



Consejo de la Juventud
de la Región de Murcia

DOCUBA
DOCUMENTO DE BASES PARA
UNA POLÍTICA DE JUVENTUD



XII. SALUD Y DISCAPACIDAD

CONSIDERACIONES GENERALES

1. Análisis de la realidad

La salud de los y las jóvenes es un asunto de especial interés para cualquier observador de la sociedad española actual. Los accidentes de tráfico, el SIDA, los problemas de salud ligados al sexo, el consumo y el abuso de drogas y la conducta alimentaria, son ejemplos de la diversidad y de la variedad de determinantes de la salud de los y las jóvenes. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales y culturales y a factores de riesgo para la salud, les convierte en un punto focal en salud pública. La sociedad de hoy está interesada por los acontecimientos y efectos del binomio salud y juventud.

Los cambios en los patrones de consumo y de ocio y los valores sociales característicos del dinamismo del entorno que rodea a los y las jóvenes condicionan su salud. La vulnerabilidad de las personas jóvenes viene favorecida por el acceso al consumo y la disponibilidad de información que circunda en todos los sentidos el entorno y la vida de las mujeres y hombres jóvenes.

Se ha observado que el peso de los determinantes más importantes relacionados con la mortalidad y la morbilidad de la población juvenil es cambiante y los principales problemas de salud que les afectan se distribuyen de manera diferente según grupos de edad, género, comunidad de residencia y clase social. Además, la distribución de los problemas relacionados con determinantes culturales y con la conducta presenta una dinámica que requiere la constante actualización del conocimiento, para actuar sobre ellos de forma efectiva.

El concepto de salud ha cambiando significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la Organización Mundial de la Salud de primera mitad de siglo, que entiende la salud como "un estado de completo bienestar", ha evolucionado; hoy se comprende mejor el concepto de salud al explicarlo como "un recurso para la vida y no el objetivo de la vida", en el cual, estar sano es "la capacidad [...] para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y las necesidades sociales..." (BLUM, 1981).

Conocer el estado de salud es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente en el que vive, con el sistema sanitario que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan a su comunidad y a él y a ella como individuo o individuoa. Es decir, que los factores personales, sociales, económicos y ambientales influyen en el estado de salud y, por tanto, las estrategias de defensa y protección de este derecho, la adopción de estilos de vida, los hábitos de consumo y el manejo del riesgo, están directamente relacionadas con la promoción de la salud.

Como ya se ha planteado, uno de los determinantes de los cambios en las condiciones sociales es el del acceso a la información: es posible que jamás hasta ahora el papel de ésta, en la orientación de las vidas y conductas de las personas, haya sido tan importante. Los y las jóvenes manejan una cantidad

de información formal e informal como nunca antes había ocurrido. Por supuesto este fácil acceso a gran cantidad de información influye en la construcción de las creencias, los conceptos, las actitudes, los valores y los procedimientos que en todos los ámbitos de la vida, incluida la salud, son utilizados por los y las jóvenes. Sin embargo, gran cantidad de información y acceso fácil a la misma no es garantía de su calidad ni su buen manejo, ni tampoco la existencia de una buena información garantiza el cambio de creencias, actitudes y estilos de vida. En efecto, frecuentemente aparecen contradicciones entre la información, las normas y valores culturales, la presión de los iguales y otros acontecimientos del entorno que afectan a los hábitos de salud de los y las jóvenes.

Por otro lado, intereses encontrados entre la salud pública y el mercado producen discursos contradictorios que pueden generar en los que chicos y chicas sentimientos de desorientación. Por ejemplo, mientras que continuamente se promueven discursos de rechazo al consumo de drogas ilegales, el alcohol o el tabaco son ofrecidos masivamente a los y las jóvenes en sus propios contextos, vendidos con excelentes campañas de marketing que los maquillan hasta convertirlos en productos completamente integrables en su cultura.

La influencia del sistema familiar, las creencias religiosas, la etnia y la influencia de los iguales en la formación de las creencias sobre salud de los y las jóvenes es cada vez más prevalente en la construcción de los estilos de vida con relación a la salud. Tanto en la escuela, como en el lugar de trabajo, la familia dimensionada y la tribu, así como la influencia del intercambio y el aprendizaje social, merecen ser tenidos en cuenta como determinantes para la salud de los y las jóvenes.

En definitiva, debemos entender que, el joven y la joven aprenden mediante un proceso condicionado socialmente, a través de la cultura. En su comunidad aprende cuáles son las restricciones sociales de los comportamientos y parte de este aprendizaje tiene que ver con el desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas con la salud. En ese proceso, los y las jóvenes generan sus propias señas de identidad diferenciadoras de su grupo social y cultura de la salud.

Como consecuencia, la salud en los y las jóvenes se configura como área temática y de intervención con personalidad diferenciada, en la que diversos grupos con características propias, presentan demandas y necesidades de su salud individual y colectiva.

Por tanto, la atención a las demandas de salud de la juventud debe partir del respeto a los principios fundamentales de *equidad* (mediante la intervención allí donde se dan situaciones de desventaja social), *heterogeneidad* (teniendo en cuenta la diversidad de los y las jóvenes y sus múltiples actividades), *integralidad* (abarcando distintos aspectos de la vida de los y las jóvenes y la salud) y *participación* (implicando a los propios jóvenes, individual y colectivamente, para que sean sus propias claves las que definan las intervenciones).

Como se sabe, hablar de salud de los y las jóvenes hoy día es hacerlo, sobre todo, de SIDA, accidentes de tráfico, problemas de salud relacionados con la

sexualidad, consumo-abuso de drogas, trastornos de la alimentación y otros emergentes, entre los que encuentran los problemas más relevantes de la juventud española y europea. Pero también es necesario abordar otros temas de salud que por no causar tanta alarma social tienden a no estar tanto *en las carteras de prioridades* como la actividad física, la salud mental o la promoción de estilos de vida saludables, que implican el estudio de la adecuación del tiempo de trabajo, estudio, ocio, consumo, etc.

2. El papel del movimiento asociativo juvenil

La pretensión principal de nuestro trabajo en el campo de la salud es sensibilizar a la población joven con el fin de modificar y/o mejorar los hábitos de vida y, por tanto, su propia calidad de vida, así como hacer llegar al resto de la sociedad nuestras ideas, inquietudes, reivindicaciones y participar tanto en las posibles soluciones como en hacer que se cumplan las bases legales relativas a salud y juventud.

Nuestro discurso y nuestra labor cotidiana deben huir de paternalismos, reproches y consejos simplistas. Nosotras y nosotros debemos apoyarnos en la idea firme de que el agente receptor/a, en este caso la población juvenil, debe ser al mismo tiempo el agente emisor: los y las jóvenes deben ser protagonistas activos y activas del proceso. Es desde aquí desde donde surgen y deben surgir estrategias que canalicen parte de nuestro esfuerzo.

Dentro de las múltiples formas desde donde la educación para la salud se materializa, la *educación entre iguales* es una de las principales vías de trabajo desde donde operan las organizaciones juveniles: jóvenes asociados y asociadas informan e influyen activamente sobre un grupo de personas de su mismo rango de edad.

La educación entre iguales surgió de la enseñanza entre iguales y se centraba en ayudar a jóvenes con problemas personales y sociales. Comenzó en los años setenta y se usaba principalmente en Norteamérica. El método a menudo se fijaba en cambios de comportamientos específicos y en el desarrollo de habilidades. Los y las jóvenes fueron preparados y preparadas para aconsejar a otras personas de sus mismas características (en algunos casos habían pasado ya por el mismo problema). En España, podríamos llegar a afirmar que el movimiento asociativo juvenil ha sido uno de los grandes impulsores de este tipo de metodología de trabajo de "joven a joven".

Apostamos firmemente por la eficacia de este método: los y las jóvenes que realizan intervenciones (mediadores y mediadoras juveniles) no sólo conocen realmente los deseos, necesidades y carencias del resto de la población juvenil, si no que las comparten y utilizan su mismo lenguaje. La relación que se establece entre ellas no es piramidal, elevándose enormemente la receptividad del mensaje. De ahí que el mensaje que les llega desde el movimiento asociativo juvenil sea tan cercano y favorezca su aceptación y asimilación.

La educación entre iguales no es una teoría o una hipótesis sin refutar. Se ha convertido en el resultado de la experiencia práctica, de la investigación dentro del campo de las ciencias sociales, la evolución en la naturaleza de la sociedad moderna y de la juventud y de la juventud y el movimiento por la

promoción de la salud. Es parte de un movimiento que, como el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia, defiende el cambio en las formas informativas jerárquicas actuales, una mayor participación de la juventud y el derecho de las personas jóvenes a estar adecuadamente informadas y formadas en temas de salud, y que como fin último persigue que la promoción de la salud sea un hecho y no sólo un derecho.

