

## PRESENTACION

*El embarazo en la adolescencia ha sido considerado un problema desde diferentes aspectos porque implica mayor riesgo de mortalidad materna, menores oportunidades –cuando no un corte abrupto– de educación, un fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil.*

*Diversos estudios indican que más del 50 por ciento de las y los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos. Denominada sexualidad temprana en numerosos documentos, ella implica riesgos de un embarazo, deseado o indeseado, que tiene consecuencias negativas a corto y largo plazo para la adolescente.*

*Así por ejemplo, las que deciden tener su hija o hijo deben hacer frente a la resistencia del entorno social. Esta puede traducirse en el rechazo de la familia próxima, en la expulsión del colegio, en la pérdida o disminución de su red social de amigas y amigos. Para aquellas que desean poner término al embarazo, las posibilidades de hacerlo son frenadas por las leyes que penalizan el aborto, el temor de una intervención insegura, el sentimiento de culpabilidad, su alto costo, entre muchas otras.*

*Los efectos sociales en las jóvenes madres también son importantes, sobre todo si se considera que la mayoría de los embarazos adolescentes se da en jóvenes pobres y de escasa escolaridad. Además de asumir la responsabilidad de la crianza del hijo o hija, muchas de estas madres, al ser jefas de hogar de bajos ingresos, continúan en el ciclo de pobreza.*

*Esta Agenda Salud aborda el tema basándose en el taller de trabajo realizado por la Oficina Regional de la Unicef para América Latina y el Caribe en los primeros días de noviembre de 1997. La diversidad y calidad de los trabajos allí expuestos ameritan ampliamente su difusión para lograr no sólo una disminución de las tasas de embarazo en adolescentes y de maternidad temprana, sino para que las niñas y los niños lleguen a la edad adolescente con conocimientos y valores que les permitan decidir responsablemente acerca de su vida y su sexualidad.*

## LAS NIÑAS MADRES

**Carmen Torres**

De los 13 millones de partos registrados anualmente en América Latina y el Caribe, dos millones corresponden a adolescentes, es decir el 15 por ciento del total. Tales cifras no dan cuenta de la real magnitud del embarazo en las niñas, puesto que consideran sólo los partos de las jóvenes entre los 15 y los 19 años, ignorándose en la mayoría de los países las tasas reales de adolescentes embarazadas. El Centro Latinoamericano de Demografía estima que el porcentaje de nacimien-

tos de madres adolescentes es más bien cercano al 20 por ciento, mientras que otros organismos, como la Unicef y el Unifem, lo establecen entre el 15 y el 26 por ciento.

Dentro de la misma región existen diferencias notables. El país que presenta el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas es El Salvador, con 138 por 1000, mientras que el menor es el de Barbados con 60 por 1000 (ver recuadro).

En los últimos dos años se han realizado varias reuniones a nivel regional en las que el tema ha sido prioritario o central. En La Habana, en junio de 1996, la Unicef y el Unifem organizaron el encuentro regional Post Beijing, en el que el embarazo adolescente fue identificado como una de las áreas prioritarias de acción en América Latina y el Caribe. En agosto de 1996 se realizó en Santiago de Chile el Tercer Encuentro Ministerial sobre la Infancia y Políticas Sociales en las Américas, para establecer acciones y políticas destinadas a asegurar el cumplimiento de los objetivos para el bienestar de niñas y niños hacia el año 2000; entre ellos, se señalaba prevenir y enfrentar el embarazo precoz. En noviembre de 1997, la Oficina Regional de la Unicef para América Latina y el Caribe llevó a cabo en Kingston el taller Embarazo en Adolescentes, Maternidad y Paternidad Tempranas: Líneas de Acción para la Prevención, el Apoyo y la Definición de Políticas Públicas. Finalmente, el Fondo de Población de Naciones Unidas realizó en San José de Costa Rica en diciembre de 1997 la Primera Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia.

### El taller de Jamaica

El objetivo del encuentro de Kingston, en el cual participaron cerca de cien personas de 29 países de la región, fue formular un plan de acción destinado a fortalecer o reorientar los programas para disminuir el embarazo en adolescentes en la región. Para ello, el plan debía fundamentarse en un enfoque de derechos de las adolescentes, es decir, tomar como punto de partida el derecho a la vida, a la educación, a cuidados de salud, a la información y servicios de planificación familiar, a vivir libre de violencia, entre otros, de las personas menores de 19 años.

