVERS

2004 *HIV/AIDS Prevention and Care among Especially Vulnerable Young People: A Framework for Action*. Ginebra: OMS.

ARIAS, Ybeth y Diana BAZÁN

2006 «Necesidad de una perspectiva laica en la educación sexual». Academia.edu. Libertades Laicas. Fecha de consulta: 5/10/14. <http://www.academia.edu/7299182/NECESIDAD_DE_LA_PERSPECTIVA_LAICA_EN_LA_EDUCACION%20%93N_SEXUAL>.

BAER, Hans; Merryll SINGER e Ida SUSSER

2003 *Medical Anthropology and the World System*. Westport, CT: Praeger.

BANCO MUNDIAL

2012 *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington, DC: Banco Mundial.

BERTHELON, Matías y Diana KRUGER

2011 «Risky Behavior among Youth: Incapacitation Effects of School on Adolescent Motherhood and Crime in Chile». En: *Journal of Public Economics*, vol. 95, N° 1-2, pp. 41-53.

BRONFENBRENNER, Urie

1993 «Ecological Systems Theory». En: WOZNIAK, Robert y Kurt FISHER (eds.). *Specific Environments: Thinking in Contexts*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 3-44.

BURAWOY, Michael; Joseph BLUM; Sheba GEORGE; Zsuzsa GILLE; Teresa GOWAN; Lynne HANEY; Maren KLAWITER; Steven LOPEZ; Seán ÓRIAIN y Millie THAYER

2000 *Global Ethnography: Forces, Connections and Imaginations in a Postmodern World*. Berkeley: University of California Press.

CÁCERES, Carlos

1999 *La (re)configuración del universo sexual: cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a la vuelta del milenio*. Lima: UPCH.

CHÁVEZ, Susana y Rosa CISNEROS

2004 *Cuando los fundamentalismos se apoderan de las políticas públicas*. Lima: CMP Flora Tristán.

COOKE, Bill y Uma KOTHARI (eds.)

2001 *Participation: The New Tyranny?* Nueva York: Zed Books.

CORREA, Norma y Terry ROOPNARAINÉ

2014 *Pueblos indígenas y programas de transferencias condicionadas*. Lima: Ifpri.

CORTÉS, Darwin; Juan GALLEGO y Darío MALDONADO

- 2011 «On the Design of Education Conditional Cash Transfer Programs and Non-education Outcomes: The Case of Teenage Pregnancy». Documento de trabajo N° 3531. Munich: Cesifo.

EDELMAN, Marc y Angélique HAUGERUD

- 2005 *The Anthropology of Development and Globalization: From Classical Political Economy to Contemporary Neoliberalism*. Oxford: Blackwell Publishers.

FAMILY CARE INTERNATIONAL

- 2011 *Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes: herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas*. Bogotá: Caracola Consultores.

FARMER, Paul

- 1999 *Infections and Inequalities*. Berkeley: University of California Press.
1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

FARMER, Paul; Margaret CONNORS y Janie SIMMONS (eds.)

- 1996 *Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

FLÓREZ, Carmen

- 2005 «Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia». En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 18, N° 6, pp. 388-402.

GARCÍA, Jaime; Fabián NOVAK y Sandra NAMIHAS

- 2008 *El problema del narcotráfico en la región Ayacucho*. Lima: Instituto de Estudios Internacionales.

GIRÓN, Maziel

- 2009 «"Pero no todas las mujeres somos así..." Género, sexualidad y vulnerabilidad frente al VIH en mujeres de barrios pobres de Lima, Perú». En: CÁCERES Carlos y Ximena SALAZAR (eds.). *Promoción de la salud sexual: aportes para la investigación y la acción*. Lima: UPCH, pp. 43-56.

GOOD, Byron

- 1994 *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

GUTIÉRREZ, Amada

- 2007 «Situación de la educación sexual en el sistema educativo y propuesta de lineamientos preliminares de políticas para una educación sexual integral». Documento de trabajo N° 3. Lima: Minedu-Dítoe.

- HUBER, Ludwig; Patricia ZÁRATE; Anahí DURAND; Óscar MADALENGOITIA y Jorge MOREL
2009 *Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas. Estudio de caso de seis distritos rurales del Perú*. Lima: IEP.
- INEI, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
2014 *Encuesta demográfica y de salud familiar, Endes 2013*. Lima: INEI.
- KLEINMAN, Arthur
1988 *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- LA PORTA, Deborah; Astrid MENDOCILLA; Carmen MURGUÍA y Rocío ZUMAETA
2000 *Encuentros significativos entre adolescentes y adultos: la educación entre pares, una apuesta por que las adolescentes sean protagonistas de su salud sexual y reproductiva*. Lima: IES.
- MCLEROY, Kenneth; Daniel BIBEAU; Alan STECKLER y Karen GLANZ
1988 «An Ecological Perspective for Health Promotion Programs». En: *Health Education Quarterly*, vol. 15, N° 4, pp. 351-378.
- MENDOZA, Walter y Gracia SUBIRÍA
2013 «El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas». En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 30, N° 3, pp. 471-479.
- MINEDU
2008 *Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral*. Lima: Minedu.
- MINSA
2013 *Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021*. Lima: Minsa.
2005 *Lineamientos de política de salud de los adolescentes*. Lima: Minsa.
- MINSA y UNFPA
2010 *¿Cómo prevenir el embarazo en adolescentes promoviendo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos? La respuesta de cuatro buenas prácticas peruanas*. Lima: Minsa.
- MMR
2006 «Documento de formulación del proyecto SserR Jóvenes» [manuscrito]. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- MUJICA, Jaris
2014 *Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios*. Lima: Promsex.