X.1 SIDA

CONSIDERACIONES GENERALES

1. SIDA en el mundo

Cuando hablamos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no sólo estamos hablando de una enfermedad infecciosa más, si así fuera no tendría por qué tener mayor cabida que cualquier otra en un Documento de Bases para realizar políticas de juventud. La aparición y posterior proliferación del SIDA ha dejado al desnudo una vez más el tipo de relaciones de desigualdad y poder que se establecen entre los diferentes países del mundo, donde los ricos son cada vez más ricos a costa de países pobres que ven como cada día van aumentando sus índices de empobrecimiento. El SIDA surge en un mundo donde las fronteras económicas establecen el cómo se afrontan los problemas sociales y sanitarios, y donde los derechos humanos son vulnerados diariamente por las estructuras económicas, los países, las instituciones y las personas.

Hay unos 42.000.000 de personas infectadas en todo el mundo por el VIH (estimaciones de Onusida, diciembre 2002) de las cuales 29.400.000 son africanas; 3.100.000 muertos/as por la infección, de los cuales 2.400.000 son africanos/as. El 90% de estas personas no tienen acceso a tratamientos antirretrovirales.

Distribución por regiones de seropositivos/as en el mundo

<i>África subsahariana</i>	29.400.000
<i>Asia-Pacífico</i>	7.200.000
América Latina/Caribe	1.940.000
<i>Europa Oriental y Asia Central</i>	1.200.000
<i>América del Norte</i>	980.000
Europa occidental	570.000
<i>Norte de África, Oriente Próximo y países del Golfo</i>	550.000
Australia y Nueva Zelanda	
150.000	

- Cada día se infectan en el mundo más de 17.000 personas.
- 17.000.000 de personas mueren cada año por enfermedades infecciosas (el 90% viven en países empobrecidos).
- En algunos países africanos la esperanza de vida con la aparición del VIH se ha reducido drásticamente.

- Cerca de la mitad de las personas que se infectan por VIH lo hacen antes de cumplir los 25 años, y por lo general mueren antes de cumplir los 35 años.

SIDA y pobreza se retroalimentan. La pobreza es, por encima de todo, el resultado de un grave subdesarrollo económico y social, y el VIH por su parte contribuye a destruir los avances del desarrollo en los países más afectados. La pobreza no es en sí misma la causa del SIDA. Sin embargo, no se puede pasar por alto la fuerte relación entre la propagación de la enfermedad y la evolución de los indicadores de desarrollo humano.

2. Construcción social del SIDA

La construcción social del SIDA ha estado sujeta desde sus inicios a factores de diversa índole que han convertido la enfermedad en justificación de rechazo, culpabilización, represión, discriminación y estigmatización de personas seropositivas, enfermas y sus familias.

El estigma y la discriminación al VIH y al SIDA son otro de los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, la dotación de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto. El estigma asociado al VIH/SIDA y la discriminación que puede derivar de él, hace que con frecuencia se vean violados los derechos de las personas afectadas y sus familias. Esta violación de derechos incrementa el impacto negativo de la epidemia.

Los derechos humanos son inherentes a las personas en tanto que son seres humanos y se aplican a todas ellas en todas partes. El principio de no discriminación es central en la idea y práctica de los derechos humanos.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha declarado que el principio de no discriminación abarca también al estado de salud, incluido el VIH/SIDA. Por lo tanto, la discriminación contra las personas con el VIH/SIDA o contra quienes se cree que están infectados/as, constituye una prueba decisiva de falta de respeto, protección y cumplimiento de los Derechos Humanos.

En tanto que se desarrollan instrumentos para enfrentarse a la discriminación e incumplimiento de los DD.HH., la política y la reforma legislativa serán decisivas aunque tendrán un impacto limitado a menos que se vean apoyadas por los valores y expectativas de la sociedad en su conjunto; se necesitan cambios amplios y duraderos en las actitudes sociales si se quiere avanzar en la aceptación, respeto y cumplimiento de los derechos inherentes a todas las personas.

3. El VIH/SIDA en España

Lo que hace a lo global hace a lo local. Si decimos que mejorar las condiciones de vida en el mundo y hacer de él un lugar más equitativo y menos injusto contribuiría a mejorar la situación del VIH, esto sería igual al hablar del caso concreto nuestro; mejorar las condiciones de vida en el Estado Español también posibilitaría una oposición resistente contra la enfermedad. Por eso el acceso a un empleo digno, a la vivienda, a una sanidad pública

universal de calidad, a una educación que favorezca el crecimiento personal y una visión crítica del mundo, y muchas otras cosas más serían elementos que tener en cuenta además de aquellos otros específicos relacionados con la prevención de la transmisión del VIH.

En España se estima que hay entre 110.000 y 150.000 personas que padecen la infección por el VIH, aunque probablemente más de la cuarta parte de ellas todavía no hayan sido diagnosticadas. La prevalencia del VIH en la población española está entre 5 y 6 infecciones por mil habitantes de 18 a 39 años, con tasas tres veces mayores en hombres que en mujeres, y 7 veces mayores en los residentes en el medio urbano (datos: Plan Nacional Sobre el SIDA).

Tres de cada cinco casos de SIDA son adquiridos por vía sexual y nueve de cada diez de los adquiridos por compartir material de inyección de drogas afectan a jóvenes y adultos con edades comprendidas entre 20 y 39 años. De acuerdo con la historia natural de la infección, muchas de estas personas debieron contraer la infección muy precozmente, algunas incluso en la adolescencia. De ahí que el foco principal de atención en el trabajo preventivo y educativo, entendidos ambos en un marco general de la promoción de la salud, debe centrarse en adolescentes y jóvenes. Del éxito de los mismos dependerá no sólo el retroceso de la transmisión del VIH, sino el avance en la construcción de una sociedad donde las personas gocen de mejores condiciones de vida. Para ello será necesario establecer un marco global que fije la prevención del VIH relacionándola con los derechos humanos, inmigración, participación social, paz, educación...

Profundizando en los aspectos preventivos y en relación con el establecimiento de estrategias, hay que tener en cuenta múltiples factores, algunos que nos hacen más vulnerables y otros que nos protegen. Si queremos reducir aquellos que nos hacen vulnerables, habrá que hacer un esfuerzo para reforzar aquellos que nos protegen; entre otros, tener acceso a medios necesarios y disponer de la capacidad para poderlos utilizar, o realizar una revisión de las creencias arraigadas sobre drogas o incluso cuestionar el modelo de sexualidad en el que nos movemos. Sólo entendiendo la complejidad de estos factores se podrá profundizar en la prevención del VIH.

Recomendaciones de organismos internacionales como OMS o UNAIDS hacen hincapié en la inclusión de las asociaciones en las políticas y agendas locales. Éstas son los entes más cercanos a la población para realizar labores de prevención. En el caso de las organizaciones juveniles, su papel mediador, la proximidad con la población joven, la facilidad para generar mensajes en el mismo lenguaje que manejan el resto de los y las jóvenes y su capacidad de retroalimentación de las dificultades de éstos y éstas para tomar medidas de prevención, hacen que puedan desarrollar y participar en la creación de modelos de intervención adecuados para este grupo diana.

4. Los derechos de las personas seropositivas

La defensa de los derechos humanos supone el marco para describir la defensa de los derechos de las personas seropositivas. Con las personas seropositivas

no hay derechos exclusivos que atender, sino necesidades específicas que afrontar.

La primera necesidad específica es la de falta de acceso a los tratamientos. Los costes de los fármacos para tratar la enfermedad no están al alcance de todas las personas. El incremento en el precio de los medicamentos causado por aplicar los derechos de las patentes genera en las industrias farmacéuticas beneficios multimillonarios, pero los beneficios para la salud no tienen el mismo coste para todo el mundo. La imposibilidad y el boicot a la producción de fármacos genéricos y la importación a alto coste de tratamientos antirretrovirales, hace que millones de personas no tengan acceso a ningún tipo de tratamiento. Pero la falta de acceso a los tratamientos no es exclusiva de los países del tercer mundo. En los países del llamado primer mundo que poseen sanidad pública universal, como es el caso de España, se cohabita con el cuarto mundo que tiene serias dificultades para el acceso a los tratamientos. ¿Estamos de nuevo frente a una vulneración de los DD.HH.? Un debate trascendental sobre quién y cómo debe hacer cumplir estos derechos queda abierto.