Joan French, asesora regional en Mujer y Equidad de Género de la Unicef, planteó muy claramente en la jornada inaugural del taller el necesario cambio del enfoque asistencial y paternalista preponderante

frente al embarazo adolescente, por uno que se centrara en los derechos de las y los jóvenes y en el impacto en el desarrollo personal y social de la madre joven.

Uno de los signos de este nuevo enfoque se materializó en la presencia activa de adolescentes de ambos sexos quienes, con su espontaneidad, música, dramatizaciones teatrales, intervenciones, mostraron y hablaron abiertamente sobre su sexualidad, los mitos, miedos y expectativas sobre ésta, así como los problemas de información y de comunicación que tienen en el ámbito familiar y educacional sobre el tema.

Esta presencia de adolescentes acentuó una mirada más abierta de los adultos hacia las preocupaciones de las y los jóvenes sobre la sexualidad y la reproducción temprana, lo que se reflejó en las discusiones en plenaria, en los grupos de trabajo y en el documento final que allí se aprobó.

En esta nueva perspectiva se dio énfasis a los elementos que deben incluirse en el trabajo con y por las/los adolescentes, en relación a su sexualidad, al embarazo y la maternidad temprana. Pero también se hizo notar que los programas debían incluir necesariamente contenidos acerca de la socialización de género y la construcción de las identidades femeninas y masculinas de las y los jóvenes.

### Causas del embarazo adolescente

Para la investigadora Cheryl Davis,<sup>1</sup> la mayoría de los embarazos precoces no se debe al desconocimiento por parte de las adolescentes de los métodos anticonceptivos ni a la falta de acceso de los servicios o métodos. Estudios realizados en la región muestran que se explican más bien, entre otras razones, por la brecha existente entre la manera en que se suministra la información y se presta el servicio, y la forma en que éstos son percibidos y utilizados por la población adolescente. A menudo, afirma la autora, es más bien la falta de privacidad en el acceso a dichos servicios, los mitos y estigmas que preva-

### Tasas de fertilidad de adolescentes de 15-19 años en países seleccionados de América Latina y el Caribe (Tasas por 1000)

Barbados	60
Chile	66
Venezuela	79
Ecuador	81
Cuba	82
Bolivia	83
Trinidad y Tobago	90
Brasil	87
Colombia	88
Costa Rica	92
Haití	96
Jamaica	100
Rep. Dominicana	104
Grenada	112
México	113
Guatemala	123
Nicaragua	126
Belice	137
El Salvador	138

**Fuente:** El Embarazo de las Adolescentes en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo de la Unicef, realizado por Cheryl Davis.

1. El embarazo de las adolescentes en América Latina y el Caribe. Enfoque desde el punto de vista de sus derechos. Documento encargado por la Oficina Regional de Unicef para América Latina y el Caribe, 1997.

leen en la sociedad acerca del embarazo y el uso de anticonceptivos, lo que impide que la joven utilice los servicios que se le ofrecen.

Davis también señala algunas de las normas socioculturales que contribuyen al comportamiento sexual cada vez más temprano de las niñas:

- el marco cultural de iniciación temprana de las relaciones sexuales;
- la necesidad de tener hijos para probar la femineidad, basándose en las percepciones sociales de este concepto;
- el poco valor y estima que la sociedad atribuye a la niña como mujer y como joven, y que se expresa en la falta de expectativas;
- la percepción de que el papel básico de la mujer es reproducirse y efectuar funciones domésticas;
- la poca estima que la niña siente por sí misma como resultado de las percepciones sociales;
- la baja condición de la mujer dentro de la sociedad y las pocas oportunidades que se le brindan.

En el informe final del taller también se señala que las jóvenes todavía están bajo la influencia de modelos aprendidos desde la niñez que resaltan el papel femenino de servicio a los hombres, incluso en el plano sexual. A la vez, les llegan mensajes contradictorios sobre la sexualidad: por un lado, el énfasis en el valor de la virginidad y, por el otro, la presión ejercida por una creciente cultura de liberación sexual. A los jóvenes varones también se les empuja a probar su virilidad en términos sexuales y a través de la procreación. Sin embargo, por lo general, esto no se asocia con la idea de ser buenos padres o buenos compañeros ni con el desarrollo de su vida afectiva y su capacidad de ternura.