MUJICA, Jaris; Nicolás ZEVALLOS y Sofía VIZCARRA

2013 *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonia peruana*. Lima: Promsex.

MULLER, Frederik

1983 «Contrasts in Community Participation: Case Studies from Peru». En: MORLEY, David; John ROHDE y Glen WILLIAMS (eds.). *Practising Health for All*. Oxford: Oxford University Press, pp. 190-207.

NÄSLUND-HADLEY, Emma y Gábor MANZANO

2011 *Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente?* Nueva York: BID.

OMS

2010 *Equity, Social Determinants and Public Health Programs*. Ginebra: OMS.

2008 «Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health». Informe final. Ginebra: OMS-CSDH.

OPS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2010a *Salud sexual y reproductiva y VIH en los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Washington, DC: OPS.

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

ORTNER, Sherry

1996 «Making Gender: Toward a Feminist, Minority, Postcolonial, Subaltern, etc., Theory of Practice». En: ORTNER, Sherry. *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press, pp. 1-20.

PANTÉLIDES, Edith

2004 «Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina». En: CELADE. *La fecundidad en América latina y el Caribe: transición o revolución*. Santiago de Chile: Celadeupx, pp. 167-182.

PARKER, Richard

2001 «Evolution in HIV/AIDS. Prevention, Intervention and Strategies». En: *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 35, N° 2, pp. 155-165.

PARKER, Richard y Peter AGGLETON

2012 «HIV e AIDS, desigualdade social e mobilização política». En: PAIVA, Vera; Ivan FRANÇA y Artur KALICHMAN (eds.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde, livro IV: Planejar, fazer, avaliar*. Curitiba: Juruá Editora Ltda., pp. 21-49.

PARKER, Richard; Delia EASTON y Charles KLEIN

2000 «Structural Barriers and Facilitators in HIV Prevention: A Review of International Research». En: *AIDS*, N° 14, suplemento 1, pp. S22-S32.

PÉREZ, Freddy; Alicia QUINTANA y Catalina HIDALGO

2003 *Sexualidad y mujeres jóvenes: negociación, protección y placer*. Lima: IES.

PÉREZ, Rodrigo y Javier RODRÍGUEZ

1996 «Educación en sexualidad y prevención del SIDA: la importancia de la intervención a nivel comunitario». En: *Última década*, N° 4, pp. 123-139.

PETCHESKY, Rosalind

2003 *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. Londres: Zed Books.

PORTER, Doug

1997 «A Plague on the Borders: HIV, Development, and Traveling Identities in the Golden Triangle». En: MANDERSON, Leonor y Margaret JOLLY (eds.). *Sites of Desire, Economies of Pleasure*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 212-232.

PROINAPSA, INSTITUTO DE PROGRAMAS INTERDISCIPLINARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

2007 «Buenas prácticas de promoción de la salud en el ámbito escolar». Fecha de consulta: 15/2/2015. <[QUINTANA, Alicia y Ernesto VÁSQUEZ](http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=193:library-/>.</p></div><div data-bbox=)

1997 *Construcción social de la sexualidad adolescente: género y salud sexual*. Lima: IES.

RAMOS, Miguel

2006 «La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género». En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 23, N° 3, pp. 201-220.

REYES, Esperanza

1989 «Las políticas de salud que "hablan" de la participación comunitaria». En: *Revista Acción Crítica*, N° 26, pp. 36-53.

ROMERO, Rosa

2004 *Casas municipales de adolescentes. Sistematización. Adentrándonos en la experiencia. Un abordaje eficaz para el trabajo con adolescentes*. Managua: Unfpa.

SALAZAR, Ximena; Carlos CÁCERES; André MAIORANA; Ana María ROSASCO; Susan KEGELES y Thomas COATES

2006 «Influencia del contexto sociocultural en la percepción del riesgo y la negociación de protección en hombres homosexuales pobres de la costa peruana». En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, N° 10, pp. 2097-2104.

SALAZAR, Ximena; Carlos CÁCERES; Ana María ROSASCO; Susan KEGELES; André MAIORANA; María Rosa GÁRATE y Thomas COATES

2005 «Vulnerability and Sexual Risks: Vagos and Vaguitas in a Low Income Town in Peru». En: *Culture, Health & Sexuality*, vol. 7, N° 4, pp. 375-387.

SÁNCHEZ, Sixto; Guillermo ATENCIO; Naguye DUY; Mirtha GRANDE; María FLORES; Marina CHIAPPE; Raúl NALVARTE; Jorge SÁNCHEZ y King HOLMES

2003 «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 Pública*, vol. 20, N° 4, pp. 206-210.

SANDOVAL, Clara

2009 «Guiones sexuales y percepciones sobre coerción sexual en los espacios de diversión de jóvenes en barrios de la costa peruana». En: CÁCERES, Carlos y Ximena SALAZAR (eds.). *Promoción de la salud sexual: aportes para la investigación y la acción*. Lima: UPCH, pp. 57-70.

UNICEF

2006 *Niños en zonas coccaleras: un estudio en los valles de los ríos Apurímac y Alto Huallaga*. Lima: Unicef.

YON, Carmen

2014 «Vulnerabilidad social, salud y derechos sexuales de adolescentes ayacuchanos». En: BARRANTES, Roxana y Peter BUSSE (eds.). *Salud, vulnerabilidades, desigualdades*. Lima: IEP, pp. 115-140.

2010 *«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.

1998 *Género y sexualidad: una mirada de los y las adolescentes de cinco barrios de Lima*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.