Otras cuestiones no menos importantes cuando hablamos de atención a personas seropositivas son la cronicidad y el impacto de esta cronicidad en su calidad de vida. Una calidad de vida que no todo el mundo mantiene cuando sigue el tratamiento, producto de los efectos secundarios, que a veces son invalidantes. Una calidad de vida que también queda disminuida por la discriminación social y laboral que padecen las personas seropositivas.

Las indicaciones de tratamiento para adultos y para niños/as son diferentes, pero la disponibilidad de fármacos es muy inferior para los niños y las niñas y se siguen reclamando más estudios y ensayos para mejorar la calidad de vida de los mismos. Asimismo, los y las adolescentes y los y las jóvenes seropositivos/as, requieren espacios de cuidado y acompañamientos específicos para ellos y ellas y para sus familias. Precisan que haya una vigilancia especial en que no se produzcan situaciones de discriminación y que se adapten a las situaciones especiales que requieran, ni en las escuelas ni en los lugares de ocio.

La exclusión social resultante de la falta de información frente al VIH/SIDA genera miedo, rechazo, falta de implicación y sobre todo inacción social, haciendo que las personas se refugien detrás de un muro de silencio e impidiendo la movilización social, que ha demostrado ser el arma más eficaz en la lucha contra la enfermedad.

PROPUESTAS

[...] 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios [...]

Constitución Española, artículo 43

AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO JUVENIL

- Crear, desde el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia, programas de concienciación del VIH/SIDA a través de foros, debates en diferentes lugares (universidades, medios de comunicación...).
- Desarrollar acciones encaminadas a paliar la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a la transmisión del VIH.
- Reflejar una imagen más rica y plural de la mujer joven a través de los materiales y líneas de acción del Consejo de la Juventud de la Región de Murcia en materia de SIDA.
- Trasladar a las personas responsables de gestionar y coordinar las actuaciones en materia de prevención del VIH/SIDA (Ministerios, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, etc.) la necesidad de llevar a cabo políticas de prevención que informen y promuevan métodos preventivos.
- Promover la solidaridad, la igualdad de oportunidades, la justicia, la diversidad y el respeto mediante campañas de información sobre VIH/SIDA dirigidas a los y las jóvenes.
- Luchar por normalizar la enfermedad y desmitificar los conceptos erróneos existentes en torno a la misma, así como sensibilizar a la población juvenil de la problemática social que conlleva el VIH/SIDA.
- Crear un entorno social favorable para la prevención del SIDA, suprimiendo los obstáculos para la integración social, la difusión de la información y la toma de conciencia sobre la responsabilidad individual.
- Crear grupos de trabajo formados por jóvenes para la elaboración, diseño y ejecución de materiales relacionados con el VIH/SIDA con un tratamiento adecuado del mismo teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- Crear grupos de mediadores/as en salud especializados en VIH/SIDA a fin de ofertar una formación continua e integral en el tema.
- Difundir información sobre VIH/SIDA a través de medios preferentemente utilizados por jóvenes.
- Potenciar estudios para conocer las necesidades específicas de los colectivos más vulnerables frente a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

- Difundir los recursos existentes para la prevención del VIH/SIDA entre los y las jóvenes.
- Crear espacios de opinión, reflexión, participación y decisión, desde el movimiento asociativo, para y con los y las jóvenes sobre temas de VIH/SIDA.
- Romper estereotipos sobre las personas seropositivas, y visibilizar especialmente a la mujer seropositiva.
- Desarrollar cauces de formación que favorezcan a las asociaciones juveniles afrontar la prevención del VIH/SIDA en el seno de las mismas, así como la creación de redes en el movimiento asociativo que permita establecer un trabajo conjunto de prevención de la transmisión del VIH/SIDA.
- Entender la prevención de la transmisión del VIH, dentro del marco de la promoción de la salud, y por lo tanto dentro de la educación integral para la salud, especialmente en relación a los y las jóvenes.
- Solicitar la inclusión de otras Infecciones de Transmisión Sexual en los programas la prevención de la transmisión del VIH.
- Favorecer el desarrollo de acciones formativas con jóvenes para fomentar la autoestima, el respeto y la responsabilidad personal.
- Favorecer la erotización del uso del preservativo masculino y femenino en medios de comunicación y campañas de sensibilización.

A LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- Garantizar la accesibilidad y la gratuidad de los preservativos masculinos y femeninos, los lubricantes y las pañoletas de látex, así como de los preservativos de poliuretano para las personas que sufren alergia al látex.
- Garantizar la accesibilidad de los microbicidas.
- Hacer accesible la prueba del VIH de forma anónima y con consentimiento informado, asegurando la confidencialidad por parte de los servicios sanitarios, sociales y educativos de la enfermedad de VIH/SIDA, así como la ética y el compromiso por parte de los profesionales de la salud.
- Creación de equipos multidisciplinares con formación en cuanto a, habilidades sociales, actitudes, diversidad sexual, género, discapacidad, diversidad sexual, etc.
- Desarrollar medidas tendentes a garantizar el estricto cumplimiento de la legislación vigente en lo que se refiere a la no discriminación, laboral, escolar y asistencial.

- Incorporar la prevención del VIH/SIDA al currículum educativo de forma generalizada e integrarla dentro de la educación sexual, trabajando así la prevención de la enfermedad desde la infancia.
- Fomentar la realización de programas de información, prevención, divulgación y formación sobre VIH/SIDA, incorporando la perspectiva de género.
- Supervisar y evaluar todos los programas de prevención de la transmisión del VIH que se realicen.
- Desarrollar medidas que permitan el abaratamiento de los costes de los medicamentos y por lo tanto garanticen el acceso a los mismos por parte de las personas con infectadas.
- Garantizar la accesibilidad de las pruebas de VIH en el ámbito rural, así como una información de cómo acceder a ella y en qué consiste.
- Desarrollar mecanismos que faciliten el acceso a la atención social y sanitaria, así como a los tratamientos en el llamado "cuarto mundo".
- Formar a los y las jóvenes en el medio educativo para favorecer la intervención desde iguales.

SOBRE LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS

- Desarrollar medidas, por parte de las Administraciones, que permitan la accesibilidad y la gratuidad de los tratamientos antirretrovirales, así como el uso de medicamentos genéricos.
- Prestar una especial atención, por parte de la Administración competente, para garantizar el acceso a la atención social y sanitaria y a los tratamientos antirretrovirales, por parte de la población del ámbito rural.
- Promocionar y apoyar programas de acción positiva con personas seropositivas.
- Ofrecer, por parte de las Administraciones y los propios agentes sociales, apoyo psicológico, económico y social para las personas seropositivas y sus familiares.
- Garantizar la calidad de vida de las personas seropositivas: empleo, vivienda, mutuas aseguradoras... planteando una revisión de las pensiones de dichas personas.
- Respetar la libertad y la dignidad, garantizar los derechos individuales y colectivos y evitar toda forma de discriminación de las personas afectadas por el VIH/SIDA.
- Luchar por la eliminación de los obstáculos que supongan marginación y exclusión de las personas infectadas por VIH.

- Transmitir información para la prevención, acompañada de criterios y argumentos que favorezcan la no discriminación de las personas infectadas o que han desarrollado la enfermedad, así como información sobre la Carta de Derechos de las personas con VIH/SIDA y argumentos para su defensa.

X. 2. Drogas

CONSIDERACIONES GENERALES

El consumo de drogas no es algo contemporáneo, es un hecho vinculado al ser humano en prácticamente todas las comunidades de convivencia desde tiempos inmemoriales, y está condicionado por multitud de factores ligados a la propia evolución de las sociedades, las diferentes culturas y a los valores de éstas. Por ello, una reflexión acerca del significado del uso de las drogas, de las drogodependencias y del posicionamiento que adopta el movimiento asociativo juvenil, tiene que partir forzosamente del estudio, análisis y comprensión de nuestro contexto social.

A lo largo de las últimas décadas han tenido lugar importantes cambios en la realidad social española que han modificado sustancialmente las condiciones y las formas de vida: descomposición del modelo familiar tradicional, incorporación de la mujer al mercado laboral, envejecimiento de la población, tiempos y formas de disfrute del tiempo libre, aumento de la tasa de desempleo, y eclosión de la sociedad de consumo, entre otras. La idea de complejidad y cambio se sientan en los preámbulos de la historia del siglo XXI.

Entre los espacios más significativos en el proceso de emancipación de los y las jóvenes que han sufrido alteraciones en los últimos años, destacamos:

- La familia; cambio del modelo, y mayor permanencia de los y las jóvenes en el hogar.
- El sistema educativo; superior número de jóvenes estudiando y prolongación de su estancia dentro del sistema.
- El trabajo; incorporación tardía al mundo laboral en relación con otras épocas, altas tasas de desempleo, precarización de los puestos de trabajo, y capacitación profesional elevada para puestos de trabajo poco cualificados y con pocas expectativas.