### **No olvidar lo recorrido**

En las discusiones para llegar a establecer

un marco conceptual sobre el embarazo adolescente que considerara el enfoque de derechos, se recordaron los acuerdos internacionales que tienen estrecha relación con los derechos de las y los jóvenes, los derechos reproductivos de las mujeres, así como con los derechos de la población femenina a no ser discriminada bajo ninguna forma. Ellos son:

- la Convención sobre los Derechos del Niño (1989);
- la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979);
- el Programa de Acción de la Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (1993).
- la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar Todas las Formas de Violencia contra la Mujer (1994);
- la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994);
- la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995);
- la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

El taller de Jamaica dio prioridad a tres grandes ejes de acción para enmarcar las discusiones y el trabajo:

- **Prevención.** Implica entregar “educación para la vida” y educación familiar y comunitaria, con el fin de mejorar las capacidades de las y los jóvenes para tomar decisiones responsables sobre la sexualidad, la salud y la vida, y construir un proyecto de vida positivo.
- **Apoyo.** Involucra acciones dirigidas a mejorar las oportunidades y condiciones de vida de las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes, promoviendo, en particular, la continuación de los estudios, la capacitación y el acceso a servicios amigables.<sup>2</sup>
- **Políticas.** Se relaciona con programas gubernamentales y estatales, y con el es-

2. Servicios dirigidos a adolescentes que incluyan contenidos y lenguaje apropiados a esa población, y que sean impartidos por recursos humanos que tengan en cuenta las necesidades específicas de la juventud.

tablecimiento de normas, regulaciones y principios específicos que garanticen los derechos de las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes y hagan explícito el apoyo del Estado en acciones de prevención y de apoyo para ellas.<sup>3</sup>

Una vez establecidos estos parámetros, diversas organizaciones presentaron sus experiencias e investigaciones locales, regionales o nacionales acerca del tema.

### Prevención

A nivel de la prevención, una de las experiencias más interesantes de la región fue quizás el Proyecto Educativo del Caricom.<sup>4</sup> En abril de 1996, los Estados miembros del Caricom decidieron implementar una estrategia educacional con vistas a reducir la tasa de embarazo en adolescentes y el VIH/SIDA, así como fomentar un mayor equilibrio entre la participación de hombres y mujeres en todos los ámbitos. Los contenidos de base de la estrategia eran entregar al alumnado de nivel básico y secundario los conocimientos, los valores y las habilidades necesarias para tomar decisiones acertadas con respecto a su vida. Llamado Educación sobre Salud y Vida Familiar (ESVF), el proyecto, cuya primera etapa cubre 1997 a 1999, se basa en estudios que recomiendan que los educadores den mayor importancia a los aspectos de la personalidad de la juventud, tales como la forma de establecer relaciones con amigos, su seguridad, su capacidad para dar afecto y su capacidad de rechazo y resistencia.<sup>5</sup>

Evaluaciones parciales del ESVF indican un alto nivel de conocimiento de las personas jóvenes sobre los temas de salud, pero no así de los comportamientos positivos significativos. Los análisis ponen en claro que el desarrollo de capacidades o habilidades y la práctica del comportamiento no fueron incluidas en las iniciativas educativas sobre salud, lo que significaba que los y las jóvenes no estaban en

capacidad de aplicar el conocimiento obtenido en la adopción de estilos de vida saludables. También se constató el ambiente poco amistoso del entorno social cuando trataban de poner en aplicación sus conocimientos, así como la falta de servicios adecuados para la juventud.

Los principales problemas del proyecto se referían a una carga excesiva de programas verticales demasiado orientados hacia el conocimiento; a metodologías deficientes y entrenamiento inadecuado para el profesorado; a la falta de coordinación entre las agencias patrocinadoras, y a materiales inadecuados.

Estos y otros problemas dieron como resultado una reducción no muy importante del embarazo en las adolescentes caribeñas. Sin embargo, la constatación de los obstáculos hizo posible un reordenamiento del proyecto. Además de insistir en el desarrollo de la personalidad de niños, niñas y adolescentes, se insta a promover y fortalecer los vínculos entre el hogar, la escuela y la comunidad, a través, por ejemplo, de la expansión de programas a los padres.

Otro proyecto destinado a la prevención del embarazo en adolescentes y la maternidad precoz es el Programa de Becas para Niñas Campesinas, y el Programa Animadores Juveniles, realizados ambos por la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES).