Nos encontramos en uno de los momentos más complicados en la configuración del proceso de socialización de los y las jóvenes afectados por vaivenes y reformulaciones constantes. La incertidumbre pasa a formar parte de la cotidianidad, condicionando sus estilos de vida que se encuentran en fase de conformación.

Las distintas configuraciones sociales que se van generando traen consigo modificaciones en las formas de consumo de drogas. Los patrones de consumo no son los mismos que los de hace unos años. Se han introducido nuevos hábitos, nuevas sustancias, y han variado también las formas y los contextos de consumo, edades y estereotipos ligados a las drogodependencias.

Durante los últimos años ha habido sustanciales cambios en la relación de los y las jóvenes respecto al consumo de drogas:

- El ocio y el tiempo libre han cobrado un protagonismo cada vez mayor, lo que ha generalizado determinadas pautas de ocio juvenil que en muchos casos están asociadas al consumo de drogas. El emerger de diversas culturas juveniles, o los cambios en las anteriores, relacionadas con la diversión, también han establecido unas relaciones y pautas de consumo nuevas.

- Nos hemos convertido en los eternos y las eternas jóvenes. La falta de perspectivas laborales, la flexibilidad de las normas de convivencia en el hogar y los costes de la vida nos han postergado a vivir una situación de juventud forzosa y perpetua, condicionando hasta cierto grado nuestra relación con las drogas.
- Vivimos en una sociedad consumista: valemos lo que consumimos, se trabaja y se vive en función de las posibilidades de consumir. En esta situación social, las drogas aparecen como un objeto más de consumo, fomentándose el uso de determinadas drogas y formas de drogarse.
- Se ha consolidado la incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de drogas, sobre todo al de alcohol y tabaco.

Con todos estos elementos novedosos incorporados a otros con mayor arraigo en nuestra sociedad, adolescentes y jóvenes establecen sus propias maneras de relacionarse con las drogas.

Una visión certera del fenómeno que lo dibuje en toda su complejidad tiene que incluir además el análisis del consumo de drogas realizado por el mundo adulto. Los y las jóvenes somos parte de la sociedad, estamos impregnados e impregnadas del mismo sistema social, cultural y de valores que el resto de la ciudadanía. Nuestras formas de ser, estar y comportarnos, aunque con matices y carácter propio, tienen los mismos orígenes. Hablar de drogas y jóvenes, es hablar de la "salud" de nuestra sociedad.

1. Tendencias del consumo de drogas entre la población joven

Las diferentes drogas que se consumen en la actualidad se han ido convirtiendo en meros objetos de consumo en los que se busca su carácter instrumental. Las drogas, desprovistas de todo misticismo, ingresan en la sociedad de consumo de la mano de su funcionalidad para minimizar el malestar, rentabilizar el esfuerzo y/o maximizar la capacidad de disfrute. Se integran así plenamente en la sociedad del ocio y del hiper-consumo.

Según datos del 5º informe del Observatorio Español sobre drogas, y del *Estudio de Salud y Juventud* del Consejo de la Juventud de España, podemos observar las siguientes tendencias:

- Se ha quebrado la expansión del consumo de alcohol entre la población joven. Hay un descenso de los y las bebedores y bebedoras habituales y un incremento notable del número de jóvenes abstemios y abstemias. Los y las jóvenes demandan más información sobre los efectos del alcohol porque opinan que la juventud no identifica con claridad dónde están los límites a partir de los cuales se puede considerar que el alcohol perjudica la salud o "es una droga".
- Entre el 30 y el 40% de los y las jóvenes de 13 a 17 años, y entre el 50 y el 60% de los y las de 18 a 29 años fuman. El consumo de tabaco es significativamente superior en las chicas frente a los chicos en el medio

urbano, pero en el medio rural predomina el consumo de tabaco en varones.

La mayoría de los y las jóvenes saben que el tabaco perjudica su salud; entre el 20 y el 40% de los y las jóvenes que fuman han afirmado que quieren dejar de fumar. Sin embargo, no consideran a los servicios sanitarios útiles para ayudarles a dejarlo.

- los derivados del cannabis, especialmente el hachís, es la droga ilícita más consumida por los y las jóvenes españoles, y más integrada en sus rituales lúdicos. Asimismo continúa creciendo el consumo de cannabis entre los y las escolares.
- Los y las jóvenes han expresado el fácil acceso al consumo de drogas ilegales y manifiestan que el tabaco, el alcohol y el hachís se encuentran integrados en sus ambientes habituales; sin embargo, contrasta la accesibilidad al consumo de éxtasis con que sea una droga que la mayoría no probarían. A la vez demandan para ellos y ellas, y para sus padres y madres, información veraz y particularizada sobre cada tipo de droga.
- El consumo de psicoestimulantes (cocaína, pastillas-anfetaminas, alucinógenos, éxtasis) se ha estabilizado durante los últimos años en su conjunto, y se han podido observar desplazamientos internos en el uso de este tipo de sustancias en función probablemente de modas coyunturales o de la propia oferta. Se observa una alta proporción de jóvenes que no probarían drogas ilegales, aunque discriminan entre unas drogas y otras.

2. Prevención de las drogodependencias y promoción de la salud

Cuando desde el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia hablamos de *prevención de drogas* nos estamos refiriendo una forma de promover estilos de vida que hagan a los y las jóvenes menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con las drogas.

Si invertimos esfuerzos en favorecer el proceso de transición de los y las jóvenes al mundo adulto a través de la mejora de las condiciones de acceso al mundo laboral, de la adquisición de una vivienda digna, de la mejora de las posibilidades de uso y disfrute del tiempo libre... y se potencia el espíritu crítico, la autonomía personal y valores basados en los derechos humanos, haremos el mejor de los trabajos en prevención de drogodependencias. Si nos esforzamos por mirar más allá del propio consumo de drogas y nos detenemos en conocer los porqués, avanzaremos sustancialmente en nuestra labor de prevención y contribuiremos a que los y las jóvenes se sientan más satisfechos y satisfechas con su vida.

La prevención de drogas, como tal, persigue reducir el abuso del consumo mediante la promoción de la salud, el bienestar y la autonomía de las personas. No se limita, por consiguiente, a una actuación específica relativa a las drogas como por ejemplo informar únicamente sobre los riesgos asociados

al abuso, aunque inevitablemente incluirá elementos específicos junto con actuaciones inespecíficas destacadas.

Desde el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia creemos que el modelo más adecuado para desarrollar las diferentes intervenciones preventivas es el comunitario, ya que tiene que ser el escenario básico articulador de las diversas propuestas que se realizan; la comunidad es agente y destinatario de la intervención; en este marco es donde tienen sentido los y las mediadores y mediadoras sociales; donde se pueden generar los espacios de encuentro que favorezcan actuaciones coordinadas y una multiplicidad organizada de programas. Como cabe esperar a partir de la complejidad del hecho a prevenir y con el fin de garantizar su efectividad, habrá que tener en cuenta el carácter multidimensional e interdisciplinar de las estrategias que haya que implementar.

Nosotros y nosotras tenemos muy presente, y es parte indisoluble de todas nuestras propuestas y reivindicaciones, que cualquier acción que se desarrolle con población joven en prevención o promoción de la salud tiene que nacer de una visión integral de las respuestas, y es vital contar con la participación de los y las jóvenes desde el momento de la gestación, hasta la elaboración, desarrollo y evaluación de las intervenciones.

3. Medios de comunicación social

La opinión pública se forma, mayoritariamente, a través de los medios de comunicación y éstos para referirse a los y las jóvenes en relación con las drogas utilizan de manera habitual una imagen estereotipada y ambivalente: por un lado los medios audiovisuales y escritos se ciñen a relatar acontecimientos sensacionalistas relacionados con las drogas que acentúan la imagen de marginalidad del colectivo joven, y por otro la publicidad que se inserta en todos estos medios da una visión eufórica del significado de ser joven. Esta visión incide de manera directa sobre el modo en que la ciudadanía percibe el fenómeno, y sobre el tipo de respuestas que reclama para su solución.

Por eso debemos favorecer el compromiso activo de los medios de comunicación ante el consumo y abuso de drogas, teniendo en cuenta su poder influyente en las percepciones sociales. A partir de la toma de conciencia será posible proponer otros modelos, otros estilos de comunicación que ayuden a desterrar mitos y a favorecer imágenes más realistas y más positivas respecto a las posibilidades de la actuación social.

PROPUESTAS

[...] 3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Constitución Española, artículo 43

- Transmitir un modelo basado en la promoción de la salud, la adquisición de hábitos de vida saludables y un espíritu crítico hacia el consumo, como estrategias clave para la prevención.
- Definir el consumo de drogas y las drogodependencias dentro del concepto de salud y de promoción de la salud.
- Promocionar hábitos de vida saludable por medio de:
 - la elaboración de estrategias que favorezcan la responsabilidad individual y colectiva,
 - la promoción y divulgación de la información necesaria,
 - el desarrollo de habilidades personales, la capacitación de los y las jóvenes para que decidan e influyan sobre los factores que determinan su salud y,
 - el refuerzo de componentes favorables para realizar elecciones saludables.
- Facilitar a los y las jóvenes la adquisición de habilidades sociales y personales necesarias para fomentar la toma de decisiones responsables.
- Analizar las funciones que cumplen las drogas dentro de los grupos y las necesidades que cubren y a partir de ahí, recoger propuestas que puedan abordar estas necesidades de forma más saludable.
- Intervenir en el actual discurso social sobre el consumo de drogas procurando su normalización, desde una perspectiva que abandone el discurso del miedo y la represión, rechazando los modelos basados en estos elementos a través de acciones de denuncia de este tipo de políticas.
- Abandonar el modelo proteccionista y de coerción como medida de prevención y promover los modelos de competencia, fomentando la colaboración y la participación en programas de educación para la salud.
- Identificar desde una perspectiva global aspectos relacionados con el consumo de drogas, analizando el contexto social actual en el que se sitúan los y las jóvenes y su relación con el consumo de drogas: empleo, educación, emancipación, modelos sociales, políticas sociales; sin caer en la criminalización de la juventud y profundizando en el discurso.
- Romper los estereotipos que relacionan drogas con jóvenes y consumidores/as con tipo de sustancia.
- Facilitar la ruptura de los estereotipos limitadores y estigmatizadores en relación con las drogas y el consumo de éstas.

PARTICIPACIÓN EN EL OCIO

- Rentabilizar, incrementar y facilitar el acceso a la infraestructura social, educativa, cultural y deportiva para el disfrute del tiempo libre, reivindicando el compromiso y la implicación de la Administración, organismos y de las propias organizaciones.
- Apoyar las iniciativas gestionadas por los y las jóvenes: centros juveniles, ofertas culturales, grupos de música, etc., como espacios válidos y constructivos de nuevos modelos de tiempo libre.
- Desarrollar acciones educativas en contextos formales y no formales a partir de la metodología de educación entre iguales.
- Facilitar la formación de agentes sociales juveniles mediadores en el campo de la salud.
- El asociacionismo juvenil debe ser promotor de acciones coordinadas entre las entidades del mismo entorno, potenciando la participación ciudadana sobre un tema en el que todos y todas estamos implicados e implicadas, dando líneas comunes de actuación, y utilizando y maximizando los recursos de la propia comunidad.
- Promover el asociacionismo juvenil como elemento conector en la promoción de la salud, reconociendo el papel de las asociaciones juveniles como promotoras de ésta.
- Potenciar el incremento de políticas activas que promuevan la prevención y la reducción del consumo de drogas con el desarrollo de programas innovadores o de iniciativas alternativas.
- Realizar una búsqueda y análisis de programas que se hayan realizado o se estén realizando que nos ayuden a encontrar los puntos fuertes y débiles de la intervención en prevención de drogas como base para el planteamiento de programas innovadores.
- Incluir la educación para la salud dentro del ámbito educativo formal, implicando a todos los agentes que participan en el proceso educativo.
- Trabajar directamente por el aumento de la oferta de ocio cultural y deportivo poniéndolos al alcance económico de los/as jóvenes e implicando directamente a las asociaciones juveniles en la programación y gestión de estas acciones.
- Trabajar por la diversificación de las actividades en el tiempo libre no sólo en buscar "alternativas" al consumo de alcohol y otras drogas, en el ocio nocturno.
- Dar una importancia trascendental a las actuaciones de prevención inespecífica, promoviendo el desarrollo sociocultural de los individuos a

través de la dinamización del tejido social, participación comunitaria e implicación de los colectivos juveniles.

- Promover la participación comunitaria a la hora de implantar programas de prevención, tratamiento, atención o reinserción de drogodependientes.
- Recuperar espacios infrautilizados o en situación de abandono existentes en los municipios, como antiguas cárceles, cuarteles militares, fábricas, etc., para la creación de espacios públicos para el ocio y la cultura.
- Promocionar la creación de transporte público en los lugares donde no existe y la adaptación de los horarios a los de los/as jóvenes (viernes y sábados) como medida para la reducción de riesgos. Asimismo, exigir que se cumplan los horarios estipulados para el transporte público.
- Trabajar con programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas, incluyendo entre otros, el análisis de sustancias y los *testing*.
- Exigir el control sanitario de las drogas con especial hincapié en la adulteración del alcohol.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Erradicar los estereotipos creados por los medios de comunicación sobre las drogas ilegales y que en su mayoría asocian toxicomanía con delincuencia, inseguridad ciudadana y marginación.
- Generar una línea de diálogo directa con los medios de comunicación social para trabajar sobre la imagen de los y las jóvenes frente al consumo de drogas.
- Incitar a la población joven a reflexionar sobre los mensajes y los contenidos de los programas y artículos emitidos por los medios de comunicación social con relación al consumo de drogas y las drogodependencias.
- Proponer la realización de acciones específicas en los diferentes medios de comunicación social que ayuden a informar y formar a la población juvenil en prevención de drogodependencias y en la adquisición de hábitos de vida saludables.

MOVIMIENTO ASOCIATIVO JUVENIL

- Favorecer la reflexión y la promoción del debate entre las organizaciones juveniles acerca de la juventud y los consumos de drogas.
- Fomentar el debate del consumo dependiente frente a consumo responsable.
- Realizar formación para las entidades, crear foros de trabajo y debate, elaborar materiales, documentos informativos generales y monográficos, realizar investigaciones y trabajar en red.

- Generar un discurso propio de las entidades y difundirlo entre otras organizaciones, organismos, medios de comunicación social y la sociedad en general.
- Conseguir líneas de actuación desde las entidades juveniles que partan de unos criterios homogéneos respecto al tema.
- Facilitar en el seno de las organizaciones que las propuestas de intervención se realicen en los niveles estatal, autonómico y local de manera coordinada.
- Favorecer que las campañas de prevención se adapten a los lugares donde viven los y las jóvenes, involucrando y dando recursos a los consejos de la juventud de comunidades autónomas y regiones para que puedan realizar directamente acciones de sensibilización, información, formación y educación.
- Propiciar el debate público en el seno del CJE sobre la legalización del consumo de drogas (con la participación de profesionales, experiencias internacionales...).
- Instar a la investigación y legalización de algunas drogas para uso terapéutico.
- Solicitar que el Plan Nacional sobre Drogas salga del Ministerio del Interior y se incluya en un ministerio desde donde se le pueda enmarcar en una concepción de promoción de la salud.
- Promover contactos con asociaciones no juveniles que traten el tema del consumo de drogas desde una perspectiva cercana a la del CJRM y que realicen programas de prevención con población joven y trabajar por una homogeneización de un discurso más aperturista.

X.3. Sexualidad

CONSIDERACIONES GENERALES

Nunca hasta ahora se ha hablado tanto de sexualidad, nunca los chicos y chicas jóvenes han gozado de tanta libertad ni de tanta información o acceso a los recursos. La creciente visibilidad de gays y lesbianas y de hombres y mujeres transexuales es un hecho. Además existe la posibilidad del debate público y en muchas de las aulas o con grupos de chicos y chicas se puede trabajar por la educación sexual.

Tan ciertas resultan estas sentencias como aquellas en las que afirmamos que las reivindicaciones que seguimos lanzando las organizaciones juveniles y otros sectores de la población en materia sexual son, en parte, similares a las de hace cien años. La sociedad occidental en la que nacemos, crecemos y nos desarrollamos nos transmite una visión reduccionista de la sexualidad. Hay muchas actitudes profundamente arraigadas que nos ofrecen sentimientos negativos, mitos, estereotipos y tabúes que ponen serias dificultades al desarrollo de la salud sexual.

En torno a esta visión de la sexualidad se ha abierto un amplio debate entre los y las que defienden una concepción tradicional frente a aquellos y aquellas que cuestionan la validez de ese pensamiento y abogan por la diversidad de comportamientos y manifestaciones sexuales, línea esta última asumida por el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia.