El primer programa se fundamentaba en que la deserción escolar de las niñas de zonas rurales incidía en el matrimonio temprano (y el embarazo precoz), costumbre de fuerte arraigo en la población indígena de Guatemala. Los antecedentes mostraban que las mujeres campesinas rara vez terminaban la escuela primaria y mucho menos la secundaria. Se pensó entonces que mantener a las niñas en el sistema educacional podía cambiar sus actitudes acerca del matrimonio y sobre el número de hijos que deseaban tener. No obstante, tras algunos años de implementación del programa, los objetivos fueron ampliados

## Número de nacimientos de adolescentes de 15 años seleccionados de

<i>País</i>	<i>Promedio de nacimientos anuales 1985-1990 (en miles)</i>
<i>Bolivia</i>	<i>293</i>
<i>Brasil</i>	<i>4 086</i>
<i>Chile</i>	<i>301</i>
<i>Colombia</i>	<i>861</i>
<i>Costa Rica</i>	<i>80</i>
<i>Cuba</i>	<i>181</i>
<i>Rep. Dominicana</i>	<i>213</i>
<i>Ecuador</i>	<i>328</i>
<i>El Salvador</i>	<i>182</i>
<i>Guatemala</i>	<i>350</i>
<i>México</i>	<i>2 438</i>
<i>Nicaragua</i>	<i>147</i>
<i>Venezuela</i>	<i>569</i>

#### Fuente:

El embarazo de las adolescentes en América Latina: un estudio de trabajo de la Unicef, realizado por Cheryll M. Ross y otros. *Health Conditions in the Americas, OPS/OMS, 1995.*

3. Informe final del Taller de Jamaica.

4. El Caricom reúne a Antigua y Barbuda, las Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Grenada, Guyana, Haití, Jamaica, St. Kittz y Nevis, St. Lucia, Montserrat, St. Vincent y las Grenadinas, Trinidad y Tobago, y Surinam.

5. Christine Norton. Proyecto Educativo Salud y Vida Familiar.

## tos y porcentaje de -19 años en países América Latina

Porcentaje de  
adolescentes de  
15-19 años(promedio)

10.6

9.1

13.6

15.3

16.3

26.0

13.6

14.6

20.3

17.1

16.2

16.8

14.4

América Latina y el Caribe. Documento de  
yyl Davis. (La autora cita como fuentes  
PS/OMS, 1990; Health Statistics from

apostando a las ventajas económicas de invertir en la educación de las niñas, de manera que sus progenitores se entusiasmaran con los resultados a mediano y largo plazo y también como una forma de atraer fondos privados al programa.

La beca consiste en una asignación mensual de 20 quetzales (cerca de US\$ 3) para las niñas de la escuela primaria, 40 para aquellas de los tres primeros grados de bachillerato (secundaria en otros países) y 80 para las de los grados superiores, durante 10 meses al año, más una suma adicional de 25 quetzales al inicio del año escolar. Con ese dinero, los padres y madres pueden comprar los útiles escolares, alguna ropa, pagar la matrícula y si queda algún dinero, algunos artículos para la niña, como jabón, champú o peines. Para recibir tal monto, los padres se comprometen por escrito a que la niña permanecerá en la escuela durante el año escolar, a encargarse de que asista de manera continuada a clases y que el dinero de la beca se destinará principalmente a ese fin. El programa, que se realiza desde 1987, ha entregado becas a niñas de entre 7 y 15 años de comunidades rurales e indígenas de escasos recursos en 14 aldeas de cinco departamentos de Guatemala.

Para reforzar los contenidos impartidos a las niñas, la AGES realiza también charlas a los padres y madres sobre la educación sexual. Los contenidos incluyen, entre otros: cómo planificar la vida; el amor en el matrimonio, cómo comunicarse entre sí, cómo tomar decisiones; el espaciamiento de los nacimientos; anatomía y fisiología de la reproducción; diversos métodos anticonceptivos; cuidados durante el embarazo, parto y atención postnatal. También se habla sobre los derechos reproductivos, la educación dentro de la familia y los estereotipos, la violencia doméstica y las enfermedades transmitidas sexualmente. Las charlas se dan en el dialecto local y son apoyadas con un manual en el que se describen ejemplos y se desarrollan actividades.