En la medida que nuestra sexualidad se configura y se desarrolla como un proceso único, con factores psicológicos, biológicos, endocrinos, etc., estará también integrada en nuestro propio proceso de crecimiento y madurez personal. Por eso, aunque existen ciertas generalidades que pueden ser válidas para cada etapa de la vida, tenemos que partir del hecho de que no sólo hay diferencias entre la sexualidad dentro de cada grupo de edad, sino entre cada persona.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) se considera *salud sexual* "la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencian a las personas, la comunicación y el amor".

Desde el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia, haciendo eco de estas palabras y contribuyendo conjuntamente con organizaciones de carácter local, estatal e internacional a la normalización del significado de *sexualidad* y de *salud*, tenemos la clara intención de incorporar en cada una de nuestras acciones los valores y fundamentos de ambos conceptos.

1. Prevención y educación sexual

Teniendo en cuenta algunos estudios entre el que podemos destacar el propio estudio de *Salud y Juventud* del Consejo de la Juventud de España, podemos observar que los y las jóvenes del Estado Español poseen carencias informativas, educativas y de desarrollo de habilidades que provocan que en ocasiones su vida sexual no sea enriquecedora, no les ayude a conocerse, aceptarse y a disfrutar de lo que hacen, e incluso pueda llegar a transformarse en situaciones generadoras de problemas físicos, psicológicos o sociales.

Los factores que determinan la adopción de medidas preventivas en las relaciones sexuales señalan que disponer de una buena información acerca del VIH y sus mecanismos de transmisión y prevención es necesaria pero no suficiente. Hay que tener en cuenta determinantes tan decisivos como son la percepción de riesgo, los ideales románticos, las habilidades de comunicación y negociación, la erotización del preservativo, la autoestima, la influencia del grupo de iguales, etc. La importancia de estos determinantes va a variar en función del género debido a la existencia de diferencias en las expectativas sociales y en los valores sobre la sexualidad e inequidad en las relaciones de poder.

Pero más allá de la propia prevención, la promoción y la educación para la salud han de ser los fundamentos para mejorar la salud sexual. La educación para la salud sexual tiene incorporarse con contundencia en todas las etapas del proceso educativo.

Asimismo, es preciso disponer de estrategias y enfoques educativos adicionales que permitan alcanzar a los y las jóvenes fuera del entorno escolar y a aquellos grupos juveniles que debido a distintas circunstancias sociales y/o personales quedan fuera de la corriente principal educativa.

Nuestro fin último es contribuir a la promoción de la salud, en este caso de la salud sexual. Para ello, y porque anhelamos que chicos y chicas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica de modo que les resulte enriquecedora, la educación sexual se nos muestra como una línea prioritaria de actuación.

MÉTODOS PROFILÁCTICOS

La promoción y la educación par la salud sexual debe de ser complementada mediante la provisión de métodos preventivos asequibles y la proliferación de centros de diagnóstico precoz de enfermedades de transmisión sexual. Las condiciones de acceso a estos servicios y métodos y su grado de adaptación a las necesidades y preferencias de los y las jóvenes serán elementos clave que aseguren el alcance de una adecuada cobertura.

El coste y en ocasiones la dificultad con la que los y las jóvenes se encuentran para poder adquirir los métodos profilácticos hacen que tengamos que realizar un esfuerzo por hacerlos próximos; conseguir su abaratamiento o gratuidad, y facilitar la creación de dispositivos que garanticen que todo chico o toda chica pueda acceder a ellos.

2. Orientación sexual

Desde el Consejo de la Juventud de la Región de Murcia debemos transmitir el hecho de que la homosexualidad es una orientación del deseo sexual tan respetable y válida como la heterosexual, así como reivindicar y trabajar por la aceptación, comprensión y el trato igualitario a todos los niveles de los y las homosexuales.

Si queremos que ninguna persona se sienta excluida, todas las sexualidades han de estar presentes en cada una de las actividades que se realicen, facilitando que todas se expresen y crezcan. Sobre todo si creemos que no hay jerarquías, que cada sexualidad está llena de posibilidades y que cada uno o cada una sólo será feliz y disfrutará “viviendo la suya”.

3. Embarazos no deseados

Los embarazos no deseados entre la población adolescente y juvenil no sólo suponen el compromiso de criar a un nuevo ser cuando aún no se está preparado o preparada para asumir las responsabilidades y los roles que conlleva la incorporación al mundo adulto, sino que más allá, pueden dar origen a situaciones de marginación y desestructuración social que atañen a prácticamente todos los ámbitos de la vida (trabajo, estudios, utilización del ocio y tiempo libre, etc.) y que afectan no sólo a la joven o adolescente embarazada, sino también al padre, al bebé, a la familia y en definitiva a toda la sociedad.

Teniendo en cuenta que las acciones que desde la Administración, organizaciones, familia, otros agentes sociales, y por qué no, desde el propio movimiento asociativo juvenil, cada día se han relajado más, creemos que ha llegado el momento de retomar el trabajo, aunar esfuerzos, reivindicar acciones y poner en marcha programas que no dejen al azar la reducción del número de embarazos no deseados.

4. Atención

La atención en materia de sexualidad y anticoncepción es un derecho de todo chico y de toda chica como lo es la educación sexual. Y del mismo modo, en tanto que esta atención no esté garantizada con calidad por los conductos habituales como sería la atención primaria, será necesario crear servicios o programas que garanticen esta cobertura.

Hoy por hoy hace falta que chicos y chicas tengan “espacios” de referencia donde acudir a resolver sus dudas, ampliar información, plantear dificultades, solicitar anticoncepción o anticoncepción de emergencia... Esto es necesario no sólo como complemento de la educación sexual, si no también porque sabemos que lo sexual, lo erótico, requiere espacios de intimidad y de atención personalizada.

Estos servicios deberían ser gratuitos para los usuarios o las usuarias, ya que todas las personas tenemos derecho a la formación y la salud.

Pero, no basta con “tener el servicio”, tiene que estar atendido por profesionales que conozcan de sexología y de juventud. Que exista la difusión suficiente como para estar seguros/as de que los chicos y chicas saben de su existencia y de las cosas que allí “tienen cabida”, así como un horario adecuado a las realidades de los chicos y las chicas jóvenes.

La accesibilidad tiene que garantizarse, así como la confidencialidad. Dar posibilidades de consulta individual, de pareja o en grupo. De citarse

previamente o acudir de manera espontánea. Consulta personal, telefónica o por correo electrónico...

Estos centros, asesorías o servicios no son excluyentes con que, a su vez, se procure formar, y se forme, a los distintos profesionales para que poco a poco vayan integrando lo sexual en lo cotidiano.

5. Medios de comunicación

Es responsabilidad de las organizaciones juveniles exigir a los medios de comunicación una mejora en la calidad de la programación, una mejora en el tratamiento de la imagen corporal juvenil en la publicidad y la incorporación de programas culturales y formativos que de manera adecuada al y a la joven favorezcan su educación.

Las campañas de sensibilización utilizando los mismos medios y el mismo lenguaje que el resto de medios de comunicación puede servirnos para "contrarrestar" y para dar visibilidad a un modo de vivir la sexualidad en el que creemos y por el que se supone que trabajamos.

Estas mismas campañas nos pueden servir para implicar a los distintos agentes sociales: familias, educadores/as, profesionales..., para unificar lenguaje, objetivos y mensajes y, por supuesto, para buscar complicidades y dar a conocer los distintos programas y servicios.

6. La intervención con el colectivo juvenil

Nosotros y nosotras tenemos el papel de requerir que desde los diferentes sectores se desarrollen programas de educación sexual dentro del marco de la enseñanza reglada y en los espacios no formales, que las familias y educadores y educadoras asuman su parte de responsabilidad, que se creen servicios específicos de atención a la población juvenil y ayudar a acercar los existentes a los y las jóvenes, facilitar el acceso a la obtención de medios para la puesta en práctica de medidas preventivas (aproximar los métodos anticonceptivos a los y las jóvenes), y ampliar el campo de intervención que actualmente tiene el movimiento asociativo juvenil, incorporando la educación sexual, así como la educación para la salud en general, en sus actividades cotidianas de tiempo libre o cursos de formación, y en todas aquellas actuaciones con la población juvenil donde sea idóneo incluirla.