De las 4.000 becarias entre 1987 y 1991, 2.750 concluyeron los cinco años de escolaridad continuada; 1.230 finalizaron

tres años de escuela primaria; 690 terminaron los seis años de escuela primaria; 120 completaron la escuela secundaria básica (3 años) y 28 la escuela secundaria "diversificada" (años superiores) y se graduaron. Por otra parte, 87 por ciento se casó después de los 16 años, 10 por ciento estaba soltera (en 1997), 3 por ciento era madres solteras, 65 por ciento tuvo tres hijos y un 15 por ciento un solo hijo.

En tanto, el Programa Animadores Juveniles, que se desarrolla en zonas urbanas de Guatemala, tiene como objetivo entregar educación sexual a adolescentes de 10 a 19 años y a sus padres para fomentar la formación de valores personales respecto de la sexualidad. Para ello, se formó a promotores juveniles y se produjeron tres manuales informativos con los contenidos de base.

Iniciado en 1986, en 1991 un total de 6.000 animadores había participado en el programa en todo el país. Hasta 1997, cerca de 9.000 adolescentes habían estado en el programa. AGES calcula que si un animador puede ponerse en contacto con cinco personas al año, ello significa que en cinco años el total de personas beneficiadas alcanza a las 225.000.

Una encuesta informal con cien antiguos participantes efectuada en 1996 mostró que 60 de entre ellos habían empezado a utilizar anticonceptivos de manera continuada.

### Apoyo

La Fundación para la Promoción de los Valores Humanos y la Educación Comunitaria (Funvhed) de Barranquilla, Colombia, presentó un ejemplo de lo que pueden hacer los programas de apoyo a las adolescentes embarazadas y/o madres.

Esta ONG lleva adelante una Unidad de Atención Integral, proyecto que pretende lograr tres niveles de impacto: de carácter individual con la adolescente; a nivel de su familia y de sus allegados; y un último de tipo social que implica procesos de promoción de estilos de vida saludable, así como la participación de estructuras organizativas que defiendan los derechos de las niñas y los niños.

El proyecto cuenta con un albergue para adolescentes en situación de abandono familiar y social. En él las jóvenes tienen atención de salud pre y postnatal, asesoría jurídica, atención en trabajo social (como conciliación familiar), formación humana y desarrollo de la personalidad, atención psicológica, nivelación académica, capacitación laboral y recreación.

El proceso de cada joven es objeto de un seguimiento cuidadoso durante su permanencia en el albergue. En las primeras semanas se realiza una evaluación personal a partir de su proyecto de vida o de sus capacidades, luego se realiza una retroalimentación con sus compañeras y se ter-

mina con una suerte de informe de las/los profesionales que es entregado en grupo ante la adolescente.

Con la familia se evalúa la situación social y económica de la misma, así como el estilo de comunicación y relación que maneja con la muchacha. Se efectúan tres visitas domiciliarias a cada familia, la primera para conocerla y evaluar sus condiciones socioeconómicas, la segunda para llevar adelante la conciliación, y la tercera al momento del egreso de la adolescente. En algunos casos se ha realizado una cuarta visita de seguimiento, pero esto ha resultado difícil por cuanto las jóvenes y sus

## INDICADORES SUGERIDOS

(anexo al Plan de Acción)

### PREVENCIÓN

(Desagregados por sexo y edades)

- Población infantil y adolescente
- Deserción escolar y causa por sexo
- Edad de la primera relación
- Condiciones de la primera relación sexual (consensual, violación, incesto, abuso sexual)
- Edad de la persona con quien ha tenido la primera relación sexual
- Porcentaje de adolescentes que usan protección en la primera o más reciente relación sexual
- Porcentaje de adolescentes que conocen sus derechos
- Número de programas para información y atención integral a adolescentes y su cobertura real
- Número de organizaciones juveniles, y su cobertura real
- Número y porcentaje de maestros/as, padres de familia, personal de salud y comunicadores sensibilizados
- Número de espacios recreativos para adolescentes
- Número de servicios amigables para adolescentes
- Número de escuelas con educación sexual y educación para la vida
- Número de escuelas con educación sexual y educación para la vida con perspectiva de género

### APOYO

(Desagregados por sexo y por edades, con énfasis en la diferenciación de los grupos etáreos 10-14 y 15-19)