PROPUESTAS

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud. [...]*

Constitución Española, artículo 43

MODELO DE SEXUALIDAD

- Contribuir a que los y las jóvenes aprendan a conocerse, aceptarse y a expresar su erótica de modo que sean felices, esto es: escuchando a sus deseos, atendiendo a su coherencia y sintiéndose satisfechos y satisfechas.
- Promover que la educación sexual integral y participativa incluya la relación entre sexualidad y afectividad, habilidades de comunicación con la pareja y conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos.
- Construir nuevas formas de relación más equitativas desde la educación sentimental, potenciando la creatividad, la autonomía personal, el respeto y la diversidad y fomentado una educación que conlleve una vivencia libre, positiva y feliz de la sexualidad.
- Reivindicar el derecho a vivir la sexualidad desde nosotros mismos y nosotras mismas, nuestros deseos, sentimientos, fantasías, necesidades..., y no según unos roles y unos estereotipos impuestos, luchando por romper los mitos, estereotipos y profundos tabúes que ponen serias dificultades al desarrollo de la salud sexual.
- Potenciar que cada persona viva su sexualidad de forma satisfactoria y rica independientemente de su orientación sexual.
- Trabajar por la descoitalización del concepto de sexualidad a nivel social.
- Estudiar y analizar los diferentes aspectos relacionados con situaciones de exclusión que se producen con relación a la sexualidad.

A LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- Reivindicar la existencia de equipos multidisciplinares en hospitales, centros de planificación familiar, centros juveniles, centros de atención a la mujer..., con formación especializada en sexualidad y en aquellas materias específicas necesarias para la atención al público joven: habilidades sociales, actitudes, etc.
- Reivindicar el derecho de las personas a la intimidad y a la confidencialidad en todo lo relativo a sexualidad.
- Reivindicar la gratuidad y accesibilidad del preservativo masculino y femenino y de los demás métodos anticonceptivos, así como del tratamiento poscoital desde la sanidad pública.

- Reivindicar la interrupción voluntaria del embarazo de forma libre y gratuita y la Ley de plazos reguladora de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Pedir la gratuidad y accesibilidad a la reasignación del sexo.
- Propiciar la colaboración de las familias en la educación sexual, entendiendo familia en sentido amplio.
- Desarrollar programas de educación para la salud, incidiendo en las relaciones sexuales, con el fin de prevenir embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y promover el uso de anticonceptivos, desde una perspectiva de género.
- Pedir que se desarrollen procesos de formación continua y gratuita a los y las profesionales de la salud que trabajen con población joven y la formación de jóvenes como educadores y educadoras entre sus iguales, desde una perspectiva de género.
- Reivindicar programas de apoyo económico, psicológico, laboral y educativo a jóvenes embarazadas y madres y padres jóvenes.
- Realizar campañas de información adecuadas a la juventud para que puedan acceder a una planificación individualizada y que promuevan medidas preventivas en las conductas de riesgo.
- Solicitar a la Administración el apoyo y la financiación a las asociaciones para que puedan ejecutar y desarrollar programas de educación para la salud sexual y que sean asesoradas sobre los recursos existentes para la juventud en dicha materia.
- Trabajar la educación sexual incluyendo información sobre anticoncepción y recursos y los tratamientos postcoitales y lograr su implantación dentro del marco de la enseñanza reglada y en los espacios no formales.
- Demandar a los organismos y organizaciones la incorporación de proyectos de educación sexual en aquellos programas o actividades de tiempo libre con población joven.
- Favorecer la creación de asesorías psicosociales de atención a jóvenes homosexuales o con problemas de identificación de su orientación sexual.

AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

- Facilitar el conocimiento, la coordinación y el intercambio entre todos los consejos y organizaciones miembro del Consejo de la Juventud de la Región de Murcia con el fin de ampliar el alcance de la repercusión del movimiento asociativo juvenil en materia de salud sexual.
- Fomentar la creación de espacios de debate sobre temas de salud sexual y población joven.

- Incorporar la educación sexual, así como la educación para la salud en general, en las actividades cotidianas de tiempo libre o cursos de formación, y en todas aquellas actuaciones con la población juvenil de forma directa o indirecta.
- Hacer visibles las distintas formas de vivir la sexualidad en materiales, unidades didácticas, recursos, campañas que realiza el Consejo.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Reivindicar la mejora en la calidad de la programación de la televisión: series, publicidad, etc., donde en lugar de ofrecer visiones muy parciales de cómo sentir y vivir la sexualidad y una imagen basada en la estética, nos ofrezcan una visión enriquecedora y plural.
- Denunciar la discriminación sexista de los medios de comunicación, así como una imagen estereotipada de la sexualidad y la erótica, y favorecer el análisis crítico de los y las jóvenes.
- Exigir a los medios de comunicación una mejora en la calidad de la programación, una mejora en el tratamiento de la imagen corporal juvenil en la publicidad y la incorporación de programas culturales y formativos que favorezcan la educación de manera adecuada al y a la joven.

X.4. Discapacidad

CONSIDERACIONES GENERALES

1. Análisis de la situación: Una aproximación a la realidad social de las personas con discapacidad

En España hay 3.528.221 millones de personas con alguna discapacidad, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 1999. De estos 3,5 millones de personas con discapacidad, algo más del 6,40 %, unos 226.000, corresponde a jóvenes de entre 16 y 29 años, de los cuales 113.021 son chicos y 68.592 son chicas.

Estos y estas jóvenes, al igual que el resto de las personas con discapacidad, constituyen un sector de población heterogéneo pero que, en mayor o menor medida, tienen en común que precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía en la vida económica, política, social y cultural del país.

En este sentido, la Constitución Española, en su artículo 14, reconoce la igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna y en su artículo 49, refiriéndose a las personas con discapacidad, ordena a los poderes públicos que presten atención especializada que requieran y el amparo especial para el disfrute de sus derechos. Pero pese a las inequívocas proclamaciones constitucionales, es necesaria la puesta en marcha de políticas activas reales que promuevan su inserción y plena equiparación social.

La entrada en vigor, coincidiendo en el tiempo con el Año Europeo de las Personas con Discapacidad, de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, ha supuesto un renovado impulso para las políticas de equiparación de derechos para estas personas.

Este impulso está basado en un cambio cualitativo de gran envergadura: se ha pasado de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), basada en un sistema asistencialista que desarrollaba medidas de acción positiva y donde se trabajaba bajo el concepto de persona con discapacidad como objeto, a un nuevo sistema de derechos y participación social, la Ley 51/2003, donde las personas con discapacidad se las reconoce como sujetos de pleno derecho.

Otro aspecto cualitativo que destacar en la creación de esta Ley ha sido el proceso de consenso que se ha llevado a cabo entre los poderes públicos y el movimiento asociativo de personas con discapacidad, ya que gracias a esta voluntad política, la Ley incorpora dos estrategias de intervención, relativamente nuevas y con orígenes distintos, que poco a poco han ido convergiendo: la estrategia de "lucha contra la discriminación" y el concepto de "accesibilidad universal", impulsado por el movimiento a favor de una vida independiente, que se podría definir como condición que deben cumplir los entornos, los productos y servicios para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas.

A pesar de esto, todavía estamos lejos de una situación satisfactoria. La radiografía general de las necesidades y demandas de las personas con discapacidad en España podría definirse de esta manera:

- *La no discriminación y la igualdad de oportunidades.* Las personas con discapacidad, globalmente consideradas, siguen sufriendo discriminaciones por razón de su discapacidad, hecho que supone una vulneración de los derechos universales que debe tener garantizado toda la ciudadanía, con independencia de sus circunstancias personales.
- *La accesibilidad universal, el diseño para todos y todas y la eliminación de barreras de todo tipo,* porque las barreras físicas, de comunicación y mentales son una limitación a las posibilidades de actuación de las personas con discapacidad, que se añaden a la situación de desventaja objetiva de la que parten, impidiendo su participación plena en el curso ordinario de la vida social.
- *El empleo,* pues sin empleo y sin su presupuesto previo, formación, no es posible la incorporación a una vida activa que haga que las personas con discapacidad dejen de ser sujetos dependientes y se conviertan en las dueñas de su propio destino. El desempleo —con índices que superan muy significativamente a los del resto de la población— y la escasa tasa de participación (inactividad laboral), son unos de los principales problemas que sufren las personas con discapacidad y que generan una espiral de marginación y dependencia.
- *La educación* es un factor de suma importancia para el desarrollo personal de las personas con discapacidad, que condiciona la posibilidad de acceder a otras vías de reconocida integración y normalización como es la del empleo.
- *La fiscalidad,* entendida como herramienta de integración.
- *La salud, la prevención y la rehabilitación,* pues el desarrollo personal y la plena participación social resultan imposibles si no se atienden las singularidades que las personas con discapacidad presentan en estos ámbitos.
- *La protección y la previsión sociales,* porque las personas con discapacidad, necesitadas de medidas enérgicas de fomento del empleo y de la incorporación al mundo del trabajo, no renuncian al fortalecimiento y mejora de los sistemas de protección social actualmente existentes, que garanticen la situación de los que no pueden acceder o mantenerse en el mercado laboral.
- *Las personas con discapacidad más severamente afectadas,* pues dentro de este grupo de población, son precisamente éstas las que se encuentran objetivamente en una situación más vulnerable y de mayor necesidad, hecho que reclama la atención preferente no sólo de los poderes públicos y la sociedad, sino y sobre todo del propio movimiento asociativo.

- *La oportunidad digital* (nuevas tecnologías y sociedad del conocimiento), pues estos factores están determinando y determinarán aún más la sociedad del futuro, de la que las personas con discapacidad no pueden quedar excluidas.
- *Las mujeres con discapacidad*, dado que este segmento no sólo es el más numeroso dentro del grupo de las personas con discapacidad, sino que también es el que sufre una mayor discriminación, pues al factor de relegación por discapacidad, se añade el de relegación por género, común en todas las esferas de nuestra sociedad.
- *Las familias de personas con discapacidad*, que siguen soportando muchas veces en exclusiva y sin el debido grado de protección social el esfuerzo suplementario que supone, en todos los órdenes, la atención a una persona con discapacidad, sobre todo, cuando ésta es gravemente afectada. Incluso, dentro de la propia familia, la atención a las personas con discapacidad no es equitativa, sino que recae preferentemente en las mujeres (en las madres, las hermanas, las esposas o parejas, etc.), lo que dificulta enormemente la posibilidad de que estas mujeres puedan llevar una vida social plena.
- *Las personas con discapacidad en el medio rural*, pues este segmento está lejos de poder alcanzar los niveles de acceso a derechos, prestaciones, bienes y servicios a los que de ordinario sí accede una persona con discapacidad residente en un área urbana.

Una vez trazado el diagnóstico de los problemas que acucian al grupo de población de la discapacidad, es el momento de adentrarse en el examen concreto de las propuestas en aquellos ámbitos sectoriales donde más factores de exclusión y en un grado más determinante se producen.

PROPUESTAS

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Constitución Española, artículo 49

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

- Valorar a las personas con discapacidad, no desde una perspectiva exclusivamente médica, sino desde los factores sociales y ambientales que rodean a la discapacidad:
 - mujeres con discapacidad
 - inmigración
 - accesibilidad del entorno
 - personas con discapacidad ante el empleo
 - personas con discapacidad ante la vivienda

DIVERSIDAD DENTRO DE LA PROPIA DISCAPACIDAD

- Defender el principio de “diversidad” dentro de la propia discapacidad: físicos, psíquicos y sensoriales. Realidades muy diferentes con reivindicaciones y con necesidades muy diversas.

EMPLEO

- Mejorar la capacidad de inserción profesional de aquellos colectivos de jóvenes más desfavorecidos/as social y económicamente.
- Fomentar la capacidad de adaptación de las personas trabajadoras y de las empresas a la nueva realidad social y económica que modifica el mercado de trabajo.
- Exigir el cumplimiento de la normativa vigente en materia de trabajadores/as con minusvalías: que las empresas de más de 50 trabajadores/as cubran como mínimo un 2% de su plantilla con este colectivo.
- Potenciar la política de discriminación positiva con aquellos colectivos que tienen especiales dificultades para insertarse en el mercado de trabajo tales como las mujeres, las personas con discapacidad y el colectivo inmigrante. Reivindicamos un trato desigual para situaciones claramente desiguales.
- Desarrollar acciones que contribuyan al proceso de renovación e implantación de infraestructuras y políticas laborales y sociales que favorezcan al colectivo de las personas discapacitadas física o psicológicamente.

- Impulsar la integración laboral de este colectivo a través de una equiparación formativa, salarial y de condiciones de trabajo, y no sólo a través de los incentivos fiscales y cuotas de la Seguridad Social a las empresas por parte de la Administración.
- Reclamar la equiparación formativa, salarial y de las condiciones de trabajo.
- Garantizar, a través de las políticas activas y pasivas, una verdadera inserción sociolaboral de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, removiendo todos aquellos obstáculos derivados de la situación familiar (familias monoparentales, desestructuradas, mujer, inmigración, etc.).
- Incrementar y promover la participación de todos los trabajadores y trabajadoras, especialmente entre los colectivos más desfavorecidos o en riesgo de exclusión en los órganos de representación de las empresas.
- Denunciar el empleo sumergido con personas con discapacidad. No especular con la discapacidad.
- Exigir que las Administraciones públicas contraten servicios o empresas que cumplan la legislación.
- Demandar al Instituto Nacional de Empleo que incluya en sus estadísticas e informes a las personas con discapacidad, haciendo una diferenciación por el grado y tipo de discapacidad.
- Plantear a las Administraciones públicas y al tejido económico y social la posibilidad de trabajar sobre la idea de accesibilidad para las propias personas con discapacidad de cara a la elaboración de proyectos dentro del ámbito de los nuevos yacimientos de empleo.

EDUCACIÓN

- Formar al profesorado de cara a la realización de trabajos con infancia y personas jóvenes con discapacidades.

SALUD

- Condenar el funcionamiento con el que se está operando en los servicios públicos sanitarios, ya que se tienen ideas y métodos de hace más de treinta años en algunos casos, más centradas en la discapacidad como enfermedad, a pesar de que la rehabilitación se debe fundamentar en un proceso continuo de valoración de las capacidades del sujeto y de las desventajas debidas a obstáculos materiales.
- Adaptar todos los servicios públicos para que las personas con cualquier tipo de discapacidad puedan acceder y disfrutar de los mismos.
- Denunciar la no actualización ni armonización de las leyes, como sería necesario para ordenar y coordinar una rehabilitación integral.

- Reivindicar el desarrollo de políticas integrales que favorezcan la inclusión del colectivo de personas con discapacidad física, psíquica y sensorial.

INTEGRACIÓN

- Facilitar el acceso de esta población a la educación, empleo, mantenimiento de ingresos, vida en familia, cultura, deporte y ocio, así como impulsar la investigación, planificación, legislación, coordinación y cooperación entre las organizaciones.
- Adaptar todos los edificios y servicios públicos para todas las personas con discapacidad, sin importar qué tipo de discapacidad sea, puedan acceder y disfrutar de sus servicios.

DEMANDAS AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

- Dotar de independencia asociativa a la juventud con cualquier tipo de discapacidad.
- Hacer accesible el movimiento asociativo juvenil a las organizaciones juveniles de personas con discapacidad; accesible en relación con los espacios físicos y a la organización de actividades.
- Abrir espacios de participación en los propios Consejos de Juventud Autonómicos: modificación en el reglamento interno de cada uno de los Consejos de Juventud Autonómicos, con relación a la cuota del número de socios y socias, ya que suelen ser minorías que no pueden cumplir numéricamente las cuotas establecidas.

MUJER

- Mayor protección hacia las mujeres con discapacidad, con respecto a situaciones de violencia contra las mujeres dentro del ámbito doméstico y público; ya que muchas veces se producen situaciones de indefensión cuando la víctima tiene que demandar al agresor. Esta indefensión viene determinada, en el caso de las mujeres sordas, por no existir intérpretes en las comisarías de policía.

RECONOCIMIENTO LEGAL DE LA LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA

- Denunciar el modelo de escolarización al no estar desarrollado suficientemente sobre todo para el alumnado con dificultades de la audición y el lenguaje.
- Apoyar el proceso de reconocimiento legal de la Lengua de Signos Española iniciado por la Comisión Nacional de Juventud de la Confederación Nacional de Sordos de España.

- Reivindicar que la Lengua de Signos Española cuenta con todas las características para adquirir el estatus de lengua reconocida legalmente.
- Reconocer el derecho de las personas sordas a utilizar y acceder a los recursos e información a través de la Lengua de Signos Española, así como de las diferentes variaciones territoriales de la misma.
- Reclamar el bilingüismo como el método educativo adecuado de las personas sordas y su incorporación en el sistema educativo público actual.
- Reconocer a la comunidad sorda formada por personas sordas que utilizan un lenguaje común, la Lengua de Signos Española, y que se organizan en torno a su movimiento asociativo.
- Considerar la figura del/a Interprete de Lengua de Signos Española como principal recurso de acceso a la información y a la comunicación para las personas sordas signantes.



Consejo de la Juventud
de la Región de Murcia

DOCUBA



AVDA. DE LA LIBERTAD, 10 – 2º A MURCIA 30009 * 968-205200
www.cjrm.org – endor@cjrm.org