- Tasa de fecundidad adolescente

- Porcentaje de adolescentes cuyo embarazo es deseado y/o planeado
- Edad al primer parto
- Número y porcentaje de nacimientos adolescentes, desglosando a los menores de 15 años
- Número y porcentaje de madres y padres adolescentes
- Número y porcentaje de madres adolescentes solas, jefas de hogar
- Uso de métodos anticonceptivos: frecuencia y tipos de métodos utilizados
- Cobertura prenatal de embarazadas adolescentes
- Concentración de controles prenatales en adolescentes embarazadas
- Edad gestacional en la consulta prenatal de las adolescentes embarazadas
- Mortalidad perinatal de recién nacidos de adolescentes
- Mortalidad infantil de hijos/as de adolescentes
- Prevalencia de prematuridad en hijos/as de adolescentes
- Mortalidad materna en adolescentes (10-14 años y 15-19 años)
- Causas y demoras que contribuyen a la mortalidad materna (signos de alarma, traslado, tratamiento)
- Mortalidad en adolescentes por complicaciones derivadas del aborto
- Espacio intergenésico
- Porcentaje de niños/as dados en adopción por adolescentes
- Causas de dar al niño/a en adopción
- Número y porcentaje de adolescentes embarazadas o

familias suelen cambiar a menudo de domicilio.

Las evaluaciones de la Funhvec señalan que 55 por ciento de las adolescentes han sido reubicadas con sus familiares o allegados, y un 20 por ciento con sus compañeros. Otro logro importante es el mejoramiento de las relaciones intrafamiliares que se constata en la disminución de la violencia y un mayor respeto por la adolescente. También se ha obtenido un apoyo económico tanto de sus parejas como de sus familias hacia ellas y su prole. Esto último se ha concretado en la solidaridad y apoyo para el cuidado de los bebés al

momento que la muchacha egresa del albergue, lo cual ha permitido que un 60 por ciento de ellas estudie o trabaje.

## Políticas públicas

A nivel de políticas de gobierno para garantizar los derechos de las adolescentes embarazadas y/o madres, una de las más exitosas es la Acción de Tutela, implementada por Colombia. Este instrumento ha permitido que varias adolescentes embarazadas y madres solteras hayan podido proseguir sus estudios secundarios o universitarios.

madres adolescentes que continuaron sus estudios en el sistema formal regular

- Número de adolescentes que reciben un servicio específico: salud, iglesias, escuelas, clubes, jurídico
- Gastos en usuarios adolescentes
- Grupos de adolescentes organizados (número, cobertura, enfoque, inclusión o no de temas “para la vida”)
- Cursos de comunicación, relaciones interpersonales, autoestima, cobertura
- Número de adolescentes expuestos a mensajes educativos “para la vida” en el sistema formal e informal
- Número de cursos a madres adolescentes y sus parejas
- Número de cursos a maestros/as, personal de salud, padres y madres
- Existencia o no de servicios seguros de atención al aborto para adolescentes
- Cobertura de servicios de apoyo para el cuidado de los hijos/as
- Número de servicios de salud (hospitales, clínicas) que atienden específicamente a madres y padres adolescentes

## POLITICAS PUBLICAS

- Adecuación de leyes y reglamentos a la Convención sobre los Derechos del Niño, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, y las recomendaciones de la Plataforma de Acción Mundial de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) y otros acuerdos internacionales y regionales pertinentes

- Existencia de un Plan de Acción Específico para Adolescentes que rescate los principios de estos acuerdos internacionales
- Provisiones legislativas para prevenir, sancionar y eliminar el abuso sexual a niños/as y adolescentes
- Existencia de sistema de detección de la violación, el incesto y el abuso sexual
- Provisiones legislativas en relación a la adopción, registro de los niños/as, entre otros, que protegen los derechos de las madres y padres adolescentes
- Existencia de lineamientos de salud reproductiva y manejo responsable de la sexualidad para adolescentes
- Número de campañas de educación sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes
- Prioridad a estadísticas (por sexo y edad) que den cuenta de la situación del embarazo adolescentes, de la educación para el manejo responsable de la sexualidad y la protección de la salud reproductiva, y de la educación para la vida
- Prioridad a la capacitación en género a maestros/as, personal de salud
- Garantías del Estado para el acceso de adolescentes a servicios amigables gratuitos
- Recursos gubernamentales destinados a la atención de adolescentes
- Existencia de campañas públicas para recoger la voz de las y los jóvenes sistemáticamente
- Número y porcentaje de programas no gubernamentales apoyados por el Estado
- Cobertura de programas estatales y no gubernamentales

La Acción de Tutela, creada en 1991, es un recurso que toda persona puede interponer ante cualquier juez del país, con el objeto de que éste evite la violación de un derecho fundamental de carácter individual que se encuentre amenazado o para que ordene cesar cualquier acto de violación.

La particularidad del recurso es ser un mecanismo urgente de protección, que los jueces deben resolver en un máximo de 10 días, con preferencia a cualquier otro asunto a su cargo y que puede interponerse contra los agentes públicos o particulares, superando con ello la doctrina liberal, según la cual la violación de los derechos fundamentales sólo es predicable respecto del Estado.<sup>6</sup>

La Acción de Tutela ha sido esencial en casos de colegios religiosos y de universidades que se negaban a aceptar que adolescentes y jóvenes embarazadas y/o madres continuaran sus estudios regulares.

La Corte Constitucional, instancia que estudia las acciones de tutela, falló a favor del derecho de esas adolescentes y jóvenes a continuar sus estudios, invocando la propia Constitución del país. La Corte señaló, por ejemplo que “no existe violación que merezca como sanción limitar el derecho a la educación de la estudiante”.<sup>7</sup> Con respecto al argumento de un colegio religioso del no respeto a los principios éticos por parte de una adolescente embarazada, la Corte dictaminó que “esa concepción ética no es absoluta, tiene que ser compatible con los fines de la educación”, llegando a la conclusión que “el colegio tiene derecho a una ética, pero la alumna tiene derecho a educarse y al libre desarrollo de la personalidad con relación a la

maternidad”.<sup>8</sup> En otra sentencia se indica que “los reglamentos de las instituciones educativas no pueden afectar los derechos constitucionales fundamentales de los educandos”.<sup>9</sup>

El derecho a la igualdad también fue invocado en el caso de una madre soltera que quiso reintegrarse a la universidad. El juez indicó que el rector, “al marginarla del derecho a la educación, le da un trato de inferioridad en relación con las otras estudiantes y la discrimina cuando afirma que es objetivo primordial de la moral del establecimiento cerrarle las puertas a las madres solteras”.<sup>10</sup>

La Acción de Tutela sólo tiene efectos sobre la persona que hace la petición y sobre quienes se encuentren en situación de violar o poner en peligro los derechos fundamentales. No obstante, en el caso específico de la protección de derechos de la estudiante embarazada, por tratarse de jurisprudencia reiterada, se convierte en doctrina probable que, por lo mismo, obliga a los jueces a tenerla en cuenta en el momento de estudiar otros casos similares.<sup>11</sup>

## Plan de acción

Finalmente, y al cabo de varios días de trabajo en grupos, las participantes del Taller de Jamaica elaboraron un plan de acción que considera los tres ejes de acción (prevención, apoyo y políticas públicas). Algunas de las metas deben ser implementadas por los gobiernos y otras por la sociedad civil, a través de las ONG o entidades académicas. Ante la importancia de tal plan, *Agenda Salud* difunde sus principales lineamientos. (Ver Separata)

6. Unidad de Atención Integral a Adolescentes Gestantes o Lactantes en Situación de Desprotección y/o Abandono Familiar y/o Social. Documento presentado por Fundación para la Promoción de los Valores Humanos y la Educación Comunitaria de Colombia.

7. Idem.

8. Idem.

9. Idem.

10. Idem.

11. Idem.

## Agenda Salud

Nº 9  
enero - marzo 1998

Directora: Ana María Portugal  
Representante legal: Ana María Gómez  
Editora: Carmen Torres E.  
Corrección de textos: Sonia Chamorro  
Diseño y diagramación: Rosa Varas  
Impresión: Andros Ltda.

Isis Internacional  
Casilla 2067, Correo Central  
Santiago, Chile  
Teléfono (56-2) 638 2219  
Fax: (56-2) 638 3142  
Correo electrónico: isis@reuna.cl

ISSN: 0717 - 2311

Las opiniones presentadas en esta publicación no representan necesariamente el punto de vista de Isis Internacional ni de sus integrantes.

Los artículos pueden ser reproducidos por instituciones y grupos sin fines de lucro, citando la fuente.